

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen
Catholic University of Applied Sciences

- Abteilung Köln -

14. Postgraduierter Masterstudiengang
Suchthilfe / Suchttherapie M. Sc.

Masterthesis

"Fühlst du schon oder trinkst du wieder?"

Entwicklung und Evaluation eines Curriculums zur Emotionsregulation für die
Rehanachsorge für Alkoholabhängige

Vorgelegt von Alexandra Brandt
Matrikel-Nr.: 510902

Erstprüfer: Diplom-Theologe, Diplom-Sozialarbeiter Wolfgang Scheiblich
Zweitprüfer: Prof. Dr. med., M.A. Wolfgang Schwarzer

Alsdorf, 2017

Vorwort

Ein Abschnitt des Behandlungsweges in der Suchthilfe stellt die Rehanachsorge dar. Dort arbeite ich nun seit ca. zwei Jahren.

Ein erster irritierender Eindruck in den Gruppensitzungen war, dass die Patienten ihre Stimmungen und Gefühlszustände kaum beschreiben konnten und oft keine passenden Bewältigungsstrategien hatten. Ich war auf Patienten vorbereitet, die aus der stationären Rehabilitation kommen und bereits viele Erfahrungen zu ihrer emotionalen Lage über sich gesammelt haben, an denen weiter gearbeitet werden kann. Ich hatte also einiges an Vorerfahrungen vorausgesetzt und die emotionalen Kompetenzen der Patienten höher eingeschätzt. Ich sah es für mich und die Patienten als wichtig an, einen Schwerpunkt in der in der Behandlung, auf den Umgang mit Emotionen, zu setzen.

Laut Hauke & Dall'Occchio folgt die "Ratio immer dem Gefühl". Viele Studien belegen dies. Der Mensch ist aber seinen Emotionen nicht vollkommen "ausgeliefert", sondern es gibt Möglichkeiten der Regulation. Für Suchtpatienten stellt das Erlernen dieser Regulationsmechanismen eine Herausforderung dar. In dieser Arbeit soll versucht werden, den Patienten in der Rehanachsorge, Möglichkeiten anzubieten mit ihren Emotionen besser umzugehen.

Ein weiterer Aspekt zur Entwicklung des Curriculums war eine fehlende Struktur, bzw. ein Leitfaden für die inhaltliche Ausgestaltung der Gruppeneinheiten. Für die therapeutische Praxis gab es keine konkreten Vorgaben.

Die vorliegende Arbeit bzw. das Curriculum richtet sich an Personen, die mit Patienten in der Rehanachsorge oder auch in einem therapeutischen Gruppen-setting im nachstationären Bereich arbeiten.

Bei der Umsetzung dieser Arbeit wurde ich von Wolfgang Hundt, Leiter der Suchtberatungsstelle in Eschweiler und Koordinator der Rehanachsorge für die StädteRegion Aachen, und Frau Hiltrud Pfeil, Leiterin der Suchtberatung in Alsdorf, unterstützt.

Bei Herrn Wolfgang Scheiblich und Professor Dr. Schwarzer bedanke ich mich für die Unterstützung bei der Umsetzung meiner Masterthesis.

Auch möchte ich mich bei all denjenigen bedanken, die mich in der Zeit der Anfertigung der Masterthesis begleitet, unterstützt und motiviert haben. Ich möchte mich bei meiner Familie bedanken. Insbesondere danke ich meinem Vater, Sarah, Laura und Esther!

Inhaltsverzeichnis

1 Kurzzusammenfassung	6
2 Einleitung	7
Theorieteil I: Formale Grundlagen	10
3 Rehabilitationsnachsorge	10
3.1 Definition Nachsorge.....	10
3.2 Grundlagen und gesetzliche Voraussetzungen	11
3.3 Arbeitsgruppe "berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker" (BORA).....	12
3.4 Strukturelle und formale Bedingungen der Rehanachsorge am Beispiel der Suchthilfe Aachen.....	12
3.5 Bedeutung für das Curriculum	15
Theorieteil II: Definitionen und theoretische Fundierung	17
4 Alkoholabhängigkeit und Rückfalltheorie	17
4.1 Alkoholabhängigkeit.....	17
4.2 Rückfalltheorie nach Alan G. Marlatt.....	18
4.2.1. Das sozial-kognitive Modell.....	18
4.3 Empirische Untersuchungsergebnisse zum Zusammenhang von Emotionen und Rückfallgeschehen	20
4.4 Bedeutung für das Curriculum	23
5 Emotionen	24
5.1 Definition Emotion.....	24
5.1.1 Stimmung	26
5.1.2 Kernaffekt.....	27
5.2 Funktionen von Emotionen	28
5.3 Physiologie der Emotionen	29
5.3.1 Präkognitive Emotionen und physiologische Grundlagen	30
5.3.2 Neurobiologische Annahmen	30
5.4 Stressbegriff und Stressreaktion.....	32
5.5 Kulturelle und evolutionsbiologische Annahmen.....	34
6 Emotionsregulation	36
6.1 Definition Emotionsregulation	36
6.2 Emotionstheorien und Modelle	39
6.2.1 Emotionsmodell nach Gross	40
6.3 Emotionsregulation und Substanzmissbrauch	42
6.4 Forschungsergebnisse.....	43
6.5 Bedeutung für das Curriculum	45
7 Training emotionaler Kompetenzen (TeK)	47
7.1 Grundlagen	47
7.1.1 Das TeK- Modell.....	47
7.1.2. Ziele des Trainings.....	49
7.2 Bedeutung für das Curriculum	51
Praxisteil: Einführung und Vorstellung des Curriculums	52
8 Durchführung des Curriculums Emotionsregulation	53
8.1 Besonderheiten der Rehanachsorgegruppe	55
8.2 Organisation	56
8.2.1 Stil und Struktur / Ablauf der Einheiten.....	56
8.2.2 Eröffnung / Kurze Atemübung	56

8.2.3 Befindlichkeitsrunde	56
8.2.4 Übung 1: Achtsamkeit / Progressive Muskelrelaxation (PMR)	57
8.2.5 Reflexion	57
8.2.6 Übungen Kleingruppe- und Großgruppe	58
8.2.7 Abschluss / Feedback	59
8.2.8 Üben zuhause	59
8.2.9 Materialien.....	59
8.3 Methode: Progressive Muskelrelaxation	60
8.4 Grundannahmen.....	60
8.4.1 Ziele	61
8.5 Überblick über die Einheiten.....	62
8.6 Einheit 1: Einführung in die Emotion Angst (Wahrnehmung)	65
8.7 Einheit 2: Angst (Akzeptanz).....	68
8.8 Einheit 3: Angst (Regulierung)	71
Methodischer Teil.....	76
9 Evaluation des Curriculums zur Emotionsregulation	76
9.1 Grundlagen qualitativer Sozialforschung	76
9.2 Qualitative Inhaltsanalyse	78
9.2.1 Qualitative Interviews	79
9.2.2 Problemzentrierte Interviews.....	80
9.2.3 Narrative Interviews.....	80
9.2.4 Experteninterviews	81
9.3 Interviewleitfaden.....	82
9.4 Auswahl der Experten.....	82
9.5 Auswertung.....	83
10 Vorgehen in der Masterthesis	84
10.1 Auswahl der Methode	84
10.2 Auswahl der Experten.....	84
10.3 Interviewleitfaden und Forschungsfrage	86
10.4 Auswertung.....	87
10.5 Ergebnisanalyse	88
10.6 Darstellung der Ergebnisse.....	88
10.6.1 Fragestellung 1: Kategorie: Umsetzbarkeit	93
10.6.2 Fragestellung 2: Kategorie: Nutzen für den Patienten.....	95
10.6.3 Fragestellung 3: Kategorie: Sinnhaftigkeit für die Rehanachsorge.	97
11 Diskussion	100
12 Fazit.....	106
13 Verzeichnisse und Quellenangaben	108
13.1 Literaturverzeichnis.....	108
13.2 Abkürzungsverzeichnis	116
13.3 Tabellenverzeichnis	117
13.4 Abbildungsverzeichnis	118
14 Eidesstattliche Versicherung	119
15 Anhang I.....	120
19 Anhang II.....	180
Audiodatei Progressive Muskelrelaxation	

1 Kurzzusammenfassung

Gegenstand der vorliegenden Masterthesis ist die Entwicklung und Evaluation eines Curriculums zur Emotionsregulation für die Rehanachsorge.

Methode: Als Grundlage für das Curriculum werden Teile aus dem Training emotionaler Kompetenzen (TeK) nach Berking verwendet und dargestellt. Das Curriculum umfasst vier Emotionsbausteine, die in 13 Gruppensitzungen unterschiedlich methodisch behandelt werden. Das Curriculum wird von sechs Experten gelesen und bewertet. Anhand von Interviews werden die Meinungen der Experten zu wesentlichen Teilen des Curriculums ermittelt und dargestellt.

Forschungsergebnis: Das entwickelte Curriculum wird als gut umsetzbar und sinnvoll empfunden. Die Experten sind einheitlich der Meinung, dass ein wesentlicher Bestandteil der Rehanachsorge der Umgang mit Emotionen sein sollte. Zu dem Curriculum geben sie u.a. die Empfehlung einen psychoedukativen Teil hinzuzufügen, den zeitlichen Ablauf und einige methodische Vorgehensweisen zu überprüfen und anzupassen.

Schlüsselwörter: Emotion, Emotionsregulation, Rehanachsorge, Curriculum, Training emotionaler Kompetenzen

2 Einleitung

Es existiert eine breite empirische Basis, wonach eine gesunde Emotionsregulation (ER) mit psychischer Gesundheit in engem Zusammenhang steht (Barnow, 2012, S.117).

Menning (2015, S. 10) spricht von einem psychischen Immunsystem, das jeder Mensch besitzt und dessen Robustheit bzw. Widerstandskraft bestimmt, wie der Mensch mit Belastungen und Störungen umgeht. Oft sind nicht ein kritisches Lebensereignis oder eine Fortsetzung von Ereignissen der Grund für die Entwicklung von psychischen Erkrankungen, sondern die Gefühle und Gedanken, die ausgelöst werden.

Bei Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen ist der Umgang mit negativen Emotionen häufig Auslöser für Rückfälle. Zu den häufigsten Rückfallsituationen gehört der Umgang mit unangenehmen Gefühlszuständen (Lindenmeyer, 2005a, S.161, Körkel & Wohlfahrt, 2006, S.31, Körkel & Schindler, 2003, S.19). Von Patienten nicht steuerbar erlebte Affekte stellen häufig den wichtigsten Auslöser dar. Laut Kruse, Körkel und Schmalz (2001). belegen dies zahlreiche Studien (z.B. Greenfield et al. 1998; Hodgins, El - Guebaly & Armstrong 1995)

Fast jede Studie zu Rückfallzeitpunkten belegt, dass drei bis sechs Monate nach Behandlungsende die meisten Erstrückfälle stattfinden (Kruse et al., 2001, S.295, Lindenmeyer, 2005b, S.159). Diese Phase birgt demzufolge ein hohes Risiko.

Es macht also Sinn, sich insbesondere in der nachstationären Phase intensiv mit der Thematik auseinanderzusetzen und die therapeutischen Maßnahmen auf eine adäquate Rückfallprophylaxe auszulegen.

Emotionen sind eine uns immer begleitende Empfindung und steuern uns durch unser Leben. Oft handeln wir emotional und ohne "den Kopf dabei anzuschalten. Bei vielen Menschen hinterlässt das Ärger, weil wir in unserer heutigen Ge-

sellschaft lieber sachliche und gut durchdachte Entscheidungen treffen wollen. Emotionen sind jedoch allgegenwärtig und erfüllen wichtige Funktionen wie die Anpassung an schwierige Situationen (Reichert, 2014, S. 9)

Patienten in der Rehanachsorge haben oft mehrere psychiatrische Diagnosen. Sie leiden an psychischen, psychosomatischen und an sozialen Erkrankungen, die im Wesentlichen mit dem Umgang von negativen Emotionen zu tun haben. Beispielsweise kommen häufig Angststörungen, soziale Phobien oder depressive Erkrankungen vor. Diese mehrfachen Beeinträchtigungen haben Auswirkungen auf das emotionale Erleben der Patienten. Die Schwierigkeiten werden im Gruppengeschehen daran deutlich, dass die zwischenmenschliche Interaktion und Kommunikation oft beeinträchtigt ist (Vgl. Petzold, 1995, S.194).

Während der ambulanten Nachsorgebehandlung steht die Erhaltung der Abstinenz im Vordergrund. Das Curriculum, das sich auf den Umgang mit Emotionen konzentriert, soll dabei helfen, die Rückfallgefahr zu mindern und ein effizientes Vorgehen in der Praxis der Nachsorge zu sichern.

In dieser Arbeit wird zunächst im Theorieteil I ein Einblick in die Regelungen und Ausführungen zur Rehanachsorge gegeben. Es folgt der Theorieteil II, der kurz auf die Definition der Alkoholabhängigkeit und auf die Rückfalltheorie nach Marlatt & Gordon eingeht, bevor dann die Grundlagen der Emotionsforschung und der Emotionsregulation dargestellt werden. Als Basis für das Curriculum wird das Training emotionaler Kompetenzen von Berking beschrieben.

Im Praxisteil wird auf der Basis des theoretischen Hintergrundes das Curriculum vorgestellt. Es beinhaltet vier Emotionsbausteine. Einer der Bausteine wird ausführlich beschrieben. Das gesamte Curriculum befindet sich im Anhang der Arbeit.

Danach beginnt der empirische Teil. Es wird das methodische Vorgehen beschrieben. Schließlich erfolgt die Auswertung der Interviews. Im Rahmen der

Diskussion werden die Ergebnisse erläutert und die Arbeit wird kritisch bewertet. Abschließend wird ein Fazit gezogen.

Zur besseren Lesbarkeit wird in dieser Arbeit dort, wo kein spezielles Geschlecht angesprochen werden soll, die männliche Form benutzt.

Außerdem wird, um den Lesefluss zu erleichtern, für den Begriff der "ambulanten medizinischen Rehabilitation nachstationär" der Begriff "Rehanachsorge" verwendet. In der Arbeit wird grundsätzlich von Patienten der Rehanachsorge gesprochen, korrekterweise müsste es Rehabilitanden heißen. Da in meiner praktischen Arbeit jedoch ausschließlich von Patienten gesprochen wird, verwende ich diese Bezeichnung auch für die Masterthesis.

Theorieteil I: Formale Grundlagen

3 Rehabilitationsnachsorge

Den folgenden Ausführungen liegen die Rahmenkonzepte der deutschen Rentenversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung vom 31.10.2012 und Rahmenkonzept vom 9. Juni 2015 zugrunde. Zudem wird auf die Arbeitsgruppe "berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker" (BORA) eingegangen, da deren Empfehlungen sich auf die Inhalte der Rehanachsorge auswirken.

Bei den Definitionen wird erläutert, wie in der Praxis die ambulante Rehanachsorge nach Vorgabe des jeweiligen Leistungsträgers auszusehen hat.

Um einen praktischen Einblick in das Arbeitsfeld zu erhalten, zeige ich die strukturellen Bedingungen anhand der Rehanachsorge der Suchthilfe Aachen auf.

3.1 Definition Nachsorge

Laut dem gemeinsamen Rahmenkonzept der deutschen Rentenversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung vom 31. Oktober 2012 ist die Nachsorge ein wichtiges Instrument zur Sicherung der Nachhaltigkeit der medizinischen Rehabilitation.

"Bei der Nachsorge handelt es sich um definierte Gruppen- und Einzelgespräche, die der Sicherung und Festigung der in der medizinischen Rehabilitation erworbenen Verhaltensweisen und Einstellungen dienen. Dabei treten die therapeutischen Elemente der Rehabilitation zu Gunsten der Förderung sozialer Kontakte und eigener Aktivitäten der Abhängigkeitskranken zurück.

Ziel der Nachsorge ist die dauerhafte Erhaltung und Festigung der Abstinenz. Dies wird insbesondere durch Unterstützung in Krisenfällen, Verhinderung von Rückfällen sowie durch die Erhaltung der Abstinenzmotivation und ggf. der Erwerbsfähigkeit erreicht."

(Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Nachsorge im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 31. Oktober 2012)

Auch Suchtexperten sind der Meinung, dass Rehanachsorge einen wichtigen Baustein in der Behandlung des Suchtkranken darstellt. Lindenmeyer z.B. (2011, S.759) meint, dass eine gezielte Planung nach der stationären Rehabilitation empfehlenswert ist, da ein kritisches Zeitfenster gegeben ist, in dem die meisten Rückfälle passieren. Eine ausreichende Stabilität könne erst nach einem Jahr gewährleistet sein.

3.2 Grundlagen und gesetzliche Voraussetzungen

Die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung ist ein wesentlicher Bestandteil des Gesundheitssystems. Sie übernimmt die Aufgabe, die berufliche Wiedereingliederung zu fördern und chronisch erkrankten Menschen eine nachhaltige Behandlung anzubieten. Voraussetzung für die ambulante Rehanachsorge ist, dass die stationäre Rehabilitation erfolgreich abgeschlossen wird.

Die Rehanachsorge gliedert sich zeitlich im Anschluss an die stationäre Rehabilitation an. Gesetzlich ist sie als nachgehende Leistung zur medizinischen Rehabilitation in §31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI geregelt. Sie wird verordnet, wenn der Patient über die Rehabilitationsziele hinaus noch weitere Unterstützung benötigt.

Zusätzlich können ergänzende Leistungen nach § 44 Abs. 1 Nr.3 und 4 SGB IX erbracht werden.

(Vgl. Rahmenkonzept zur Rehanachsorge der deutschen Rentenversicherung vom 9. Juni 2015)

Zwischen den Rentenversicherungen gibt es strukturelle und formale Unterschiede, die sich auch auf die Behandlung auswirken. Diese Unterschiede werden im Punkt 3.4 dargestellt.

3.3 Arbeitsgruppe "berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker" (BORA)

Zu erwähnen ist die Arbeitsgruppe (BORA), da sie Empfehlungen für die Rehanachsorge zur Stärkung des Erwerbsbezugs erarbeitet (Empfehlungen vom 14.11.2014). In der Rehanachsorge gibt es eine starke Tendenz, die einzelnen Therapiebausteine den Anforderungen der Arbeitswelt anzupassen. Es werden dementsprechende Empfehlungen für die Behandlung ausgesprochen. Diese Veränderungen werden teilweise von der Fachwelt kritisiert. Die deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) hat bereits 2013 ein Positionspapier entwickelt, wonach die ambulante Nachsorge einen eher sozialtherapeutischen Charakter hat und dem Behandlungsbedarf nicht gerecht wird. Als Lösung wird vorgeschlagen, die Nachsorge als ein rehabilitatives suchttherapeutisches Angebot weiter aufrecht zu erhalten (vgl. Positionspapier zur ambulanten Weiterbehandlung nach der medizinischen Rehabilitation Suchtkranker).

3.4 Strukturelle und formale Bedingungen der Rehanachsorge am Beispiel der Suchthilfe Aachen

Die Suchthilfe Aachen besteht aus einem Verbundsystem zwischen Caritasverband für die Regionen Aachen-Stadt und Aachen-Land e.V. und dem Diakonischen Werk im Kirchenkreis Aachen e.V.. Zusätzlich gibt es eine Kooperation mit der StädteRegion Aachen.

In der Suchthilfe Aachen existieren mehrere Nachsorgegruppen mit unterschiedlichen Indikationen, die jeweils von zwei Therapeuten begleitet werden.

Die optimale Größe der Gruppe für Patienten mit einer Alkohol- und/oder Medikamentenabhängigkeit besteht laut Behandlungsvertrag aus ca. 12 Patienten.

Es gibt unterschiedliche Leistungsträger, die häufigsten sind:

- Deutsche Rentenversicherung (DRV) Rheinland etc.;
- Deutsche Rentenversicherung Bund;
- Deutsche Rentenversicherung Knappschaft Bahn-See;
- Landesbesoldungsamt (Beamte);
- Postbeamtenkrankenkasse;
- sonstige Krankenkassen.

Die Leistungsträger DRV Rheinland und die regulären Krankenkassen haben im Rahmen der Arbeitsteilung eine Arbeitsgemeinschaft gebildet, die sogenannte Rheinische Arbeitsgemeinschaft (RAG).

Die DRV (Bund und Länder) und die gesetzlichen Krankenkassen haben ein gemeinsames Rahmenkonzept zur Rehanachsorge festgelegt. Dieses regelt u.a. die Gruppengröße oder auch die Kostenpauschalen für Nachsorgeleistungen.

Je nach Leistungsträger gibt es formale und strukturelle Unterschiede. Die Bewilligungen sind ab Antritt der Nachsorge ein halbes Jahr gültig. Innerhalb dieses Zeitraumes werden 20 Gruppeneinheiten und zwei Einheiten mit Bezugspersonen bewilligt. Es gibt die Möglichkeit einer einmaligen Verlängerung. Die Gesprächseinheiten umfassen 100 Minuten Gruppen- oder 50 Minuten Einzelgespräch.

Einen weiteren strukturellen Unterschied gibt es, wenn die Rehanachsorge durch die DRV Rheinland oder durch die Rentenversicherung Bund bewilligt wird. Die DRV Rheinland bewilligt eine "medizinische Rehabilitation nachstationär", die Rentenversicherung Bund bewilligt grundsätzlich sogenannte "Sucht-nachsorgeleistungen" mit dem Schwerpunkt auf berufliche Rehabilitation.

Der Unterschied liegt u.a. in der medizinischen Begutachtung und Begleitung. Bei der DRV Rheinland findet zu Beginn der Behandlung, gegebenenfalls bei

Verlängerung und bei Abschluss, eine fachärztliche Begutachtung statt. Ein weiterer Unterschied liegt in der Vergütung der Therapieeinheiten.

Die Einrichtungen sind also dazu verpflichtet, einen Facharzt (für Psychiatrie und Psychotherapie mit der Zusatzausbildung als Suchtmediziner) in die Behandlung einzubeziehen.

Folgende Tabelle gibt einen Überblick über die strukturellen bzw. formalen Unterschiede:

Tabelle 1: Formale und strukturelle Bedingungen der Rehanachsorge

Leistungsträger	Anmeldefrist	Facharzt	Behandler	Vergütung
DRV Rheinland	4 Wochen nach Abschluss der stat. Reha	Ja	Therapeut	52,30 Euro pro Therapieeinheit
DRV Bund	3 Monate nach Eingang der Bewilligung	Nein	Therapeut/ Soz.-Päd./Arb.	35,50 Euro pro Therapieeinheit
DRV Knappschaft Bahn See	3 Monate nach Eingang der Bewilligung	Nein	Therapeut/ Soz.-Päd./Arb.	35,50 Euro pro Therapieeinheit
Sonstige Landesbesoldungsamt, Postbeamtenkrankenkasse etc.	In der Regel 4 Wochen nach stat. Reha	ja	Therapeut	Teilweise auf Verhandlungsbasis, in der Regel 51 Euro

Die Aufnahme der Patienten erfolgt nicht immer nahtlos zur stationären Reha. Hier gibt es m.E. in der Praxis ein Defizit. Die Aufnahme in die Rehanachsorge sollte zeitnah im Anschluss an eine stationäre Rehabilitation stattfinden, um an das Erlernte in der Therapie besser anknüpfen zu können.

Ideal wäre, wenn die Behandler der stationären Einrichtungen vorab Kontakt zur ambulanten Behandlungsstätte aufnehmen. Oft ist dies aber nicht der Fall.

Vielmehr bekommt die ambulante Einrichtung eine schriftliche Information über einen Antrag auf "Suchtnachsorge" des jeweiligen Patienten oder direkt die Bewilligung der Leistung zugeschickt.

Die Kontaktaufnahme läuft daher oft vom Behandler zum Patienten. Je nach Eingang der Kostenzusagen kann es sein, dass dies erst einige Wochen nach Ende der stationären Behandlung erfolgt. Der nahtlose Übergang, wie im Rahmenkonzept vereinbart, ist nicht gegeben.

Es erfolgt in der Regel eine Zusendung des Abschlussberichtes der stationären Einrichtung. Eine individuelle Absprache zwischen Vorbehandler und neuem Behandler ist in der Realität kaum vorhanden. Dies ist wahrscheinlich auch darin begründet, dass in der Praxis der zeitliche Rahmen der Behandlung zu eng ist und hier wenig Flexibilität gegeben ist.

3.5 Bedeutung für das Curriculum

Die bisherigen Ausführungen machen deutlich, dass die Nachsorge ein besonderes Setting darstellt (vgl. Lindenmeyer in 3.1), u.a. weil die Rahmenbedingungen von stationär zu ambulant sich für die Patienten sehr unterscheiden.

Innerhalb der stationären Rehabilitation erleben die Patienten eine starke Regulation von Außen, enge Rahmenbedingungen sind vorgegeben. Wenn die Patienten dann aus der stationären Rehabilitation in ihr alltägliches Leben zuhause entlassen werden, entfällt diese Art Regulation plötzlich. Die ambulante Reha-nachsorge steht hier also vor einer speziellen Herausforderung.

Das Curriculum zur Emotionsregulation sollte nach den bisherigen Ausführungen innerhalb der vorgegebenen ersten 20 Einheiten durchgeführt werden. Es sollten auch Gruppeneinheiten für individuelle Themen eingeplant werden, um den Patienten zu ermöglichen, auch eigene Themen einzubringen.

Die Gemeinsamkeit der Patienten in der Rehanachsorge ist die Diagnose „Alkoholabhängigkeit“ und der erfolgreiche Abschluss einer stationären Rehabilitation. Es gibt jedoch auch Unterschiede: Die Patienten kommen aus verschiedenen Kliniken mit ungleichen Konzepten und Schwerpunkten. Das Curriculum sollte demnach auf ein Klientel mit unterschiedlichen Fähigkeiten und Ressourcen zugeschnitten sein.

- **Die Rehanachsorge stellt ein besonderes Setting dar.**
- **Die Regulation von außen fällt weg.**
- **Patienten beginnen die Rehanachsorge mit unterschiedlichen Erfahrungshintergründen.**
- **20 Gruppeneinheiten stehen zur Verfügung.**

Theorieteil II: Definitionen und theoretische Fundierung

4 Alkoholabhängigkeit und Rückfalltheorie

In diesem Kapitel wird kurz auf die Definition von Alkoholabhängigkeit eingegangen, um im Folgenden eine der bedeutendsten Theorien zum Rückfallgeschehen von Alan G. Marlatt zu skizzieren. Damit sollen u.a. die Auswirkungen von emotionalen Prozessen auf das Rückfallgeschehen beschrieben werden. Abschließend werden einige empirische Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen Rückfallgeschehen und Emotionen dargestellt.

4.1 Alkoholabhängigkeit

Die Alkoholabhängigkeit ist eine chronische Erkrankung, bei der eine einmalige zeitlich begrenzte Behandlung meistens nicht ausreicht (Lindenmeyer, 2013, S.11).

Trost (2013, S. 244) bezeichnet Menschen als alkoholkrank, bei denen eine psychische und physische Abhängigkeit von Alkohol besteht.

Alkoholabhängigkeit (F10.2) wird laut Klassifikation nach ICD 10 definiert als „eine Gruppe von Verhaltens-, kognitiven und körperlichen Phänomenen, die sich nach wiederholtem Substanzgebrauch entwickeln. Typischerweise bestehen eine starker Wunsch, die Substanz einzunehmen, Schwierigkeiten, den Konsum zu kontrollieren, und anhaltender Substanzgebrauch trotz schädlicher Folgen. Dem Substanzgebrauch wird Vorrang vor anderen Aktivitäten und Verpflichtungen gegeben. Es entwickelt sich eine Toleranzerhöhung und manchmal ein körperliches Entzugssyndrom.“ (Graubner, 2017, S. 181).

4.2 Rückfalltheorie nach Alan G. Marlatt

"In the original qualitative investigation of relapse episodes (Marlatt & Gordon, 1980), negative emotional state was the strongest predictor of relapse in a sample of mal alcoholics (37% of the sample reported that negative affect was the primary relapse trigger)." (Marlatt, Witkiewitz, 2008, S.15).

Die Theorie von Alan G. Marlatt hatte großen Einfluss auf die Forschung und Praxis. Sie besagt unter anderem, dass kognitive und emotionale Prozesse die Entstehung eines Rückfalls fördern. (Körkel, Schindler, 2003, S. 24 f.).

Der amerikanische Suchtpsychologe Marlatt stützt sich bzgl. des Rückfallgeschehens auf die sozial-kognitive Theorie Banduras (1986). Marlatt entwickelt ein Prozessmodell, in das kognitive, soziale und emotionale Faktoren eingehen. (vgl. Kruse et. al, 2000, Lindenmeyer, 2005, Wittchen, Hoyer, 2011).

1978 konnte Marlatt mit einem Kneipenexperiment zeigen, dass die Wirkung von Alkohol nicht nur von physiologischen Komponenten bestimmt wird, sondern auch das Ergebnis von sozialkognitiv erlernten Wirkungserwartungen ist. Damit legte er die Grundlage für weitere Forschungen (vgl. Bowen, Chawla, Marlatt, 2012, S.10).

Marlatt revolutionierte schließlich zusammen mit Judith Gordon durch die Veröffentlichung seines sozial-kognitiven Rückfallmodells die Suchtbehandlung. Insbesondere die Rückfallprävention wurde zentral beeinflusst und es wurden zahlreiche verhaltenstherapeutische Methoden entwickelt (ebd.10).

4.2.1. Das sozial-kognitive Modell

In diesem Rückfallmodell haben Marlatt und Gordon drei Bestimmungsstücke des Rückfallgeschehens bestimmt:

- **Rückfallrisikosituationen:** Das Auftreten einer Rückfallrisikosituation wird durch zwei Fakten begünstigt, nämlich durch eine unausgewogene Lebenssituation und durch scheinbar irrelevante Entscheidungen des Betroffenen. Irrelevante Entscheidungen sind scheinbar erstmal unbedeutend, haben jedoch Auswirkungen auf den Rückfallverlauf, weil sie

das Risiko erhöhen, obwohl der Betroffene sie nicht als Risiko einschätzt. Beispiele sind laut Körkel & Schindler der Besuch von alten Freunden in einer Kneipe oder der Einkauf von alkoholischen Getränken, falls Freunde zu Hause vorbeikommen.

Eine unausgewogene Lebenssituation sind Umstände, die als unangenehm empfunden werden bzw. denen ein zu geringer Ausgleich entgegensteht (vgl. Körkel, Schindler, 2003, S.26, Lindenmeyer, 2005b, S.26.).

- **Bewältigungsfertigkeiten:** Die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls hängt von den alternativen Bewältigungsfertigkeiten (coping skills) ab. Hierbei werden zwei Bewältigungsrichtungen (aktiv-bewältigende und passiv-vermeidende) und zwei Bewältigungsmodi (kognitive und verhaltensorientierte Strategien) unterschieden (vgl., Lindenmeyer, 2005b, S. 26).
- **Abstinenzzuversicht:** Unter Abstinenzzuversicht (alcohol related self-efficacy) wird die Gewissheit des Alkoholabhängigen verstanden, über genügend effektive Alternativen zum Konsum zu verfügen. Ist diese Sicherheit nicht gegeben und ist eine eher geringe Selbstwirksamkeitserwartung vorhanden, steigt die Erwartung an das Konsummittel, die Belastung durch den Konsum zu reduzieren. Es wird ein positives Ergebnis erwartet, dass z.B. vorhandene Ängste gemindert werden. Es kommt zu erneutem Konsum von Alkohol, der von kognitiven und emotionalen Prozessen begleitet wird (vgl. Körkel Schindel, 2003, S. 26f., Lindenmeyer, 2005b, S.26).
- Marlatt und Gordon entwickeln ein 2-phasiges Rückfallmodell, bei dem aufgezeigt wird, wie es nach einem einmaligen Alkoholkonsum (lapse) zu weiterem früherem Trinkverhalten (relapse) kommen kann. Die Abstinenzzuversicht sinkt und wird als sogenannter "Rückfallschock" (abstinence violation syndrome) bezeichnet. Hierbei gibt es eine kognitive und emotionale Komponente. Dass ein Ausrutscher aufgrund kognitiv emotionaler Prozesse zu alten Trinkverhalten führt, wird als "Abstinenz-Verletzungs - Effekt" bezeichnet (vgl. Kruse et. al., 2001, S. 291, Lindenmeyer, 2005b, S.27).

Wie das Modell zeigt, spielen beim Rückfallgeschehen nicht einzelne Faktoren eine maßgebliche Rolle, sondern das Zusammenwirken von mehreren Faktoren. Vor allem die emotionale Komponente der Wirkungserwartung an den Alkohol ist evident.

Daher ist es wichtig auf den Zusammenhang zwischen Emotionen und Konsum einzugehen. Im folgenden Kapitel werden dazu wissenschaftliche Ergebnisse erläutert. Auf Emotionen und Emotionsregulation (ER) wird in den Kapiteln 5 und 6 detailliert eingegangen.

4.3 Empirische Untersuchungsergebnisse zum Zusammenhang von Emotionen und Rückfallgeschehen

Viele Studien belegen die Bedeutung von dysfunktionaler Emotionsregulation (ER) für die Entwicklung psychischer Störungen. In Zusammenhang mit Substanzstörungen liegen die meisten Untersuchungen vor.

Allein zwischen 2006 und 2009 sind ca. 1000 Studien durchgeführt worden, bei denen es um Zusammenhänge zwischen ER und Psychopathologie geht.

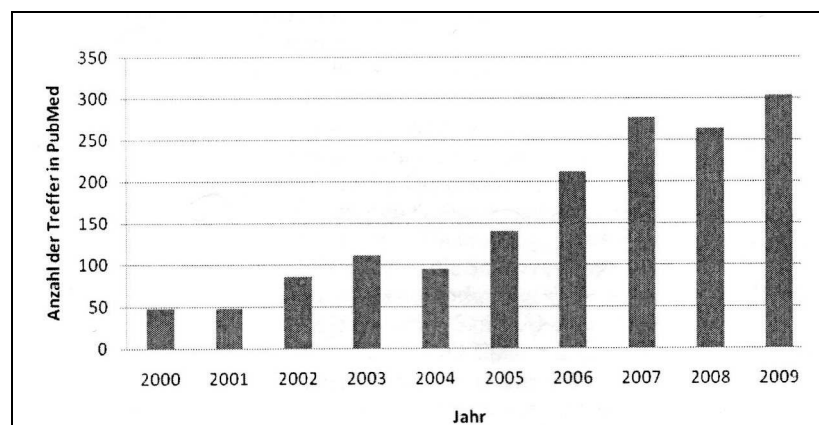


Abbildung 1: Anzahl der Treffer in PubMed für das Suchwort: "emotion regulation" in der Kombination mit einem der Begriffe "psychopathology", "mental disorder" oder "Psychological disorder". Barnow, 2012, S.117

Das wissenschaftliche Interesse am Zusammenhang zwischen Emotionen und der Entstehung von psychischen Erkrankungen nimmt zu, wie Abbildung 1 zeigt.

Barnow (2012, S. 120) gibt folgende Untersuchungsergebnisse wieder: Der pharmakologische Stoff Ethanol hat verschiedene Auswirkungen auf unser emotionales Erleben und auf die ER. Ausgehend von der Lerntheorie können Alkoholeffekte in drei Klassen eingeteilt werden: 1. positiv verstärkende Effekte (Euphorie), 2. negativ verstärkende Effekte (antidepressive Wirkung), 3. bestrafende Effekte (Depressivität). Daraus lässt sich schlussfolgern, dass Substanzkonsum an sich eine ER - Strategie darstellt. Durch die Zufuhr von Substanzen werden Emotionen beeinflusst. Aber auch Emotionen können die Substanzeinnahme direkt begünstigen.

Zum Einfluss von Substanzen auf Emotionen liegen zahlreiche Studien vor, Barnow (ebd. 120) verweist hier auf Sher, Grekin und Gross 2007. Am besten untersucht, ist wie Substanzkonsum sich auf die Emotionen der betroffenen Personen auswirkt. Inwieweit konsumierende Personen aber bereits eine dysfunktionale ER aufweisen, unabhängig von der Wirkung der Substanzen, ist weniger untersucht worden. Aldao und Kollegen beschreiben lediglich positive Assoziationen zwischen den ER -Strategien **Rumination** (intensive gedankliche Auseinandersetzung) und **Vermeidung** im Zusammenhang mit Substanzgebrauch (vgl. Tabelle 2). Hier ist zu beachten, dass von einer geringen Datenbasis ausgegangen wurde und in den meisten Studien nicht zwischen den Substanzen unterschieden wurde. In eigenen Studien konnte Barnow bei impulsiven Alkoholikern nach Ärgerinduktion mehr negative Emotionen feststellen als in der gesunden Kontrollgruppe (ebd. 121).

Tabelle 2: Emotionsregulationsstrategien und Assoziation zur Psychopathologie
Überblick (ebd. 120)

ER-Strategien	Empirische Befunde
Akzeptanz ()	Negative Korrelationen mit Angst/Depression, kein Zusammenhang mit Substanzstörungen, eventuell positive Effekte auf Abstinenz nach Therapie
Vermeidung (++)	Positive Korrelationen mit Angst/Depression und Substanzstörungen
Problemlösen (--)	Negative Assoziation mit Angst/Depression, keine Befunde zu Substanzstörungen, jedoch negative Zusammenhänge mit Trinkmenge und Konsequenzen Alkoholkonsum
Reappraisal (Neubewertung) (-)	Negative Korrelationen mit Angst/Depression, kein Zusammenhang mit Substanzstörungen, aber Verringerung alkoholbezogener Konsequenzen
Rumination (+++)	Positive Korrelationen mit Angst/Depression und Substanzstörungen, Trait-Rumination moderierte Zusammenhang zwischen Aggression und Substanzkonsum, Rumination prädizierte Alkoholkonsum bei Jugendlichen
Suppression (++)	Positive Korrelationen mit Angst/Depression, keine Befunde zu Substanzstörungen

Anmerkungen: (+): positive Korrelationen mit Psychopathologie (+ gering bis mittel, ++ mittel bis groß, +++ großer Effekt); negative Assoziationen mit Psychopathologie (- gering bis mittel, -- mittel bis groß, --- großer Effekt); Literatur: Aldao et al., 2009; Britton, C., 2004; Borders et al., 2007; Nolen-Hoeksema & Harrell, 2002; Nolen-Hoeksema et al., 2007; Fox et al., 2008; Sher & Grekin, 2007.

Körkel & Schindler (2003, S.19f.) beziehen sich als Grundlage für ihr strukturiertes Trainingsprogramm S.T.A.R. auf Ergebnisse internationaler Befragungsstudien. Diese belegen die hohe Bedeutung belastender Gefühlszustände für die Rückfallgefahr. Folgende Tabelle 3 verdeutlicht dies:

Tabelle 3: Intrapersonale und interpersonale Einflussfaktoren Körkel & Schindler (2003, S.19f.)

	Marlatt (1979)	Chaney et al. (1978) ^a	Kivlahan et al. (1983)	Sandahl (1984)	Scholz (1983)	Schindler (1993)	RREP (Lowman et al. 1996) Connors	Longabaugh	Miller (1996)
Intrapersonale Einflussfaktoren	61	58,5	75	50	92	67,5	77,8	65,2	62
1. Unangenehme Gefühlszustände (z.B. Ängste, Depressivität, Ärger, Enttäuschungen, Kränkungen)	38	43	43	40	50	42,5	50	37,2	35
2. Unangenehme körperliche Zustände (z.B. Schmerzen)	3	- ^b	15	2	7	2,5	1,4	1,2	1
3. Angenehme Gefühlszustände (z.B. Zufriedenheit, Stolz, Freude)	0	- ^b	17	2	4	5	3,8	7	9
4. Austesten der eigenen Kontrollmöglichkeiten	9	} 15,5	- ^b	2	28	12,5	8	9,3	4
5. Alkoholverlangen	11		- ^b	4	3	5	14,6	10,5	13
Interpersonale Einflussfaktoren	39	32,5	26	50	9	32,5	22,1	34,8	38
6. Zwischenmenschliche Konflikte (z.B. Streit, Spannungen)	18	15,5	20	31	5	17,5	8	11,6	13
7. Trinkaufforderungen und Zusammensein mit Menschen, die Alkohol trinken	18	17	6	17	3	15	13,2	17,4	20
8. Angenehme Gefühlszustände im Zusammensein mit anderen (z.B. während einer Musik-/Sportveranstaltung oder Party)	3	- ^b	- ^b	2	1	0	0,9	5,8	5

^a 9% der Rückfallentstehungsbedingungen konnten keiner Hochrisikosituation nach Marlatt zugeordnet werden. ^b Diese Einflussfaktoren wurden in der Studie nicht erhoben. RREP „Relapse Replication and Extension Project“ (Lowman et al. 1996). Im Rahmen dieses US-amerikanischen Projektes haben Forscher aus drei Forschungszentren Rückfallvorläufer erhoben und nach dem Marlatt-Schema kategorisiert: Connors=Forschungsleiter der Studien an der Brown University in Providence, Rhode Island; Longabaugh=Forschungsleiter der Studien am Research Institute on Addictions in Buffalo, New York; Miller=Forschungsleiter der Studien an der University of New Mexico at Albuquerque

4.4 Bedeutung für das Curriculum

Die beschriebenen Störungs- und Rückfallmodelle zeigen die Bedeutsamkeit von Emotionen für die Entwicklung einer Suchterkrankung und deren Aufrechterhaltung.

Patienten zu befähigen, mit negativen Emotionen umzugehen und sie zu regulieren, muss Hauptthema für eine effektive Rückfallprävention sein (vgl. Körkel&Schindler, 2003, S. 21). Die Patienten werden ständig in ihrem Alltag mit Situationen konfrontiert, die Emotionen auslösen, auf die sie idealerweise gesund und angemessen reagieren sollten.

- **Positive sowie negative Emotionen haben starke Auswirkungen auf das Rückfallgeschehen.**
- **Der gesunde Umgang mit emotionalen Prozessen stellt eine Rückfallprävention dar.**

5 Emotionen

Im folgenden Kapitel wird der Emotionsbegriff definiert und abgegrenzt. Weiter werden die Funktionen und die Physiologie von Emotionen dargestellt, darüber hinaus der Stressbegriff definiert. Abschließend werden kulturelle Einflüsse auf den Emotionsbegriff beschrieben. Im darauffolgenden Kapitel wird auf die Emotionsregulation eingegangen.

5.1 Definition Emotion

Es gibt in der Wissenschaft zahlreiche Definitionsversuche des Begriffs der "Emotion".

Laut Petzold (1995, S. 208) sind Emotionen in ihrem Wesen relational. Sie haben die Funktion, zu verbinden, zu trennen, anzuziehen und abzugrenzen.

In seinem Emotionskonzept versucht er folgende Definition: *"Emotionen sind komplexe, das gesamte Leibsubjekt in seinem soziophysikalischen und soziokulturellen Kontext ergreifende Prozesse, Thymosregungen, die mit variierender Intensität, Tönung und Bewußtheit als **Affekt, Gefühl, Passion, Stimmung, Grundstimmung** oder **Lebensgefühl** vom 'Selbst' eigenleiblich gespürt und vom 'Ich' bewußt erlebt werden."* (ebd. 209).

Petzold beschreibt mit seinem Emotionsbegriff einen umfassenden, ganzheitlichen Prozess, der in einem Menschen und auf seine Umwelt wirkt.

Aktuelle wissenschaftliche Begriffserklärungen definieren Emotion als *„ein komplexes Muster körperlicher und mentaler Veränderungen, darunter physiologische Erregung, Gefühle, kognitive Prozesse und Reaktionen im Verhalten als Antwort auf eine Situation, die als persönlich bedeutsam wahrgenommen wurde.“* (Gerrig, 2015, S. 458).

Emotionen werden durch - äußere oder innere - Situationen ausgelöst und haben Anpassungsfunktionen: Sie bereiten den Organismus vor. Prozesse ver-

schiedener Systeme im Körper werden synchronisiert. Die meisten Emotionen sind von kurzer Dauer und hoher Intensität.

Laut Wittchen & Hoyer (2011, S. 131) gibt es sechs Merkmale von Emotionen:

- kognitive Bewertung: Emotionen beruhen auf Bewertungen von Reizen;
- körperliche Reaktionen;
- Ausdrucksverhalten: Emotionen sind häufig mit charakteristischen mimischen Ausdrücken verbunden;
- Handlungsbereitschaft: Emotionen haben motivierende Funktionen
- zentralnervöse Prozesse;
- subjektives Erleben: Emotionen werden mit einer spezifischen Erlebnisqualität belegt.

In den meisten Werken wird von sechs Basisemotionen gesprochen:

- Angst/Furcht,
- Ärger,
- Ekel/Abscheu,
- Trauer,
- Freude,
- Überraschung.

(Reichert, 2014, S. 10, Zarbock, 2014, S.55)

Sulz (2000, S.32.) bezieht sich in Tabelle 4 auf vier Grundgefühle, von denen sekundäre Gefühle abgeleitet werden:

Tabelle 4: Wichtige Gefühle in zwischenmenschlichen Beziehungen. Sulz (2000, S.32.)

Gefühle des Menschen			
Freude	Traurigkeit	Angst	Ärger, Wut
Freude	Traurigkeit	Angst, Furcht	Ärger, Wut, Zorn
Begeisterung	Verzweiflung	Anspannung,	Missmut
Glück	Sehnsucht	Nervosität	Ungeduld
Übermut	Einsamkeit	Verlegenheit	Widerwille, Trotz
Leidenschaft	Leere, Langeweile	Selbstunsicherheit	Abneigung, Hass
Lust	Enttäuschung	Unterlegenheit	Verachtung
Zufriedenheit	Beleidigtsein	Scham	Misstrauen
Stolz	Mitgefühl	Schuldgefühl	Neid
Selbstvertrauen		Reue	Eifersucht
Gelassenheit		Sorge	
Überlegenheit		Ekel	
Dankbarkeit		Schreck	
Vertrauen			
Zuneigung, Liebe			
Rührung			
Befriedigung versus Verlust		Verletzung versus Aggression	

Diese vier Grundgefühle werden als Grundlage für das Curriculum und die Ableitung der Emotionsbausteine verwendet.

Um den Emotionsbegriff weiter zu differenzieren, ist es wichtig, eine Unterscheidung von Emotion, Stimmung und Affekt zu verdeutlichen. In der praktischen Arbeit werden von den Patienten häufig diffuse Emotionszustände beschrieben, die das emotionale Erleben bestimmen. In den folgenden Punkten werden diese Begriffe definiert.

5.1.1 Stimmung

Stimmungen sind oft von längerer Dauer und weniger intensiv als Emotionen. Sie sind in geringerem Masse situationsbezogen, zwischen ihnen und dem aus-

lösenden Ereignis besteht eine schwächere Beziehung. Man spricht z.B. von fröhlicher oder ängstlicher Stimmung.

(Gerrig, 2015, S. 458, Reicherts, 2014 S. 11)

Laut Petzold (1995, S.224) breiten sie sich in der Person aus und werden durch die Atmosphäre, in der sich die Person umgibt, mitbestimmt.

5.1.2 Kernaffekt

Eine weitere Differenzierung von Emotionen sind laut Reicherts (2014, S.11) Kernaffekte. Diese elementaren Affektzustände sind in allen Emotionen und Stimmungen enthalten.

Im englischen birgt der Oberbegriff "affect" alle gefühlsbezogenen Zustände (Rothermund, 2011, S. 156).

Zum Affektzustand gehört auch eine aktivierende Komponente. Diese Komponente meint den physiologischen Zustand. Reicherts gibt als Beispiel an: Man befindet sich vor einem Vortrag und ist relativ ruhig und fühlt sich wohl. Hier ist der Kernaffekt noch nicht zu einer Stimmung oder Emotion geworden (Reicherts, 2014, S. 11).

Noch bevor der Mensch also eine Emotion bewusst erkennt, sind bereits neurobiochemische Prozesse in unserem Körper angelaufen. Dieser Kernaffekt ist der Vorlauf des Erlebens von Emotionen (Hauke & Dall'Occchio, 2015, S.14).

Auch Petzold beschreibt den Begriff Affekt als ein kurzes, situationsabhängiges Erleben mit starker Thymosregung. Mit Thymosregung meint Petzold die körperlichen Erregungen, die ein Affekterleben erzeugen kann (vgl. Petzold, 1995, S. 224).

Petzold differenziert zudem weitere Begriffe in Abgrenzung zu "Emotion": Leidenschaft, Gefühl, Grundstimmung und Lebensgefühl (ebd. 224).

Sicherlich spielt bei unseren Patienten die Grundstimmung und das Lebensgefühl beim Erleben und Ausdruck von Emotionen eine Rolle. Die Grundstimmung ist häufig negativ geprägt und kann sich auf regulative emotionale Prozesse auswirken. Petzold spricht in dem Zusammenhang von der "emotionalen Lage" des Patienten.

5.2 Funktionen von Emotionen

Laut Traue & Deighton (in Sulz, 2000, S. 150- 152) haben Emotionen folgende Funktionen:

- **Emotionen verleihen subjektive Bedeutung.**

Sie verleihen Situationen eine persönliche Bedeutung. Dabei gibt es standardisierte emotionale Bedeutungen für Situationen und mögliche Neubewertungen.

- **Emotionen dienen der Kommunikation.**

Emotionen haben evolutionsgeschichtliche Bedeutung und müssen stets in enger Wechselwirkung mit der aktuellen Lebensform stehen, um angepasst zu werden.

- **Emotionales Verhalten basiert auf neurobiologischen Strukturen.**

An emotionalen Prozessen ist das gesamte periphere Nervensystem beteiligt (vgl. Kap.).

- **Emotionen können Prozess und Zustand sein.**

Emotionen entstehen durch Verarbeitung von Emotionen. Sie können auch durch innere Reize wie Vorstellungen, Phantasien etc. entstehen und sich immer wieder neu produzieren.

- **Emotionen sind körperlich und mental.**

Emotionen äußern sich auch über motorische Aktivität und es kommt zu emotionalem Ausdrucksverhalten.

- **Emotionales Verhalten unterliegt der Selbstregulation.**

Nach Ablauf emotionaler Prozesse wirken individuelle Mechanismen der Bewertung, die die emotionale Reaktion beeinflussen. Diese Mechanismen sind laut Traue & Deighton entweder konditioniert oder unterliegen der Rationalität. Emotionale Reaktionen können somit kontrolliert und reguliert werden.

Emotionen können durch emotionale Reaktionen abgeleitet werden. Beispiel: Scham wird erst möglich, wenn das Individuum sein Verhalten in Bewertungsmuster einordnen kann.

Für die Auswahl der Methoden und die inhaltliche Ausgestaltung des Curriculums, spielte dieser Aspekt eine zentrale Rolle. Psychisch erkrankte Menschen haben mehr Probleme in ihrer Selbstregulation. (Hauke & Dall’Occhio, 2015, S.31) und sollten daher verstärkt befähigt werden Regulationsstrategien zu erlernen. Das Wissen darüber Einfluss auf emotionales Verhalten haben zu können ist für die Patienten wichtig und eine Grundvoraussetzung, um Strategien im Umgang mit Emotionen zu erlernen.

Wittchen & Hoyer (2011, S. 132) stellt folgende Funktionen vereinfacht dar:

- **Motivation:** Emotionen bewerten die Situation und führen zu zielgerichtetem Verhalten.
- **Handlungsvorbereitung:** Emotionen dienen dazu, auf bestimmtes Verhalten vorzubereiten.
- **Lernen:** Emotionen werden mit den Konsequenzen des Verhaltens assoziiert und beeinflussen den Lernprozess.
- **Kognition:** Emotionen beeinflussen Denk-, Aufmerksamkeits- und Gedächtnisprozesse.
- **Kommunikation:** Emotionales Ausdrucksverhalten dient dem Herstellen sozialer Beziehungen.

5.3 Physiologie der Emotionen

Emotionen, die erlebt werden, setzen körperliche Reaktionen in Gang. Je nach Emotion reagiert der Körper unterschiedlich. Die Reaktionen können angenehm sein (z.B. entspannt sein), aber auch unangenehm (z.B. schwitzen, nervös sein).

Physiologische Reaktionen dienen dazu, den Körper zu mobilisieren und zum Handeln zu bewegen (vgl. Gerrig, 2015, S. 463). Diese Reaktionen unterliegen neurobiologischen und chemischen Vorgängen. Diese sollen in den folgenden Kapiteln erläutert werden.

5.3.1 Präkognitive Emotionen und physiologische Grundlagen

Kaluza (2011, S.36) vertritt die Auffassung, dass die meisten Menschen auf bestimmte Situationen mit körperlichen und emotionalen Reaktionen in einer automatisierten Abfolge reagieren. Es gibt keine Zeit für kognitive Einschätzungen und veränderbare Reaktionen. Aufgrund von Erfahrungen wird die emotionale und körperliche Stressreaktion den Kognitionen vorgeschaltet (ebd. 36).

Auch Sulz (2000, S.14) spricht von emotionalen Schemata, die immer wieder bei Auftreten der jeweiligen Situation aktiviert werden. Es werden dieselben Gefühle und Verhaltensimpulse abgerufen und wiederholt.

Physiologisch erklärt Kaluza (2011, S.36) diesen Ablauf wie folgt:

Nach Untersuchungen von Joseph Ledoux kann das limbische System, das "Gefühlshirn", einen Weg finden, die Hirnrinde, den "Denkprozessor", zu umgehen. Die eingehende Information wird zunächst in den Thalamus, einen Teil des limbischen Systems, und von da aus weiter an die Hirnrinde geleitet. Dann wird die Information weiter an die Amygdala geleitet. Hier werden die emotionalen Komponenten abgerufen und ausgelöst. Ledoux fand eine weitere Informationsleitung vom Thalamus direkt zur Amygdala. Die Hirnrinde wäre damit als verarbeitende und interpretierende Instanz umgangen. Eine reflexartige emotionale Reaktion ist die Folge (ebd. 36).

Die moderne Forschung zeigt aber auch, dass durch die Umbewertung von Situationen reflexartige emotionale Reaktionen veränderbar sind bzw. beeinflusst werden können. Hier setzen vor allem die achtsamkeitsbasierten Verfahren und Methoden an. Es geht um die Entschleunigung des Alltags, den Fokus im Erleben des Hier und Jetzt zu legen und neue mögliche Reaktionsweisen zu erkennen (vgl. Bowen et al., 2012, S.12).

5.3.2 Neurobiologische Annahmen

Wie im vorangegangenen Kapitel beschrieben, kommt dem limbischen System eine zentrale Rolle in der Emotionsverarbeitung zu. Aber auch andere neokortikale Regionen sind beteiligt, u.a. separate Netzwerke, so dass nicht von einem

einheitlichen "Emotionszentrum" ausgegangen werden kann (vgl. Wittchen,Hoyer, 2011, S. 135).

Neurowissenschaftliche Studien belegen einen komplexen neuralen Schaltkreis, über den die ER- Prozesse koordiniert werden. Hierzu gehören verschiedene Regionen des präfrontalen Kortex (PFC) und des anterioren cingulären Kortex (ACC). Von dort aus werden neuronale Prozesse an emotionsverarbeitende Hirnregionen, dem orbitofrontalen Kortex (OFC), weitergeleitet, welche im übergeordneten Amygdala-Hippocampus-Komplex verarbeitet werden (vgl. Barnow, 2012, S. 115).

Das mesolimbische Dopaminsystem und der OFC spielen bei der Emotionsverarbeitung, aber auch bei der Entstehung von psychischen Störungen (u.a. Sucht) eine zentrale Rolle, wie bildgebende Studien zeigen (vgl. Wittchen,Hoyer, 2011, S. 135).

Sensorische Reize werden über zwei Wege an die Amygdala weitergeleitet. Deren zentraler Kern besitzt eine ideale anatomische Position, da er Verbindungen zu vegetativen, endokrinen und somatomotorischen Hirnstrukturen hat. Das kann wiederum in direkter Folge zur Ausschüttung von Stresshormonen führen und/oder zu einer Erhöhung der Atemfrequenz. Wie in Kapitel 5.4 beschrieben, löst der direkte Weg vom Thalamus zur Amygdala klassisch konditionierte Reaktionen auf einfache Reize aus. Die kognitive Bewertung fehlt bei dieser einfachen emotionalen Reaktion (ebd. 138).

Solche intuitiven emotionalen Reaktionen sind auch im Alltagsleben bekannt, denkt man an Empfindungen wie Sympathie und Abneigung. Hier kann nicht angegeben werden, auf welchen Reizmerkmalen unser Eindruck beruht.

Veränderungen in neurobiologischen Regelsystemen sind möglicherweise nicht nur die Folge, sondern auch Ursache psychischer Probleme (vgl. Barnow, 2012, S. 117).

Andauernde Stresszufuhr, die den neurobiologischen Haushalt nachhaltig schädigen kann, wirkt sich auf die psychische Gesundheit aus. Deshalb wird im nächsten Kapitel auf den Stressbegriff und die Stressreaktion eingegangen, um den Einfluss von Stress auf unser emotionales Erleben und die Verarbeitung von Emotionen zu verdeutlichen.

5.4 Stressbegriff und Stressreaktion

Der Stressbegriff beschreibt einen Zustand, der von einer Homöostase des Körpers und der Psyche abweicht und nicht durch eine routinemäßige Reaktion ausgeglichen werden kann. Die Homöostase beschreibt eine innere Ordnung, die konstant sein sollte.

Bei einer akuten körperlichen Stressreaktion kommt es insgesamt zu einer körperlichen Aktivierung, bei der folgende kurzfristige Auswirkungen auftreten können:

- Schnellere Atmung;
- Blutdruck steigt, dadurch wird das Herz schneller durchblutet und der Herzschlag erhöht sich. Das führt zunächst zu einer besseren Energieversorgung;
- Erhöhung der Muskelspannung und Reflexgeschwindigkeit;
- der Organismus wird auf einen erhöhten Energieverbrauch vorbereitet, dafür werden Zuckerreserven ins Blut abgegeben;
- das sexuelle Verlangen ist gehemmt;
- das Immunsystem wird dadurch gestärkt, dass die Anzahl der Killerzellen, die Fremdkörper beseitigen, steigt;
- geminderte Schmerzempfindlichkeit.

(Kaluza, 2011, S 15 ff)

Laut Kaluza (ebd.23) sind Stressreaktionen nicht direkt gesundheitsschädlich, wenn diese nur kurzfristig anhalten und im Wechsel mit Entspannung stehen. Bei anhaltendem Stress kommt es u. a. zu einer vermehrten Ausschüttung von Kortisol im Gehirn. Dieses Hormon ist bei Überdosierung toxisch und stellt eine Gefährdung für die körperliche Gesundheit dar (ebd. 23). Vermehrte Ausschüttung von Kortisol führt in der Folge zu einem körpereigenen Schutzmechanismus. Weitere sogenannte Releasing - Hormone werden ausgeschüttet, um die Stressreaktion physiologisch zu bremsen (ebd.19).

Bei einem ständig erhöhten Kortisolspiegel greift dieser Schutzmechanismus oft nicht mehr, da anhaltender Stress das Rückkopplungssystem destabilisiert.

Die Stressreaktion läuft auch nicht bei allen Menschen gleich ab, sondern ist situations- und individualspezifisch. Je nachdem, wie der Stressor wahrgenommen wird, kann das verschiedene Hormonsysteme aktivieren und unterschiedliche Emotionen auslösen.

Kaluza (ebd. 21) meint, dass die Art der Stressreaktion sich danach richtet, wie die Kontrollierbarkeit der belastenden Situation ist. Auch Berking (2015, S.19) beschreibt, dass es bei unkontrollierbarer Bedrohung der Grundbedürfnisse zu einer verstärkten Ausschüttung von Stresshormonen kommt. Bei anhaltender Ausschüttung werden Mechanismen beeinträchtigt, die negative Emotionen regulieren könnten.

Auf der Ebene des Verhaltens äußert sich die Stressreaktion unterschiedlich:

- ungeduldiges Verhalten,
- Betäubungsverhalten (Konsumverhalten),
- unkoordiniertes Arbeitsverhalten und
- konfliktreicher Umgang mit anderen, aggressives Verhalten.

Auf einer kognitiv - emotionalen Ebene kommt es u.a. zu:

- Gefühlen der inneren Unruhe,
- Gefühlen des Ärgers,
- Angst,
- Gefühlen der Hilflosigkeit und
- Denkblockaden.

(Kaluza, 2011, S.14)

Beide Ebenen schaukeln sich bei akutem Stress gegenseitig auf, sodass es zu einer Verstärkung der Reaktion kommt.

Für eine effektive Stressbewältigung ist es also wichtig, an den Wahrnehmungsfähigkeiten des Einzelnen zu arbeiten, um eine Sensibilisierung zu schaffen und dann adäquat reagieren zu können. Neue Ansätze in der Epigenetik

erforschen den Einfluss umweltbedingter Veränderungen auf die Gene. Gesundes Verhalten kann positive Einflüsse auf unsere Zelleigenschaften haben.

(Wittchen & Hoyer, 2011, S. 103f).

Um die Entstehung emotionaler Reaktionen zu verstehen und einordnen zu können, ist es wichtig, auch die kulturellen und evolutionsbiologischen Annahmen zu kennen. Im folgenden Kapitel wird darauf eingegangen.

5.5 Kulturelle und evolutionsbiologische Annahmen

Es gibt unbewusste emotionale Reaktionen, die aus evolutionär entstandenen Reaktionssystemen abzuleiten sind (Wittchen & Hoyer, 2011, S. 131).

Basisemotionen (vgl. 5.1) werden als Reaktionssysteme gesehen, die sich im Laufe der Evolution als überlebenswichtige Handlungen bewährt haben. In den verschiedensten Kulturen werden dieselben Reaktionen auf die Basisemotionen in Form von gleichen Gesichtsausdrücken gezeigt (ebd. 132)

Forscher untersuchten die Hypothese der "Universalität der Emotionen", indem sie emotionale Reaktionen von Neugeborenen verschiedener Kulturen verglichen und analysierten. Silvan Tomkins (1911 -1991) fand dabei heraus, dass verschiedene emotionale Reaktionsmuster bei Säuglingen sozusagen angeboren sind. Säuglinge reagieren z.B. auf laute Geräusche mit Furcht, ohne dies vorab zu lernen (vgl. Gerrig, 2015, S.460). Weitere frühe Ansätze setzten sich mit Gesichtsausdrücken von Säuglingen auseinander. Deutlich wurde, dass Säuglinge am Anfang ihres Lebens Gesichtsausdrücke für positiv oder negativ hatten. Der Ausdruck der Emotionen geht dabei über die Physiognomie hinaus in motorische Bewegungen über (ebd. 460).

Laut Paul Ekman (ebd. 460), einer der führenden Forscher auf dem Gebiet der Gesichtsausdrücke, gibt es eine einheitliche "Sprache des Gesichtes" bei Erwachsenen aller Kulturen. In Gesichtsausdrücken bestimmte Emotionen über die Kulturen hinweg deuten zu können, ist wahrscheinlich evolutionär begründbar (ebd.460).

Dabei wird von sieben universell bekannten Gesichtsausdrücken ausgegangen, wie folgende Abbildung zeigt:

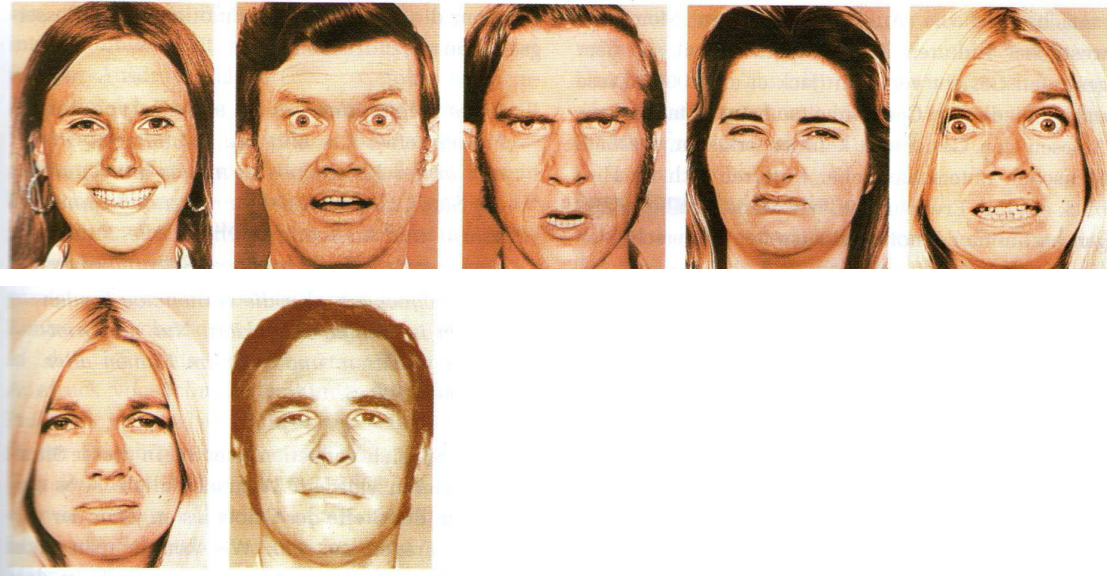


Abbildung 2: Beurteilung von emotionalen Gesichtsausdrücken (ebd. S. 461).

Emotion nach Reihenfolge der Bilder: Freude, Überraschung, Ärger, Ekel, Furcht, Trauer, Verachtung

Somit gleichen sich in verschiedenen Kulturen emotionale Gesichtsausdrücke. Der Umgang mit Emotionen kann aber sehr unterschiedlich sein.

Jede Kultur hat ihre eigenen sozialen Standards bzw. Regeln, inwieweit es angemessen ist, Emotionen zu zeigen. Dies ist auch situationsabhängig. Der kulturelle Kontext, in dem z.B. Schmerz gezeigt werden darf, unterscheidet sich laut einer Studie, die Menschen in Japan und den USA verglichen. Menschen aus Japan stimmten dabei dem offenen Umgang mit Schmerz in einem sehr viel geringeren Anteil zu (ebd. 463).

Die ursprünglichste Weise, Emotionen auszudrücken, ist die Veränderung der Gesichtszüge. Für den Umgang mit emotionalen Prozessen ist es wichtig, diese Reaktionsmuster erkennen und einschätzen zu können. Auch im Curriculum wird deswegen versucht, methodisch auf verschiedene kreative Ausdrucksmöglichkeiten von Emotionen einzugehen.

6 Emotionsregulation

In den folgenden Kapiteln wird der Begriff der Emotionsregulation definiert und wichtige Emotionstheorien und Modelle skizziert. Abschließend wird auf den Zusammenhang von ER und Substanzmissbrauch und den aktuellen Forschungsergebnissen eingegangen.

6.1 Definition Emotionsregulation

Zu dem Begriff der Emotionsregulation gibt es mehrere Definitionen.

Laut Reicherts (2014, S.16) umfasst ER alle Prozesse, die mit Entstehung, dem Verlauf, dem Erleben und Ausdruck, dem Modifizieren oder Regulieren von Emotionen und affektiven Zuständen verbunden sind.

Barnow (2012, S. 112) definiert ER wie folgt: *„umfasst die Initiation von neuen oder die Änderung bereits bestehender Emotionen, desweiteren die Akzentuierung, Verringerung, Unterdrückung oder Aufrechterhaltung emotionaler Reaktionen.“*

Er unterscheidet zwei ER-Mechanismen: *1. Regulationsmechanismen, die willkürlich kontrolliert werden und 2. Regulationsmechanismen, die automatisiert ablaufen.* Es gibt sowohl funktionale ER - Strategien, die langfristig eine angemessene Bedürfnisbefriedigung sicherstellen und dysfunktionale ER- Strategien, die langfristig der angemessenen Bedürfnisbefriedigung entgegen wirken und damit den Nährboden für die Entwicklung psychischer Erkrankungen bilden (Barnow, 2012, S. 112).

In seinen Ausführungen stellt Barnow außerdem das Modell von Gross vor, die zwischen antizipatorischen (Reappraisal) und reaktiven ER - Strategien (Suppression) differenzieren.

Desweiteren führt er aus, dass Koole (2009) zwischen drei Funktionsbereichen der ER-Strategien unterscheidet: 1. einer kurzfristigen Vermeidung negativer Emotionen und einer sofortigen Bedürfnisbelohnung, 2. zielorientierter Strategie

gien und 3. ER- Strategien, die der langfristigen Stabilisierung der Persönlichkeit dienen (Barnow, 2012, S.113).

Ältere Modelle beschreiben verschiedene Variablen von Emotionsregulation. Z.B. Sulz (2000, S. 67) geht von folgenden Variablen der Emotionsregulation aus:

- Fähigkeit zu funktionaler Wahrnehmungsselektion,
- Fähigkeit zur Einschätzung der Situation,
- Funktionale Reagibilität auf spezifische Auslöser,
- Fähigkeit zur Steuerung der Intensivität von Gefühlen,
- Fähigkeit zum nonverbalen Ausdruck von Emotionen,
- Fähigkeit zur sprachlichen Kommunikation von Emotionen,
- Umsetzung einer Emotion in eine Handlung,
- Prüfung der Angemessenheit der Handlung,
- Einen Entwurf zu einer effektiven Handlung erstellen,
- Bereitschaft, die Handlung bis zur Zielerreichung umzusetzen,
- Rechtzeitige Einstellung einer Handlung.

(Sulz, 2000, S.68)

Diese Variablen zeigen das breite Spektrum, das in der Regulation von Emotionen abgedeckt werden sollte. Daraus lassen sich auch mögliche Störungen ableiten, wie die folgende Abbildung 3 deutlich macht:

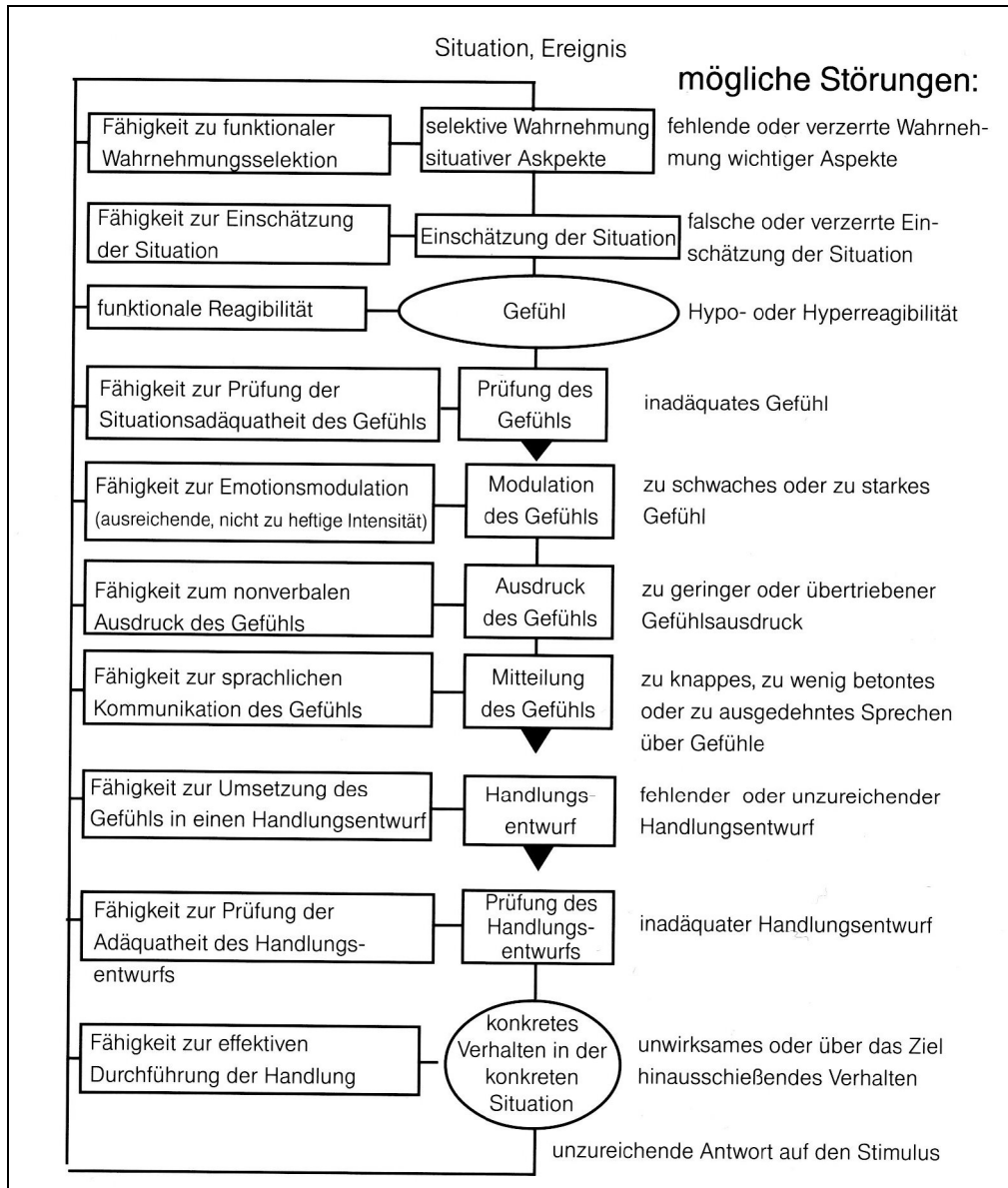


Abbildung 3: Ein Modell zur situativen Emotionsregulation: Sulz (2000, S.68.)

Eine aktuellere Definition von Hauke & Dall'Occchio (2015, S.17) beschreibt Emotionsregulation als:

- Änderungen bereits bestehender Emotionen,
- das Auslösen von neuen Emotionen,
- Akzentuierung, Verringerung, Unterdrückung oder Aufrechterhaltung emotionaler Reaktionen.

Am verständlichsten und am präzisesten formuliert und daher als Definitionsgrundlage für die vorliegende Arbeit verwendet, erscheint mir die Begriffsbestimmung von Petermann & Barnow:

ER bezieht sich auf Strategien und Prozesse, die das Auftreten, die Intensität, die Dauer und den Ausdruck einer Emotion verändern. Die Strategien können funktional oder dysfunktional sein und sich auf die körperliche Gesundheit auswirken (Petermann & Barnow, 2013, S. 193).

6.2 Emotionstheorien und Modelle

Es gibt eine Vielzahl von Emotionstheorien. Vor über 100 Jahren gab es die Auffassung, dass erst nach einer körperlichen Reaktion eine Emotion ausgelöst wird. Walter Cannon (1927, 1929) kritisierte diese Theorie und widerlegte sie mit physiologischen Argumenten. Ein weiterer Physiologe, Philip Bard, unterstützte Cannon. Laut Bart erzeugt ein Emotionen erregender Stimulus gleichzeitig eine körperliche Reaktion und subjektives Erleben einer Emotion (Gerrig, 2012, S.464f.). Die Theorie ging als Cannon-Bart-Theorie in die Emotionsforschung ein.

Weitere Emotionstheorien bezogen sich auf die kognitive Bewertung, z.B. die Zwei-Faktoren Theorie von Stanley Schachter und die Emotionstheorie der kognitiven Bewertung von Richard Lazarus. Beide Theorien basieren auf der

Annahme, dass bei emotionalem Erleben nicht nur von den physiologischen Vorgängen im Gehirn ausgegangen werden kann, sondern, dass Umweltfaktoren und deren subjektive Bewertung ebenfalls eine zentrale Rolle spielen. (Gerrig, 2015; S. 466, Mitmansgruber, 2003, S. 37f.).

Aktuelle Theorien, die sich mit ER beschäftigen, stellen in Frage, ob sich einzelne Emotionen voneinander abgrenzen lassen und gehen eher von einem dimensionalen Ansatz aus. Emotionsregulationsstrategien können laut diesen Ansätzen zueinander positiv vs. negativ oder Annäherung vs. Vermeidung stehen (Barnow, 2012, S. 114).

Die bekannteste Theorie ist der Appraisalansatz (Mittmannsgruber, 2003, Barnow, 2012, Rothmund, 2011, Wittchen, Hoyer, 2011), bei dem es insbesondere um die Bewertung (appraisal) von Emotionen geht. Sie setzt sich auch mit der Verarbeitung von Emotionen auseinander. Diesen Ansatz hat insbesondere Lazarus geprägt. Er unterscheidet drei Arten von Bewertungen (Wittchen, Hoyer, 2011, S. 134):

1. Primäre Einschätzung: Es wird bewertet, ob ein Ereignis relevant ist für das eigene Ziel.
2. Sekundäre Bewertung: Es kommt in einem weiteren Schritt zur Bewertung der eigenen Handlungsmöglichkeiten.
3. Neueinschätzung: Neue Informationen können dazu führen, dass eine neue Situation anders bewertet wird.

Aktuelle Ansätze gehen von einer Verbindung von emotionalen und motivationalen Prozessen unter Einbezug von Kognition und Aufmerksamkeit etc. aus. Gross und Mitarbeiter (1999, 2003) beziehen sich auf diese Befunde in ihrem Emotionsmodell, das nachfolgend kurz umrissen wird. (Barnow, 2012, S. 113 f.).

6.2.1 Emotionsmodell nach Gross

Bei Betrachtung der theoretischen Entwicklungen der ER-Forschung, stellt das Prozessmodell der Emotionsregulation nach Gross das prominenteste Modell

dar. Das Modell zeigt eine Vielzahl von ER-Strategien und basiert auf der Annahme, dass Strategien, die eingesetzt werden, bevor eine Emotion vollständig ausgelöst wurde, effektiver sind. Zum Beispiel aktiv Situationen zu meiden, die bestimmte Emotionen auslösen können. Die Strategien a)-d), können eingesetzt werden, um emotionale Abläufe vorab zu beeinflussen (Heber, Lehr, Ripper, Berking, 2014, S.147 f.).

In diesem ER - Modell werden mehrere Regulationsstrategien in antizipatorische und reaktive Strategien unterteilt.

Die antizipatorischen ER umfassen:

a) Situationsauswahl (vgl. Barnow, 2012, S. 114)

Hier werden Situationen aufgesucht, die positive Emotionen auslösen, Situationen, die mit negativen Emotionen verbunden sind, werden eher vermieden. (vgl. Gross, 1998, S.283).

b) Situationsmodifikation ist die aktive Gestaltung einer Situation.

(vgl. Barnow, 2012, S.114).

Als Beispiel kann ein Geschäftsmann genannt werden, der aufgrund einer Autopanne nicht zu seinem Meeting kommt und stattdessen eine Telefonkonferenz abhält (vgl. Gross, 1998, S.283).

c) Aufmerksamkeitslenkung

Die Aufmerksamkeit wird auf positive, neutrale oder auch negative Aspekte gelenkt (vgl. Barnow, 2012, S. 114).

d) Neubewertung (Reappraisal)

Bedeutet, eine Situation mit einem neuen Bewertungsmuster zu unterlegen. Beispielsweise in einer bestimmten Situation die Position eines neutralen Beobachters einzunehmen (ebd. 114).

Als reaktive bzw. ER-Strategien, die auf Veränderung angelegt sind, werden genannt:

a) Verhaltenshemmung (Suppression)

Mein die Unterdrückung eines Verhaltens, dies können auch physiologischer Symptome sein. (ebd. 114).

b) Verstärkung der emotionalen Reaktion

Die Intensivierung von Emotionen, die sowohl negativ als auch positiv sein können. (ebd. 114).

Das Ziel der Emotionsregulation liegt laut Gross sowohl auf bewusster wie auf unbewusster Ebene, darin "*Emotionen entweder aufsteigen zu lassen, sie zu erhalten oder zurückzubilden*" (Ionescu, 2010, S. 46). Gross ordnet sie folgendermaßen zu: in kontrolliert und bewusst und in automatisch und unbewusst. Emotionsregulation findet quasi immer statt. Es gibt kaum einen Prozess, der nicht reguliert wird. (ebd. 46)

Am häufigsten untersucht wurden die ER-Strategien Suppression und Reappraisal. Es zeigten sich dabei Geschlechtseffekte: Frauen bewerten Situationen neu und regulieren ihre Emotionen, während Männer ihre Emotionen unterdrücken, also reaktive ER - Strategien (Suppression) benutzen. Als Fazit aus seinen Studien lässt sich ziehen, dass Menschen, die öfters Reappraisal Strategien verwenden, über ein positiveres Emotionserleben verfügen. (Barnow, 2012, 114).

6.3 Emotionsregulation und Substanzmissbrauch

„Die Schwierigkeit, mit negativem Affekt umzugehen, stellt einen der bedeutendsten Einflussfaktoren bei Alkohol- und Drogenkonsum dar" (Baker, Piper, McCarthy, Maleskie & Fiore, 2004).

Schröder und Petry (2003, S.19.f.) sehen Emotionen in einer Wechselwirkung von vier Faktoren: *Fähigkeiten, Ressourcen, Anforderungen* und *Motive*. Aufgrund des Zusammenspiels dieser vier Faktoren entscheidet der Mensch in der konkreten Situation über sein Verhalten und reagiert im Hinblick auf seine Bedürfnisse.

Emotionen geben eine Information über die aktuelle Bedürfnislage des Menschen und sie setzen Impulse für die weiteren Handlungen in konkreten Situationen.

In Bezug auf Abhängigkeitserkrankungen weisen Schröder und Petry (2003, S. 20) auf vier emotionsbezogene Effekte hin:

1. Einnahme psychotroper Substanzen, um negative Gefühlszustände zu beeinflussen: Süchtiges Verhalten;
2. absichtsvolle Herbeiführung einer Steigerung der Gefühlslage: Euphorisierung;
3. zwanghafter Impuls, das Suchtverhalten zu wiederholen, um erfahrene Wirkungsweisen wiederherzustellen. In der chronischen Phase der Suchterkrankung kann jedoch kaum noch eine Euphorisierung hergestellt werden,
4. Zunehmende Entdifferenzierung der Emotionalität im Suchtgeschehen. Undifferenziertere emotionale Wahrnehmung. Das Emotionssystem wird nachhaltig blockiert und führt zur eingeschränkten Erfahrungsbildung.

Es kann zu wesentlichen Langzeitkonsequenzen kommen. Im Prozess der Entwicklung einer Suchterkrankung kommt die Persönlichkeitsentwicklung quasi zum Erliegen (ebd. 20).

6.4 Forschungsergebnisse

Laut Heber et. al (2014, S. 153) kommt Berking in seinen aktuellen Studien zu dem Schluss, dass Defizite in den ER-Fähigkeiten einen Rückfall während und nach einer kognitiven Verhaltenstherapie voraussagen. In seinen Studien wird u.a. belegt, dass Affektregulation ein primäres Motiv für den Substanzkonsum darstellt und dass die ER-Fähigkeit "Akzeptanz" eine hohe Relevanz für die Aufrechterhaltung von Abstinenz hat.

Berking et al. (2008) untersuchen in einer Patientengruppe, die Wirksamkeit von neun Emotionsregulationsfähigkeiten (skills), vor und nach einer stationären verhaltenstherapeutischen Behandlung. Auch in diesen Studien wird die hohe Bedeutung, der ER-Fähigkeiten "Akzeptanz" und "Toleranz" für eine erfolgreiche Behandlung belegt.

Folgende Tabellen stellen die Forschungsergebnisse dar:

Tabelle 5: Emotionsregulationsfähigkeiten (vgl. Berking, M. et al., 2008, 1234f.)

Studie MVAn Verbesserung der ER und Therapieoutcome				
With sex & age as first step predictors	β	R^2	ΔR^2	F
1. GSI				
Regulation	-.29	.23	.20	63.28**
Toleranz	-.26	.27	.04	14.29***
2. BDI				
Toleranz	-.24	.24	.22	72.21***
Akzeptanz	-.21	.29	.05	15.97***
Regulation	-.16	.30	.01	4.78*
5. PA PANAS				
Regulation	.36	.27	.27	92.79***
Akzeptanz	.25	.31	.04	12.88***
6. NA PANAS				
Regulation	-.39	.18	.17	53.21***
Awareness (Aufmerksamkeit)	.20	.21	.03	8.08**
Toleranz	-.21	.23	.03	8.86**

Tabelle 6: Emotionsregulationsfähigkeiten (vgl. Berking, M. et al., 2008, 1234f.)

Studie 1.2: Korrelationen (Patienten; N=289)								
Skalen	Pre-Treatment Scores				Gain Scores			
	GSI	BDI	PA _{PANAS}	NA _{PANAS}	GSI	BDI	PA _{PANAS}	NA _{PANAS}
Aufmerksamkeit	-.19**	-.21***	.30***	-.10(*)	-.16**	-.24***	.30***	-.09(*)
Körperempfind.	-.17**	-.23***	.26***	-.12**	-.15*	-.16**	.23***	-.10*
Klarheit	-.33***	-.36***	.34***	-.20***	-.20**	-.26***	.27***	-.17**
Verstehen	-.32***	-.33***	.33***	-.19**	-.25***	-.31***	.30***	-.23***
Akzeptanz	-.45***	-.45***	.45***	-.40***	-.46***	-.47***	.46***	-.38**
Toleranz	-.50***	-.53***	.52***	-.40***	-.44***	-.45***	.39***	-.36**
Selbstunterst.	-.43***	-.44***	.44***	-.36***	-.29***	-.27***	.28***	-.31***
Konfrontations.	-.41***	-.43***	.46***	-.33***	-.24***	-.26***	.32***	-.27**
Regulation	-.53***	-.51***	.58***	-.41***	-.48***	-.46***	.49***	-.46**
SEK _{Total}	-.50***	-.52***	.55***	-.37***	-.44***	-.47***	.49***	-.40**

$r \geq .3$ $r \geq .5$ Berking et al. (2008) Behavior Research and Therapy

In Therapie-Evaluations-Studien wird aufgezeigt, dass negative Affekte bei in Behandlung befindlichen alkoholabhängigen Personen einen Prädiktor für den Wunsch nach Alkohol und für das Level des Alkoholkonsums darstellen (Heber et. al., 2014, S.153).

In Studien, in denen ein negativer Affekt einer Patientengruppe induziert wird, kann ein erhöhtes Verlangen nach Trinken voraus gesagt werden. (ebd.153).

Untersuchungen von Premper und Schulz (2008) an stationär behandelten Glücksspielern beweisen, dass die Verbesserung von emotionsregulatorischen Fähigkeiten, besonders der Umgang mit negativen Emotionen, im Mittelpunkt der Suchtbehandlung stehen sollte (vgl. Ionescu, 2010, S.127). Auch Mohs und Reschke (1998) belegen mit ihren Untersuchungen an alkoholabhängigen Patienten die Notwendigkeit einer Erweiterung des Therapieprogrammes um emotionsbezogene Module (ebd. 127).

Zahlreiche andere Studien zeigen, dass Alkoholabhängigkeit verstärkt als Störung bei Krankheitsbildern auftaucht, die einen starken Bezug zu Emotionalität haben z.B. Angststörungen, Depressionen, die Borderline-Persönlichkeitsstörung oder die posttraumatische Belastungsstörung (vgl. Gregory et. al.,2008, Hasin et al., 2007, Moggi & Donati, 2004).

Laut Ionescu (2010, S. 124) sieht Schröder (2001) als Hauptziel in der medizinischen Rehabilitation, die Förderung von Regulationskompetenzen an. Dabei geht er von Untersuchungen aus, bei denen die Dysfunktionalität im Gefühlsausdruck als entscheidende Risikofaktoren für psychische Störungen angesehen werden. Besonders bei Suchterkrankungen sieht er die Notwendigkeit der Behandlung einer "emotionalen Störung", bei der die Vermittlung von Fähigkeiten und Ressourcen im Vordergrund stehen sollte und strukturierte Trainingsprogramme initiiert werden sollen.

6.5 Bedeutung für das Curriculum

Aus den bisherigen Ausführungen lässt sich schließen, dass bei Suchtkranken eine generelle Störung der Emotionsregulation gegeben ist. Der Umgang mit

Emotionen ist demnach wesentlich beeinträchtigt. Trainingsprogramme im Umgang mit Emotionen bleiben sowohl in der stationären Rehabilitation als auch in der Reha - Nachsorge unterrepräsentiert.

Die Bewertung einer Situation ist scheinbar ein zentraler Aspekt im emotionalen Erleben. Wenn der Patient also lernt, für ihn unangenehme Situationen anders zu bewerten als er es bisher getan hat, kann das zu positivem Erleben führen. Dazu muss der Patient aber in der Lage sein, seine Emotionen zu erkennen und einordnen zu können. Dabei geht es nicht nur um die Basisemotionen, sondern auch um sekundäre Emotionen. Je mehr Differenzierungsmöglichkeiten der Patient hat, desto mehr Lösungen zur Regulation können gefunden werden.

Emotionale Dissonanzen haben die Patienten vor der stationären Rehabilitation mit Substanzen reguliert. Diese Regulationsmöglichkeit fällt nun weg. Neue Regulationsmöglichkeiten zu finden ist also wesentlich, um den Alltag ohne Suchtmittel zu regeln.

Diese Aspekte sollten in dem Curriculum berücksichtigt werden.

Im folgenden Kapitel wird das Training emotionaler Kompetenzen (TeK) nach Matthias Berking dargestellt. Bei diesem Training ist der Aufbau von Basiskompetenzen zentral. Für die Entwicklung des Curriculums war die Orientierung an diesen Kompetenzen wesentlich.

- **Emotionen informieren uns darüber, wie unsere Bedürfnisse sind.**
- **Sie bewegen uns zu bestimmten Handlungen in konkreten Situationen.**
- **Emotionale Dissonanz wurde vor der Therapie mit Substanzen reguliert, diese Regulationsmöglichkeit fällt weg.**
- **ER sollte dazu dienen, der Situation angemessene Emotionen herzustellen.**
- **Zu lernen, Situationen neu zu bewerten, kann vermehrt zu positiven Emotionen führen und zu weniger negativen.**
- **Die Fähigkeit verschiedene Emotionen akzeptieren zu können, hat einen positiven Effekt auf die Aufrechterhaltung von Abstinenz.**

7 Training emotionaler Kompetenzen (TeK)

Das Training emotionaler Kompetenzen (TeK) wird im folgenden Kapitel in seinen Grundrissen dargestellt. Es verlangt teilweise hohe Anforderungen an die kognitiven Fähigkeiten der Teilnehmer und sollte daher an die Fähigkeiten des Klientel in der Rehanachsorge angepasst werden.

7.1 Grundlagen

Weitgehend etabliert hat sich im deutschen Sprachgebrauch das TeK nach Berking. Das TeK integriert Methoden und Konzepte aus KVT (Kognitive Verhaltenstherapie), DBT (Dialektisch - Behaviorale Therapie), Selbstmanagementansätzen, verschiedenen achtsamkeitsbasierten Ansätzen und der Allgemeinen Psychotherapie nach Grawe, um die Kompetenzen der ER systematisch zu fördern (vgl. Heber et. al., 2014, S. 155). Das TeK kann zur Rückfallprävention eingesetzt werden und mit verschiedenen Therapieverfahren kombiniert werden. Die Effektivität des Trainings ist bereits in verschiedenen Studien nachgewiesen worden (ebd. 156). In dem Training geht es im Wesentlichen um die Identifikation und Reduktion von ER-Defiziten und den Aufbau eines konstruktiven Umgangs mit Gefühlen.

7.1.1 Das TeK- Modell

Berking (2015, S. 14f.) entwickelt ein TeK-Modell des konstruktiven Umgangs mit Gefühlen (siehe Abb. 4).

Dieses basiert auf einer Liste von sieben Kompetenzen zur Regulation von Emotionen:

1. Eigene Gefühle bewusst wahrnehmen können.
2. Die eigenen Gefühle erkennen und benennen können.
3. Die Ursachen des aktuellen Befindens erkennen können.
4. Sich in belastenden Situationen innerlich emotional unterstützen können.

5. Die eigenen Gefühle aktiv positiv beeinflussen können.
 6. Negative Gefühle bei Bedarf akzeptieren und aushalten können.
 7. Sich mit emotional belastenden Situationen konfrontieren lassen können.
- (vgl. Berking, 2015, S.14f)

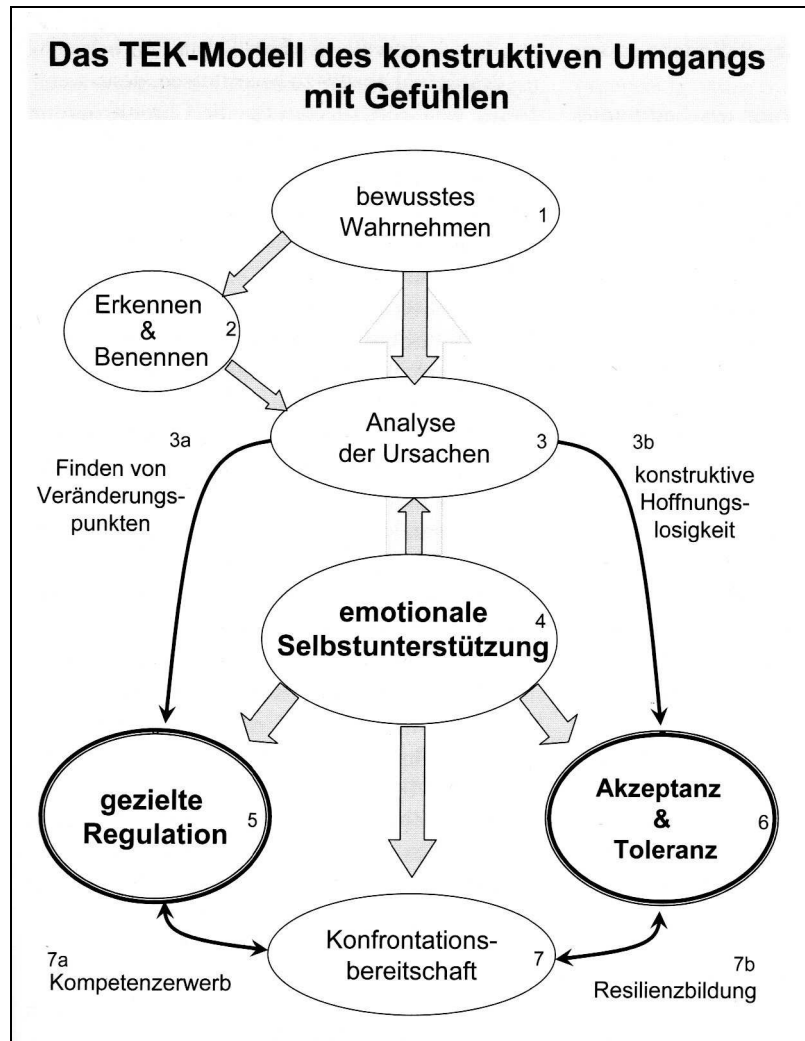


Abbildung 4: TEK-Modell des konstruktiven Umgangs mit negativen Emotionen (ebd. S.15).

Aufgrund wissenschaftlicher Befunde meint Berking: „von zentraler Bedeutung ist, dass man die eigenen Emotionen entweder gezielt zum Besseren wenden oder sie akzeptieren und aushalten kann.“ (ebd.16).

Ein vielfältiges bzw. breites Spektrum an Strategien zur ER zu vermitteln und zu erlernen, ist wesentlicher Bestandteil des Trainings.

7.1.2. Ziele des Trainings

Das Kernziel der Trainings ist laut Berking (2015, S. 25) die Vermittlung effektiver Kompetenzen und daraus konstruktive Bewältigungsstrategien abzuleiten. Beim TeK geht es im Wesentlichen um das Erlernen von sieben "Basiskompetenzen":



Abbildung 5: Basiskompetenzen und "TEK- Sequenz". (ebd. S. 27).

Diese beschreibt Berking (ebd. 27f.) folgendermaßen:

- **Basiskompetenzen 1&2: Muskel- und Atementspannung:**

Diese Kompetenzen sollen ein zu hohes Erregungsniveau mindern, damit eine optimale hirneurophysiologische Verarbeitung emotionaler Prozesse möglich ist (ebd. 27).

- **Basiskompetenz 3: Bewertungsfreie Wahrnehmung:**

Nachdem das allgemeine Erregungsniveau herabgesenkt werden konnte, soll gelernt werden, auch die emotional belastende Situation in ihrer Interpretation herunter zu regulieren. So können andere Bewertungsvorgänge vorgenommen und unvoreingenommen auf die Situation geschaut werden. Es geht insbesondere um das "Spüren" und "Benennen" von Emotionen (ebd. 28f.).

- **Basiskompetenz 4: Akzeptieren und Tolerieren**

Negative Interpretationen lösen in der Regel Reaktionen aus, Gefühle möglichst schnell wieder zu negieren. Diese Vorgänge sind in der Regel nicht erfolgreich und lassen einen Teufelskreis entstehen, indem immer wieder

versucht wird, gegen das vermeintlich negative Gefühl anzukämpfen. Eine effektivere Strategie wäre, die Gefühle zu akzeptieren und die Situation zunächst einmal auszuhalten. Nur mit diesen Kompetenzen lässt sich Ruhe in die emotionale Situation bringen (ebd. 29).

- **Basiskompetenz 5: *Effektive Selbstunterstützung***

Patienten neigen dazu, ein negatives Selbstbild aufzubauen und sich selbst für ihre emotionalen Reaktionen zu kritisieren. Durch die Entwicklung einer mitfühlenden Haltung sich selbst gegenüber wird eine effektive Handlungsfähigkeit wieder stabilisiert (ebd. 30).

- **Basiskompetenz 6: *Analysieren***

Wichtig ist die Schulung von Erklärungsmodellen, um Orientierung zu geben und zu entpathologisieren (ebd. 30).

- **Basiskompetenz 7: *Regulieren***

Hier geht es um aktive Veränderung einer emotionalen Reaktion in eine gewünschte Richtung. Die Entscheidung für ein Zielgefühl bildet die Grundlage für das weitere Vorgehen. Es werden möglichst viele Ideen gesammelt, wie das Gefühl erreicht werden kann. Danach erfolgt die Auswahl und Umsetzung der Ideen (ebd. 31).

Für Berking liegt die Effektivität des TeK im Training bzw. der Wiederholung und Intensivierung der einzelnen "TeK-Sequenzen". Nur im "Trainieren" der einzelnen Kompetenzen kann ein Prozess der Veränderung eintreten und ein effektiver Umgang mit Emotionen erlernt werden. Auch neurophysiologisch kann so eine Veränderung neuronaler Bahnungen stattfinden und es werden Zellverbände gestärkt, die für positive Gefühle zuständig sind (ebd. 35).

7.2 Bedeutung für das Curriculum

Berking beschreibt sieben Basiskompetenzen in seinem Training. Das Curriculum legt seinen Schwerpunkt insbesondere auf drei der Kompetenzen: die Bearbeitung der *Wahrnehmung*, die *Akzeptanz* und die *Regulation* von Emotionen. Diese Kompetenzen sind wesentlich, damit Patienten im Alltag mit ihren Emotionen umgehen können. Auch im TeK nehmen diese "Kompetenzen" einen wesentlichen Anteil im Training ein.

Außerdem greift Berking auf die Basiskompetenz 1 der "progressiven Muskelrelaxation" nach Jacobsen als Entspannungsverfahren zurück.

In dem Curriculum spielt dieses Verfahren ebenfalls eine wesentliche Rolle.

- **Von sieben Basiskompetenzen werden drei für das Curriculum genutzt: Wahrnehmung, Akzeptanz und Regulation.**
- **Die progressive Muskelrelaxation wird als Achtsamkeitsübung verwendet.**
- **Ein Schwerpunkt wird auf dem regelmäßigen Training liegen.**

Im nächsten Kapitel wird das Curriculum beschrieben und die erste Einheit zur Emotion Angst dargestellt. Das gesamte Curriculum mit den weiteren Einheiten Wut, Trauer und Freude befindet sich im Anhang II, da es die Größe der vorliegenden Masterthesis überschreiten würde.

Praxisteil: Einführung und Vorstellung des Curriculums

Tabelle 7: Übersicht Curriculum

Curriculum für die Rehabilitationsnachsorge	
„Emotionsregulation“	
Basismodul	Anzahl Einheiten
Angst	3
Wut/Ärger	3
Trauer	3
Freude	3
Abschlusseinheit	1
<i>Einheiten insgesamt:</i>	<i>13</i>

8 Durchführung des Curriculums Emotionsregulation

Das Curriculum enthält insgesamt 13 Einheiten, in denen der Schwerpunkt auf Emotionsregulation liegt. Es geht insbesondere um die Ebenen der Wahrnehmung, Akzeptanz und Bewältigung von Emotionen. Das Curriculum soll bei dem Erlernen von Strategien und der Erweiterung eines gesunden Umgangs mit Emotionen helfen. Außerdem soll es einen Zugang zu Emotionen ermöglichen.

Der Aufbau des Curriculums orientiert sich an vier Basisemotionen, anhand derer die einzelnen Einheiten wie folgt aufgebaut sind:

- Angst
- Wut / Ärger
- Trauer
- Freude

Diese Emotionen stellt Sulz in folgender Tabelle (vgl. Punkt 5.1) dar:

Tabelle 8: Gefühle des Menschen. Sulz (2000, S. 32).

Gefühle des Menschen			
Freude	Traurigkeit	Angst	Ärger, Wut
Freude Begeisterung Glück Übermut Leidenschaft Lust Zufriedenheit Stolz Selbstvertrauen Gelassenheit Überlegenheit Dankbarkeit Vertrauen Zuneigung, Liebe Rührung	Traurigkeit Verzweiflung Sehnsucht Einsamkeit Leere, Langeweile Enttäuschung Beleidigtsein Mitgefühl	Angst, Furcht Anspannung, Nervosität Verlegenheit Selbstunsicherheit Unterlegenheit Scham Schuldgefühl Reue Sorge Ekel Schreck	Ärger, Wut, Zorn Missmut Ungeduld Widerwille, Trotz Abneigung, Hass Verachtung Misstrauen Neid Eifersucht
Befriedigung versus Verlust		Verletzung versus Aggression	

Die Emotion "Freude" steht als angenehmer Gefühlszustand im Gegensatz zu den anderen (negativen) Emotionen. Aber gerade bei Abhängigkeitserkrankten, die positive Emotionen - oft nur noch künstlich hervorgerufen durch das Konsummittel - empfinden konnten, ist der Umgang mit diesen Emotionen wesentlich. Unangenehme und angenehme Gefühlszustände sind nach dem Modell von Marlatt intrapersonelle Einflussfaktoren als Auslöser für Rückfälle (Klos & Görger, 2009, S.35).

Ein weiteres Element ist der Aufbau nach dem Training emotionaler Kompetenzen (TeK) von Berking, orientiert an drei der sieben Basiskompetenzen, der **bewertungsfreien Wahrnehmung**, dem **Akzeptieren und Tolerieren** sowie der **Regulierung**.

Außerdem werden achtsamkeitsbasierte Verfahren wie die progressive Muskelrelaxation nach Jacobsen einbezogen.

Die drei Basiskompetenzen nach Berking werden im Curriculum angepasst und haben folgende Überschriften:

- Wahrnehmung von Emotionen
- Akzeptanz von Emotionen
- Regulierung von Emotionen.

Die Basiskompetenzen aus dem TeK sind zwar als Lernfeld für verschiedene Gruppen mit psychischen Erkrankungen entwickelt worden, jedoch wird ein gewisses Maß an Konzentrations- und Kooperationsfähigkeit vorausgesetzt, um eine Durchführung, wie Berking sie beschreibt, gewährleisten zu können. In der Rehanachsorge ist die Fähigkeit zur Krankheitsbewältigung jedes einzelnen Patienten sehr unterschiedlich (vgl. 8.1). Eine Vereinfachung der Kompetenzen ist daher sinnvoll.

Zu jeder Emotion sind drei Einheiten geplant.

In der Reha - Nachsorge stehen jedem Patienten 20 Gruppeneinheiten zu. Das Curriculum umfasst weniger Einheiten, damit Raum für individuelle Themen bleibt und der Therapeut flexibel bleiben kann.

Jeder Emotionsbaustein sollte im Block durchgeführt werden. Danach kann das therapeutische Team entscheiden, ob es direkt mit dem nächsten Emotionsbaustein weiterarbeitet oder zwei Einheiten individuell gestaltet. Am Ende der Durchführung der Emotionsbausteine werden die gesamten Bausteine mit der Gruppe gemeinsam reflektiert.

Die Verfasserin der Masterthesis hat die einzelnen Bausteine parallel in der Praxis der Rehanachsorge durchführen können und gute Erfahrungen damit gemacht. Der zeitliche und inhaltliche Rahmen des Curriculums konnte so überprüft werden.

8.1 Besonderheiten der Rehanachsorgegruppe

In der Rehanachsorge kennen sich die Patienten untereinander meistens nicht. Sie kommen aus unterschiedlichen Therapieeinrichtungen und mit verschiedenen Erfahrungswerten. Dies kann einerseits im Austausch innerhalb der Gruppe eine Bereicherung an Erfahrungen für den Einzelnen sein, macht die Durchführung des Curriculums aber andererseits auch teilweise schwierig. Da die Patienten nicht wie in der stationären Reha ihren Alltag gemeinsam verbringen, sind sie auch nicht von morgens bis abends auf "Therapie" eingestellt. Sie kommen aus ihrem individuellen Alltagsgeschehen nur einmal wöchentlich zur Rehanachsorge. Das kann sich hemmend auf die Durchführung von Methoden auswirken. Auch die Motivationslage der Patienten ist oftmals gemindert, es stellt sich eine Grundstimmung ein: "Ich habe es ja jetzt geschafft, die Nachsorge ist nicht mehr so wichtig". Die Patienten verfügen außerdem über unterschiedliche Bewältigungsstrategien im Umgang mit ihrer Erkrankung, auch das Krankheitsbild ist unterschiedlich, was die Sekundär Diagnosen betrifft. Im stationären Setting gibt es eher die Möglichkeit, eine homogene Gruppe zu bilden. Diese Besonderheiten sollten bei der Durchführung des Curriculums berücksichtigt werden. Wichtig ist, dass sich sowohl beim Patienten als auch beim Therapeuten im Hinblick auf zu hohe Erwartungen an Ergebnisse keine Frustration entwickelt.

8.2 Organisation

Der zeitliche Rahmen beträgt 100 Minuten pro Gruppensitzung, wobei 20 Minuten für eine allgemeine Befindlichkeitsrunde eingeplant sind und somit abgezogen werden müssen. Es sind somit 80 Minuten für die eigentliche Einheit geplant.

Eine Herausforderung beim Ablauf ist, dass es sich um eine offene Gruppe handelt. Patienten müssen somit auch in einer zweiten oder dritten Sitzung in einen Emotionsbaustein einsteigen können. Im Curriculum sind die einzelnen Einheiten daher nicht aufeinander aufbauend konzipiert, bilden dennoch einen sinnvollen Zusammenhang, sodass Patienten von den Inhalten der einzelnen Sitzungen - egal, zu welchem Zeitpunkt sie einsteigen - profitieren können.

8.2.1 Stil und Struktur / Ablauf der Einheiten

In dem Curriculum ist ein festgelegter Ablauf für jede Einheit vorgesehen. Es werden dabei Methoden aus verschiedenen Feldern der Suchthilfepraxis genutzt, besonders aus dem TeK und der achtsamkeitsbasierten Rückfallprävention.

8.2.2 Eröffnung / Kurze Atemübung

Zu Beginn der Gruppeneinheit wird eine kurze Atemübung von ca. 5-6 Minuten durchgeführt, um die Gruppe auf die Einheit einzustimmen und die Patienten ganz bewusst in ihrer Therapiesitzung "ankommen" zu lassen.

8.2.3 Befindlichkeitsrunde

Zu Beginn jeder Einheit wird eine ca. 20-minütige Befindlichkeitsrunde der Teilnehmer durchgeführt, um aktuelle bzw. eventuelle krisenhafte Themen von Patienten zu erörtern. Hier kann der Therapeut entscheiden, ob der Ablauf der

Einheit nach der Struktur des Curriculums weitergeführt werden kann oder ob eine Veränderung des Ablaufs eingeplant werden muss.

8.2.4 Übung 1: Achtsamkeit / Progressive Muskelrelaxation (PMR)

Dann folgt die Eröffnung des Curriculums. Es wird mit einer Achtsamkeitsübung begonnen bzw. wird in dem vorliegenden Curriculum das Verfahren der PMR (vgl. 8.3) verwendet. Auch Berking greift in seinem Training auf dieses Verfahren zurück u.a., weil es das bestuntersuchte Entspannungsverfahren ist (vgl. Berking, 2010, S. 68).

Das Verfahren hat den Vorteil, dass es den Patienten meistens bereits aus der stationären Therapie bekannt und eine positive Einlassung gegeben ist. Achtsamkeitsübungen lenken den Fokus auf den Patienten selbst und seine inneren Zustände, sozusagen auf das unmittelbare Erleben im Hier und Jetzt.

Diese Achtsamkeitshinlenkung ist bei Suchtpatienten wesentlich, da beim süchtigen Verhalten automatisierte Abläufe eine zentrale Rolle spielen. Sie bieten außerdem die Möglichkeit der Entschleunigung von Wahrnehmungsprozessen und eine höhere Toleranz gegenüber unangenehmen Gefühlszuständen (vgl. Bowen et. al., 2012, S. 12f.)

Bei der PMR gibt es eine Lang- und eine Kurzform. Damit sowohl das lange als auch das kurze Verfahren als Übung zu Hause von den Patienten wiederholt/trainiert werden kann, wird eine Audiodatei der Achtsamkeitsübung zu Beginn des Curriculums an die Patienten versendet. Der Therapeut kann die Übung als Audiodatei einsprechen, so gewöhnt der Patient sich an die Stimme des Therapeuten und hat eine tägliche Anleitung. Die Audiodatei kann z.B. als E-mail oder via WhatsApp versendet werden.

8.2.5 Reflexion

Ab der zweiten Einheit pro Emotionsbaustein ist eine 10-minütige Reflexion der letzten Sitzung und der Hausaufgabe eingeplant. Die Reflexion stellt ein verbindendes Element zwischen den einzelnen Einheiten dar. Sie dient auch zur Qua-

litätssicherung für den Therapeuten: Haben die Patienten verstanden, um welche Inhalte es in der letzten Sitzung ging? Haben sie den Transfer der Inhalte in ihren Alltag geschafft? So ist sichergestellt, dass der Therapeut eng an der Lebenswelt des Patienten dran bleibt und gegebenenfalls Änderungen der Verfahrensweise vornehmen kann, damit der Patient "Schritt halten" kann. Neue Patienten werden zeitgleich informiert und können leichter in das Gruppengeschehen integriert werden.

Andere wichtige Bestandteile bilden das „Feedback“ und das „Sharing“, um eine Vermittlung emotionaler Erfahrungen in der Gruppe zu initiieren.

"Feedback" bedeutet die Rückmeldung jedes einzelnen Patienten zu einem Thema. "Sharing" bedeutet das gegenseitige Teilen von Erfahrungen der einzelnen Patienten in der Gruppe.

In jeder Einheit gibt es einen solchen "Feedback-" oder "Sharing-" Anteil. Die Kraft der Gruppe soll bestmöglich genutzt, die Kommunikation zwischen den Patienten gefördert werden. So können immer wieder neue Impulse die Gruppe positiv begleiten und eigenes Erleben kann reflektiert werden. Petzold beschreibt in diesem Zusammenhang eine Methode aus der integrativen Therapie, die "narrative Praxis". Gemeint ist ein Gespräch, in dem die emotionale Komponente im Vordergrund steht (Klos & Görger, 2009, S. 51). Die "narrative Praxis" soll in den Sitzungen möglichst gefördert werden.

8.2.6 Übungen Kleingruppe- und Großgruppe

In den Einheiten des Curriculums soll es einen Wechsel zwischen Übungen in der Klein- und in der Großgruppe geben. Beide Einsatzfelder bieten verschiedene Möglichkeiten der Durchführung. In den Kleingruppen kann eine Thematik intensiv erarbeitet werden, die Großgruppe bietet sich als Austauschfläche und für die Vorstellung des Erarbeiteten an.

8.2.7 Abschluss / Feedback

Die Abschlussrunde soll dem Patienten und dem Therapeuten dazu dienen, die Einheit zu reflektieren und mögliche Anmerkungen, Auffälligkeiten und abschließende Gedanken auszutauschen. Außerdem wird die Hausaufgabe für die nächste Einheit besprochen, Materialien können gegebenenfalls ausgeteilt werden.

8.2.8 Üben zuhause

Das Üben zuhause bildet ebenfalls einen wichtigen Bestandteil. Die ambulante Rehanachsorge kann keinen eng strukturierten Rahmen wie in der stationären Reha bieten. Der vorherige Regulationsmechanismus fällt in der häuslichen Umgebung weg und muss von den Patienten kompensiert werden. Hausaufgaben mitzugeben, kann ein positiver und strukturbildender Bestandteil sein. Üben bedeutet zudem auch Trainieren, ist für die Effektivität des Curriculums wesentlich und dient der Förderung eines kontinuierlichen eigenständigen Übens.

Durch Hausaufgaben kann ein Bezug zur letzten Einheit hergestellt werden. Wesentliche Punkte werden wiederholt. Die Hausaufgaben werden gemeinsam mit den Patienten vereinbart. Die Patienten müssen sich damit einverstanden erklären. Die Hausaufgaben sollten in der nächsten Therapiesitzung zu Beginn der Einheit besprochen werden (Beck, Wright, Newman, Liese, 1997, S. 114).

8.2.9 Materialien

Nach jeder Einheit sollten die Ergebnisse fotografisch festgehalten werden. Diese können dann in Papierform oder als Fotodatei an die Patienten verteilt werden. Die Abschlusssitzung am Ende der Einheiten bietet sich für die Materialverteilung an.

8.3 Methode: Progressive Muskelrelaxation

Die progressive Muskelrelaxation (PMR) wurde in den 1920er Jahren von Edmund Jacobsen entwickelt und wird heute mit Veränderungen des ursprünglichen Vorgehens in der Suchthilfelandchaft verstärkt eingesetzt (Kaluza, 2011, S.81).

In den meisten Fachkliniken wird dieses Entspannungsverfahren zur Rückfallprophylaxe eingesetzt. Da die meisten Patienten nach der stationären Reha im "Training" sind, ist es sinnvoll, mit dem Verfahren in der Rehabilitationsnachsorge fortzufahren.

Zu den am gründlichsten untersuchten Entspannungsverfahren in Gruppen gehören die PMR und das autogene Training von Schultz (1970). Obwohl die Verfahren schon älter sind, haben sie sich bis heute bewährt und eignen sich besonders gut in Gruppen (Berking, 2010, S.65 f., Fiedler, 1996 S. 146 f.).

8.4 Grundannahmen

Bei der PMR geht es um die zeitlich begrenzte Anspannung verschiedener Muskelgruppen und um die darauffolgende Entspannung. Der Wechsel zwischen Anspannung und Entspannung muss mehrmals wiederholt werden. Die Spannung wird wenige Sekunden gehalten und dann mit dem Ausatmen wieder gelöst. Es gibt eine Kurz- und Langform der PR. Jacobsen nahm an, dass Spannungszustände sich in den Muskeltonus manifestieren und Entspannung eintreten kann, wenn sich Muskeln entspannen. Er schlussfolgerte, dass eine Kontrolle des Muskeltonus Entspannung herbeiführen kann. Der klinische Aspekt des Verfahrens ist heute unumstritten (Kaluza, 2011, S.81.).

In der Therapie kommen die Patienten oft vom Alltag gestresst und von der bevorstehenden therapeutischen Situation beeinflusst zu den Gruppeneinheiten. Bei den Patienten ist meist zu Beginn der Einheiten eine gewisse Anspannung vorhanden.

Berking (2015, S.69ff) empfiehlt in seinem Training emotionaler Kompetenzen (TeK) ebenfalls die PMR als Maßnahme zur Entwicklung einer Basiskompetenz. Das regelmäßige Training soll zu einem Abbau von körperlicher Anspannung führen und das Wohlbefinden fördern.

8.4.1 Ziele

Ein wesentliches Ziel der PMR ist es, den Patienten zu vermitteln, sich entspannen zu können und einen aktiven Einfluss darauf zu haben. Die Kompetenz, sich zu entspannen, ist eine wesentliche Fähigkeit und für den Erhalt von Abstinenz sehr relevant.

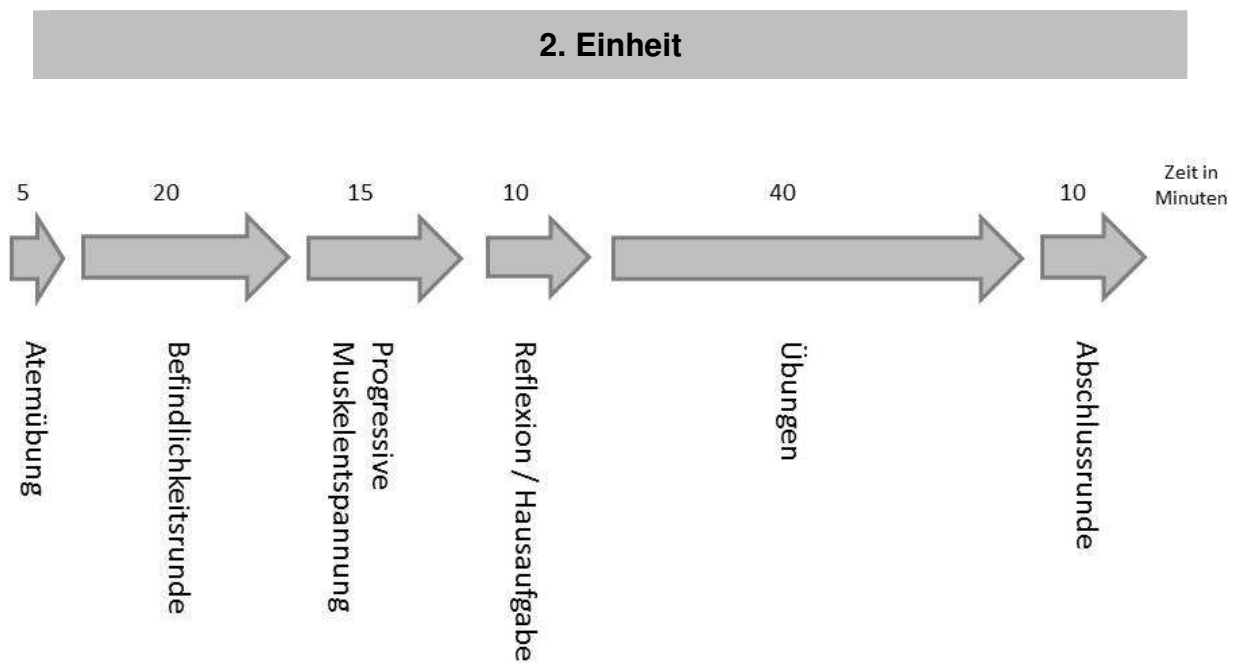
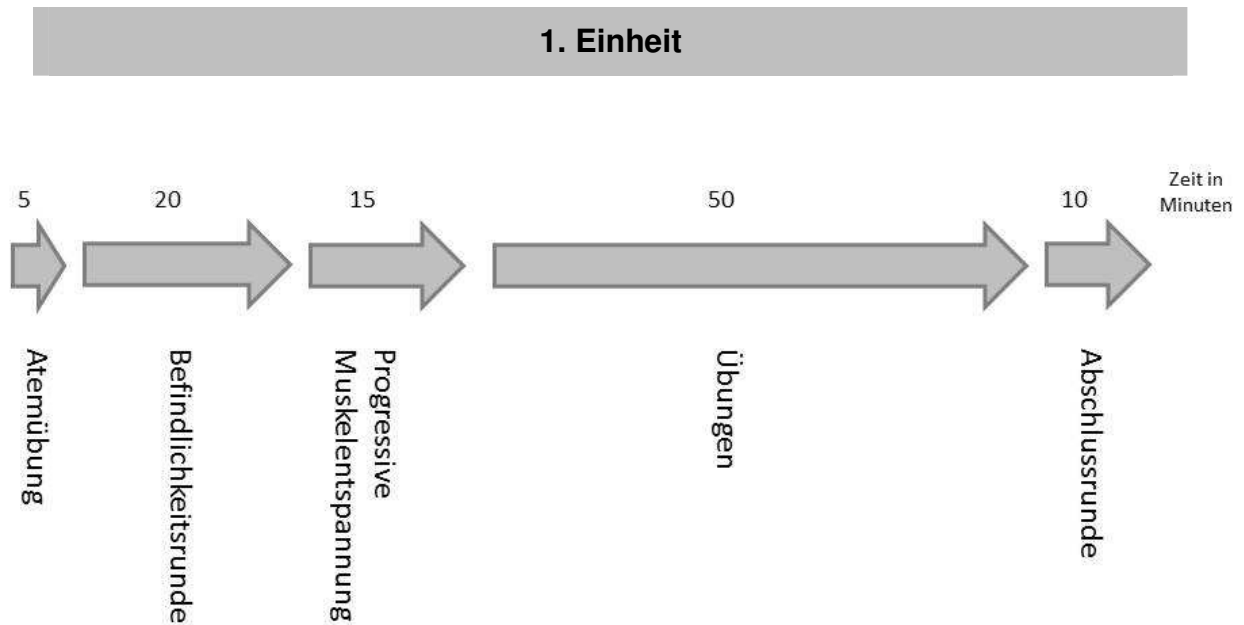
Zu den Zielen gehören:

- Spannung wahrnehmen können.
- Wechsel von Anspannung und Entspannung zu erfahren. Den Unterschied zwischen beiden Zuständen zu erkennen.
- Lernen, Entspannung genießen zu können. Für viele Patienten ist es schwierig, einen Zustand von Entspannung überhaupt auszuhalten.
- Selbstregulation: Anspannung und Entspannung selbst beeinflussen zu können.

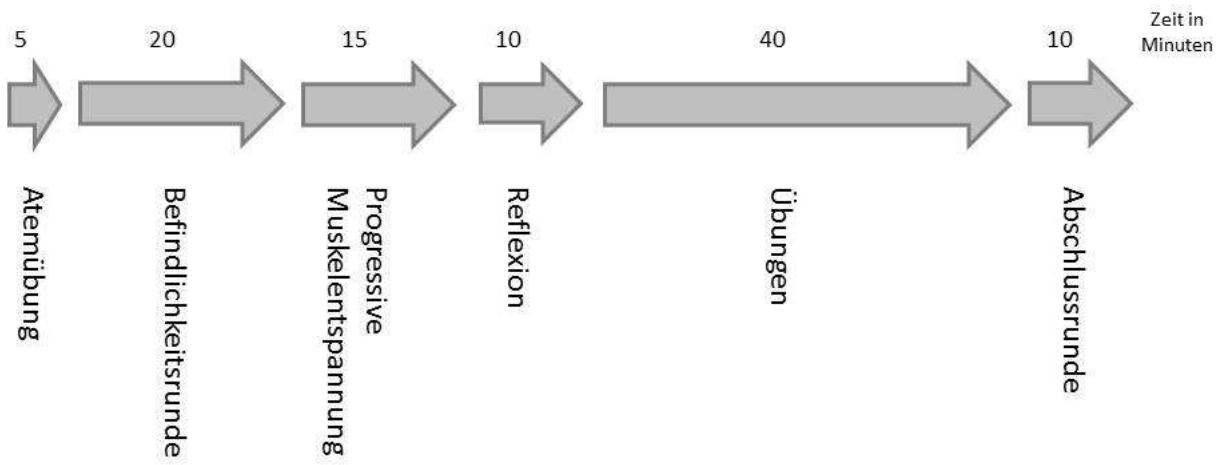
(Kaluza, 2011, S.80)

8.5 Überblick über die Einheiten

In den folgenden Abschnitten werden die einzelnen Gruppeneinheiten dargestellt (s. folgenden Kasten).



3. Einheit





8.6 Einheit 1: Einführung in die Emotion Angst (Wahrnehmung)

MATERIALIEN
Karten mit Sekundärgefühlen (Anspannung, Nervosität, Verlegenheit, Selbstunsicherheit, Unterlegenheit, Scham, Schuldgefühl, Reue, Sorge, Ekel, Schreck) DIN A 3 Blätter Buntstifte
THEMA
Oft haben Patienten Schwierigkeiten, Emotionen wahrzunehmen und zu erkennen. Für Suchtpatienten ist es wesentlich, einen Zugang zu ihren Emotionen und eine Sensibilisierung gegenüber verschiedenen Gefühlen herzustellen
ZIELE
Austausch von Erfahrungen in der Gruppe mit der Emotion Angst Verbesserung der Wahrnehmungsfähigkeit Verbalisierung von Gefühlsinhalten
ÜBERBLICK
Eröffnung/Kurze Atemübung Befindlichkeitsrunde Übung 1: Progressive Muskelentspannung Übung in der Gruppe / Karten Übung in der Großgruppe Kleingruppenübung / Visualisierung Vorstellung in der Großgruppe Abschluss/Feedback
ÜBEN ZUHAUSE
Progressive Muskelentspannung Achtsamkeit gegenüber dem Gefühl Angst Gedankenblume Angst (<i>Arbeitsblatt 1/ siehe Anhang II</i>)

Eröffnung

Kurze Atemübung mit der Gruppe zur Einstimmung. Die Patienten werden gebeten, langsam ein- und auszuatmen. Sie werden gebeten, laut hörbar ein- und auszuatmen. Beim Ein- und Ausatmen erst bis drei zählen, dann in einer langsamen Steigerung bis 5 zählen.

Befindlichkeitsrunde

In einer ca.20-minütigen Befindlichkeitsrunde haben die Patienten die Möglichkeit, ihre Woche zu reflektieren und mögliche individuelle Themen einzubringen. Falls es keine anderen Themen gibt, kann der Therapeut den Ablauf der Gruppe erläutern und mit der ersten Übung beginnen.

Übung 1: Progressive Muskelentspannung

Übung in der Großgruppe

Die Karten mit den Sekundärgefühlen werden ungeordnet auf den Boden verteilt. Jeder Patient kann eine Karte ziehen. In der Gruppe soll ein Austausch über die Erfahrung mit dem Gefühl, das der Einzelne gezogen hat, stattfinden. Der Therapeut stellt folgende Fragen an die Patienten:
Woher kennen sie das Gefühl in ihrem Leben? Was hat das Gefühl mit Angst zu tun? Wo ist die Verbindung?

Kleingruppenübung

Die Patienten bilden Kleingruppen von maximal 4 Personen. Aufgabe ist die Visualisierung der Emotion Angst.
Fragestellung an die Gruppen: Wie könnte man Angst aufmalen? Was kommen ihnen für Bilder in den Kopf, wenn sie an Situationen denken, in denen sie Angst empfinden? Gibt es ein persönliches Symbol für Angst?

Vorstellung in der Großgruppe

Einzelne Patienten werden nun gebeten, ihre Ergebnisse in der Großgruppe vorzustellen. Dabei ist der Austausch untereinander bzw. das Nachfragen der einzelnen Patienten erwünscht.

Abschluss / Feedback von Patienten und Therapeuten

Die Rückmelde- und Befindlichkeitsrunde dient der Resonanz der Teilnehmer und ist für die Therapeuten eine wichtige Kontrolle. Es können Stimmungen

aufgenommen und mögliche Hinweise für die nächste Gruppeneinheit gegeben werden.

Üben zuhause

Das Übungsblatt "Gedankenblume Angst" wird mit der Fragestellung verteilt, die persönlichen, individuellen Empfindungen zu der Emotion Angst zuhause schriftlich zu fixieren.

Die Audiodatei zu der progressiven Muskelentspannung wird in digitaler Form an die Patienten weitergegeben und soll zur täglichen Übung genutzt werden.

8.7 Einheit 2: Angst (Akzeptanz)

MATERIALIEN
Karteikarten Stifte Kreppklebeband Zwei DIN A 3 Blätter mit der jeweiligen Aufschrift: "Das Gefühl kann ich akzeptieren" "Das Gefühl kann ich nicht akzeptieren"
THEMA
Der Patient soll erfahren, dass es unterschiedliche Qualitäten der Emotion Angst gibt, dass je nach Situation und Empfindung Emotionen akzeptiert werden können und andere nicht. Intensiver Austausch in der Gruppe: Wie hat jeder Einzelne es geschafft zu akzeptieren? Was kann man tun, um möglicherweise eine Emotion akzeptieren zu können?
ZIELE
Austausch in der Gruppe Sich an bisherige Situationen erinnern Bedeutung von Akzeptanz herausstellen Aufzeigung von Wegen zu Akzeptanz Angeregt werden über bisherige Sichtweisen nachzudenken Neubewertung von Situationen
ÜBERBLICK
Eröffnung / Kurze Atemübung Befindlichkeitsrunden Übung1: Progressive Muskelentspannung Reflexion Einzelübung / Angstsituationen Vorstellung in der Großgruppe Abschluss/Feedback Üben zuhause
ÜBEN ZUHAUSE
Progressive Muskelentspannung Achtsamkeit gegenüber dem Gefühl Angst Protokollbogen 1 (Arbeitsblatt 5/ siehe Anhang II)

Eröffnung / Kurze Atemübung

Kurze Atemübung mit der Gruppe zur Einstimmung. Die Patienten werden gebeten, langsam ein- und auszuatmen. Sie werden gebeten, laut hörbar ein- und auszuatmen. Beim ein- und ausatmen erst bis drei zählen, dann in einer langsamen Steigerung bis 5 zählen.

Befindlichkeitsrunde

In einer ca. 20-minütigen Befindlichkeitsrunde haben die Patienten die Möglichkeit, ihre Woche zu reflektieren und mögliche individuelle Themen einzubringen. Falls es keine anderen Themen gibt, kann der Therapeut den Ablauf der Gruppe erläutern und mit der ersten Übung beginnen.

Übung 1: Progressive Muskelentspannung

Reflexion

Die Einheit beginnt mit der Rückschau auf die vorherige Einheit und der Auswertung der Hausaufgabe.

Was ist Ihnen aus der letzten Einheit im Gedächtnis geblieben? Welche Erkenntnisse haben Sie gewonnen? Was hat nachgewirkt?

Wie ist es den Patienten mit der Hausaufgabe ergangen? Wer möchte seine Gedankenblume kurz vorstellen?

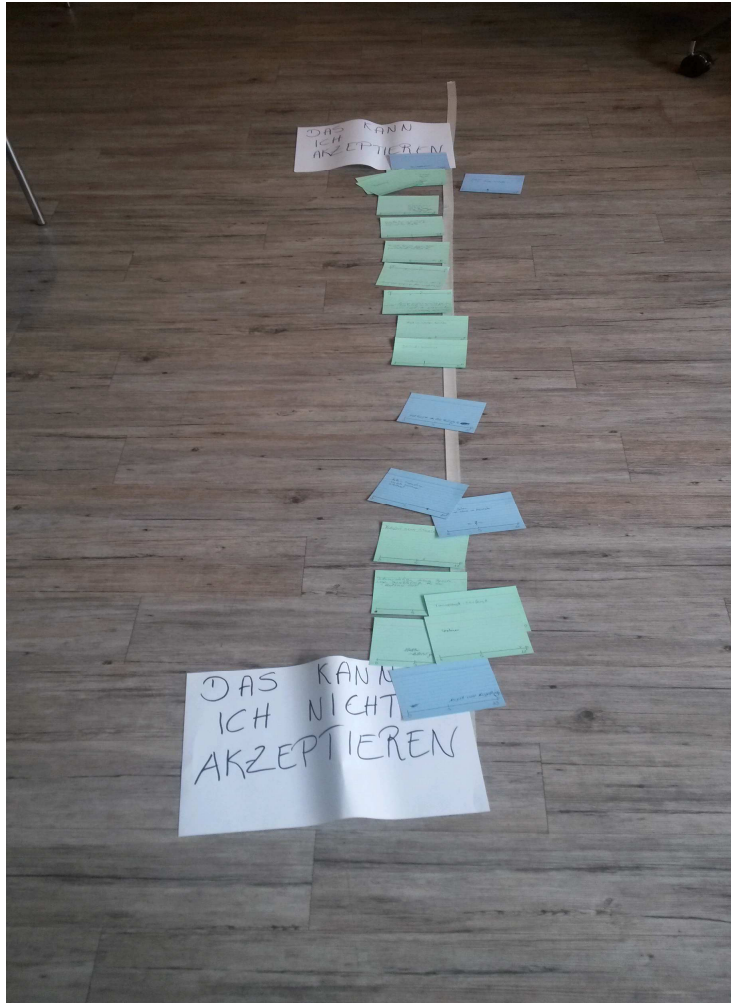
Einzelübung

Jeder Patient bekommt Karteikarten und wird gebeten, max. drei Situationen aufzuschreiben, in denen er Angst empfunden hat. Die Patienten dürfen sich im Gruppenraum frei verteilen und die Situationen in Ruhe aufschreiben.

Vorstellung in der Großgruppe

Die Patienten kommen wieder in der Großgruppe zusammen und jeder darf seine Situationen kurz vorstellen. Der Therapeut hat während der Einzelübung mit Kreppband einen Streifen auf dem Boden gezogen. An beiden Enden des Bandes liegt jeweils eine Karte. Auf einer Karte steht: "Das kann ich akzeptieren", auf der anderen Karte steht: "Das kann ich nicht akzeptieren". Der Patient wird gebeten seine Angstsituation auf das Band zu legen und seine Situation einzuordnen und zu erläutern (siehe Abbildung S.70).

Als zusätzliche Frage kommt in Betracht: Was könnte Ihnen helfen, die Situation zu akzeptieren, also die Karte weiter nach oben auf das Kreppband zu legen?



Abschluss / Feedback von Patienten und Therapeuten

Die Rückmelde- und Befindlichkeitsrunde dient der Resonanz der Teilnehmer und ist für die Therapeuten eine wichtige Kontrolle. Es können Stimmungen aufgenommen und mögliche Hinweise für die nächste Gruppeneinheit gegeben werden.

Üben zuhause

Das Übungsblatt "Protokollbogen 1" (Arbeitsblatt 5/siehe Anhang II) wird verteilt mit der Fragestellung für zuhause, die persönlichen, individuellen Empfindungen zu der Emotion Angst schriftlich zu fixieren.

8.8 Einheit 3: Angst (Regulierung)

MATERIALIEN
Papier Stifte Karteikarten Plakat mit Aufzeichnung: "Bausteine"
THEMA
Es gibt zahlreiche und verschiedene Möglichkeiten die Emotion Angst zu regulieren. In dieser Einheit sollen verschiedene Regulierungsmöglichkeiten bzw. Strategien gegen Angst gemeinsam erarbeitet werden.
ZIELE
Regulierungsmöglichkeiten der Emotion Angst gemeinsam in der Gruppe erarbeiten Stärkung und Aktivierung vorhandener Ressourcen und Fähigkeiten Neue Strategien der Bewältigung kennenlernen Erarbeitung persönlicher Strategien
ÜBERBLICK
Eröffnung / Kurze Atemübung Befindlichkeitsrunde Übung1: Progressive Muskelentspannung Reflexion Kleingruppe / Strategien Vorstellung in der Großgruppe Abschluss/Feedback Üben zuhause
ÜBEN ZUHAUSE
Progressive Muskelentspannung Achtsamkeit gegenüber dem Gefühl Angst Protokollbogen Angst 2

Eröffnung / Kurze Atemübung

Kurze Atemübung mit der Gruppe zur Einstimmung. Die Patienten werden gebeten, langsam ein- und auszuatmen. Sie werden gebeten laut hörbar ein- und auszuatmen. Beim ein- und ausatmen erst bis drei zählen, dann in einer langsamen Steigerung bis 5 zählen.

Befindlichkeitsrunde

In einer ca. 20-minütigen Befindlichkeitsrunde haben die Patienten die Möglichkeit, ihre Woche zu reflektieren und mögliche individuelle Themen einzubringen.

Falls es keine anderen Themen gibt, kann der Therapeut den Ablauf der Gruppeneinheit erläutern und mit der ersten Übung beginnen.

Übung 1: Progressive Muskelentspannung

Reflexion

Die Einheit beginnt mit der Rückschau auf die vorherige Einheit und der Auswertung der Hausaufgabe.

Was ist Ihnen aus der letzten Sitzung im Gedächtnis geblieben? Welche Erkenntnisse haben Sie gewonnen? Was hat nachgewirkt?

Wie ist es den Patienten mit ihren Hausaufgaben ergangen? Wer möchte seinen Protokollbogen kurz vorstellen?

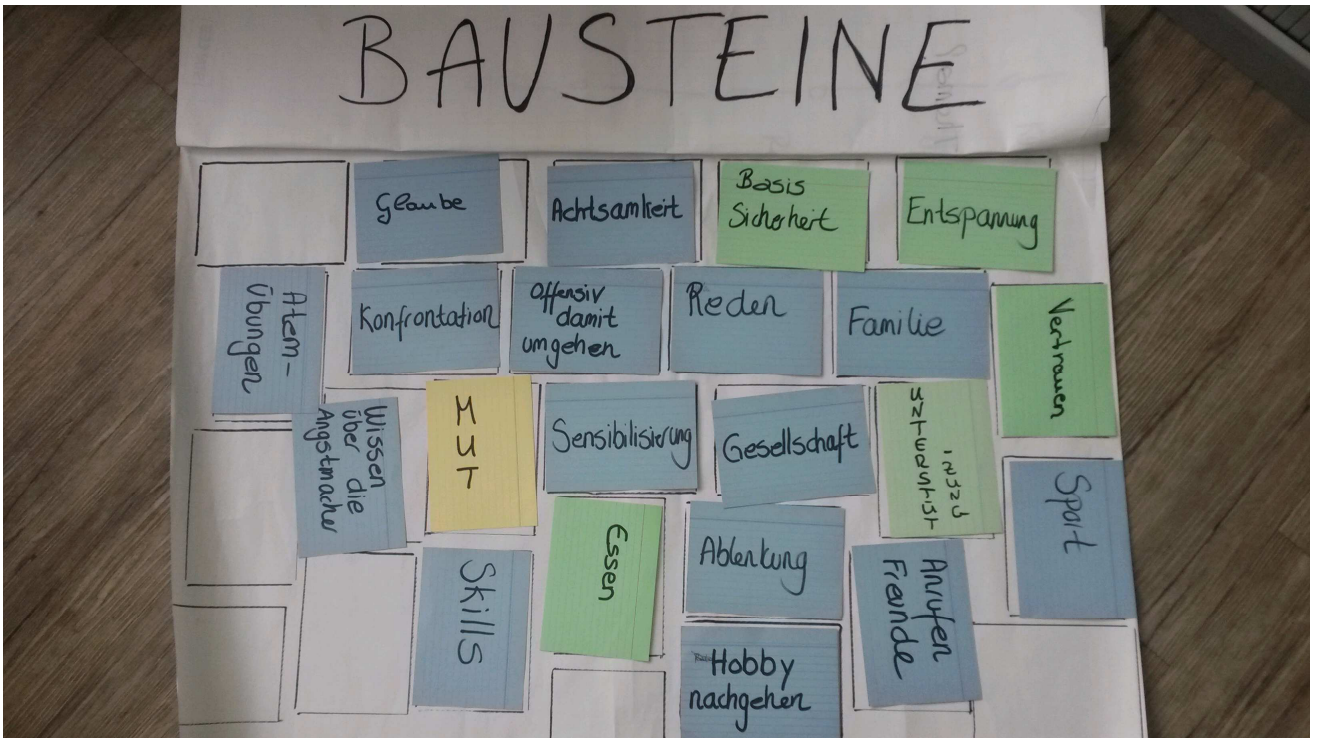
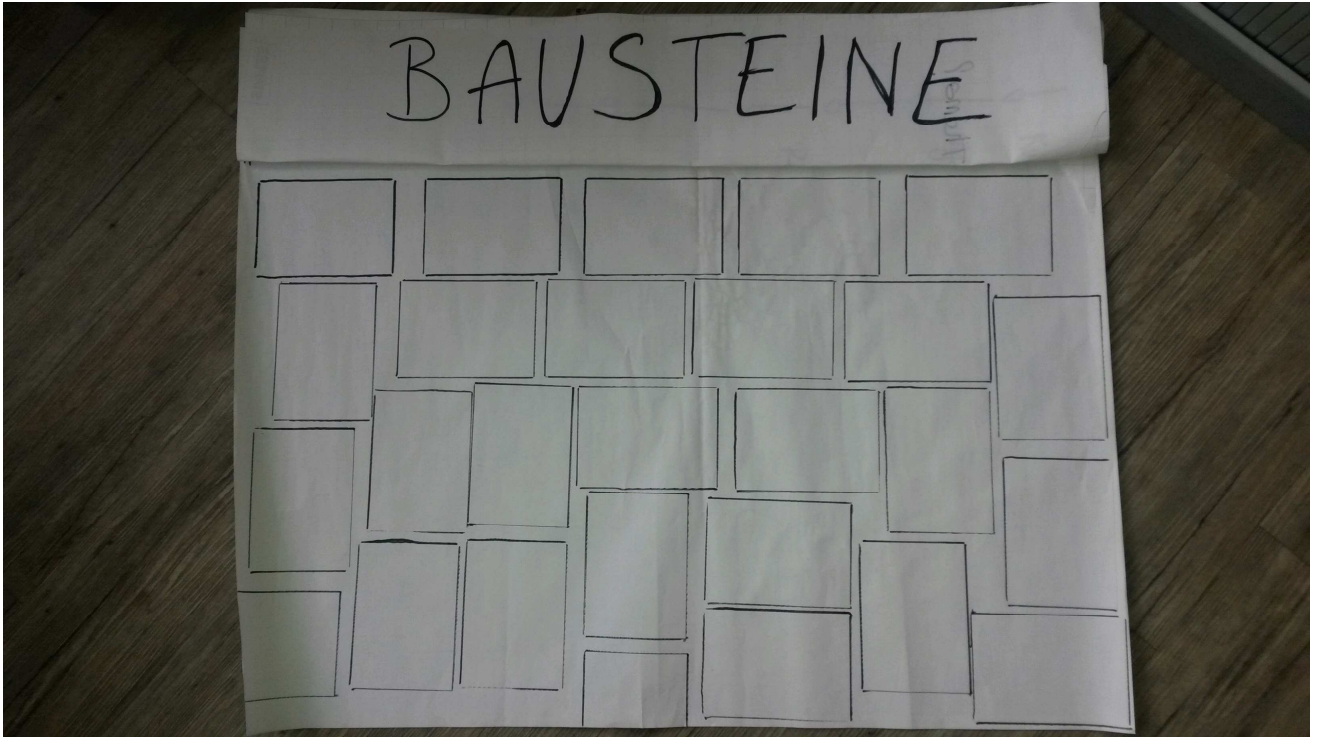
Kleingruppe

Die Patienten bilden Kleingruppen mit maximal 4 Teilnehmern. In der Kleingruppe sollen verschiedene Bewältigungsstrategien erarbeitet und auf Karteikarten einzeln verschriftlicht werden.

Vorstellung in der Großgruppe

Im nächsten Schritt sollen die Antworten der Patienten mit folgender Vorgehensweise (siehe Abbildungen S.73) zusammengetragen werden:

Jede Gruppe stellt ihre erarbeiteten Strategien vor. Auf einem plakatgroßen Papier werden die "Bausteine" (in Anlehnung an Klos & Görge, 2009, S.80ff) gegen Angst auf den Boden gelegt oder, falls vorhanden, an einer Metaplanwand angebracht. Die Karteikarten der Patienten können auf die Felder, die wie Bausteine aussehen, gelegt werden. Es soll ein intensiver Austausch zwischen den Patienten stattfinden.



Abschluss / Feedback von Patienten und Therapeuten

Die Rückmelde- und Befindlichkeitsrunde dient der Resonanz der Teilnehmer und ist für die Therapeuten eine wichtige Kontrolle. Es können Stimmungen aufgenommen und mögliche Hinweise für die nächste Gruppeneinheit gegeben werden.

Üben zuhause:

Papier "Protokollbogen 2" (siehe Anhang II) wird verteilt mit der Fragestellung für zuhause, die persönlichen, individuellen Empfindungen zu der Emotion Angst schriftlich zu fixieren.

Erfahrungen und Hinweise:

Anhand der "Bausteine" auf der zweiten Abbildung (siehe S. 73) ist zu erkennen, dass die Patienten dazu neigen, sehr pauschal, einheitliche (Ober-) Begriffe, z.B. Skills, für die Strategien zu verwenden. Hier könnte der Therapeut eine weitere Einheit einbauen und zu den einzelnen Strategien detaillierte Beschreibungen von den Patienten erarbeiten lassen. Z.B. "mit einem Freund einen Kaffee trinken gehen".

Oftmals haben Patienten keinen Zugang zu möglichen Strategien zur Regulierung von Emotionen und tun sich auch in der Gruppe schwer, einzelne "Bausteine" zu finden. Hier ist es notwendig, dass der Therapeut anleitet und Bewältigungsmöglichkeiten aufzeigt. Z.B. Techniken zur Entspannung, Ablenken, körperliches Abreagieren (Sport). Hier könnten auch anhand einer individuellen Situation eines Patienten konkrete Bewältigungsmöglichkeiten erarbeitet und in der Gruppe dargestellt werden.

Zur Optimierung der Methode kann der Therapeut je nach zeitlichem Rahmen einzelne Karteikarten bzw. "Bausteine" herausnehmen und fragen:

Was passiert, wenn wichtige Bausteine an dieser Stelle fehlen und sich Lücken bilden und die Möglichkeit der Regulierung wegfällt? Was für Möglichkeiten gibt es? Der Therapeut fragt die Patienten weiter: Was für Lösungsstrategien stehen ihnen im Falle zu großer Lücken zur Verfügung?

Es gibt auch die Möglichkeit, statt der Karteikarten, die symbolisch für einzelne "Bausteine" stehen sollen, Holz-Bausteine zu verwenden. Die Patienten können dann in Kleingruppen ein "Haus aus Strategien gegen die Angst" bauen. Jeder Baustein steht für eine Strategie. Jeder einzelne Baustein bekommt dann einen Zettel mit jeweils einer Strategie angeheftet. Die Patienten können ihre Häuser in der Großgruppe vorstellen.

Im nächsten Kapitel folgt der methodische Teil. Nach der ausführlichen Darstellung des methodologischen Vorgehens wird das konkrete Vorgehen zu dieser Masterthesis beschrieben und die Evaluation durch Experteninterviews dargestellt. Die Interviews werden ausgewertet, die Ergebnisse dargelegt und diskutiert.

Methodischer Teil

9 Evaluation des Curriculums zur Emotionsregulation

Die Evaluation des Curriculums wird mittels eines leitfadengestützten Experteninterviews durchgeführt. Zunächst wird ein allgemeiner Einblick in die qualitative Sozialforschung gegeben, bevor die konkrete Anwendung bezogen auf die vorliegende Thematik dargestellt wird.

9.1 Grundlagen qualitativer Sozialforschung

Qualitative Sozialforschung umfasst mehrere Ansätze, in denen sich die Grundlagen qualitativer Inhaltsanalyse finden lassen. Drei Ansätze, die im Folgenden beschrieben werden, sind wesentlich (vgl. Mayring, 2015, S.32):

- **Symbolischer Interaktionismus:** Begrifflich geprägt von Blumer und schließlich von Mead (1968) weiter geführt. Demnach handeln Menschen anhand von Bedeutungen, die sie ihrer jeweiligen Umwelt zuweisen. Sie verändern sich im Rahmen sozialer Interaktion und passen sich dementsprechend an (ebd. 32).
- **Ethnomethodologie:** Ausgegangen wird hierbei von Handlungen die das alltägliche Leben der Menschen ausmachen. Dahinterliegende Wissensbestände sollen mit verschiedenen methodologischen Grundsätzen beschrieben werden. Die Ethnomethodologie geht davon aus, dass Menschen erst einmal einander fremde soziale Akteure sind und ihre alltagsweltliche Wirklichkeit nach bestimmten Methoden leiten und sinnhaft konstruieren. So kann sich über soziale Situationen verständigt werden und Fremdheit überwunden werden (ebd. 32, Kruse, 2014, S.27).
- **Feldforschung:** Beruft sich vor allem auf Lewin, der den Menschen unter natürlichen Bedingungen beobachten und möglichst wenig Einflussfaktoren wirken lassen will. Zentrale Methode ist die teilnehmende Beobachtung (ebd. 33).

Laut Mayring (ebd. 33) charakterisiert sich die qualitative Sozialforschung „durch ein »Interesse an der Analyse von Deutung, Wahrnehmungen und komplexen Deutungssystemen « (Hopf 1979, S.18) sowie durch ein »Interesse an der Analyse von in sich strukturierten sozialen Gebilden und das Interesse an einer möglichst umfassenden Analyse der Handlungskontexte von Individuen « (ebd.18)."

Qualitative Forschung zeichnet sich zusammenfassend durch folgende Punkte aus:

- Komplexe Sachverhalte sollen verstanden werden;
- subjektive Deutungsmuster sollen rekonstruiert werden;
- das eigene Vorverständnis wird möglichst lange zurückgehalten;
- Deutungen und subjektive Sichtweisen sollen verstanden werden;
- die Forschung soll nach dem Prinzip der Offenheit gestaltet werden;
- diese bezieht sich auf kleine Stichproben.

(vgl. Kruse, 2014, S. 55f)

Desweiteren beschreibt Kruse (ebd. 58) grundlegende Gütekriterien qualitativer Forschung: Systematik, Transparenz, Methodische Kontrolle und kritische Reflexion. Diese Kriterien bilden grundlegende Standards der "Wissenschaftlichkeit" ab.

Kruse (ebd. 59) leitet folgende weitere Prinzipien ab:

- Prinzip des Fremdverstehens,
- Prinzip der Indexikalität menschlicher Kommunikation,
- Prinzip der Prozessualität.

Lamnek sieht das Ziel qualitativer Sozialforschung darin, „die Prozesse zu rekonstruieren, durch die die soziale Wirklichkeit in ihrer sinnhaften Strukturierung hergestellt wird.“ (2010, S.30).

9.2 Qualitative Inhaltsanalyse

Die Inhaltsanalyse ist eine kommunikationswissenschaftliche Technik, deren Ursprung in den USA zu finden ist und zur Analyse von Massenmedien genutzt wurde. Die Massenmedien sollten zunächst systematisch im quantitativen Verfahren untersucht werden. Es fehlten jedoch vier wichtige Aspekte bei der quantitativen Untersuchung (vgl. Mayring, 2002, S.114):

- der Kontext von Textbestandteilen,
- latente Sinnstrukturen,
- charakteristische Einzelfälle und
- das, was im Text nicht vorkommt.

(ebd. 114)

Um diesen Aspekten gerecht zu werden, wurde die qualitative Inhaltsanalyse herangezogen.

In Deutschland entwickelte Mayring ein Verfahren zur qualitativen Inhaltsanalyse, das sich an der Komplexität von Informationen und am Verstehen orientiert (Gläser & Laudel, 2010, S. 198.)

Die qualitative Inhaltsanalyse verwendet eine systematische Technik, geht streng methodisch kontrolliert vor und analysiert schrittweise. Das auszuwertende Material wird dabei in Einheiten zerlegt und in ein Kategoriensystem geordnet. Im Kategoriensystem werden die Einheiten festgelegt, die aus dem Material gefiltert werden sollen (ebd. 114).

Laut Mayring (2015, S. 67) gibt es drei Grundformen qualitativer Inhaltsanalyse:

- Zusammenfassung: Reduktion des Materials, sodass die wesentlichen Aussagen erhalten bleiben. Durch Abstraktion zeichnet sich ein überschaubares Bild des Grundmaterials ab.
- Explikation: Zu einzelnen fraglichen Textteilen wird zusätzliches Material zusammengetragen, um diese verständlicher zu machen.
- Strukturierung: Bestimmte Aspekte werden aus dem Material herausgefiltert, um einen Querschnitt durch das Material zu ziehen.

Die Technik inhaltlicher Zusammenfassung lässt sich weiter nutzen, um eine induktive Kategorienbildung vorzunehmen.

„In sozialwissenschaftlichen Untersuchungen spielen induktive Verfahren zur Unterstützung und Verallgemeinerung der Ergebnisse eine zentrale Rolle, sie müssen jedoch kontrolliert werden" (Mayring, 2002, S. 36).

Die Kategorienbildung ist in der Inhaltsanalyse systematisch angelegt, die Kategoriendimension und das Abstraktionsniveau müssen vorher definiert werden.

Die Zusammenfassung erfolgt dabei nach folgenden Interpretationsregeln:

- Paraphrasierung,
- Generalisierung auf das Abstraktionsniveau,
- erste Reduktion,
- zweite Reduktion,
- Explikation.

(vgl. Lamnek, 2010, S.473f.)

Bei der Explikation ist wesentlich die lexikalisch-grammatikalische Definition unverständlicher Passagen. Sie dient dem Forscher zur Erläuterung von Textstellen, an denen sich der Interviewpartner unverständlich ausgedrückt hat.

Nach dieser Definition sind weitere Schritte:

- die Bestimmung des Explikationsmaterials,
- die enge Kontextanalyse,
- weitere Kontextanalyse,
- explizierende Paraphrase,
- Überprüfung der Explikation,
- Strukturierung und Interpretation.

Bei der Interpretation werden die Ergebnisse in Richtung der Hauptfrage ausgewertet (ebd. 476f.).

9.2.1 Qualitative Interviews

Interviews gehören zu den gebräuchlichsten Verfahren der qualitativen Sozialforschung und dienen der wissenschaftlichen Erkenntnisgewinnung. Bei den

qualitativen Verfahren wird zwischen verschiedenen Interviewformen unterschieden (vgl. Mayring, 2002, S. 64).

Kruse (2014, S. 150) meint, ein Hauptmerkmal qualitativer Interviews sei, dem Befragten so viel Raum wie möglich zu geben, um ohne eine von außen gegebene Struktur und ohne theoretische Vorannahmen Sichtweisen und Deutungen zu ermöglichen. Laut Mey und Mruck (2007) gibt es eine Fülle von Interviewformen und Bezeichnungen. Im Folgenden werden drei Typen qualitativer Interviews erläutert.

9.2.2 Problemzentrierte Interviews

Bei problemzentrierten Interviews liegt das Forschungsinteresse in der Erörterung der Problemstellung aus Sicht des Befragten. Es basiert auf einem problemorientierten Sinnverstehen, bei dem der Interviewende sein theoretisches Vorwissen in deduktiver Weise nutzt und den Befragten damit konfrontiert. Der Fokus liegt auf gesellschaftlichen Problemen, deren objektive Seite vorher analysiert wird. Vorab soll eine Vertrauenssituation zwischen Interviewer und Befragten entstehen (vgl. Kruse, 2015, S.155f., Mayring, 2002, S.66f.).

Das problemzentrierte Interview wird leitfadengestützt geführt. Das Interview wird in dialogischer Form geführt, die Interviewten werden zwar durch den Leitfaden auf bestimmte Fragestellungen hingelenkt, sie sollen aber ohne Antwortvorgaben reagieren (Kruse, ebd. 156, Mayring, ebd. 66).

9.2.3 Narrative Interviews

Narrative Interviews zeichnen sich dadurch aus, dass sie den "höchsten Grad an Hörerorientiertheit und den niedrigsten Grad an Fremdstrukturierung" aufweisen (Kruse, 2014, S.153).

Im narrativen Interview wird der Befragte aufgefordert, über den Gegenstand des Gespräches, meist in Verbindung mit seiner Lebensgeschichte, zu berichten. Die Technik des narrativen Interviews besteht darin, dass keine standardisierten Fragen formuliert, sondern völlig frei zum Erzählen angeregt wird. Es

wird eine offene Gesprächsführung gepflegt. Der Interviewer sollte nachfragen, um seine Interpretationen abzusichern (Lamnek, 2010, S.326f.).

9.2.4 Experteninterviews

Das Experteninterview ist keine eigene Interviewform. Es ist vielmehr eine anwendungsfeldbezogene Variante von Leitfadeninterviews. Spezifisch ist, dass die Interviewten Experten sind (Kruse, 2014, S.168.)

Beim Experteninterview wird Faktenwissen abgefragt, der Leitfaden kann daher stärker strukturiert sein und die Fragen können direkt auf die benötigte Information hin gestellt werden. Thematische Sprünge sind möglich (Helferich, 2011, S. 179).

Laut Gläser & Laudel (2010, S.11) sind Experten Angehörige einer Funktionsebene und verfügen über besonderes Wissen.

Die naheliegende Interpretation des Begriffs "Experteninterview" ist damit: "Interviews mit Angehörigen solcher Eliten, die aufgrund ihrer Position über besondere Informationen verfügen." (ebd. 11).

Es können drei verschiedene Formen von Experteninterviews beschrieben werden:

- Exploratives Experteninterview: Werden zu Beginn von Forschungsprojekten zu Wissensdimensionen, die noch kaum dokumentiert wurden, eingesetzt. Sie dienen der Informationsgenerierung (Kruse, 2014, S. 169).
- Systematisierendes Experteninterview: Werden in Forschungsprojekten eingesetzt, deren Wissensdimensionen schon gut untersucht und dokumentiert wurden. Hierbei sollen Zusammenhänge tiefergehender analysiert werden, um noch detaillierter betrachtet werden zu können (ebd. 170).
- Theoriegenerierendes Experteninterview: Wird einerseits angewendet, um sachdienliche Informationen zu gewinnen, andererseits auch zur Genese fachlicher Wissenssysteme, um implizites Wissen und subjektive Deutungsmuster zu erfahren (ebd. 170).

9.3 Interviewleitfaden

Die Vorstellung der einzelnen Interviewformen verdeutlicht, dass einige Interviews leitfadengestützt geführt werden. Das Interview wird mittels eines Leitfadens strukturiert, der Verlauf des Interviews kann somit vorbestimmt werden. Die Interviewsteuerung ist davon abhängig, wie differenziert der Leitfaden ausgearbeitet wurde und inwiefern der Interviewende die Themenwege im Interview beeinflussen will (vgl. Kruse, 2014, S. 213f.).

9.4 Auswahl der Experten

Um die richtigen Experten auszusuchen, sollte man sich laut Gläser & Laudel (2010, S.117) zunächst vor Augen führen, wer über die notwendigen Informationen verfügt. Um alle notwendigen Informationen zu erhalten, müssen mehrere Experten befragt werden, " die aufgrund ihrer spezifischen Stellung in dem zu rekonstruierenden Prozess jeweils über andere Informationen verfügen." (ebd. 117).

Folgende Fragen können im Suchprozess angewendet werden:

1. Wer verfügt über die wesentlichen Informationen?
2. Wer ist in der Lage, genaue Informationen zu geben?
3. Wer zeigt die Bereitschaft, Informationen zu geben?
4. Wer von den Informanten ist verfügbar?

(ebd. 117).

9.5 Auswertung

Die Auswertung von Experteninterviews anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ist die gängigste Methode. Die qualitative Inhaltsanalyse behandelt die auszuwertenden Texte als Material. In dem Material sind Daten enthalten, die durch das Verfahren extrahiert werden. Mit der qualitativen Inhaltsanalyse schafft man sich aus dem Ursprungstext eine breite Informationsbasis, die nur noch die essenziellen Informationen enthält, die für die Beantwortung der Forschungsfrage relevant sind (Gläser & Laudel, 2010, S. 199f.)

Die Textanalyse umfasst ein Suchraster, das die Inhalte systematisch anhand eines Kategoriensystems (vgl. 9.2) reduziert. Das Kategoriensystem baut auf den theoretischen Vorüberlegungen und den dazu ausgearbeiteten Untersuchungsvariablen auf (ebd. S. 200f.)

Um die durchgeführten Interviews auszuwerten, erfolgt zunächst eine Transkription der Interviews ins Schriftdeutsch; die Interviewtranskripte bilden die Basis zur Datenauswertung.

10 Vorgehen in der Masterthesis

Nachdem in den vorangegangenen Abschnitten die Methoden und Techniken qualitativer Forschung beschrieben wurden, folgt die konkrete Beschreibung der Vorgehensweise.

10.1 Auswahl der Methode

Da bei der Datenerhebung ein Sachinteresse erfragt wird und Zusammenhänge von Personen, die ein besonderes Wissen besitzen, erklärt werden sollen, wird für die vorliegende Masterthesis die Methode des Experteninterviews gewählt. Der Interviewpartner soll anhand des Expertenwissens die Umsetzbarkeit und die Sinnhaftigkeit eines Curriculums zur Emotionsregulation prüfen. Der Nutzen für den Patienten soll erfasst und ausgewertet werden.

10.2 Auswahl der Experten

Es wurden Experten aus der Suchthilfe mit Schwerpunkt auf den Fachbereich der Rehanachsorge gewählt. Befragt wurden sowohl Männer als auch Frauen verschiedenen Alters, um ein breites Expertenwissen zu erhalten. Es wurden Experten mit langjährigen Erfahrungen in der Praxis der Rehanachsorge und in der Arbeit mit Suchtmittelabhängigen gewählt. Es handelt sich um Experten aus der ambulanten Suchthilfe und aus der stationären Rehabilitationsbehandlung. Aus der stationären Behandlung werden die Patienten in die Rehanachsorge entlassen, hier besteht eine wichtige Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Weiterbehandlung. Die Erfahrung der Therapeuten in der stationären Therapie gibt zentrale Hinweise auf eine adäquate Nachsorgebehandlung. Die Personen können als Experten gelten, da sie nach den Fragestellungen in Punkt 9.4 ausgewählt wurden. Es wurden vier Experten aus der Rehanachsorge gewählt. Diese stammen einerseits aus dem Arbeitsumfeld der Verfasserin

dieser Masterthesis und andererseits aus umliegenden Nachsorgeeinrichtungen. Zwei Experten stammen aus der stationären Rehabilitationsbehandlung:

Tabelle 9: Übersicht über die Experten

AMBULANTE REHABILITATION	
Herr H. (H)	Einrichtungsleiter einer Suchtberatungsstelle, Koordinator der ARS (Ambulante Rehabilitation Sucht, umfasst auch die Rehanachsorge), 30 J. Berufserfahrung mit Suchtmittelabhängigen.
Frau A. (A)	Dipl.-Pädagogin und Sozialtherapeutin - Schwerpunkt Suchtkrankenhilfe, systemische Traumatherapeutin, arbeitet in der ARS, 20 J. Berufserfahrung mit Suchtmittelabhängigen.
Frau S. (S)	Dipl.-Pädagogin und Sozialtherapeutin - Schwerpunkt Suchtkrankenhilfe, Tanztherapeutin, arbeitet in der ARS, 15 J. Berufserfahrung mit Suchtmittelabhängigen.
Herr F. (F)	Dipl. Soz.-Päd./Dipl.Soz.-Arb., Integrativer Gestaltberater, in der Ausbildung zum integrativen Sozialtherapeuten mit dem Schwerpunkt Sucht, arbeitet in der ARS, mehr als 10 J. Berufserfahrung mit Suchtmittelabhängigen.
STATIONÄRE REHABILITATION	
Frau MF.(MF)	Diplom-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin. Psychologische Leitung einer Rehabilitationseinrichtung für Suchtmittelabhängige, mehr als 30 J. Berufserfahrung mit Suchtmittelabhängigen.
Frau P. (P)	Dipl.- Soz.-Päd./Dipl.Soz.-Arb., Suchttherapeutin, Leiterin einer Adaptionseinrichtung für Suchtmittelabhängige in Berlin, mehr als 10 J. Berufserfahrung mit Suchtmittelabhängigen.

Der Zugang zu den Interviewpartnern erfolgte zunächst persönlich. Es wurde über den Rahmen und die Durchführung des Forschungsanliegens informiert. Nach einer mündlichen Einverständniserklärung wurde das Curriculum mit Einwilligungserklärung und Anhang per Email versendet und ein Interviewtermin

ausgemacht. Vor Beginn des Interviews erfolgte die schriftliche Einwilligung zur Datenerhebung. Dabei wurden die Interviewten hinsichtlich Archivierung der Tonbandaufzeichnungen, Anonymisierung der Daten, Auswertung zu ausschließlich wissenschaftlichen Zwecken und über die Transkription informiert.

10.3 Interviewleitfaden und Forschungsfrage

Für die geplante Untersuchung wurden Fragen konkret ausformuliert und strukturiert (siehe Anhang I), um möglichst genaue Informationen zu erhalten.

Vor der Durchführung des ersten Experteninterviews wurde ein Pre-Test mit einer Diplom-Sozialarbeiterin mit langjähriger Erfahrung im Suchtbereich durchgeführt. Es fanden keine Änderungen statt.

Bei dem Experteninterview geht es darum, die Einstellungen des Interviewpartners zu bestimmten Themen zu erfragen (Gläser & Laudel, 2010 S.11). Dementsprechend wurden folgende Forschungsfragen formuliert:

- Ist das Curriculum in der vorliegenden Form für die Umsetzung in der Rehanachsorge geeignet?
- Ist das Curriculum für Patienten aus der Rehanachsorge von Nutzen?
- Ist es sinnvoll, in der Rehanachsorge einen Schwerpunkt auf die Regulierung von Emotionen zu legen?

Ziel der Untersuchung ist, das Curriculum auf seine Umsetzbarkeit und auf den Nutzen für den Patienten und seine Sinnhaftigkeit hin zu überprüfen. Dazu wird der Interviewleitfaden in allgemeine, inhaltliche und ergänzende Fragen unterteilt.

10.4 Auswertung

Wie in Punkt 9.2 beschrieben, wird für die Auswertung der Interviews die qualitative Inhaltsanalyse angewendet. Diese wertet Daten aus, indem sie durch ein systematisches Verfahren Informationen entnimmt. Außerdem eignet sie sich speziell für Experteninterviews, da aus den Texten Sachverhalte entnommen werden müssen (ebd. S.46f). Hier wird das vorliegende Datenmaterial transkribiert, die Kernaussagen der Antworten der Experten werden nach den jeweiligen Fragestellungen sortiert und können z.B. in Spalten einer Excel - Tabelle übertragen werden. So ist eine Zusammenschau der Kernaussagen möglich. (Mayring, 2015, S. 54f.).

Laut Mayring (2015, S. 61) verläuft das Interpretationsverfahren so, dass die Analyse in einzelne Schritte, die vorab festgelegt werden, zerlegt wird. So wird sie für Außenstehende nachvollziehbar.

Die systematische Zusammenfassung anhand eines Kategoriensystems soll das Material auf das Wesentliche reduzieren. Um die Materialfülle bei der Datenaufarbeitung zu reduzieren und gleichzeitig eine erste Generalisierung vorzunehmen, wird die zusammenfassende Analyse (siehe Qualitative I.) zur Auswertung eingesetzt. Sie erfolgt zunächst durch eine Zusammenfassung des Gesagten. Bei der Auswertung von Experteninterviews steht die inhaltlich - thematische Seite des Materials im Vordergrund.

Mayring spricht weiter von einer induktiven Kategorienbildung (ebd. 67). Der Interviewleitfaden dient als Vorlage zur Kategorienbildung. Bei der Transkription erfolgen erste Reduktionsschritte. Ausführungen der Experten bzw. vom Thema Abweichendes wird ausgelassen. Äußerungen wie "ähm" oder dergleichen werden ebenfalls ausgelassen. Das Gesagte wird nach den Fragestellungen protokolliert (ebd. 87, Lamnek, 2010, S. 367f.).

Die Verdichtung des Datenmaterials, welches nach Gemeinsamkeiten und Unterschieden in den Interviews hin untersucht wird, ermöglicht eine Darstellung der Ergebnisse.

Die Zusammenfassung und Formulierung der Kerngedanken der Experten erfolgt nach Einschätzung und Bewertung der Interviewerin.

10.5 Ergebnisanalyse

Aufgrund der Auswertung der Experteninterviews können Ergebnisse in Bezug auf das vorliegende Curriculum formuliert werden. Es werden zunächst die einzelnen inhaltlichen Beurteilungen anhand der im Leitfaden festgelegten Kategorien dargestellt.

Gläser & Laudel (2010, S. 262f) stellen zur Interpretation von Ergebnissen fest: *"Die Offenheit von Erhebungs- und Auswertungsprozess haben es ermöglicht, die empirischen Phänomene nicht einfach unter theoretische Annahmen zu subsumieren, sondern die Struktur der untersuchten Fälle auch dort mit aufzunehmen, wo sie theoretischen Vorannahmen widersprach oder über diese hinausging."*

Bei der Ergebnisanalyse geht es um die Aufdeckung von Widersprüchen und um eine Präzisierung, Modifizierung und eine eventuelle Revision der Theorien. Da bei der vorliegenden Masterthesis ein halbstrukturiertes Verfahren angewendet wird, ist es möglich, dass es zu unerwarteten Aussagen und zu einem neuen Erkenntnisgewinn kommt (Lamnek, 2010, S.80).

Die Verfasserin erhofft sich anhand der Ergebnisse aus dem Datenmaterial eine mögliche Ausdifferenzierung des Curriculums und eventuelle Impulse zur Weiterentwicklung.

10.6 Darstellung der Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse dargestellt. Zunächst erfolgt eine Auswertung nach den im Leitfaden festgelegten Kategorien (im Text sind die Kategorien zur besseren Übersicht blau markiert). Dann werden die Hauptfragestellungen (vgl. Anhang I:Forschungsfragen A1-A3) bewertet.

Der **Aufbau der Einheiten** wurde aus Sicht der Experten überwiegend als sinnvoll eingeschätzt. Einer der Experten würde die Emotionsbausteine umstellen und mit "Wut" beginnen statt mit "Angst", nach der Einheit "Wut" mit "Trauer" weiterarbeiten und als drittes "Angst" behandeln. Laut seiner Einschätzung ist

"Angst" ein zu starkes Gefühl, um damit einzusteigen. Einigkeit in den Expertenmeinungen gab es dazu, die Emotion "Freude" als Abschluss der Emotionsbausteine einzusetzen.

Ein weiterer Experte, der eine Einheit des Curriculums bereits in die Praxis umsetzte, äußerte Bedenken bei der kontinuierlichen Durchführung der einzelnen Einheiten: *„.... sodass wir schon gemerkt haben, also die so an einem Stück durchzuführen, das ist in der Realität eher schwierig, wirklich kontinuierlich durchzuführen, weil aktuelle Störungen halt dann auch schon da sind (..)“* (A 7)

Das Mitgeben von Hausaufgaben (**Kategorie: Hausaufgabe**) wurde einerseits von den Experten als wichtiges Instrument angesehen, andererseits wurden Bedenken geäußert:

- H (4): *„Es werden Hausaufgaben dargestellt, die ich als sehr sinnvoll ansehe. Wir haben jedoch meistens mit Personen zu tun, die alleinstehend sind und sich sehr schlecht Hausaufgaben in Anführungsstrichen dann auch stellen.“*
- F (14): *„Ich finde Hausaufgaben ganz wichtig, aber ich weiß, wieviel Schwierigkeiten wir im stationären Rahmen schon mit Hausaufgaben haben und ich glaube, wenn sie das Thema Hausaufgaben in die stationäre, nachstationäre Phase reinnehmen, haben sie noch mehr Schwierigkeiten. Die Überschmittsmenge Aversionen wegen Hausaufgaben bei den Patienten ist extrem groß“*
- S. (20): *„Das ist sinnvoll, die Frage ist dann nur immer, ob alle es machen und es dann mitbringen.“*

Ein Kritikpunkt mehrerer Experten war das Fehlen eines psychoedukativen Teiles zu Emotionen und zur Emotionsregulation: *„Also das Grundgerüst ist super, es müsste aus meiner Sicht so eine Bahnung vorher da sein“* MF (5)

Ein anderer meinte: *„(..) was mir vielleicht gefehlt hat war in den Einheiten die Psychoedukation. Dass man nochmal erklärt, warum man was wieso macht.“*

F (4)

Hier gab es verschiedene Vorschläge, beispielsweise eine Einheit zu Beginn des Curriculums als psychoedukative Einheit zu gestalten oder auch bei jeder Einheit einen kleineren psychoedukativen Teil einzubauen.

Zum Einsatz der Achtsamkeitsübungen gab es unterschiedliche Meinungen. Einige Experten vermissten mehr Auswahl an Achtsamkeitsübungen für die Patienten, es solle nicht durchweg die gleiche Methode angeboten werden. Ein konkreter Vorschlag war, Bodyscanübungen einzubauen (vgl. F 9 u. P 6).

Andere Experten, insbesondere die aus dem stationären Bereich, sprachen sich für die Anwendung von PMR (Kategorie: PMR) aus und meinten dazu: *„Auch ihre gute Idee, dass sie das PMR Training regelmäßig zuhause machen.“* MF (14).

Es wurde als Vorteil angesehen, dass PMR in den meisten stationären Rehaeinrichtungen angewendet wird. Die Patienten befinden sich also noch im Training und können in der Reha nachsorge darauf aufbauen. Ein Experte aus einer stationären Einrichtung berichtete von dem positiven Effekt der kontinuierlichen Anwendung eines Verfahrens: *„Beim ersten Rundgang und dann beim zweiten Rundgang immer dieselbe Methode und die Rückmeldung von den Rehabilitanden war, dass sie das viel, viel, viel besser fanden, bei einer Methode zu bleiben und die auch zu lernen und dass es dann auch vielmehr (...) viel automatischer (...) in den Alltag eingesetzt wurde“.*

P (7).

Durchweg wurde die PMR als eine gut evaluierte und anerkannte Methode eingeschätzt. Eine generelle Schulung der Achtsamkeit bzw. eine Lenkung auf die Thematik wurde als wichtiges Element eingestuft. Folgende Aussagen wurden dazu getroffen:

- Gut zur Entspannung, um Stress zu bewältigen
- Effektives Verfahren, ideal zum Training zuhause
- Das "Hier und Jetzt" kann besser wahrgenommen werden

Einige Experten waren der Meinung, auch am Ende der einzelnen Einheit eine Achtsamkeitsübung einzusetzen. *„(..) dann die Bearbeitung des Themas, wo ja die Emotionen sehr im Vordergrund sind und die Leute auch teilweise durchaus*

getieft werden und dann gibt es in Anführungsstrichen nur noch die Abschlussrunde und da habe ich schon das Gefühl gehabt so "Uh", da lässt man die Leute, also man bringt die in das Gefühl rein, aber da ist keine Übung am Ende, die auch wieder stabilisiert oder rausholt." A (10)

Kategorie: Klein-und Großgruppe

Der Wechsel von Kleingruppen und Arbeit in der Großgruppe wurde allgemein durchweg als positiv gewertet. Explizit wurde gesagt, es fördere „den Austausch untereinander“, die Patienten können *"Rückmeldungen von Mitpatienten besser aufnehmen"* und sie *„lernen, miteinander zu kommunizieren“*. Eine Expertin meinte: *„Also das sind die Bewegungen, die Gruppentherapie ausmachen, also entweder es gibt einzelne Sequenzen, wo man mit Einzelnen arbeitet, dann wieder sharing oder Kleingruppe und sharing, also das ist Stand der Kunst.“*

Kategorie: Inhalte der Emotionsbausteine und Aufbau nach TeK

Auch die Auswahl der Methoden und der Aufbau nach den Kompetenzen "Wahrnehmung", "Akzeptanz" und "Regulierung" nach Berking wurde als sinnvoll eingestuft. Elemente aus dem TeK nach Berking als theoretische Grundlage zu nutzen, schätzten die Experten als *"sinnvoll"* ein. Es würde *"Sicherheit"* geben und den Patienten verhelfen, *„Gefühlszustände kontrollieren zu können“*.

Einige Experten schätzten auch die nonverbalen Methoden als Auseinandersetzung mit den Emotionen. Zwei Experten wendeten das Curriculum bereits in Gruppen an und machten gute Erfahrungen damit. Scheinbar fiel es Patienten oft leichter, eine Ausdrucksmöglichkeit zum Beispiel im *"Malen"* zu finden.

Einige schlugen vor, auch andere Ebenen in das Curriculum einzubeziehen, als zusätzliche Ausdrucksform für Patienten: *„(..) für mich als IT'ler sag ich mal ist natürlich immer nochmal die Körperebene (..) wichtig.“*

F (18)

Oder auch: *„vom sprachlich kognitiven, also wo es grad bei der Wahrnehmung auch nochmal andere Kanäle, irgendwie der Wahrnehmung des Fühlens, des Spürens angesprochen werden.“ P (12)*

Ein Vorschlag dieses Experten ist, „das Ganze irgendwie mit einem Symbol zu verbinden. Oder mit einem Mutmachsatz (...).“ P (18)

Um am Ende des Curriculums die Materialien (Kategorie: Materialien/Audiodatei) an die Patienten zu verteilen, wird vorgeschlagen, „einen Stick auszuhändigen. Indem eine Audiodatei drauf ist und indem auch die Materialien nochmal drauf sind, mit denen die Patienten arbeiten sollen“. Grundsätzlich wird von den Experten als positiv eingeschätzt, die Materialien mitzugeben und auch eine Audiodatei an die Patienten auszuhändigen, auf dem die PMR angeleitet wird. Eine Expertin hatte Bedenken, die Anleitung mit ihrer eigenen Stimme einzusprechen. Sie meinte explizit: " es wäre mir zu nah".

Die aufgeführten Ergebnisse stellen die unterschiedlichen Sichtweisen der Experten zu den einzelnen Teilen des Curriculums dar.

In den nächsten Abschnitten geht es um die Fokussierung der Expertenmeinungen auf die Hauptfragen, die in Punkt 10.3 aufgeführt wurden.

10.6.1 Fragestellung 1: Kategorie: Umsetzbarkeit

Zu der Frage der Umsetzbarkeit des Curriculums äußerten die Experten wenig Bedenken. Einzelne Meinungen sind in der folgenden Tabelle dargestellt:

Tabelle 10: Umsetzbarkeit des Curriculums

EXPERTEN	UMSETZBARKEIT
H (1)	Gut umsetzbar. Die wesentlichen Teile des Trainings emotionaler Kompetenzen werden aufgegriffen, die bei der angesprochenen Patientengruppe wesentlich sind.
A (1)	Gut umsetzbar. Es ist gut aufeinander aufgebaut und stellt eine solide Anleitung für den Therapeuten dar, der es umsetzen soll.
P (2)	Gut umsetzbar. In jeder Einheit gibt es regelmäßige Wiederholungen, es kommen aber auch neue Ansätze hinzu.
F (2)	Sehr gut umsetzbar. Die einzelnen Übungen waren leicht zu verstehen und sind für Klienten schnell nachzuvollziehen.
MF (4)	Die Umsetzbarkeit setzt voraus, dass der Therapeut über ausreichende Erfahrungen verfügt und in der Lage ist, die Inhalte des Curriculum mit der Lebenssituation der Gruppe zu verknüpfen.

Die Umsetzbarkeit wird also durchweg positiv von den Experten eingeschätzt. Ein Experte meint, ein Hinderungsgrund bei der Umsetzung könnte die Größe der Gruppe sein. Weiter meint er: „*da musste mal wieder jemand begrüßt werden mit Vorstellungsrunde*“, dann „*gab es mal einen Rückfall*“.

Seiner Meinung ist es schwierig, die zeitlichen Vorgaben einzuhalten. Grundsätzlich gut findet er, „*die drei Sachen relativ zeitnah zu machen, damit sie dann auch wirklich Regulierungsmöglichkeiten an die Hand bekommen*“. S (13).

Die Einlassung der Patienten auf die Thematik wurde allgemein als gut eingeschätzt. Laut Meinung der Experten sind die Übungen in den Einheiten nicht zu

schwierig gestaltet. Explizit wurde geäußert, „*sie sind nicht so komplex*“ und „*da kann man sich gut, glaub ich, einfach drauf einlassen*“.

Durch den Einsatz von Kleingruppenarbeit und Einzelarbeit werden die Hemmungen gesenkt, sich mitzuteilen und auseinanderzusetzen. „*Viel mehr so eine kleinere Einheit befördert ja auch, dass die weniger Angst oder Scham haben.*“ MF (23).

Aus Sicht der Experten war auch wichtig, dass es weiterhin einen gewissen „*Spielraum*“ gibt, bzw. dass auch auf individuelle Themen der Patienten eingegangen werden kann. Daher wurde ebenfalls als positiv bewertet, dass das Curriculum auf 13 Einheiten konzipiert ist und somit noch Einheiten für weitere Themen übrig bleiben.

Eine Expertenmeinung war, dass die Umsetzbarkeit auch sehr von dem fachlichen Stand und der Haltung des Therapeuten gegenüber dem Einsatz des Curriculums abhängig ist. Die Wirksamkeit der einzelnen Bausteine sei davon abhängig. Wichtig sei auch die Verwendung „*einfacher Sprache*“, um den Patienten die Inhalte zu verdeutlichen.

Der zeitliche Rahmen, der im Curriculum vorgegeben wird, ist aus Sicht mehrerer Experten kritisch zu bewerten.

10.6.2 Fragestellung 2: Kategorie: Nutzen für den Patienten

Zur Fragestellung 2 werden ebenfalls in einer Tabelle die wesentlichen Aussagen der Experten zum Nutzen und zu eventuellen Schwierigkeiten, die sich ergeben könnten, dargestellt:

Tabelle 11: Nutzen des Curriculums

EXPERTEN	NUTZEN	SCHWIERIGKEITEN
<i>Herr H.</i>	Es ist für Patienten wichtig, mit verschiedenen Emotionen umzugehen.	<ul style="list-style-type: none"> • Ist eine Durchführung aller Methoden in jeder Einheit möglich? • Die Patienten benötigen gegebenenfalls eine Erholung vom Training.
<i>Frau A.</i>	Der Nutzen ist sehr unterschiedlich.	Nur einige Patienten haben einen Nutzen davon.
<i>Frau P.</i>	Der Patient hat auf mehreren Ebenen einen Nutzen von dem Curriculum, insbesondere die Anleitung durch den Therapeuten wird als positiv gewertet.	Keine Schwierigkeiten.
<i>Frau S.</i>	Sehr hoher Nutzen, offener Austausch von Emotionen, die Auseinandersetzung wirklich auch damit, was kann ich akzeptieren, was kann ich nicht akzeptieren.	Akzeptanz der Emotion Angst könnte für die Patienten schwierig sein: z.B. bei der Panikstörung oder posttraumatischen Belastungsstörungen.
<i>Herr F.</i>	Profitieren sehr von dem Curriculum.	Einzelne Übungen müssten verändert werden.
<i>Frau F.</i>	Hoher Nutzen, da es das wichtigste Thema in der nachstationären Phase anspricht.	Ist jedoch auch abhängig davon, wie ernst die Patienten die Nachsorge nehmen

Aus Sicht des Großteils der Experten ist der Nutzen für die Patienten hoch einzuschätzen.

Einer betonte, es sei positiv zu bewerten *„dass der Wahrnehmung und Akzeptanz genauso viel Raum gelassen wird wie den Strategien“ P (5).*

Zu den dargestellten Schwierigkeiten wurden auch Vorschläge zur Verbesserung gemacht:

- Zur Festigung sollte zwischendurch eine Erprobungsphase stattfinden und auch mit anderen Modellen gearbeitet werden.
- Übungen müssen noch spezifischer ausgearbeitet werden.
- Immer wieder an alltäglichen Situationen der Patienten arbeiten und die Emotionen einbeziehen, um einen Transfer der Inhalte des Curriculums in den Alltag zu fördern.

10.6.3 Fragestellung 3: Kategorie: Sinnhaftigkeit für die Rehanachsorge

Die Experten beurteilen die Sinnhaftigkeit eines Curriculums zur Emotionsregulation in der Rehanachsorge durchweg als sinnvoll. Sie sind der Meinung, dass es insbesondere in der Rehanachsorge ein wichtiger Baustein der inhaltlichen Arbeit sein sollte.

In der folgenden Tabelle werden die wesentlichen Aussagen dazu dargestellt.

Tabelle 12: Sinnhaftigkeit des Curriculums

H (16)	<i>„Aus meiner Sicht heraus, gerade da. Denn die Patienten werden jetzt ganz massiv von außen kommenden Emotionen und ihren eigenen Emotionen dann konfrontiert. Da findet ein Vorstellungsgespräch statt, da ist plötzlich Angst im Raum. (...) Wie gehe ich damit um, wie kann ich das bearbeiten. Früher war die Regulation, (...), nämlich die Kompensation durch Alkohol. Diese Kompensation muss jetzt ersetzt werden, durch tatsächlich mit dem eigenen ich.“</i>
A (8)	<i>„Ja das halte ich für sinnvoll. Auf jeden Fall. Weil es ja häufig wirklich auch (...) diesen negativen Gefühlen oder auch positive, (...), also das häufigste Argument was ich höre bei Rückfällen ist (...).“</i>
P (4)	<i>„Auf jeden Fall. Also ich arbeite ja im Moment in der stationären Reha und da befassen wir uns auch ganz intensiv mit Emotionsregulation und gerade dann in der Umsetzung im Alltag finde ich das total sinnvoll, dass es auch noch mal ja konzeptionell, also dass es auf jeden Fall noch mal kontrolliert aufgegriffen wird und an dem Thema drangeblieben wird und so. Das auf jeden Fall.“</i>
S (15)	<i>„Also für notwendig sogar. Ich glaube ohne das kann gar keine Nachsorge richtig gut passieren.“</i>
F (15)	<i>„Also ich glaube, dass es sogar ein Schwerpunktthema, also meine Erfahrung ist oft, dass besonders die Emotionsregulation sehr schwierig ist, im Alltag umzusetzen. Viele haben Angst vor Überflutungssituationen, es wird mit sehr viel Stress, kommt einem entgegen, wenn man gerade aus einem geschützten Rahmen ist.“</i>
MF.(8)	<i>„(...) aus meiner Sicht ganz, ganz wichtige Themen, dass ist überhaupt keine Frage, dass das zur Stabilisierung und zur Abstinenzaufrichterhaltung ganz wichtige Themen sind.“</i>

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass aus Sicht der Experten ein wesentlicher Bestandteil der Rehanachsorge die Auseinandersetzung mit Emotionen und die Regulierung von Emotionen, auf den konkreten Alltag der Patienten bezogen, sein sollten. Insbesondere sollte ein alltagsspezifischer Umgang mit der Thematik gefunden werden, da der Übergang vom geschützten Rahmen der stationären Therapie zum ambulanten Setting eine hohe Herausforderung darstellt.

Zu dem abschließenden Frageteil bzgl. Ergänzungen, Anregungen und Ideen zur Optimierung des Curriculums (Kategorie: [Ergänzungen und Optimierung](#)) wurden bereits im oberen Teil Aspekte genannt, sodass im Folgenden nur die neu erwähnten Aspekte aufgeführt werden.

"Ein Bildverzeichnis würde ich vornehmen", so ein Experte und "außerdem nochmal auf einige theoretische Grundlagen eingehen". Weiter würde ein Experte zur Optimierung deutlicher hervorheben, welche Teile aus dem Training emotionaler Kompetenzen nach Berking verwendet wurden. „...was nutzen sie für dieses Programm von TeK?“ F(21).

Auch einen *"Überblick für Therapeuten"* hätte sich der Experte zum Thema, "Emotionen und körperliche Reaktionen" gewünscht. Eine Beschreibung. Er *„hätte nochmal zu jeder Einheit Angst, Wut, Trauer, Freude (..) einen kurzen Input, was vielleicht für den Therapeuten wichtig ist, über diese Emotion selber auch zu wissen.“ F (19).*

Eine Expertin schlug vor, den Teil im Curriculum, der mit "Hausaufgabe" bezeichnet wird, durch das Wort "Training" zu ersetzen. Nach ihrer Meinung haben viele Patienten *„Ideen von Fussballtraining oder solchen Sachen“* und denen kann so eher verdeutlicht werden, *„je nachdem, wie konsequent sie mit ihrem persönlichen Trainingszeiten umgehen, desto besser sind sie im Team.“ MF (34).*

Ein Experte bewertet das Curriculum als „*relativ einfach einzusetzen*“ und erwähnte positiv die Möglichkeit, die Einheiten „*nicht so stringent nacheinander abarbeiten*“ zu müssen. F (24).

Die **Abschlusseinheit** im Curriculum wurde durchweg als positiv eingeschätzt. Ein Experte schlug vor, statt einer Hierarchisierung der Emotionen, welche am meisten zum Patienten gehört, eine positive Formulierung zu finden. Beispielsweise: „*was ist die Emotion, die ich aufbauen möchte.*“ (S 24).

Die Ergebnisdarstellung zeigt, dass der Großteil der Experten die einzelnen Teile des Curriculums als positiv bewerten.

11 Diskussion

Das entwickelte Curriculum zur Emotionsregulation für die Rehanachsorge wurde anhand von Experteninterviews evaluiert. Die Einschätzung der sechs Befragten zeigte, dass eine Auseinandersetzung mit diesem Thema für die Rehanachsorge unerlässlich ist und einen Schwerpunkt darstellen sollte.

Dass "Emotionsregulation" ein grundsätzliches Thema sein sollte, um Rückfällen vorzubeugen, ist keine Überraschung. Viele maßgebliche Theorien zur Rückfallentstehung zeigen auf, welchen starken Einfluss negative Emotionen auf die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls haben. Die Theorie von Alan Marlatt hatte großen Einfluss auf die Forschung und Praxis. Sie besagt unter anderem, dass kognitive und emotionale Prozesse die Entstehung eines Rückfalls fördern (Körkel, Schindler, 2003, S. 24 f.).

Auch ist unbestritten, dass die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls maßgeblich von den alternativen Bewältigungsfertigkeiten (coping skills) abhängt (vgl., Lindenmeyer, 2005b, S. 26).

Das zeigt, wie wichtig die Auseinandersetzung mit emotionalen Prozessen des Patienten ist und auch, wie Emotionen adäquat zu regulieren sind, ohne dabei auf den Konsum zurückgreifen zu müssen. Die Meinungen der befragten Experten unterstützen diese Aussagen.

Ein Kritikpunkt war der fehlende psychoedukative Anteil im Curriculum. Hauke & Dall'Occhio (2015, 13) heben hervor, dass der Mensch über ein intuitiv-emotionales und ein rationales System verfügt. Belegt ist, dass unsere emotionalen Reaktionen an ein informationsverarbeitendes System gekoppelt sind. Letztgenanntes ist zwar weitaus langsamer in der Verarbeitung, aber genauso wichtig.

Eine kognitive Verankerung der Themen ist daher wichtig.

Psychoedukative Maßnahmen verbessern die Compliance, können den Krankheitsverlauf positiv beeinflussen und verringern das Rückfallrisiko (Gouzoulis-Mayfrank, 2010, S.82, D'Amelio, Behrendt, Wobrock, 2007, S. 3).

Die meisten Trainingsprogramme sind dementsprechend so aufgebaut, einen aufklärenden und informativen Anteil zu integrieren (vgl. Berking, 2015, Training

emotionaler Kompetenzen Klos & Görger, 2009, Rückfallprophylaxe bei Drogenabhängigkeit, Feldhege & Krauthahn, 1979, Verhaltenstrainingsprogramm zum Aufbau sozialer Kompetenz). Den Patienten informativ aufzuklären, wird als sinnvoll eingeschätzt.

Die Empfehlung der Experten lautete einmal, in jeder Einheit einen psychoedukativen Teil einzubauen oder eine gesamte Einheit psychoedukativ zu gestalten.

Hier wird der Einbau eines psychoedukativen Anteils in einer einzelnen Einheit vorgezogen, da durch die hohe Fluktuation der Patienten in der Rehanachsorge eine Gesamteinheit am Anfang des Curriculums nicht sinnvoll wäre. Hier sollte das Curriculum dementsprechend verändert werden.

Die Experten empfehlen eine veränderte Reihenfolge der Emotionsbausteine. Im Curriculum wird vorgeschlagen, mit "Angst" zu beginnen. Dies sei eine zu starke Emotion, um damit einzusteigen.

Gerade die Emotion "Angst" bildet einen wesentlichen Bereich im Leben unserer Patienten ab. Körkel & Schindler (2003, S.19f.) belegen mit ihren Untersuchungen zur Entwicklung des Trainingsprogramms S.T.A.R., dass unangenehme Gefühle, in erster Linie Angst- oder depressive Zustände wichtigste Faktoren zur Rückfallentstehung sind.

Somit sollte der Emotion auch eine hohe Rolle zugesprochen werden.

Dieser Bereich bleibt unverändert im Curriculum. Hier muss eventuell auch der Behandler, je nach Patientengruppe entscheiden, mit welcher Emotion er einsteigt.

Laut Expertenmeinung ist die Anzahl von 13 Einheiten für die Emotionsregulation im Curriculum sinnvoll. Hier sollte nicht die gesamte Anzahl von 20 Einheiten ausgeschöpft werden, da es auch Einheiten geben sollte, in denen andere Themen behandelt werden können. Das Curriculum bleibt somit hier unverändert.

Jedoch ist zu überlegen, ob weitere Emotionen hinzugefügt oder auch ausgetauscht werden. Die Verfasserin der Masterthesis hat sich an dem Modell der

vier Grundgefühle von Sulz (2000, S:32) orientiert. Es gibt jedoch noch weitere "Basisemotionen", wie in Punkt 5.1 beschrieben wurde, die einbezogen werden könnten (vgl. Reicherts, 2014, S. 10, Zarbock, 2014, S.55).

Aus Sicht der Experten stellt der Einsatz von Hausaufgaben eine besondere Schwierigkeit dar. Im Curriculum fehlt z.B. die Anleitung des Umgangs mit **nicht** gemachten Hausaufgaben. Hier sollte das Curriculum angepasst werden. Die Empfehlung eines Experten, das Wort "Hausaufgabe" mit dem Wort "Training" auszutauschen, wird als sinnvoll angesehen, um negative Assoziationen zu umgehen.

Im Punkt 3.4., wurde bereits dargestellt, dass es Defizite im Übergang vom stationären zum ambulanten Setting gibt, die auch in der praktischen Arbeit Auswirkungen haben. Die Auswertung der Experteninterviews hat verschiedene Impulse zur Optimierung des Übergangs vom stationären in das ambulante Setting gegeben. Besonders wichtig wird der Transfer der Ziele des Patienten in den ambulanten Alltag gesehen. Hier wird empfohlen, den positiven Effekt der Gruppe zu nutzen und den Patienten seine Ziele in der Gruppe zu Beginn der Behandlung darstellen zu lassen, um nach der Hälfte der Behandlung ein Resümee ziehen zu können.

Hier könnte das Curriculum zusätzlich allgemein auf die Herausforderungen des Umgangs "von stationär zu ambulant" eingehen und ausgebaut werden. Neben dem ökonomischen Aspekt, die weitere Ausarbeitung der Ziele des Patienten nicht fokussiert auf ein Einzelgespräch zu reduzieren, sondern in die Gruppensitzungen aufzunehmen, können gruppenspezifische Effekte in der Therapie genutzt werden.

Aus Sicht des Experten aus dem stationären Setting ist die Einbeziehung ganz konkreter Alltagssituationen für die Rehanachsorge, besonders wichtig: *„(...) so eine Aufmerksamkeitslenkung in Richtung: Was begegnet mir im Alltag, merke ich, wie ich ticke? Die Wahrnehmungs- und Aufmerksamkeitslenkung ist glaub ich, eine Aufgabe von der Nachsorge (..).“* MF (12)

Im Baustein "Akzeptanz" wurde beispielsweise auf konkrete Situationen der Patienten eingegangen. Jedoch passieren an jedem Tag eines Patienten Situationen, die im Zusammenhang mit Emotionsregulation zu sehen sind. Dem Patienten sei das oft nicht bewusst, deswegen sollte eine "Bewusstmachung" stattfinden und jede Woche auf aktuelle Situationen eingegangen werden.

Dieser Ansicht wird entsprochen. Hier sollte ein Fokus gesetzt und das Curriculum sollte an entsprechenden Stellen konkretisiert werden, beispielsweise in einer Strukturierung der Eingangsrunde nach aktuellen Situationen.

Mehrere Experten äußern Ideen und Anreize, zusätzliche methodische Bausteine in das Curriculum einzubeziehen:

- verstärkte Einbeziehung der Körperebene,
- mehr kreative Methoden.

Vor allem der Einbezug der Körperebene eröffnet viele Möglichkeiten in der Therapie zur Herstellung wichtiger Emotionen. Hauke & Dall'Occchio (2015, 32) beschreiben in der von ihnen entwickelten emotionalen Aktivierungstherapie wie die Veränderung der Körperhaltung Emotionen beeinflussen kann.

Daher ist es sinnvoll, über mögliche methodische Anpassungen im Curriculum nachzudenken.

Diese Einschätzung resultiert möglicherweise daraus, dass die Befragten in unterschiedlichen Nachsorgegruppen arbeiten, z.B. nur mit Frauen oder mit drogenabhängigen Patienten. Im Alkoholbereich sind die Patienten oft rational kognitiv denkende Menschen und lassen sich eher gehemmt auf kreative Methoden ein. Aus Sicht der Verfasserin ist es angebracht, das Curriculum methodisch auszubauen. Jedoch sollte das Klientel nicht überfordert werden. Hier müsste das Curriculum künftig stärker individualisiert an die Zielgruppe angepasst werden.

Die Anwendung der Methode der PMR wird als durchweg positiv angesehen. Auch, weil in der vorangegangenen stationären Reha- Behandlung meist mit der Methode schon gearbeitet wird, die Patienten sozusagen im "Training" sind und

weil es sich um eine unter Fachleuten anerkannte Methode handelt. Hier sollte keine Veränderung im Curriculum erfolgen.

Die vereinzelte Einschätzung, auch am Ende der Einheiten eine Achtsamkeitsübung einzubauen, um aus der Emotion, mit der sich beschäftigt wurde, auch wieder "raus zu kommen", kann unterschiedlich bewertet werden. Mit einer erneuten Achtsamkeitsübung könnte der Patient möglicherweise wieder zu sehr in eine emotionale Lage versetzt werden. Eine Übung, die eher die kognitive Ebene anspricht, könnte eine effektivere Lösung sein. Möglicherweise könnte die "Step-Out" Methode, beschrieben von Hauke & Dall'Occchio (ebd. 44f), eine Alternative darstellen. Hier geht es darum, durch eine bestimmte Körperübung einen neutralen Zustand herzustellen. Hierbei soll Distanz aufgebaut und nicht in emotionale Prozesse zurückgeführt, sondern losgelassen werden.

Dr. med. Clauia Croos - Müller stellt in ihrem Buch "Nur Mut! Das kleine Überlebensbuch!" zahlreiche Körperübungen vor, die Emotionen unmittelbar beeinflussen und bei regelmäßiger Anwendung auch stabilisieren können (Cross-Müller, 2012, S.3). Beispielsweise die Übung "Auf einem Bein stehen".

Laut Cross-Müller (ebd. S. 23) wird das Kleinhirn bei dieser Übung aktiviert und die Hirnbereiche die für Emotionen zuständig sind werden abgelenkt. So kann sich wieder emotionales Gleichgewicht herstellen.

Eine Expertin schlug eine körperbezogene Methode aus der Traumatherapie vor: "Save Activity". Gemeint ist eine Methode, in der es um Aktivität geht, um sich von emotionalen Prozessen wieder distanzieren zu können.

Einstimmig bewerten die Experten den Wechsel von Klein- und Großgruppenarbeit in den Einheiten positiv. Hier werden keine Veränderungen im Curriculum vorgenommen.

Die allgemeine Verständlichkeit wird ebenfalls als gut eingestuft. Einige ergänzen, dass für den Therapeuten eine theoretische Einleitung in das Thema der Emotionsregulation hinzugefügt werden sollte.

Hier kann eine Ergänzung im Curriculum erfolgen. Das Curriculum sollte an dieser Stelle verändert werden.

Als problematisch wird von den meisten Experten der zeitliche Rahmen gesehen, der für die einzelnen Bestandteile der Einheiten vorgeschlagen wird. Insbesondere die Eingangsrunde wird als zu kurz eingeschätzt. Hier ist sicherlich ein Testlauf des Curriculums in der Praxis nötig, um eine fundierte zeitliche Vorgabe machen zu können.

Allerdings ist anzumerken, dass in den 13 von 20 Gruppensitzungen, in denen das Curriculum angewendet wird, eine zeitlich begrenzte Eingangsrunde angemessen ist. Bei Krisen von Patienten kann der Therapeut immer vom Einsatz des Curriculums abweichen und die Eingangsrunde erweitern.

Das Curriculum sollte hier nicht verändert werden.

Ein Experte schlug vor, die Materialien, die im Curriculum genutzt werden, zusammen mit der Audiodatei auf einen USB - Stick zu speichern und den Patienten mitzugeben. Der Vorschlag wird als sinnvoll erachtet und sollte von den jeweiligen Einrichtungen umgesetzt werden.

Die Experten formulierten unterschiedliche Gründe, die für einen Nutzen des Curriculums sprechen. Im Vordergrund steht, die zentrale Rolle, die der Emotionsregulation bei der Abstinenzhaltung zukommt und damit den Genesungsprozesse der Patienten maßgeblich bestimmt. Und die besondere Herausforderung, nach der stationären Therapie in alltäglichen Situationen mit emotionalen Prozessen umzugehen

Hauke & Dall'Occhio (2015, 13) meinen, dass alle Emotionen im psychischen System Sinn machen. Werden Menschen in die Lage versetzt, diese wahrzunehmen und zu akzeptieren, können sie wichtige Informationen geben, die zu einer besseren Lebensqualität führen.

Gerade Menschen mit psychischen Problemen haben Defizite, sich selbst zu regulieren und benötigen insoweit Unterstützung (ebd. S.31).

Daher ist es ein Vorteil für die Patienten, sich in der Rehanachsorge mit dieser Thematik schwerpunktmäßig auseinanderzusetzen.

12 Fazit

Das Curriculum soll einerseits eine solide Arbeitsgrundlage für die Rehanachsorge darstellen, andererseits eine hilfreiche Unterstützung für Patienten sein, mit ihren Emotionen umzugehen. Grundsätzlich soll es dem Patienten nach einer stationären Reha den ambulanten Alltag mit seinen zahlreichen emotionalen Herausforderungen vereinfachen.

Die Expertenbefragung hat zahlreiche Vorschläge hervorgebracht, das Curriculum an die therapeutische Praxis anzupassen bzw. auch methodisch zu verändern.

Um eine ganzheitliche Optimierung des Curriculums zu gewährleisten, wäre es sinnvoll, das Curriculum in unterschiedlichen Einrichtungen praktisch umzusetzen und die daraus resultierenden Erfahrungen auszuwerten.

Bei der Evaluierung durch die Experten stellte sich heraus, dass eine extrem hohe Flexibilität in der praktischen Arbeit notwendig ist. Daher ist ein standardisiertes Verfahren in der Rehanachsorge zwar sinnvoll, kann aber auch hinderlich sein.

Der Anspruch an ein Curriculum in der Rehanachsorge sollte demnach sein, einen hohen fachlichen Standard vorzuweisen, aber auch genügend Flexibilität zuzulassen, um es praxistauglich zu machen.

Es ist problematisch, ein Curriculum zu entwickeln, das sowohl den Anforderungen in der Praxis des Therapeuten entspricht, als auch den Bedürfnissen des Patienten nachkommt. Suchttherapeutische Erfahrung ist bei der Anwendung des Curriculums notwendig.

Desweiteren sollte die Nachhaltigkeit des Curriculums zur Emotionsregulation überprüft werden, z.B. anhand von Patientenbefragungen.

Die Expertenbefragung zeigte auch, welche hohe Bedeutsamkeit dem Umgang mit Emotionen in der Rehanachsorge zukommt.

Die Kostenträger der Rehanachsorge gehen davon aus, dass die vollständige Genesung des Patienten, nach einer stationären Reha-Behandlung gegeben ist. Der Schwerpunkt der DRV Bund wird daher auf die berufliche Reintegration gelegt. Häufig haben jedoch gerade suchtkranke Menschen Probleme in der

Regulation ihrer eigenen Emotionen. Dies führt oft zu Störungen im Berufsleben (hoher Krankenstand/Konflikte).

Dieses Curriculum dient u.a. dazu, diesen Gegebenheiten entgegen zu wirken und kann deshalb als Teil einer beruflichen Rehabilitation gesehen werden.

Es ist nicht neu, dass in der Rehanachsorge auch die Regulation von Emotionen behandelt wird. Leider häufig ohne ein strukturiertes oder theoretisch fundiertes Konzept als Grundlage. Die Anwendung und Implementierung eines Curriculums zur Emotionsregulation wäre nicht nur eine Erweiterung in der Rehanachsorge, sondern auch eine Neuerung.

13 Verzeichnisse und Quellenangaben

13.1 Literaturverzeichnis

Bachmann, M. & El-Akhras, A. (2014). *Lust auf Abstinenz. Ein Therapiemanual bei Alkohol-, Drogen- und Medikamentenabhängigkeit*. Heidelberg: Springer.

Barnow, S. (2012). Emotionsregulation und Psychopathologie. *Psychologische Rundschau*, 63, 111-124.

Barnow, S. (2013). *Gefühle im Griff. Wozu man Emotionen braucht und wie man sie reguliert*. Heidelberg: Springer.

Beck, A. T., Wright, F. D., Newmann, C.F., Liese, B.S. (1993). *Kognitive Therapie der Sucht*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Berking, M., Wuppermann, P., Reichardt, A., Pejic, T., Dippel, A., Znoj, H. (2008). *Emotion-regulation skills as a treatment target in psychotherapy*. In *Behaviour Research and Therapy*; 46, 1230-1237.

Berking, M. (2008,2010). *Training emotionaler Kompetenzen*. Heidelberg: Springer.

Bowen, S., Chawla, N., Marlatt, A. (2012). *Achtsamkeitsbasierte Rückfallprävention bei Substanzabhängigkeit. Das MBRP - Programm*. Weinheim, Basel: Beltz-Verlag.

Butollo, W., Höfling, S. (1984). *Behandlung chronischer Ängste und Phobien. Erfahensorientiertes Lernen, systematische Konfrontation, kognitive Verhaltenstherapie*. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.

Croos-Müller, Claudia (2012). *Nur Mut! Das kleine Überlebensbuch. Soforthilfe bei Herzklopfen, Angst, Panik & Co*. München: Kösel-Verlag.

D'Amelio, R., Behrendt, B., Wobrock, T. (2007). *Psychoedukation. Schizophrenie und Sucht. Manual zur Leitung von Patienten- und Angehörigengruppen*. München: Urban & Fischer Verlag.

Engelmann, B. (2014). *Therapie - Tools. Resilienz*. Weinheim, Basel: Beltz Psychologie.

Evans, D. (2013). *Emotion. Eine sehr kurze Einführung*. Bern: Verlag Hans Huber.

Feldhege, F.-J., Krauthahn, G. (1979). *Verhaltenstrainingsprogramm zum Aufbau sozialer Kompetenz. (VTP)*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.

Fiedler, P. (1996). *Verhaltenstherapie in und mit Gruppen. Psychologische Psychotherapie in und mit Gruppen*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Flick, U., Kardoff v., E., Keupp, H., Rosenstiel v., L., Wolff, S. (Hrsg.) (1995). *Handbuch qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen*. 3. Auflage. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Nachsorge im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 31.10.2012, aufgerufen am 28.04.2016

http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/downloads/konzepte_systemfragen/konzepte/gem_rahmenkonzept_nachsorge_abhaengigkeitskranker_2012.html

Gerrig, Richard J. (2015). *Psychologie*. 20., aktualisierte Auflage. München: Pearson Studium.

Gläser, J., Laudel, G. (2010). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse*. 4. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Graubner, B. (2017). *ICD-10-GM 2017. Systematisches Verzeichnis. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision – German Modification. Version 2017 – Stand: 23. September 2016*. Köln: Deutscher Ärzteverlag GmbH.

Gregory, R.J., Chlebowsky, S., Kang, D., Remen, A.L., Soderberg, M.G., Stepkovitch, J. & Virk, S.A. (2008). Controlled trial of psychodynamic psychotherapy for co-occurring borderline personality disorder and alcohol use disorder. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45, 28-41.

Gross, J.J. (1998). *The emerging field of emotion regulation: An integrative review*. *Review of General Psychology*, 2, 271-299.

Gouzoulis-Mayfrank, E. (2010). *Komorbidität von Psychose und Sucht*. *Psychiatrie und Psychotherapie. Update*, 4 (2), 81-95

Hauke, G., Dall'Occhio, M. (2015). *Emotionale Aktivierungstherapie (EAT). Embodimenttechniken im Emotionalen Feld*. Stuttgart: Schattauer GmbH.

Hasin, D.S., Stinson, F.S., Ogburn, E. & Grant, B.F. (2007). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 64, 830-842.

Heber, E., Lehr, D., Riper, H., Berking, M. (2014). *Emotionsregulation: Überblick und kritische Reflexion des aktuellen Forschungsstandes*. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 43 (3), 147-161.

Helferich, C. (2011). *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. 4. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Hoellen, B. (1995). *Emotionen in der rational-emotiven Therapie (RET) – ihre Bedeutung und Handhabung im therapeutischen Prozeß*. In: H.-G.Petzold, (Hrsg.). *Die Wiederentdeckung des Gefühls. Emotionen in der Psychotherapie und der menschlichen Entwicklung*. Paderborn: Junfermann.

Ionescu, M. (2010). *Sucht und Gefühl. Ein anderer Zugang zur Suchtproblematik*. Hamburg: Verlag Dr. Kovač.

Kaluza, G. (2011). *Stressbewältigung. Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung*. 2., vollständig überarbeitete Auflage. Mit 60 Abbildungen und Tabellen. Berlin. Heidelberg: Springer.

Klos, H., Görgen, W. (2009). *Rückfallprophylaxe bei Drogenabhängigen. Ein Trainingsprogramm*. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.

Körkel, J. (Hrsg.). (1992). *Der Rückfall des Suchtkranken. Flucht in die Sucht?*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag.

Körkel, J., Lauer, G., Scheller, R. (Hrsg.) (1995). *Sucht und Rückfall. Brennpunkte deutscher Rückfallforschung*. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.

Körkel, J., Schindler, C. (2003). *Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen. Das strukturierte Trainingsprogramm S.T.A.R.*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Körkel, J., Wohlfahrt, R. (2006). *Rückfall - ein Vorfall, der kein Zufall ist. Leitlinien für den Lebensalltag von Alkoholgefährdeten und Alkoholabhängigen*. In: J. Körkel (Hrsg.). *Rückfall muss keine Katastrophe sein. Ein Leitfaden für Abhängige, Angehörige und Helfer*. Wuppertal: Blaukreuz - Verlag.

Kruse, G., Körkel, J., Schmalz, U. (2001). *Alkoholabhängigkeit erkennen und behandeln. Mit literarischen Beispielen*. Bonn: Psychiatrie Verlag.

Kruse, J. (2014). *Qualitative Interviewforschung. Ein integrativer Ansatz*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

Lamnek, S. (2010). *Qualitative Sozialforschung*. Lehrbuch. 5., überarbeitete Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.

Lindenmeyer, J. (2005a). *Lieber schlau als blau*. Basel: Beltz Verlag

Lindenmeyer, J. (2005b). *Alkoholabhängigkeit*. 2., überarbeitete Auflage. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH.

Lindenmeyer, J. (2011). *Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit*. In: H.-U. Wittchen, J. Hoyer (Hrsg.). *Klinische Psychologie & Psychotherapie*. 2. Auflage. (S. 759). Berlin, Heidelberg, New York: Springer

Lindenmeyer; J. (2013). *Ich bin kein Alkoholiker. Ambulante Psychotherapie bei Alkoholproblemen*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.

Lippert, A. (2010). *Therapieprogramm zur integrierten qualifizierten Akutbehandlung bei Alkohol- und Medikamentenproblemen*. TIQAAM. Ein verhaltenstherapeutisches Praxismaterial. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage, mit CD-ROM. Tübingen: dgvt- Verlag.

Marlatt, Alan G., Witkiewitz (2005). *Relapse Prevention for Alcohol and Drug Problems*. In Alan G. Marlatt, M. Donovan Dennis (editors). *Relapse Prevention. Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. Second Edition (S.15-18). New York: The Guilford Press.

- Mayring, P. (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zum qualitativen Denken*. 5. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 12., überarbeitete Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Verlag
- Menning, H. (2015). *Das psychische Immunsystem. Schutzschild der Seele*. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co: KG
- Mitmansgruber, H. (2003). *Kognition und Emotion. Die Regulation von Gefühlen im Alltag und bei psychischen Störungen*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Moggi, F. & Donati, R. (2004). *Psychische Störungen und Sucht: Doppeldiagnosen*. Göttingen:Hogrefe.
- Mohs, A. & Reschke, K. (1998). *Defizite im Gefühlsmanagement bei Süchtigen. Eine Untersuchung der selbsteingeschätzten Emotionsregulation bei Alkoholabhängigen*. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 30 (4), 433-449.
- Petermann, F., Barnow, S. (2013). *Emotionsregulation*. Editorial. *Psychologische Rundschau*, 64, 193 - 195.
- Petzold, H.-G., (1995). *Das schulenübergreifende Emotionskonzept der "Integrativen Therapie" und seine Bedeutung für die Praxis "emotionaler Differenzierungsarbeit"*. In H.-G. Petzold (Hrsg.). *Die Wiederentdeckung des Gefühls. Emotionen in der Psychotherapie und der menschlichen Entwicklung*. Paderborn: Junfermann.

Rahmenkonzept zur Reha-Nachsorge der Deutschen Rentenversicherung vom 9. Juni 2015, aufgerufen am 28.04.2016

[_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/downloads/konzepte_systemfra-
gen/konzepte/rahmenkonzept_reha_nachsorge.pdf?__blob=publicationFile&v=3](#)

Reichert, M. (2014). *Emotionale Offenheit und Emotionsregulation in der sozialtherapeutischen Arbeit mit jungen Menschen. Ein neuer Ansatz*. Coburg: ZKS-Verlag.

Rothermund, K. (2011). *Emotion*. In A. Schütz, M. Brand, H. Selg, S. Lautenbacher (Hrsg.). *Psychologie*. Eine Einführung in ihre Grundlagen und Anwendungsfelder. 4., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage (S.155 - 169). Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.

Schauer, G., (1995). *Emotionen Im neurolinguistischen Programmieren (NLP) – ihre Bedeutung und Handhabung im therapeutischen Prozeß*. In H.-G. Petzold (Hrsg.). *Die Wiederentdeckung des Gefühls. Emotionen in der Psychotherapie und der menschlichen Entwicklung*. Paderborn: Junfermann.

Schelp, T., Gravemeier, R., Maluck, D. (1997). *Rational – Emotive Therapie als Gruppentraining gegen Streß*. Seminarkonzepte und Materialien. Zweite überarbeitete und ergänzte Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.

Schmidt-Atzert, L., Peper, M., Stemmler, G. (2014). *Emotionspsychologie. Ein Lehrbuch*. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.

Schröder, H., Petry, J. (2003). Störung des Selbstregulationssystems und Emotionstraining bei stofflichen und stoffgebundenen Süchten. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*,1, 19-21.

Stadler, C., Kern, S. (2010). *Psychodrama. Eine Einführung*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Sulz, Serge K.D. (2000). *Emotion, Kognition und Verhalten - zur homöostatischen Funktion der Emotionen und zu ihrer Bedeutung bei der Symptombildung*. In: Serge K.D. Sulz, G. Lenz (Hrsg.). *Von der Kognition zur Emotion. Psychotherapie mit Gefühlen* (S. 14-80). München: CIP-Medien.

Sulz, Serge K.D. (2000). *Lernen mit Gefühlen umzugehen - Training der Emotionsregulation*. In: Serge K.D. Sulz, G. Lenz (Hrsg.). *Von der Kognition zur Emotion. Psychotherapie mit Gefühlen* (S. 14-80). München: CIP-Medien.

Traue, Harald C., Deighton, Russel M. (2000). *Emotionale Hemmung: Dysregulation von Emotionen als Risikofaktor für Gesundheit*. In: Serge K.D. Sulz, G. Lenz (Hrsg.). *Von der Kognition zur Emotion. Psychotherapie mit Gefühlen* (S.150 - 153). München: CIP-Medien.

Tretter, F. (Hrsg.). (2012). *Suchtmedizin kompakt. Suchtkrankheiten in Klinik und Praxis*. Stuttgart: Schattenhauer GmbH.

Trost, A. (2013). *Abhängigkeitserkrankungen*. In: A. Trost, W. Schwarzer (Hrsg.). *Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie für psycho-soziale und pädagogische Berufe*. 5., erweiterte und aktualisierte Ausgabe. Dortmund: Borgmann.

Wagner M., A. (1995). *Rückfall und Emotion. Zur psychischen Beanspruchung von Suchttherapeuten*. Frankfurt am Main: Peter Lang GmbH.

Zarbock, G. (2014). *Praxisbuch Verhaltenstherapie. Grundlagen und Anwendungen biografisch-systemischer Verhaltenstherapie*. Lengerich: Pabst Science Publishers.

13.2 Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
bzgl.	bezüglich
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
d.h.	das heißt
ER	Emotionsregulationsstrategien
et. al.	und weitere
etc.	et cetera
f.	folgend (bezogen auf nur eine nachfolgende Seitenzahl)
ff.	folgende (bezogen auf mehrere folgende Seitenzahlen)
ggf.	gegebenenfalls
S.	Seite
TeK	Training emotionaler Kompetenzen
usw.	und so weiter
z.B.	zum Beispiel

13.3 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Formale und strukturelle Bedingungen der Rehanachsorge	14
Tabelle 2: Emotionsregulationsstrategien und Assoziation zur Psychopathologie.....	22
Tabelle 3: Intrapersonale und interpersonale Einflussfaktoren Körkel & Schindler (2003, S.19f.).....	22
Tabelle 4: Wichtige Gefühle in zwischenmenschlichen Beziehungen. Sulz (2000, S.32.)	26
Tabelle 5: Emotionsregulationsfähigkeiten (vgl. Berking, M. et al., 2008, 1234f.).....	44
Tabelle 6: Emotionsregulationsfähigkeiten (vgl. Berking, M. et al., 2008, 1234f.).....	44
Tabelle 7: Übersicht Curriculum.....	52
Tabelle 8: Gefühle des Menschen. Sulz (2000, S. 32).	53
Tabelle 9: Übersicht über die Experten.....	85
Tabelle 10: Umsetzbarkeit des Curriculums.....	93
Tabelle 11: Nutzen des Curriculums	95
Tabelle 12: Sinnhaftigkeit des Curriculums	97

13.4 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Anzahl der Treffer in PubMed für das Suchwort: "emotion regulation" in der Kombination mit einem der Begriffe "psychopathology", "mental disorder" oder Psychological.....	20
Abbildung 2: Beurteilung von emotionalen Gesichtsausdrücken (ebd. S. 461).....	35
Abbildung 3: Ein Modell zur situativen Emotionsregulation: Sulz (2000, S.68.)	38
Abbildung 4: TEK-Modell des konstruktiven Umgangs mit negativen Emotionen (ebd. S.15).....	48
Abbildung 5: Basiskompetenzen und "TEK- Sequenz". (ebd. S. 27).	49

14 Eidesstattliche Versicherung

Erklärung

Hiermit versichere ich eidesstattlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne die Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus Veröffentlichungen entnommen sind, wurden als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Alexandra Brandt

Alsdorf, März 2017

15 Anhang I

Katholische Hochschule Nordrhein Westfalen
Abteilung Köln

"Fühlst du schon oder trinkst du wieder?"

**Entwicklung und Evaluation eines Curriculums zur Emotionsregulation für
die Rehanachsorge für Alkoholabhängige**

Anhang I

Vorgelegt von: Alexandra Brandt, Matrikel-Nr.: 510902
Studiengang: Masterstudiengang Suchthilfe (MSH14) / KatHO NRW Köln
Erstprüfer: Diplom-Pädagoge, Diplom-Theologe Wolfgang Scheiblich
Zweitprüfer: Prof. Dr. Wolfgang Schwarzer

März 2017

Inhaltsverzeichnis

Interviewdokumente	122
Informationsschreiben	122
Einverständniserklärung	123
Leitfaden.....	124
Kategorienbildung.....	126
Transkription der Interviews	129
Interview 1: Herr H.....	129
Interview 2: Frau A.....	136
Interview 3: Frau P.....	144
Interview 4: Frau S.....	152
Interview 5: Herr F.	159
Interview 6: Frau MF.....	166
Zusammenfassung Expertenantworten	174

Interviewdokumente

Informationsschreiben

Sehr geehrte/geehrter Frau/Herr,

ich freue mich, dass Sie an dem Interview zum Thema Emotionsregulation in der ambulanten medizinischen Rehabilitation nachstationär im Rahmen meiner Masterthesis teilnehmen.

Inhaltlich geht es um die Frage, ob das vorliegende Curriculum theoretisch hinreichend begründet und praxistauglich ist und daher in der ambulanten medizinischen Rehabilitation Nachstationär angewendet werden kann.

Zur Klärung dieser Fragestellung möchte ich Experteneinschätzungen darüber erhalten,

ob die inhaltlichen Anforderungen im Rahmen der ambulanten Rehabilitation umsetzbar sind,

ob das Curriculum verständlich und sachgerecht ist und

ob Ergänzungen, Änderungen oder Streichungen vorzunehmen sind, um das Curriculum zu optimieren und für die Praxis anwendbar zu machen.

Ich bedanke mich für die Teilnahme am Interview.

Danke, dass Sie sich die Zeit nehmen.

Mit freundlichen Grüßen,

Alexandra Brandt

Einverständniserklärung

Das vorliegende Curriculum zur Emotionsregulation für die ambulante medizinische Rehabilitation nachstationär wurde im Rahmen einer Master- Thesis des postgradualen Masterstudiengangs Suchthilfe an der KatHO NRW, Catholic University of Applied Sciences, Abteilung Köln, erarbeitet. Es wird mit Hilfe des leitfadenbasierten Experteninterviews evaluiert. Die Interviews werden auf Tonträger aufgezeichnet, ausgewertet und nach Beendigung der Arbeit fünf Jahre lang aufbewahrt.

Mit ihrer Unterschrift dokumentieren Sie Ihr Einverständnis, dass Ihre Äußerungen, die Sie im Rahmen des auf Tonträger aufgezeichneten Interviews mitteilen, nach Anonymisierung ausschließlich zu wissenschaftlichen Zwecken ausgewertet werden.

Ort/Datum:

.....

Unterschrift:

.....

Leitfaden

A Allgemeiner Fragenteil zu Umsetzbarkeit, Nutzen und Sinnhaftigkeit des Curriculums

1. Wie schätzen Sie aufgrund ihrer Erfahrung die Umsetzbarkeit des Curriculums ein?
2. Wie schätzen Sie den Nutzen des Curriculums für die Patienten ein?
3. Wie schätzen Sie die Sinnhaftigkeit des Curriculums für die Rehabilitationsnachsorge ein?

B Inhaltlicher Fragenteil:

- B- 1 Wie beurteilen Sie den Aufbau der einzelnen Einheiten?
Ist der Aufbau sinnvoll?
Haben Sie Veränderungsvorschläge?
- B- 2 Wie schätzen Sie die allgemeine Verständlichkeit des Konzepts hinsichtlich Sprache, Transfer, Arbeitsaufträgen und Zeitrahmen der einzelnen Einheiten ein?
Haben Sie Veränderungsvorschläge?
- B - 3 Wie beurteilen Sie die Auswahl der einzelnen Emotionsbausteine?
Ist die Auswahl sinnvoll?
Haben Sie Veränderungsvorschläge?
- B -4 Das Curriculum baut u.a. auf Inhalte des Trainings emotionaler Kompetenzen nach M. Berking auf.
Halten Sie diesen Aufbau für sinnvoll?
Haben Sie Veränderungsvorschläge?

B - 5:

Wie beurteilen Sie die erste Einheit (Wahrnehmung) des Curriculums?

Halten Sie die Methoden für sinnvoll?
Welche Veränderungen halten Sie für sinnvoll?
Wo rechnen Sie mit Problemen und Schwierigkeiten?
Wie schätzen Sie die Durchführbarkeit dieser Einheit ein?

Wie beurteilen Sie die zweite Einheit (Akzeptanz) des Curriculums?

Halten Sie die Methoden für sinnvoll?
Welche Veränderungen halten Sie für sinnvoll?
Wo rechnen Sie mit Problemen und Schwierigkeiten?
Wie schätzen Sie die Durchführbarkeit dieser Einheit ein?

Wie beurteilen Sie die dritte Einheit (Regulierung) des Curriculums?

Halten Sie die Methoden für sinnvoll?
Welche Veränderungen halten Sie für sinnvoll?

Wo rechnen Sie mit Problemen und Schwierigkeiten?
Wie schätzen Sie die Durchführbarkeit dieser Einheit ein?

- B - 6 Wie beurteilen Sie die Abschlusseinheit des Curriculums?
Halten Sie die Methoden für sinnvoll?
Welche Veränderungen halten Sie für sinnvoll?
Wo rechnen Sie mit Problemen und Schwierigkeiten?
Wie schätzen Sie die Durchführbarkeit dieser Einheit ein?
- B - 7 Schätzen Sie das Erteilen von Hausaufgaben zwischen den Einheiten als sinnvoll ein?
Haben Sie Veränderungsvorschläge?
- B - 8 In den einzelnen Einheiten wird als Entspannungsverfahren die Methode der progressiven Muskelentspannung angewendet
Halten Sie den Einsatz der Methode für sinnvoll?
Haben Sie Veränderungsvorschläge?
- B - 9 Das Entspannungsverfahren wird den Patienten nach der ersten Einheit als Audiodatei für zuhause als Trainingsmaßnahme ausgehändigt.
Halten Sie diese Vorgehensweise für sinnvoll?
Haben Sie Veränderungsvorschläge?
- B - 10 In den Einheiten wird ein Schwerpunkt auf die Erarbeitung von Lösungen in Kleingruppen bzw. in der Großgruppe gelegt. Halten Sie die Vorgehensweise für sinnvoll?
Haben Sie Veränderungsvorschläge?
- B - 11 Nach der Abschlusseinheit des Curriculums werden die Materialien und Ergebnisse aus den einzelnen Sitzungen an den Patienten ausgeteilt.
Halten Sie die Vorgehensweise für zweckmäßig?
Haben Sie Veränderungsvorschläge?

Ergänzende Fragen:

- E - 1 Denken Sie, dass es sinnvoll ist, sich in der nachstationären Phase insbesondere mit Regulation von Emotionen zu befassen?
Wie schätzen Sie die Akzeptanz (aktive Teilnahme, Interesse, Motivation) der Patienten an dem Curriculum ein?

C Abschließender Fragenteil:

- C - 1 Welche Änderungen, Ergänzungen oder Streichungen würden Sie im Curriculum vornehmen, um es zu optimieren?
- C - 2 Haben Sie noch weitere Anmerkungen oder Ideen zur inhaltlichen Ausgestaltung des Curriculums?

Kategorienbildung

A Allgemeiner Fragenteil zu Umsetzbarkeit, Nutzen und Sinnhaftigkeit des Curriculums

1. Wie schätzen Sie aufgrund ihrer Erfahrung die Umsetzbarkeit des Curriculums ein?

Fragestellung 1 (Kategorie: Umsetzbarkeit)

2. Wie schätzen Sie den Nutzen des Curriculums für die Patienten ein?

Fragestellung 2 (Kategorie Nutzen für die Patienten)

3. Wie schätzen Sie die Sinnhaftigkeit des Curriculums für die Rehabilitationsnachsorge ein?

Fragestellung 3 (Kategorie: Sinnhaftigkeit für Rehanachsorge)

B Inhaltlicher Fragenteil:

- B- 1 Wie beurteilen Sie den Aufbau der einzelnen Einheiten?
Ist der Aufbau sinnvoll?

Haben Sie Veränderungsvorschläge?

Kategorie: Aufbau der Einheiten

- B- 2 Wie schätzen Sie die allgemeine Verständlichkeit des Konzepts hinsichtlich Sprache, Transfer, Arbeitsaufträgen und Zeitrahmen der einzelnen Einheiten ein?

Haben Sie Veränderungsvorschläge?

Kategorie: Verständlichkeit und zeitlicher Rahmen

- B - 3 Wie beurteilen Sie die Auswahl der einzelnen Emotionsbausteine?
Ist die Auswahl sinnvoll?

Haben Sie Veränderungsvorschläge?

Kategorie: Auswahl Emotionsbausteine

- B -4 Das Curriculum baut u.a. auf Inhalte des Trainings emotionaler Kompetenzen nach M. Berking auf.

Halten Sie diesen Aufbau für sinnvoll?

Haben Sie Veränderungsvorschläge?

Kategorie: Aufbau nach TeK

B - 5:

Kategorie: Inhalt der Einheiten

Wie beurteilen Sie die erste Einheit (Wahrnehmung) des Curriculums?

Halten Sie die Methoden für sinnvoll?

Welche Veränderungen halten Sie für sinnvoll?

Wo rechnen Sie mit Problemen und Schwierigkeiten?

Wie schätzen Sie die Durchführbarkeit dieser Einheit ein?

Wie beurteilen Sie die zweite Einheit (Akzeptanz) des Curriculums?

Halten Sie die Methoden für sinnvoll?

Welche Veränderungen halten Sie für sinnvoll?

Wo rechnen Sie mit Problemen und Schwierigkeiten?

Wie schätzen Sie die Durchführbarkeit dieser Einheit ein?

Wie beurteilen Sie die dritte Einheit (Regulierung) des Curriculums?

Halten Sie die Methoden für sinnvoll?

Welche Veränderungen halten Sie für sinnvoll?

Wo rechnen Sie mit Problemen und Schwierigkeiten?

Wie schätzen Sie die Durchführbarkeit dieser Einheit ein?

B -6 Wie beurteilen Sie die Abschlusseinheit des Curriculums?

Halten Sie die Methoden für sinnvoll?

Welche Veränderungen halten Sie für sinnvoll?

Wo rechnen Sie mit Problemen und Schwierigkeiten?

Wie schätzen Sie die Durchführbarkeit dieser Einheit ein?

Kategorie Abschlusseinheit

B -7 Schätzen Sie das Erteilen von Hausaufgaben zwischen den Einheiten als sinnvoll ein?

Haben Sie Veränderungsvorschläge?

Kategorie Hausaufgaben

B - 8 In den einzelnen Einheiten wird als Entspannungsverfahren die Methode der progressiven Muskelentspannung angewendet.

Halten Sie den Einsatz der Methode für sinnvoll?

Haben Sie Veränderungsvorschläge?

Kategorie: PMR

B - 9 Das Entspannungsverfahren wird den Patienten nach der ersten Einheit als Audiodatei für zuhause als Trainingsmaßnahme ausgehändigt.

Halten Sie diese Vorgehensweise für sinnvoll?

Haben Sie Veränderungsvorschläge?

Kategorie: Mitgabe Materialien/Audiodatei

B - 10 In den Einheiten wird ein Schwerpunkt auf die Erarbeitung von Lösungen in Kleingruppen bzw. in der Großgruppe gelegt. Halten Sie die Vorgehensweise für sinnvoll?

Haben Sie Veränderungsvorschläge?

Kategorie: Klein- und Großgruppe

B - 11 Nach der Abschlusseinheit des Curriculums werden die Materialien und Ergebnisse aus den einzelnen Sitzungen an den Patienten ausgeteilt.

Halten Sie die Vorgehensweise für zweckmäßig?

Haben Sie Veränderungsvorschläge?

Kategorie: Mitgabe Materialien/Audiodatei

Ergänzende Fragen:

- E - 1 Denken Sie, dass es sinnvoll ist, sich in der nachstationären Phase insbesondere mit Regulation von Emotionen zu befassen?
Wie schätzen Sie die Akzeptanz (aktive Teilnahme, Interesse, Motivation) der Patienten an dem Curriculum ein?

C Abschließender Fragenteil:

- C - 1 Welche Änderungen, Ergänzungen oder Streichungen würden Sie im Curriculum vornehmen, um es zu optimieren?
C - 2 Haben Sie noch weitere Anmerkungen oder Ideen zur inhaltlichen Ausgestaltung des Curriculums?

Kategorie: Ergänzungen und Optimierungen

Transkription der Interviews

Interview 1: Herr H.

I:	Wie schätzen Sie aufgrund Ihrer Erfahrung die Umsetzbarkeit des Curriculums ein?
H (1):	Nach eingehender Durchsicht des Curriculums bin ich zu dem Ergebnis gekommen, dass es ganz gut umzusetzen ist. Es beinhaltet im Wesentlichen tatsächlich das Training emotionaler Kompetenzen, welches gerade bei den betreffenden Patienten in der Regel im Argen liegt. Das bedeutet also aus meiner Sicht heraus gerade das Training emotionaler Kompetenzen ist wesentlicher Baustein zurProphylaxe, aber auch zur Stabilisierung der Patienten und von daher glaube ich auch, dass es ganz gut auch umzusetzen ist gerade in dem Setting, wie es hier eben beschrieben ist
I:	Okay. Das wäre auch meine nächste Frage gewesen, wie sie den Nutzen des Curriculums für die Patienten einschätzen?
H (2):	Grundsätzlich sehe ich schon, wie ich gerade schon sagte, dass die meisten Patienten gar nicht mit Freude umgehen können. Sie wissen gar nicht, was Freude richtig ist. Sie spüren sie zwar, aber können sie gar nicht richtig einsetzen für sich. Genauso ist es mit Wut und Trauer. Ganz emotionale Faktoren, die da ne Rolle spielen, Wut und Trauer gehen einher, auch grundsätzlich mit Depressionen. Von daher ist es aus meiner Sicht heraus wichtig, mit Wut und Trauer, aber auch dann im Gegenpart dazu mit Freude umgehen zu können. Ich glaube, dass gerade deshalb es auch für die Patienten wichtig ist, dass sie mit diesen Modellen arbeiten und dass es auch gelehrt wird.
I:	Schätzen sie die Sinnhaftigkeit..wie schätzen sie die Sinnhaftigkeit des Curriculums für die Rehabilitationsnachssorge ein?
H (3):	Ja, wie grad schon gesagt, also Sinn macht es auf alle Fälle, dass es durchgeführt wird. Die Frage ist immer nur, die ich mir bei der Durchsicht dieses Curriculums gestellt habe. inwieweit bleiben die betreffenden Patienten tatsächlich am Ball. Dass heißt also, ist es wirklich so, dass sie regelmäßig jede Einheit, diese Maßnahmen so durchführen oder brauchen sie zwischendurch mal eine Erholung vom Training zur Festigung des Ganzen, sollte es zwischendurch nochmal so was wie eine Erprobungsphase stattfinden und dann weitergehend mit einem anderen Modell gearbeitet werden. Das war meine Überlegung dazu.
I:	Also sie würden das Curriculum dahingehend ändern, dass man individueller noch eingeht auf die Patienten und eventuell Zwischeneinheiten einbaut?
H (4):	Ich würde mehr Einheiten einbauen im Hinblick auf Reflektion und tatsächlichen Erproben des Ganzen, was gerade gelernt worden ist. Es werden Hausaufgaben dargestellt, die ich sehr sinnvoll an-

	<p>sehe. Wir haben jedoch meistens mit Personen zu tun, die allein- stehend sind und sich sehr schlecht Hausaufgaben in Anfüh- rungsstrichen dann auch stellen. Hier ist Druck der Gruppe we- sentliches Element, auch tatsächlich lernen zu wollen und auch tatsächlich umzusetzen</p>
I:	<p>Finden sie denn das Verteilen der Hausaufgaben grundsätzlich für sinnvoll oder würden sie da etwas ändern?</p>
H (5):	<p>Die Hausaufgaben als solches finde ich als sinnvoll, ich finde es richtig so, dass tatsächlich auch zuhause weiter gearbeitet wird, nicht dass die Gruppenstunde mit der Ende der Gruppenstunde auch beendet ist. Sondern Therapie ist ein Prozess, der sich die ganze Zeit vollzieht. Die eigentlichen Therapieeinheiten sind Re- flectionen und Lernphasen, aber es geht auch da drum, das Gan- ze dann auch weiter in den Alltag zu nehmen. Das ist auch Nach- sorge.</p>
I:	<p>Okay, dann würde ich ihnen gerne noch ein paar Fragen zu den einzelnen Emotionsbausteinen stellen. Einmal: Wie beurteilen sie den Aufbau der einzelnen Einheiten? Halten sie den Aufbau für sinnvoll?</p>
H (6):	<p>Beginn mit der Freude und endet dann ganz zum Schluss mit den anderen Emotionen, die negativ eher besetzt sind, finde ich den Aufbau grundsätzlich für richtig. Für mich als Ersteinsteiger in dieses Thema. Das heißt also das ich mich das erste Mal zu diesem Curriculum beschäftigt habe. Ist es so, dass ich mir schon überlegt habe, muss es immer grund- sätzlich mit Atemübungen beginnen. Muss es grundsätzlich im- mer mit ganz bestimmten Anteilen beginnen und auch enden? Ist es richtig so, die Frage habe ich mir schon gestellt, der Aufbau als solches finde ich ganz gut</p>
I:	<p>Das wäre auch noch eine Frage von mir gewesen, wie sie den Einsatz der Methode also des Entspannungsverfahrens, der pro- gressiven Muskelentspannung sehen. Ob sie die Methode als sinnvoll ansehen oder ob sie da auch Veränderungsvorschläge haben?</p>
H (7):	<p>Progressive Muskelentspannung ist ne evaluierte Methode, die schon seit langen Jahren in der Therapie eingesetzt wird. Ich denke das wurde auch hinreichend in diesem Curriculum be- schrieben. Atemübungen gehören ebenso dazu und ziehen sich heute auch gerade im Hinblick auf achtsamkeitsbasierten Thera- pien sind die wesentlich, also dass die da auch eingesetzt wer- den. Im Rahmen dessen es ist aus meiner Sicht schon wichtig, zum einen auf die Atmung zu achten, zum anderen dann eben auch auf die eigene Entspannung zu achten. Das heißt, dass das Hier und Jetzt dann auch viel mehr wahrgenommen wird und nicht man übergeht und sich noch mit dem Alltagsgeschehen be- schäftigt, was vor wenigen Stunden vielleicht noch stattgefunden hat. Die progressive Muskelentspannung hilft dazu, im Hier und</p>

	<p>Jetzt zu landen. Man bezieht sich auf den Körper, man ist hier, man ist mit der Gruppe, man beobachtet auch den anderen "wie machen die das denn" in Führungsstrichen. Aber auch, wie gehe ich denn mit mir um? Kann ich manches überhaupt anspannen, kann man es entspannen?</p> <p>Manche Muskelpartien, wie funktioniert das, so wie beschrieben, sind es die einfache Form der Muskelentspannungstrainings. Und ich denke von daher ist es eine ganz geeignete Methode im Hier und Jetzt zu arbeiten.</p>
I:	Finden sie es denn auch gut, dass bei dieser Methode durchweg geblieben wird während des ganzen Curriculums?
H (8):	<p>Das hat was mit Ritualen zu tun, aus meiner Sicht heraus. Ich sagte gerade schonmal, dass es für mich so auf der einen Seite, wo ich dachte, na ja gehts bei den Atemübungen, dass sie grundsätzlich voran gestellt werden müssen. Genauso wie anschließend dann nach einer kurzen Einführungsrunde, die progressive Muskelentspannung sollte jedesmal stattfinden. Nach längerer Überlegung bin ich zu dem Schluss gekommen, dass es Sinn macht. Weil es ein ritualisiertes Verhalten ist. Rituale sind sehr wichtig und notwendig und festigen auch manches, was gerade gelernt worden ist. Sie führen auch zurück, sie führen in die Regression. Es geht hier tatsächlich auch um Familiengeschehen, es geht hier darum, im Ritual auch viel alt Gelebtes nochmal aufleben zu lassen.</p>
I:	<p>Das ist ja mit der progressiven Muskelentspannung, also mit der Wiederholung, dass das auch immer am Anfang der Einheiten gesetzt wird, führe ich ja auch so ein bisschen darauf zurück, dass ich das Curriculum ja auf die, auf einzelne Inhalte des Trainings emotionaler Kompetenzen nach Berking aufbaue.</p> <p>Halten sie diesen Aufbau für sinnvoll oder haben sie da noch Veränderungsvorschläge?</p>
H (9):	<p>Der Aufbau als solches ist meines Erachtens so richtig und sollte so auch durchgezogen werden. Wie gesagt, ich habe ja schon beschrieben, dass so vielleicht, denke ich, so Pausen eingesetzt werden. Was ich grundsätzlich, wo ich grundsätzlich mir Gedanken drüber gemacht habe, ist, am Anfang werden die Methoden sehr detailliert und nah beschrieben. Hinterher fällt diese ganz genaue detaillierte Methodenbeschreibung immer mehr weg.</p> <p>Macht vielleicht Sinn, am Anfang einzelne Bausteine tatsächlich dann näher zu beschreiben, im Hinblick, dass gesagt wird, das es Jakobsche Entspannungstraining, das sind Atemübungen, die sehen so und so aus, die gehören zu jeder Einheit mit dazu. Und die dann nicht nochmal zu wiederholen im nächsten Part dann.</p>
I:	Also sie meinen das man das Training an sich, also dass man eine Einheit auch noch mal nutzt dafür die Patienten generell aufzuklären über die einzelnen Methoden und Einheiten?
H (10):	Genau
I:	Wie schätzen sie denn die allgemeine Verständlichkeit des Curri-

	culums hinsichtlich Sprache, Transfer, Arbeitsaufträgen und Zeitrahmen der einzelnen Einheiten ein?
H (11)	Grundsätzlich ist es für mich so gewesen, dass es beim Einlesen..ich hab es mal so genannt Einführen, dann quasi Hintergrund und Methodik, dann ganz zum Schluß die Praxis. Die Einführung ist meines Erachtens ein Stückchen verwirrend, weil sie drei Schritte beschreibt. Das TeK Modell sieben Schritte hat. Und das wird nachher dann nochmal näher erläutert, das führt bei meiner Person erstmal zu einer leichten Verwirrung. So nach dem Motto, muss ich da nochmal was nach lesen? Genauso ist es bei anderen Dingen auch. Jacobsche Muskelentspannung wird am Anfang nur als progressive Muskelentspannung beschrieben, aber nicht nach wem. Das heißt also ich würde manche Erklärung wesentlich weiter nach vorne stellen und andere nach hinten stellen.
I:	Wir sind ja jetzt gerade schon bei den einzelnen Einheiten. Also pro Gefühl gibt es ja drei Einheiten, die sich Aufteilen in Wahrnehmung, Akzeptanz und Regulierung. Wie würden sie die einzelnen Bausteine beurteilen. Also halten sie die Methoden, die ausgewählt sind, für sinnvoll?
H (12):	Grundsätzlich halte ich diese Methoden für sinnvoll. Sie machen Sinn, denn es geht hier um Kleingruppenarbeit, es geht hier auch um Rückführung wieder in der größeren Gruppe. Es geht darum die Hausaufgaben zu integrieren und diese drei Bestandteile, Kleingruppenarbeit, in der Gruppe zu arbeiten und die Hausaufgaben, die dann auch nochmal in einer, ich sag mal Einführungsrunde. Symbole, die da mit nach Haus genommen werden, können auch zuhause eine stabilisierende Wirkung auslösen. Ähnliche Methoden werden auch in der Ergotherapie benutzt oder in Beschäftigungs- Arbeitstherapien, da wird ne kleine Kiste gebastelt oder da wird irgendwas anderes gemacht, das wird mit nach Hause genommen. Das wird sich ins Regal gestellt und hat jedes mal einen neuen Erinnerungswert. Da wird ein Bild gemalt, auf Papier, das hat einen Erinnerungswert. Und dieser Erinnerungswert führt aber dazu, dass wieder zurückgeführt wird, das auch zu den Inhalten, die in der Therapie gelaufen sind.
I:	Also nochmal so als Rückbesinnung.
H (13):	Als Rückbesinnung auf, aber auch als zusätzlich auch wieder als neu als Aufgabe zu sehen. Der Patient übernimmt für sich die Therapieverantwortung, nicht der Therapeut.
I:	Und wie schätzen die die Akzeptanz also im Hinblick auf aktive Teilnahme, Interesse und Motivation der Patienten an dem Curriculum ein?
H (14):	Schwierige Frage...(lacht)
I:	Ich darf auch mal schwierige Fragen stellen (lacht)
H (15):	Die Frage habe ich mir auch gestellt, wie hoch muss der Intellekt sein, um dieses Curriculum tatsächlich durchführen zu können. Ganz spannend, das wird ja direkt am Anfang des Curriculums

	<p>auch nochmal benannt. Ich glaube schon, dass die Akzeptanz da ist, wenn die Akzeptanz erlernt ist. Sei es, es geht tatsächlich darum am Anfang einen ganz klaren Rahmen zu setzen. Und mit dem Rahmen erstmal zu arbeiten, das heißt ne Hinführung zu dessen, was da nachher kommen wird. Die meisten Patienten, die in der Nachsorge sind, kennen dies. Es gibt manchmal Krankenhauserfahrung, da sieht es etwas anders aus, aber ansonsten die meisten Patienten kennen die Arbeit in Kleingruppen, die kennen die Arbeit in Großgruppen und die kennen auch das Arbeiten an emotionalen Kompetenzen. Von daher denke ich, ist das für erstmal gar nichts Neues. Es geht nur darum, dass sie sich dann nicht ausruhen können und sagen: Das hab ich doch schon alles gemacht. Sondern, dass sie auch erlernen gerade durch diese Methode, Therapie geht auch nach der Therapie, nach der stationären Therapie weiter, ich muss ständig eigentlich an mir arbeiten. Ich muss mich reflektieren und ich muss mit mir dann ständig dann auch für mich selber dann auch Faktoren finden, die mich stabilisieren, die mich zur Reflektion anregen und solche Dinge</p>
I:	<p>Das ist, das Curriculum ist ja auch speziell für die nachstationäre Phase entwickelt worden. Was glauben Sie denn, ist es denn besonders sinnvoll oder insbesondere auch sinnvoll sich da mit der Regulation von Emotionen nochmal auseinanderzusetzen? In der nachstationären Phase</p>
H (16):	<p>Grade da. Aus meiner Sicht heraus, gerade da. Denn die Patienten werden jetzt ganz massiv von außen kommenden Emotionen und ihren eigenen Emotionen dann konfrontiert. Da findet ein Vorstellungsgespräch statt, Angst ist plötzlich im Raum. Da findet irgendwie eine Auseinandersetzung in der Familie statt, weil der ein oder andere was will. Wut und Trauer kommen hoch. Wie gehe ich damit um, wie kann ich das bearbeiten. Früher war die Regulation, wenn man die überhaupt als solches nennen kann, nämlich die Kompensation durch Alkohol. Diese Kompensation muss jetzt ersetzt werden, durch tatsächlich mit dem eigenen Ich. Dazu gehört es eben tatsächlich auch diese Kompetenzen erstmal wieder zu erfahren und dann auch zu erlernen und zu festigen. Von daher macht es gerade in der Nachsorge auch Sinn, dieses auch wirklich durchzuführen.</p>
I:	<p>Okay, danke! Dann habe ich noch zwei abschließende Fragen. Welche Änderungen, Ergänzungen oder Streichungen würden sie beim Curriculum vornehmen um es zu optimieren?</p>
H (17):	<p>Ein Bildverzeichnis würde ich vornehmen. Die Bilder sind sehr zweckmäßig, sie zeigen auch, was damit gemeint ist. Ich würde dann aber trotzdem ein Abbildungs- bzw. Bildverzeichnis einführen. Wie vorhin schonmal beschrieben, würde ich die Einführung ein bisschen geringfügig verändern und mehr auf die inhaltlichen bzw. auf die dahinterliegenden theoretischen Grundlagen nochmal kurz drauf eingehen. Das wäre für mich das Wesentlichste.</p>

	Das heißt also, die Bilder führten für mich erstmal gar nicht konkret, als ich die gesehen habe, tatsächlich zu den vorangegangenen. Sondern die waren erstmal für mich im ersten Moment wild da drin.
I:	Also sie meinen jetzt noch die Bilder, die die einzelnen Einheiten eröffnen, nicht die Bilder die von den Patienten gezeichnet wurden, sondern die abfotografierten Bilder, die in den Gruppen..ja okay
H (18):	Ja genau, die würde ich vielleicht anders setzen
I:	Haben Sie noch weitere Anmerkungen oder Ideen zur inhaltlichen Ausgestaltung? Also haben sie noch Zusätzliche Ideen?
H (19):	Ich muss mal schauen..ah die Materialien, darum gehts. Ja die Materialien würde ich auch einzeln, zum Schluss jeweils sagen, dieses Arbeitsblatt gehört tatsächlich zu dieser Einheit und die Arbeitsblätter sind zwar benannt und nummeriert, aber wenn man hinten, von hinten nach vorne blättert, ist einem noch nicht ganz klar zu welcher Einheit kommen sie konkret. Und da wäre schön. ähnlich wie in anderen Curricula auch, dass die dann dort auch nochmal, wie gesagt, diese Einheit gehört dahin und dann auch als Kopiervorlage auch vielleicht sogar benennen oder so. Dass man dann auch weiß, aha da kann ich mit arbeiten.
I:	Okay. Da fällt mir gerade ein, ich habe noch eine Frage vergessen, und das, was das in dem Curriculum war noch eine Audiodatei angehängt. Die progressive Muskelentspannung, die war ja quasi von mir gesprochen. Wie beurteilen Sie, dass das eben als Trainingsmaßnahme ausgehändigt wird für zuhause? Wie beurteilen sie diese Vorgehensweise?
H (20):	Grundsätzlich finde ich die gut. Die Stimme des Therapeuten oder der Therapeutin da auch nochmal zuhause mitzukriegen ist ein wichtiges Element auch und kann was sehr Beschützendes auch sein. Die Methode selber auch nochmal sich zuhause anzuhören, finde ich auch vernünftig und finde ich richtig, dann kann nämlich damit auch weiter gearbeitet und gelernt werden. Man kann die sich abends ohne weiteres dann nochmal anhören, man kann da tatsächlich Übungen mit nachvollziehen. Das finde ich sehr gut. Im Curriculum sind nur drei verschiedene Medien benannt. Deshalb, das war mir nicht ganz klar. Zum einen, dass gesagt wurde per CD, ganz Anfang wird aber per whatsapp oder sms oder so was ähnliches beschrieben. Da war mir hinterher nicht ganz klar, was denn jetzt.
I:	Ja da ging es um die Weitergabe der Datei.
H (21):	Ich würde grundsätzlich überlegen, ob es Sinn macht für wenig Euros, so nenn ich das jetzt mal, einen Stick auszuhändigen. Indem ne Audiodatei drauf ist und indem auch die Materialien nochmal drauf sind, mit denen die Patienten arbeiten sollen
I:	Okay
H (22):	Und dann auch schön nochmal beschrieben mit dem Namen der

	Einrichtung drauf. Kann man ja schön heute machen.
I:	Okay. Danke schön. Das waren meine Fragen

Interview 2: Frau A.

I:	Ja erstmal Frau A., vielen Dank, dass sie sich bereit erklärt haben, mein Curriculum anzuschauen. Meine erste Frage wäre, wie schätzen Sie aufgrund Ihrer Erfahrung die Umsetzbarkeit des Curriculums ein?
A (1):	Also, wir sind ja quasi schon angefangen, das Curriculum mal zu versuchen, umzusetzen, also wird sind angefangen heißt, wir haben schon die erste Einheit einmal vollzogen. Also die Umsetzbarkeit schätze ich gut ein, weil es auch sehr für denjenigen der es umsetzen soll ne gute Anleitung darstellt. Zum einen also, es ist gut aufeinander aufgebaut. Teilweise gut erklärt und wir haben auch schon so bei dem ersten Modul gemerkt dass es auch so, dass die Patienten selber sehr gut also damit was anfangen konnten
I:	Okay.
A (2):	.Auch mit diesen vier Grundemotionen und mit den sekundären Gefühlen, also da waren sie sehr zugänglich für. Das haben wir auf jeden Fall festgestellt. Was ich teilweise schwierig betrachte, ist der Zeitfaktor. Also das ist so das Eine. Ich weiß gar nicht, ob jetzt noch Fragen kommen, wo das nochmal näher gefragt wird oder ob ich das jetzt schon sagen soll?
I:	Es kommt gleich auch nochmal so ne Frage...
A (3):	So zu Schwierigkeiten, die ich möglicherweise sehen könnte..Oder die wir festgestellt haben.
I:	Ja. Ja.
A (4):	Aber grundsätzlich ist so die Idee, das sozusagen in festen Modulen zu machen, die sozusagen erstmal die Annahme, also erstmal die Auseinandersetzung, die Annahme und dann die Regulierung. Das halte ich wirklich auch für sinnvoll. Und dass es auch so Steigerung beinhaltet, sozusagen mit Auseinandersetzung.
I:	Okay. Wie schätzen sie denn den Nutzen des Curriculums für die Patienten ein? Sie haben es eben schonmal so ein bisschen erwähnt. Aber glauben sie, dass es auch einen Nutzen hat?
A (5):	Ja. Ich glaube, es ist unterschiedlich bei den Patientinnen. Also wir haben es in der Frauengruppe jetzt ausprobiert..ich glaube, es ist sehr unterschiedlich. Ich glaube manche können damit viel anfangen, manche möglicherweise nicht so viel. Das es unterschiedlich ist.

I:	Okay und wie schätzen die sie die Sinnhaftigkeit. des Curriculums für die Rehabilitationsnachsorge ein?
A (6):	Also was ja schon klar ist, es nimmt sehr viele Einheiten in Anspruch, wenn man alle Module macht. Teilweise..also ich seh die Gefahr, dass es den Rahmen, den zeitlichen Rahmen sprengt, weil wir haben jetzt auch festgestellt, manchmal kann man das Modul nicht machen, wenn aktuelle Themen vorliegen. Es ist ja auch so vorgesehen, dass, wenn aktuelle Störungen da sind, das die Vorrang haben.
I:	Genau.
A (7):	Und das kommt natürlich bei einer Gruppe die sich lange kennt , schon nicht selten vor. Ich will es mal so sagen: Nicht jedes mal, aber auch nicht selten. Sodass wir schon gemerkt haben, also die so in einem Stück durchzuführen, das ist in der Realität eher schwierig, wirklich so kontinuierlich durchzuführen, weil aktuelle Störungen halt dann auch schon da sind, die Vorrang haben und dann würde man schon mit den Einheiten wirklich so in die Bredouille kommen halt ne.
I:	Okay. Halten sie es denn für besonders zweckmäßig, dass sich in der Rehabilitationsnachsorge mit Emotionsregulation beschäftigt wird?
A (8):	Ja, das halte ich für sinnvoll. Auf jeden Fall. Weil es ja häufig wirklich auch diese negativen Gefühle oder auch positive, also Freude aufrecht zu erhalten mit..also das häufigste Argument, was ich häufig höre bei Rückfällen ist tatsächlich auch der Umgang mit unangenehmen Gefühlszuständen und die greifen die ja wirklich auch auf.
I:	Ja
A (9):	Also Angst, Wut, Ärger und Trauer sind ja sehr primäre Negativgefühle, die die meisten auch kennen und tatsächlich auch bei vielen zu Rückfällen führen
I:	Genau. Dann, wo sie jetzt gerade auch schon auf die einzelnen Gefühlsbausteine eingegangen sind, würde ich auch noch zu den einzelnen Bausteinen ein paar inhaltliche Fragen stellen. Zum Beispiel auch, wie beurteilen sie den Aufbau der einzelnen Einheiten? Halten sie den Aufbau für sinnvoll oder haben sie Veränderungsvorschläge?
A (10):	Ja, da hätte ich schon Veränderungsvorschläge. Es ist häufig so, diese Module zielen ja quasi darauf ab, dass man sich schon sehr intensiv mit diesen Gefühlen auseinandersetzt und die Module sind ja jetzt so aufgebaut, dass man erst dieses Atem..diese Atementspannungsübung macht, sozusagen die Atemübung, dann die Befindlichkeitsrunde, dann die progressive Muskelentspannung, dann die Bearbeitung des Themas, wo ja die Emotionen sehr im Vordergrund sind und die Leute auch teilweise durchaus getieft werden und dann gibt es in Anführungsstrichen nur noch die Abschlussrunde und da habe ich

	schon das Gefühl gehabt so „Uh“, da lässt man die Leute, also man bringt die in das Gefühl rein, aber da ist keine Übung am Ende, die die auch wieder stabilisiert oder rausholt.
I:	Ja.
A (11):	Und deswegen dachte ich, ich war schon irritiert, dass die, dass zum Beispiel diese progressive Muskelentspannung nicht am Ende zum Beispiel ist.
I:	Okay
A (12):	Um dann wirklich auch zu trainieren um aus diesem Gefühl wieder rauszukommen. Das würde ich jetzt für sinnvoll erachten, als tatsächlich, wenn die in dem Gefühl drinne sind, dann auch um Beispiel mit der progressiven Muskelentspannung zu versuchen, die wieder zu entspannen sozusagen.
I:	Also dann würden sie auch progressive Muskelentspannung wieder nutzen, also das an die Einheit, den einzelnen Baustein einbauen, vor der Abschlusseinheit noch so ne Entspannungsübung zu machen?
A (13):	Genau. Ja, um aus diesem Gefühl auch wieder rauszukommen. Also ich hatte teilweise das Gefühl, jetzt sind unsere großen Gruppen ja auch sehr groß, das ist auch nochmal so was, wo ich so dachte, es ist schwierig also, wenn neun Leute oder zehn Leute da drinnen sind, erzeugt das sehr so einen unglaublichen Zeitdruck, also wir haben uns ja schon versucht an die Zeit, an die Zeitvorgaben zu halten, aber es hat dann auch schon manchmal so was Abwürgendes ne. Also die sind dann gerade so im flow, erzählen oder beschäftigen sich damit und dann muss man so sehr hasten, dann halt auch das verhindert manchmal auch so ne Tiefe find ich halt.
I:	Okay. Halten sie denn grundsätzlich den Einsatz von progressiver Muskelentspannung als Entspannungsmethode für sinnvoll oder würden sie das auch verändern?
A (14):	Ja. Doch. Ne ich halte es auf jeden Fall für sinnvoll, dass alle Patienten das kennenlernen und ausprobieren, ob das für sie eine sinnvolle Strategie sein kann zur Entspannung, zur Stressregulierung zu kommen und auch aus negativen Gefühlszuständen wieder raus zu kommen. Es ist nichts für jeden das muss man auch, glaube ich einfach so akzeptieren, aber dass sie zumindest mal diese Methode kennengelernt und ausprobiert haben, ob das für sie eine Hilfestellung sein könnte, finde ich schon sehr wichtig ja.
I:	Okay
A (15):	Und es eignet sich ja auch, auch um Beispiel für Traumatisierte, also dass die, dass diese Spannung und Entspannung, das eignet sich ja auch für Personengruppen, wo möglicherweise andere Verfahren wie zum Beispiel das autogene Training nicht

	so in Betracht kommen.
I:	Okay.. die progressive Muskelentspannung wird ja auch als, wird in dem Training wird ja auch vorgeschlagen, dass das als Audidatei an die Patienten verteilt wird, damit auch zwischen den Einheiten geübt werden kann. Halten sie das für sinnvoll?
A (16):	Ja. Auf jeden Fall. Weil ja auch bekannt ist, dass Training, also dass Training notwendig ist sozusagen, um die, ja, Regulierung, damit die überhaupt funktionieren kann, muss es halt trainieren und von daher find ich es sehr gut, auch notwendig, das den Leuten auch mitzugeben. Ja.
I:	Okay. Sie haben ja eben schon erwähnt, dass sie mit der Zeit, mit dem zeitlichen Ablauf, dass sie das so ein bisschen problematisch fanden. Wie schätzen sie denn die allgemeine Verständlichkeit des Curriculums hinsichtlich Sprache, Transfer, Arbeitsaufträgen und Zeitrahmen der einzelnen Einheiten ein? Was wären da ihre konkreten Veränderungsvorschläge?
A (17):	Ja Also manchmal gibts Verständigungsschwierigkeiten, also mir ist es eigentlich jetzt nur bei dem ersten Modul zum Thema Angst und bei der ersten Einheit aufgefallen, die wir gemacht haben. Da war zum Beispiel einmal die Ansage, die sollen sich in einer Kleingruppe zusammen tun und das Gefühl malen. Und dann war schon die Frage dann der Patienten, wie soll jetzt jeder ein Bild malen oder sollen wir es jetzt in der Kleingruppe malen? Und dann wussten wir jetzt auch nicht genau, wir haben gesagt, das lassen wir jetzt erstmal offen, das können sie entscheiden. Also warum, also wenn jemand das alleine malen soll, dann fragt sich das Team, warum in der Kleingruppe und also die, da war irgendwie unklar ja..
I:	Ja
A (18):	..sollen sie jetzt ein gemeinsames Bild malen, der soll jeder sein Bild zum Thema Angst malen Das war so ein bisschen unklar
I:	Ja
A (19):	Aber das ist ja ne Lapalie. Also das müsste nochmal irgendwie klarer werden. Also weil, wenn die es alleine machen sollen, macht diese Kleingruppe nicht so viel Sinn. Das ist dann irritierend und wenn die es zusammen machen sollen, ist ne klar Ansage halt ne. Dann ist es halt nicht so individuell. Also wir hatten es dann tatsächlich, eine Gruppe hat sich dazu entschieden, dann vier kleine Bilder zu malen.
I:	Schön. Ja.
A (20):	Also jeder hat ein kleines Bild gemalt und die haben es dann zusammen hinterher auf eine große Wand geklebt und die anderen haben es direkt dann zusammen, also jeder hat was auf ei-

	nem Blatt gemalt.
I:	Das Curriculum baut ja auch auf die Inhalte des Trainings nach Mathias Berking, also des Trainings emotionaler Kompetenzen nach Berking auf Halten sie den Aufbau für sinnvoll? Haben sie Veränderungsvorschläge?
A (21):	Nö den Aufbau halte ich schon für sinnvoll. Ja auf jeden Fall. Weil das auch Sicherheit gibt ne, also es führt ja sozusagen die Patienten dahin, diese Gefühlszustände kontrollieren zu können, also regulieren zu können, kontrollieren zu können. Und das find ich auch nochmal abschließend wichtig, also, dass man sich nicht nur mit dem Gefühl auseinander setzt, sondern dass die sozusagen auch lernen, selbst Einfluss darauf zu nehmen. Es ist jetzt halt sehr auf die progressive Muskelentspannung ausgerichtet, dass es dadurch erfolgen soll. Und ich erlebe es in der Praxis manchmal, dass es wirklich nicht für alle geeignet ist, dass man manchmal auch andere Methoden wählen muss, weiter.
I:	Ja.
A (22)	Das ist vielleicht so ein Manko, das ich sehen würde, dass es nur darauf sozusagen ab.
I:	Dass es sich nur darauf fokussiert.
A (23)	Ja genau und keine anderen Methoden möglicherweise noch vermittelt.
I:	Um mal zu den einzelnen Einheiten zu gehen. Die sind ja so aufgebaut in Wahrnehmung, Akzeptanz, Regulierung.
A (24):	Ja genau.
I:	Halten sie diesen Aufbau für sinnvoll?
A (25):	Ja auf jeden Fall.
I:	Wie beurteilen sie denn die Methoden zu den einzelnen Einheiten?
A (26):	Gut. Also wie je, abgesehen davon, dass zum Beispiel manchmal so Verständnisfragen da sind wie jetzt mit dem Bild, ob man das alleine malen soll oder nicht und dieser Zeitdruck teilweise der manchmal dadurch herrscht halt ne. Und dass ich mir wünschen würde, dass am Ende eher ne Entspannungstechnik kommen würde. damit die Leute nicht wirklich im Gefühl alleine bleiben. Also ich würde die so ein bisschen umbauen, möglicherweise. Mein Wunsch aber..
I:	Das ist auf jeden Fall, find ich, nochmal ein guter wertvoller Tipp.
A (27):	Ja weil die ja wirklich dann in ihrem Gefühl drinnen sind und das wird dann ja auch immer intensiver mit dieser Steigerung und auch mit dem Regulieren und dann brauchen die glaub ich eher.. Wir machen das sowieso so in der Frauengruppe, dass wir immer versuchen, am Ende ne Abschlussübung zu machen um da

	wieder raus zu kommen. Weil teilweise ja belastende Themen da sind und das sind ja sehr belastende Themen ne, grad diese negativen Gefühlszustände, Angst, Wut, Ärger, Trauer, Freude, also um da nicht drin zu bleiben, sondern da wieder raus zu kommen dann auch. Damit die gut gehen können halt.
I:	Okay. Es gibt ja auch noch ne Abschlusseinheit in dem Curriculum. Wie halten sie die Methoden, die für die Abschlusseinheit gewählt wurden? Halten sie die auch für sinnvoll?
A (28):	Also da gehts ja nochmal da drum, so für sich zu scannen, welche Gefühle sind für mich eigentlich diejenigen die mich am meisten belasten oder betreffen, jetzt, was das Thema Sucht angeht. Ja auf jeden Fall nochmal klar es ist ne wichtige Rückfallprävention, auch sich darüber bewusst zu werden, welche Gefühlszustände sind denn für mich möglicherweise rückfallgefährdend und wie würde ich damit umgehen, doch.
I:	Okay. Wie schätzen Sie das Erteilen von Hausaufgaben zwischen den Einheiten ein? Halten Sie das für sinnvoll?
A (29):	Ja zur Überprüfung im Alltag, doch. Dass die dann sozusagen weiter dran arbeiten können, dass das Thema sie begleitet. Doch halte ich schon für sinnvoll.
I:	Okay, dann habe ich zu den einzelnen Einheiten noch eine letzte Frage. Es wird ja ein Schwerpunkt auf die Erarbeitung von Lösungen in Kleingruppen bzw. Großgruppen gelegt. Halten sie die Vorgehensweise für sinnvoll? Oder haben sie dazu auch Veränderungsvorschläge?
A (30):	Ne das halte ich sehr für sinnvoll. Also wir haben auch die Erfahrung gemacht, dass viele Patienten die Rückmeldung von Mitpatienten, manche viel besser aufnehmen können. Also wenn das von Selbstbetroffenen so ne Rückmeldung bekommt oder wenn die spüren: Ah die anderen kennen das Thema auch. Das hat was sehr Entlastendes zum Einen, was sehr Verbindendes auch. Und es fördert glaub ich auch so die Annahme, möglicherweise sich darüber Gedanken zu machen. Doch auf jeden Fall, also wir legen auch sehr viel Wert darauf, dass die untereinander viel kommunizieren und leiten die eher dazu an, untereinander zu kommunizieren und sich auszutauschen. Da legen wir schon sehr viel Wert drauf.
I:	Am Abschluss, also an der Abschlusseinheit des Curriculums wird ja am Ende dann den Patienten die Materialien zur Verfügung gestellt, die genutzt wurden und die Ergebnisse. Halten sie das für zweckmäßig oder würden sie das verändern?
A (31):	Ne, find ich auch gut.

	<p>Krieg ich auch mit, dass es viele Patienten auch machen, die aus Rehaeinrichtungen kommen, dass die immer nochmal, wenn es ihnen schlecht geht oder Zweifel kommen, immer nochmal die Rehaunterlagen auch durchgucken, was sie da erarbeitet haben und dass es auch nochmal so was Inhalt gibt. Auf jeden Fall.</p> <p>Dann werden sie auch wieder so daran erinnert, weswegen sie dann da waren und wie es ihnen ging oder das ist halt schon was, was nochmal so was darüber hinaus Tragendes, auf jeden Fall.</p>
I:	<p>Jetzt haben sie ja die eine Einheit auch schon ausprobiert in ihrer Gruppe. Wie schätzen sie denn die Akzeptanz, also die aktive Teilnahme, die Interesse und Motivation der Patienten an diesem Curriculum ein?</p>
A (32):	<p>Ja. Gut, also weil das ja wirklich die Themen sind, die die Frauen, jetzt in dem Fall die Frauen auch beschäftigt haben. Wie das jetzt im illegalen Bereich wär, da hätte ich eher meine Zweifel, ob sich das so umsetzen ließe. Im legalen Bereich, bei den Frauen, das halt ich jetzt da für geeignet. Aber wie gesagt: man sollte auch zwischendurch, braucht man auf jeden Fall auch mehr Zeit, um auch diese Individualität noch, die muss sein. Also die Frauen brauchen auch diesen Austausch, den intensiven Austausch untereinander, was grad in ihrem Leben passiert. Und das ist dann manchmal in so einer ganz gekürzten Befindlichkeitsrunde, bei 10 Frauen oder 9 Frauen gar nicht möglich. Und da, also in einer viertel Stunde, das geht gar nicht und das hat aber auch dieses Verbindende, also diese so, diese Gruppenzusammengehörigkeit zu fördern, dafür ist es auch notwendig, den Raum zu lassen, sich auszutauschen.</p>
I:	<p>Halten sie es denn trotzdem generell für sinnvoll, dass es so eine Art Leitfaden, Struktur gibt in der Nachsorge? Also einer, wie eben dieses Curriculum woran man sich halten kann oder ist ihnen eher die Individualität wichtig, dass es da.</p>
A (33):	<p>Ja..ich glaub ich würd das; ich würd das schätzen, dass es so ein Curriculum gibt, was ich dann, auf was ich bei Bedarf zurückgreifen kann, weil dieses Thema auftaucht.</p> <p>Also, wenn zum Beispiel dieses Thema Trauer im Vordergrund steht, dass ich weiß: Aha, da haben wir das Curriculum, da können wir jetzt diese Einheiten zu machen. Dann ist das auch so, hat das was Rundes. Weil es gibt immer wieder Themen, die alle Frauen plötzlich verbinden, das sind nicht immer diese vier Themen, manchmal sind es auch andere Themen, aber, also ich würd das jetzt, mein Gefühl wäre, ich würd mich jetzt nicht gerne für die Anzahl an Einheiten nur darauf fixieren lassen wollen. Also, das glaub ich, da würd man den Frauen oder den Patienten nicht gerecht werden und ich selbst hätte auch dann kein gutes Gefühl.</p> <p>Aber das sozusagen zu nutzen, wenn das Thema dann da ist</p>

	<p>und sich raus kristallisiert, dann darauf zurückgreifen zu können, das find ich sehr sinnvoll.</p> <p>Uns das müsste jetzt für mich auch nicht sein, alle vier Gefühle hintereinander zu machen, das müsste jetzt gar nicht sein.</p>
I:	<p>Okay. Ja.</p> <p>Okay dann hätte ich noch zwei abschließende Fragen.</p> <p>Welche Änderungen, Ergänzungen oder auch Streichungen würden sie im Curriculum vornehmen um es zu optimieren?</p>
A (34):	<p>Also diese Umstellung wäre mir wichtig, das was ich schon gesagt habe. Dass wirklich so am Ende, entweder vor der Abschlussrunde, also wirklich so nochmal zu gucken, da kann man auch nochmal überprüfen in der Abschlussrunde, ist das jetzt für jeden wirklich, das ist okay , wenn er jetzt geht. Da fände ich eigentlich eine Übung sinnvoller. Also die Leute aus dem Gefühl raus zu bekommen</p>
I:	<p>Okay. Haben Sie noch irgendwie weitere Anmerkungen oder Ideen zur inhaltlichen Ausgestaltung des Curriculums?</p>
A (35):	<p>Eigentlich nicht, ich gucke nochmal so spontan, ob ich mir aufgeschrieben habe.</p> <p>(Blättert in einem Block)</p> <p>Ne eigentlich nicht, ich fand das schon gut, auch aufeinander aufgebaut die Übungen.</p>
I:	<p>Okay</p>
A (36)	<p>Und auch dieses bildliche Darstellen, auch mit dieser Linie zum Beispiel arbeiten, dass die Leute sich dann da hinstellen und ihre Sachen hinlegen. Also dieser, dieser Austausch in der Großgruppe dann auch nochmal , fand ich schon sehr wichtig.</p> <p>Ja, das ist ja schon so, ein Wechsel zwischen Kleingruppe, Großgruppe und Einzelarbeit.</p>
I:	<p>Okay, dann vielen Dank. Das sind meine Fragen gewesen.</p>
A (37):	<p>Ja. Gerne.</p>
I:	<p>Dankeschön.</p>

Interview 3: Frau P.

I:	Also, Frau P. Erst mal vielen Dank, dass Sie sich für das Interview bereit erklärt haben und würde ich Ihnen gerne auch direkt die erste Frage stellen und das wäre, wie schätzen Sie aufgrund Ihrer Erfahrung die Umsetzbarkeit des Curriculums ein?
P (1):	In der ambulanten speziell für die ambulante Nachsorge?
I:	Genau.
P (2):	Also ich hatte so, als Sie mir von dem Curriculum erzählt haben, habe ich so gedacht, oh, das, weil die Zeit ja auch sehr begrenzt ist und nach, wenn man sich nur eine Woche sieht, auch der Bedarf der, des einzelnen Klienten immer sehr hoch ist, auch so persönliche Dinge zu erzählen, war ich, bevor ich das Curriculum kannte, sehr kritisch. Das heißt, dass ich gedacht hab, o, ob das denn umsetzbar ist, so ein modularisiertes Programm umzusetzen. Was mir aber sehr gut gefallen hat und das haben Sie ja auch direkt in der Einleitung geschrieben, dass man halt sehr auf die Heterogenität achten muss und dass auch, was die Erwartungen angeht, da jetzt nicht, ja dass man da auch einfach sich so dem Niveau auch der Gruppe anpassen muss und daher denke ich, das Curriculum, so wie Sie es entwickelt haben, hat mich so positiv überrascht, dass ich gedacht hab, doch, das ist, das ist umsetzbar, auch insofern, weil, weil ja auch eine gewisse Regelmäßigkeit da ist und zwar jedes Mal was Neues dazu kommt, aber auch immer ein gewohnter Teil wiederholt wird und das hat mir sehr gut gefallen und dadurch denke ich auch, dass es auch umsetzbar ist, also dass es vielleicht am Anfang für die Einführung ein bisschen mehr Zeit gebraucht wird, aber dass es dann umzusetzen ist auf jeden Fall, ja.
I:	Glauben Sie denn, dass es zweckmäßig ist oder sinnvoll ist, ein modulisiertes Programm in der Reha Nachsorge zu haben, damit zu arbeiten?
P (3):	Auf jeden Fall und ich denke gerade, was das Thema Umgang mit Gefühlen angeht, dass es sehr sehr wichtig ist, weil das tatsächlich auch ein Thema ist, das hatten Sie ja auch benannt, dass da auch einfach ne unglaublich hohe Rückfallgefährdung auch von ausgeht und dass es aber gleichzeitig auch ein Thema ist, was von den Rehabilitanden, Klienten, Patienten auch vermieden wird und daher denke ich schon, dass es gut, dass es auf jeden Fall gut ist ja.
I:	Das wäre auch eine meiner Fragen gewesen, wie sie, wie sinnvoll Sie es einschätzen, dass besonders in der nachstationären Phase, also insbesondere auch nochmal mit der Regulation von Emotionen sich befasst wird. Finden Sie, dass das besonders sinnvoll ist, dass das besonders wichtig ist?
P (4):	Auf jeden Fall. Also ich arbeite ja im Moment in der stationären

	Reha und da befassen wir uns auch ganz intensiv mit Emotionsregulation und gerade dann in der Umsetzung im Alltag finde ich das total sinnvoll, dass es auch noch mal ja konzeptionell, also dass es auf jeden Fall noch mal kontrolliert aufgegriffen wird und an dem Thema drangeblieben wird. Das auf jeden Fall.
I:	Wie schätzen Sie denn den Nutzen des Curriculums für die Patienten ein?
P(5):	Ich finde, es gibt verschiedene Ebenen irgendwie, die, die dem Patienten nutzen kann, also durch die, also was ich wirklich, was mir sehr gut gefallen hat, war, dass es immer wieder so ne Wiederholung gab und dass es nicht nur so ein psychoedukativen Art, also dass es nicht diesen psychoedukativen Anteil nur gibt, sondern tatsächlich auch durch die Atemübung und durch die konsequente Durchführung der Muskelrelaxation auch immer wieder ein Üben die ganze Zeit dabei ist und das glaube ich, dass das total gut ist, dass die Patienten da auch angeleitet werden und auch direkt, direkt damit, ich glaub, dass der Nutzen sehr groß ist und was mir auch gut gefallen hat, war, dass der Wahrnehmung und der Akzeptanz genau so viel Raum gelassen wird wie den Strategien. Weil häufig sind, also die Patienten sind ja auch ganz häufig dabei, auch in Gruppen, wenn man es nicht so anleitet, erzählt irgendwie ein Patient irgendwie ein unangenehmes irgendwas unangenehmes und zack, preschen die ersten mit den Lösungen rein und das finde ich, wenn das auch noch mal so von der therapeutischen Haltung auch noch mal so rüber gebracht wird und jetzt gehen wir erst mal in die Wahrnehmung und jetzt akzeptieren wir es erst mal, ich glaube, dass das mit so einer Haltung sehr viel positiver Nutzen auf jeden Fall für die Patienten da ist. Ja.
I:	Sie haben jetzt eben das Entspannungsverfahren, also die progressive Muskelentspannung, erwähnt. Wie finden Sie denn generell, dass dieses Entspannungsverfahren gewählt wird für die einzelnen Einheiten. Halten Sie die Methode, also den Einsatz dieser Methode für sinnvoll oder haben Sie Veränderungsvorschläge?
P (6):	Ich finde es gut, dass es auch, also das es auch die Atemübungen gibt und die Muskelentspannung. Was ich an der Muskelentspannung sehr schön finde, ist, dass es halt wirklich so im Alltag praktikabel ist. Tatsächlich, aber das hatten Sie ja auch schon erwähnt, wirklich was, was in den stationären Rehaeinrichtungen oder auch schon in den Entgiftungen einfach son Standardverfahren, was, was den meisten, was den meisten bekannt ist. Meine Erfahrung im stationären Rahmen mit der progressiven Muskelentspannung ist, dass es total unterschiedlich angenommen, dass es schon sehr unterschiedlich angenommen wird und bei einigen ist es wirksam und dann gibt es aber auch ein Anteil von Patienten, die nicht so drauf anspre-

	<p>chen, wobei ich natürlich jetzt mein Schwerpunkt der Arbeit ist die Arbeit mit Drogenabhängigen im Moment, ich weiß jetzt nicht, wie es in der Alkoholtherapie auch angenommen... angenommen wird. Also das so als Entspannungsverfahren erlebe ich das so, dass so ganz viel, dass die Patienten es ganz schön finden, auch Bodyscanübungen und tatsächlich auch so Übungen, also so viel mit Visualisieren und so, dass das halt auch noch mal, dass denen das auch noch mal gefällt.</p>
I:	<p>Halten Sie es denn für sinnvoll, dass bei dem einen Entspannungsverfahren geblieben wird, über die Einheiten hinweg?</p>
P (7):	<p>Auf jeden Fall. Auf jeden Fall, das gefällt mir total gut und alles andere würde auch totalen Stress auslösen. Weil ich hatte das, ich hatte mal jetzt in der stationären Reha eine, also ich hab die Entspannungsgruppe auch ne Zeitlang gemacht und ich hatte eine Gruppe, da hab ich immer wieder was Neues angeboten beim ersten Rundgang und dann beim zweiten Rundgang immer dieselbe Methode und die Rückmeldung von den Rehabilitanden war, dass sie das viel, viel, viel besser fanden, bei einer Methode zu bleiben und die auch zu lernen und dass es dann auch vielmehr, dass dann auch viel automatischer das auch in den Alltag eingesetzt wurde. Ja, also das auf jeden Fall.</p>
I:	<p>In dem Curriculum wird die, wird ja auch vorgeschlagen, dass das Entspannungsverfahren vom Therapeuten eingesprochen wird auf Audiodatei und dann den Patienten mitgegeben wird und zum Training zwischen den Einheiten. Halten Sie das für sinnvoll oder hätten Sie da Veränderungsvorschläge?</p>
P (8):	<p>Ich find das total gut, wenn den, ich bin da tatsächlich drüber gestolpert und hab so gedacht, würde ich das haben wollen und ich würde es nicht haben wollen, dass mit meiner Stimme gearbeitet wird, weil mir wäre das als Therapeutin viel zu nah. Also ich möchte nicht so nah in die Entspannung eingear...also so wär...ich find das schon gut irgendwie mit mit Audiodateien als Anleitung zu arbeiten und auch zu sagen, o.k., aber ich finde, es ist total schwierig, weil ich es auch erlebt habe, dass die, dass Rehabilitanden sich jetzt bei uns, so eine Stimme ganz besonders zugänglich fanden und dann da schon auch aufgrunddessen, weil die sich so an die Stimme gewöhnt haben, ne, dann gut in die Entspannung schon reingekommen sind, das find ich en Vorteil, wenn es in der Gruppe dieselbe Stimme ist wie zuhause, aber ich würde nicht gerne zuhause bei den Patienten im Bett, auf dem Sofa oder so mitliegen bei der Entspannung, das hat aber tatsächlich, vielleicht hat es aber auch damit zu tun, dass ich halt wie gesagt, mit drogenabhängigen Patienten arbeite, die und in der Klinik fast ausschließlich mit Männern und wo als Frau auch einfach immer mal wieder auch, wo man sich auch so ein Stück weit vor sexuellen Übergriffen auch sehr schützen muss und deswegen würde ich das nicht haben wollen.</p>

I:	Also als Methode, als Einsatz, dass es eben geübt werden kann, finden sie es gut, aber mit Ihrer eigenen Stimme angesprochen, dass würden Sie eher nicht empfehlen.
P (9):	Ja, nicht empfehlen also ich würde es nicht für mich haben wollen. Also ich weiß nicht, es kommt ja auch so, hat ja auch jeder noch mal so ne eigene therapeutische Haltung, wieviel, wie nah er gerne ran möchte oder wie sehr er gerne auch weg bleiben möchte.
I:	Okay. Wie beurteilen Sie denn den Aufbau der einzelnen Einheiten? Ist der Aufbau sinnvoll oder haben Sie Veränderungsvorschläge?
P (10):	Ich hab so, ich find so die, ich find es super, dass wirklich konsequent, dass jede Einheit konsequent ähnlich aufge... also das gefällt mir total gut. Was ich so, wo ich so drüber gestolpert bin und so gedacht hab, bo hoppela mit Angst einzusteigen, also ich hätte jetzt eher jetzt bei den Klienten, mit denen ich arbeite, würde ich jetzt erst mal mit Wut einsteigen, weil das irgendwie so das Thema ist, was so bei uns vorrangig ist, wobei in der Alkoholbehandlung ist ja auch ganz oft, dass diese Emotion Wut irgendwie eher so vermieden, dass das eher so was Vermeidungsemotion ist und es da vielleicht den Rehabilitanden leichter fällt, mit der Angst einzusteigen, das weiß ich nicht, also dafür a das ja hat Wort Angst so ne angstbesetzte Emotion halt, ja.
I:	Okay. Also Sie würden eventuell den Aufbau der Gefühle, also die Gefühle eventuell dann austauschen, im Aufbau?
P (11):	Wenn ich es jetzt bei, also nehmen wir jetzt, o.k. wenn ich jetzt so für meinen Bereich irgendwie so adaptieren würde, dann würde ich mir halt überlegen, ob ich, ob ich die einzelnen Module tausche.
I:	Wie beurteilen Sie denn den Einsatz der Methoden in den einzelnen Einheiten. Halten Sie die Methoden für sinnvoll, wo rechnen Sie mit Problemen und Schwierigkeiten?
P (12):	Find die Methoden, ich find es gut, dass es die Wiederholungen gibt und auch im Wechsel so zwischen Kleingruppen, Großgruppen und Einzelarbeit, das, das hat mir gut gefallen. Auch dass es immer auch so ein Visualisieren des Erarbeiteten gibt und quasi auch so ne Mappe erstellt wird, so, dass das Ganze auch noch mal so in die Hand genommen werden kann und tatsächlich auch, dass es, ich finde es angemessen, für eine heterogene, für eine heterogene Nachsorgegruppe auf jeden Fall. Was ich je nachdem jetzt bei einzelnen Gruppen anpassen würde, je nachdem, wie offen oder wie geschlossen die auch gerade sind, wie auch das Vertrauen in der Gruppe ist oder je nachdem, wie auch das Niveau der einzelnen Patienten ist, würde ich vielleicht so ein bisschen dann noch irgendwas reingeben wollen, was jetzt so vom sprachlich kognitiven, wo es so grad bei der Wahrnehmung auch nochmal andere Kanäle, irgendwie der Wahrnehmung des Fühlens, des Spürens angesprochen

	werden. So. Aber das ist, so wie das, ich find das, so wie das ist, ist total gut und angemessen auch, also, weil man, ich find auch, Sie haben ja tatsächlich nicht viel Zeit in Ihren Einheiten und irgendwie muss es ja auch geschlossen sein auch immer so, ja.
I:	Okay. Das Curriculum baut ja auf die Inhalte des Trainings emotionaler Kompetenzen nach Matthias Berking auf. Halten Sie diesen Aufbau für sinnvoll oder haben Sie da Veränderungsvorschläge?
P (13):	Sie meinen jetzt mit dem erst mal wahrnehmen, akzeptieren und dann Strategien.
I:	Genau, so einzelne Bausteine sind ja aus dem Training herausgenommen.
P(14):	Ja, das, das gefällt mir total gut. Das hatte ich ja auch jetzt eingangs schon mal gesagt irgendwie, dass genau erstmal genau hingeguckt wird, was ist denn da, was ist denn das gerade fürn Gefühl, welche Facetten hat, hat dieses Gefühl überhaupt. Das hat mir total gut gefallen. Auf jeden Fall, ja.
I:	Okay. Und wie schätzen Sie die allgemeine Verständlichkeit des Curriculums hinsichtlich Sprache, Transfer, Arbeitsaufträgen und Zeitrahmen der einzelnen Einheiten ein?
P (15):	Ich find es total klar und zugänglich und Sie haben ja auch immer wieder betont, dass auch auf in die, also ich glaube schon, dass, so wie Sie es auch beschrieben haben, das glaub ich schon, dass wichtig ist, dass man natürlich immer auf Aktuelles reagiert und sich dafür auch den Raum auch nimmt. Ich glaube schon, dass es vom, dass es für den Therapeuten eine Herausforderung irgendwie sein kann, weil man ja schon, also ich hatte schon das Gefühl, dass ich ordentlich die Zügel in der Hand haben muss und auch sehr, also auf die Zeit achten muss, weil es gibt ja, es gibt ja Menschen, die unglaublich viel und gerne reden in Gruppen und dann gibt's Menschen, denen es irgendwie schwerer fällt und die so ein bisschen länger auch brauchen, um anzulaufen und ich glaub schon, dass sehr viel Moderation des Therapeuten notwendig ist, dass alle angemessen dann auch zu Wort kommen, zum Beispiel in den Reflexionsrunden.
I:	Also Sie glauben, dass es mit den zeitlichen Vorgaben zu den einzelnen Methoden in den Einheiten so etwas problematisch werden könnte.
P(16):	Nee, ich mein das gar nicht irgendwie so als Problem, sondern nur so, dass ich ja als Therapeut, also dass ich es könnte zu einer Herausforderung werden irgendwie, weil gerade bei dem Thema Gefühl, je nachdem was für ein Gefühl es ist, macht es ja auch total Sinn oder mir auch Freude, irgendwie dann noch mal so ein bisschen auszuharren, zu warten, was so im zweiten und dritten Anlauf auch kommt. Nicht so das erste, was einschießt oder das erste, was gesagt wird, sondern da auch nochmal, auch nochmal zwei oder dreimal nochmal nachzufra-

	gen und also zu gucken, ob, hier sind wir jetzt wirklich an dem Gefühl angelangt. Und das könnte ich mir für mich schwierig vorstellen, weil ich so wüsste, o.k. jetzt hab ich irgendwie so die Uhr im Nacken, die gehen gleich nach Hause und sind nicht in einer stationären Einrichtung, wo ich dann irgendwie immer sagen, zum Pflorgeteam sagen kann, pass mal auf, der hatte heut eine anstrengende Einheit, guck doch gleich noch mal bei dem, da ist so einiges hochgesprudelt. Ja, aber ich seh es nicht als Problem. Ne, ja.
I:	Also, Sie glauben, dass es gerade bei der Thematik angemessener wäre, dass man da auch mehr Zeit zur Entfaltung hätte in den Einheiten?
P (17):	Nicht, nicht regelhaft, also ne, doch, also ich, das ist, also dass, ich finde die Zeiten angemessen. Aber ich glaube, dass es wichtig ist, im Hinterkopf immer zu haben, ej, es kann tatsächlich sein, dass ich davon abweichen muss. Es kann sein irgendwie, dass ich an der Stelle irgendwie mein Programm jetzt doch nicht so durchziehen kann, weil wir mit einem Patienten jetzt wirklich an dem totalen Kern, an dem totalen Kernthema sind oder bei mehreren oder so, also nicht, ich würde es nicht regelhaft verlängern wollen, weil es kann ja auch oder sagen, dass es zu kurz ist, weil es ja auch, dann wird's ja auch schnell überfordernd wie bei so einem Thema, also das reicht schon aus für den Zeitraum, aber mit der Option, vertiefen zu können, bei Bedarf.
I:	Okay. Es gibt ja auch noch eine Abschlussarbeit bei dem Curriculum. Da werden auch die Materialien und Ergebnisse der einzelnen Sitzungen an den Patienten ausgeteilt. Da sagten Sie eben schon, dass Sie das als sinnvoll erachten. Wie beurteilen Sie denn die Abschlusseinheit des Curriculums? Haben Sie da Veränderungsvorschläge?
P(18):	Was mir, vielleicht erinnere ich es auch nicht. Also so, es gefällt mir total gut und auch wirklich sozusagen, so und jetzt machen wir nochmal, also in, nochmal alles komplett und nochmal, so jeder guckt auch wirklich nochmal bei sich, was für ihn am wichtigsten war, das finde ich total gut. Ich...was vielleicht noch ne Idee wäre, aber das ist auch sowas irgendwie, wo jeder Therapeut noch mal so ne eigene Haltung hat, das Ganze irgendwie nochmal mit einem Symbol zu verbinden. Oder mit einem Mutwachsatz oder irgendwie so, dass man irgendwie nochmal so, was kann ich da, ich hab mir jetzt so ganz viel erarbeitet und was kann ich mir auf der emotionalen Ebene dann wirklich auch noch so irgendwie, dass sich jeder nochmal so ein Symbol dafür sucht und für was das jetzt steht, was er so verarbeitet hat, was er so bei sich tragen kann. Und ja jetzt nicht die ganze Zeit ihre Mappe mitnehmen können, aber was war das, ich erinnere mich nicht, das war aber nicht vorgesehen, oder?
I:	Dass ein Ritual am Ende eingebaut wird? Ne, das war nicht vor-

	gesehen. Okay. also das wär so ein Anreiz von Ihnen, dass man das noch einbauen könnte.
P (19):	Ja, ich finde aber auch halt, es kommt son bisschen auf die Gruppe an, das ist natürlich auch, wenn man da jetzt so ne Gruppe voller kognitiv rationalisierender Männer vor sich hat, das ist tatsächlich noch mal was anderes als jetzt im Frauenbereich, wo auch wirklich Emotionen schon viel zugänglicher sind und auch von den Patientinnen viel mehr Offenheit da ist und ich weiß nicht, ob nicht der ein oder andere dem das dann zuviel wäre. Vielleicht so dann als, gar nicht so als Vorgabe, dass das fest sein muss, sondern für den, der möchte, so als was freiwilliges... irgendwie, was ich, dann noch überlegt werden könnte.
I:	Okay. Es werden ja auch zwischen den Einheiten, also nach der ersten Einheit, Hausaufgaben verteilt nach den Einheiten. Wie halten Sie dieses Vorgehen, halten Sie das für sinnvoll, dass man das auch in der nachstationären Phase, also im ambulanten Setting ja dann eben Hausaufgaben verteilt zwischen den Einheiten?
P (20):	Finde ich total gut, weil, weil es ist nun mal das halbe Jahr oder das Jahr noch mal ne sehr wichtige Zeit und ich könnte mir halt vorstellen, dass so im Alltag auch ganz viel Therapie dann auch verloren geht und ich find das total gut, wenn dann auch so zwischen den wöchentlichen Terminen noch mal an dem Thema gearbeitet wird, auf jeden Fall, ja. Absolut sinnvoll, ja.
I:	Wie schätzen Sie die Akzeptanz, also die aktive Teilnahme, das Interesse und die Motivation der Patienten an dem Curriculum ein?
P (21):	Find ich...Kommt ja auch en bisschen drauf an, wie, was man gerade für Patienten in der Gruppe hat. Ich könnte mir vorstellen, dass – nur eine Phantasie – dass es anfänglich ein bisschen Zweifel gibt oder vielleicht aus so ein bisschen Widerstand, weil es ja wirklich so ein totales Kernthema ist, was auch ja viel mit Rückfall und Rückfallgefahren auch konfrontiert und deswegen auch eher so ein bisschen vermieden, vermieden wird. Allerdings könnte ich mir vorstellen, dass während, während das läuft oder auch im Nachhinein, dass das eine total wichtige Resource ist und auch die Qualität der Nachsorge auch noch mal um einiges aufwertet, auf jeden Fall.
I:	Okay. Danke. Dann hab ich noch eine abschließende Frage und zwar, welche Änderungen, Ergänzungen oder Streichungen würden Sie vornehmen, um das Curriculum zu optimieren oder haben Sie noch Anmerkungen oder Ideen zur inhaltlichen Ausgestaltung?
P (22)	Was ich noch, was ich noch für ne Frage, was mir noch nicht so klar war. Sie hatten am Anfang gesagt irgendwie, dass das immer so, also bei der Wahrnehmung, dass so Karten verteilt werden, da stehen dann die Worte, mit was für Facetten jedes einzelne Untergefühle oder was sekundär Gefühle und das steht da

	mit Worten?
I:	Genau.
P (23)	Okay. Das, da...jetzt bin ich selber Verhaltenstherapeutin, aber was mir so ein bisschen, ich find es, ich find es wirklich total gut und hab auch schon irgendwie so die ein oder andere Idee, wann und wie ich das tatsächlich auch einsetzen kann, aber mir fehlt halt so ein bisschen die Arbeit auch so mehr mit Symbolen und mit Bildern. Also das ist, das zum Bei...., also dass es vielleicht, weil es tatsächlich Menschen gibt, denen es vielleicht eher helfen wird, dann en Bild auszuwählen statt ein Wort, weil hier ist es so, wenn ich mir ein Wort nehme, ist es ja schon viel viel näher als wenn ich irgendwie bei Wut, was weiß ich, irgendwie das so als Symbol irgendwie ausdrücken kann, aber sonst, das ist so Kür, was ich da noch zu ergänzen hätte.
I:	Okay. Dann vielen Dank.
P (24):	Gerne.

Interview 4: Frau S.

Die Expertin legt bereits vor Aufnahme des Gesprächs mehrere Aufzeichnungen von Patienten zum Thema Angst auf den Boden.

S (1)	<p>Ja also xx ist mein Name und ich find das, erstmal war ich begeistert, das so zu sehen, dass so ein Konzept überhaupt für die Nachsorge zur Emotionsregulation entwickelt wurde und vielleicht auch weiter fortentwickelt wird noch, weil ich finde das einen der, einen der größten Themenbereiche, die auch ganz unbedingt bearbeitet werden müssen, auch sehr gründlich bearbeitet werden müssen.</p> <p>Wir hatten ja auch vor, das durchzuführen, vielleicht auch schon bis zu unserem Interview, das hat leider noch nicht geklappt, bis auf eine Sitzung, weil wir eine sehr große Gruppe zur Zeit haben, aber war ja schonmal ein Anfang.</p>
I:	Auf jeden Fall. Das ist wunderbar. Ja.
S (2)	Ja also ich find das auch gut, das nochmal im Austausch mit anderen Kollegen weiter zu entwickeln. Das finde ich für meine Konzepte auch immer gut, weil so entwickeln sich ja wirklich die guten Konzepte für die Praxis.
I:	Ja.
S (3)	<p>Ne, dass man was vorstellt, dass man sagt, ach da hätte ich vielleicht noch die Änderung oder da noch das und das find ich toll.</p> <p>Also diese erste Sitzung, die wir gemacht haben, war sehr intensiv. Die war ja zum Thema Angst, wir haben ja eine Frauengruppe, die überwiegend regulär da sind, zum Teil aber auch nachstationär, die haben zu ungefähr 90 Prozent komplexe Traumatisierungen erfahren, das heißt, mit dem Thema Angst einzusteigen, ist sozusagen in medias res. (lacht) Also die sind da mitten drin in ihrer Thematik. Es was aber ein sehr offener und intensiver Austausch über das Thema und einige haben erstmalig da ausgesprochen, dass das eigentlich die Emotion ist, die sie schon ihr Leben lang begleitet und mit der sie unglaublich zu kämpfen haben, die immer wieder zu Rückfällen führt. Also wir haben da Leute, Frauen mit posttraumatischen Belastungsstörungen, Panikstörungen, Anpassungsstörungen und so.</p>
I:	Das...eine meiner Fragen wäre auch gewesen, wie sie den Aufbau der Einheiten finden. Ob sie den für sinnvoll erachten? Also den Aufbau nach den einzelnen Gefühlen, dass man eben jetzt mit Angst beginnt.
S (5):	Ja: Genau. Ja. Das wäre so ne Anregung..ich mein die waren

	jetzt auch schon sehr vertraut, aber dass man vielleicht nicht mit Angst beginnt, sondern eher mit Ärger, Wut.
I:	Okay. Ja.
S (6)	Ne, so, weil das ist auch ein Thema, wo viele dran zu knacken haben und was nicht so angstbesetzt ist, sich damit auseinander zu setzen. Dann vielleicht als nächstes Trauer, als drittes Angst und dann die Freude, damit man zum Schluss, dann auch noch so was Erfreuliches hat. Wobei die Freude auch als großer Risikofaktor immer wieder genannt wird, das wird ja hier in der Arbeit auch erwähnt, dass das auch eine Gefahr ist
I:	Ja.
S (7)	Ja.
I:	Wie beurteilen sie die einzelnen Methoden in den Einheiten: Halten sie die für sinnvoll oder würden sie die auch verändern?
S (8)	Ich fand die sehr gut. Ich würde eventuell die Reihenfolge verändern. Das heißt, ich nimm jetzt mal das Beispiel Angst, da saßen die Frauen ja anschließend mit einer unglaublichen Angst auch, Beklemmung. Von daher wäre es eigentlich gut, so was wie die progressive Muskelentspannung oder ne andere Form der Angstbewältigungsübung an den Schluss zu stellen, damit die nicht in dieser enormen Angst auch gehen müssen. Also in der Frauengruppe ist es so sehr, also so stark auch, dass Frauen schon vor längerer Zeit darum gebeten haben, immer eine Abschlussübung zu machen, damit sie nicht zu viele belastende Emotionen mit nach Hause nehmen. Also viele neigen auch dazu sich zu sehr mit den Themen der anderen zu beschäftigen, also haben dann so was in Richtung pathogener Konfluenz und nehmen das dann mit nach Hause und von daher haben wir das so standardmäßig eingeführt, dass wir am Ende immer so ne kleine Körper-, Bewegungs- oder so Übung machen, wo sie das dann so ein bisschen loslassen können.
I:	Das heißt, sie würden den Ablauf der einzelnen Einheiten dann ein bisschen umstellen?
S (9)	Genau. Vielleicht die Befindlichkeitsrunde zum Anfang sogar auch schon bezogen auf die jeweilige Emotion, so wie das in der Woche war. Vielleicht, ob da schonmal so einer was sagen kann, zum Beispiel wo sie mal wütend war oder ängstlich oder so. Dann den Einstieg in das Thema mit der, das fanden wir auch ne sehr gute Idee, wie das da gemacht worden ist. Und dann am Schluss eben diese Abschlussübung und dann auch erst die Abschlussrunde: Wie gehe ich heute hier raus? Damit man auch wirklich als Therapeut nochmal ein Gefühl dafür hat, ja, wie gehen die jetzt auch raus ne.
I:	Okay. Würden sie denn die progressive Muskelentspannung, halten sie das generell für ein Verfahren, was sie als sinnvoll

	erachten im Curriculum oder würde sie da ein anderes Entspannungsverfahren empfehlen?
S (10)	Also das find ich sehr sinnvoll, würde aber vielleicht noch so zwei drei andere einfügen, um noch so, damit die auch so ne Auswahl haben, weil nicht jede damit was anfangen kann.
I:	Okay.
S (11)	Aber als Standardübung find ich die schon richtig gut.
I:	Wie schätzen sie denn aufgrund ihrer Erfahrung die Umsetzbarkeit des Curriculums ein?
S (12):	Ja, das war ja jetzt bei uns ein bisschen schwierig, weil die Gruppe sehr groß war. Wir hatten aber auch ein bisschen rein und raus, da musste mal wieder jemand begrüßt werden mit Vorstellungsrunde, jemand verabschiedet, mit ausführlichem Abschied und so. Dann gabs mal einen Rückfall, so dass wir dann jetzt letztendlich nur die erste Sitzung gemacht haben, aber wir hatten auch schon Gruppen, die so im Schnitt nur so acht, neun Teilnehmerinnen hatten, dann könnte ich mir das auch gut so am Stück vorstellen. Wenn man jetzt solange dazwischen Pause hat, muss man natürlich gucken, was macht das mit denen, wenn man zum Beispiel dann nur die erste Einheit gemacht hat und die zweite dann noch einiges dauert. Nun hab ich den Vorteil, ich seh die ja dann auch im Einzelsetting, die meisten, und kann das dann auch nochmal aufgreifen.
I:	Okay.
S (13):	So aber grundsätzlich find ich das auch gut, die drei Sachen relativ zeitnah zu machen, damit sie dann auch wirklich Regulierungsmöglichkeiten an die Hand bekommen.
I:	Und wie schätzen sie den Nutzen des Curriculums für die Patienten ein?
S (14):	Sehr hoch. Fördert die Offenheit, den offenen Austausch mit Emotionen, die Auseinandersetzung wirklich auch damit, was kann ich akzeptieren, was kann ich nicht akzeptieren, wobei das natürlich bei Angst auch ein bisschen kritisch ist, ne weil Panikstörungen, posttraumatische Belastungsstörungen, sach, kann man natürlich nur schwer sagen ich akzeptier, dass ich ständig Panikattacken hab zum Beispiel. Trotzdem muss ich es ja ein Stück weit akzeptieren, um auch Lösungen zu finden, das ist so ne Gratwanderung, wo man dann sehr gut gucken muss, wie man dann im Verlauf damit umgeht.
I:	Jetzt hatten sie ja eingangs auch gesagt, dass sie grade auch Emotionsregulation wichtiges Thema finden. Wie sinnvoll finden sie es, gerade in der Nachsorge auch mit Emotionsregulation zu arbeiten? Halten sie es für sinnvoll, sinnhaftig das Curriculum?
S (15):	Ja. Also für notwendig sogar. Ich glaube ohne das kann gar keine Nachsorge richtig gut passieren. Also die Emotionregulation

	ist ja so der Hauptrisikofaktor für Rückfälle und die kommen dann ja nach der Klinik auch wieder zurück, wo sie dann so schön unter der Glasglocke waren, wie sie auch selber gerne sagen und kommen rück, zurück in unbefriedigende Lebensumstände, wo sie dann mit Einsamkeit, Trauer, Ärger auf Verwandte und all so was konfrontiert sind und wo es ganz, ganz wichtig ist, sich immer wieder ganz ausführlich damit auseinander zu setzen und Bewältigungsstrategien aufzubauen.
I:	Im Curriculum wird auch sehr viel mit Kleingruppen und Großgruppen im Wechsel gearbeitet, halten sie diese Vorgehensweise für sinnvoll? Oder hätten sie da...
S (16):	..find ich sinnvoll. Ja find ich sehr gut, weil das fördert ja auch den Austausch miteinander. Ein bisschen Irritation war in unserer Gruppe zum Beispiel bei dieser Kleingruppe zu Viert zum Thema Angst, ob dann jede ein einzelnes Bild machen soll oder alle eins gemeinsam. <i>(Die Expertin zeigt auf die Bilder die auf den Boden liegen)</i> Die einen haben es so gelöst, die anderen so. Letztendlich hat schon jede ihr eigenes gemalt und dann gesagt, so, das ist so mein Beitrag dazu und fanden es dann trotzdem gut, das auch so als Gruppenbild zu sehen, mit all den Unterschiedlichkeiten. Eine hat auch mal hier zum Beispiel gesagt, da möchte ich nichts zu sagen und trotzdem hat sie es gemalt. So. Und dann aber auch wieder in der Großgruppe sich mit allen darüber auszutauschen. Das fand ich sehr gut.
I:	Das heißt die Patientin hatte dann einfach ne andere Ausdrucksmöglichkeit als verbal gefunden.
S (17)	Genau. Genau.
I:	Wie schätzen sie denn die allgemeine Verständlichkeit des Curriculums hinsichtlich Sprache, Transfer, Arbeitsaufträgen und Zeitrahmen der einzelnen Einheiten ein?
S (18):	Ich musste manchmal zweimal ein bisschen so was nachlesen, weil dann ja auch nicht mehr alles, weil da kommt ja dann nur noch so ne Zusammenfassung quasi ne. Aber das geht. Ja.
I:	Okay. Gut. Das Curriculum baut ja auch unter anderem auf Inhalte des Trainings nach Mathias Berking, nach dem Training emotionaler Kompetenzen auf. Halten sie diesen Aufbau für sinnvoll oder haben sie da Veränderungsvorschläge?
S (19).	Das ist schon sinnvoll. Find ich gut. Ja.
I:	Und außerdem wird in dem Curriculum, werden z.B. auch Hausaufgaben verteilt zwischen den Sitzungen. Halten sie das für zweckmäßig? Für sinnvoll?
S (20):	Das ist sinnvoll, die Frage ist dann nur immer, ob alle es ma-

	<p>chen und es dann mitbringen. Das muss man dann verfolgen, dass konnten wir jetzt noch nicht so verfolgen. Also ich hab dann grundsätzlich so alles schon erlebt, welche, die sagen, ich hab es vergessen, welche, die es dabei haben. Eine, die nicht konnte und sogar ins Einzel mitbrachte und sagte: Hier ist es, soll ich doch schonmal abliefern, wollen wir drüber reden und so. Da muss man dann gucken, aber das ist ja auch ein Training, dass sie das üben sich damit auseinanderzusetzen.</p>
I:	<p>Genauso wird in dem Curriculum bei der Muskelentspannung wird ja empfohlen oder beziehungsweise im Curriculum vorgeschlagen, das als Audiodatei aufzunehmen und dann auch zum Training den Patienten zur Verfügung zu stellen und mit zu geben. Halten sie das auch für sinnvoll?</p>
S (21):	<p>Find ich auch sinnvoll. Weil die ja oft Dinge in den Kliniken kennenlernen, die sie dann defacto doch nicht fortsetzen. Dann muss man vielleicht nochmal ein bisschen dran arbeiten, sind da eher Menschentypen, die das dann auch wirklich zuhause machen und üben, die gibt es. Oder sind es eher Menschentypen, die man mal ermutigen muss, in so einen Kursus zu gehen oder so.</p>
I:	<p>Jetzt hatten sie ja, jetzt haben sie ja idealerweise auch schon eine Einheit ausprobiert. Eine Frage , einer meiner Fragen ist nämlich auch, wie schätzen sie die Akzeptanz, also die aktive Teilnahme, Interesse oder auch Motivation der Patienten an dem Curriculum ein?</p>
S (22):	<p>Also das war sehr hoch. Wir haben sonst sehr ausführliche Befindlichkeitsrunden und hatten aber vorher angesprochen, dass wir es jetzt beschränken und so. Sie waren alle sehr interessiert und haben auch hinterher gesagt sie hätten sich bemüht, sich kurz zufassen, weil sie sich auch damit auseinandersetzen wollten und es war direkt so ne sehr hohe Intensität auch da und Offenheit.</p>
I:	<p>Okay. Haben sie denn generell noch Veränderungsvorschläge zu dem Curriculum oder Ideen und Anmerkungen?</p>
S (23):	<p>Ja nur das, was ich schon sagte mit dieser kleineren Umstellung, dass vielleicht dann die Entspannungsübung oder was auch immer. Ich hab da auch nochmal so was zu Angst hingelegt, da gibt es ja auch so kleine Übungen. <i>(Die Expertin steht auf und holt Kopien vom Schreibtisch, zu Übungen zu der Emotion Angst)</i> Oder zu Wut, dass man vielleicht so eine Atem Schritte Übung macht, wo man so runter fährt, also, dass man so drei, vier verschiedene vorstellt und dann auch nochmal aufgreift, welches ist denn so meins, weil jede ja auch unterschiedliche haben. Vielleicht sogar auch noch ergänzt durch: Oder gibt es noch etwas, was ich im Alltag habe? Es gibt ganz viele Menschen, die eine Runde spazieren gehen mit dem Hund oder ohne oder so.</p>

	Also dass man so eine Sache hat, also in der Traumatherapie nennt man das Save Activity, wo die so wissen, wenn ich das mach, dann kann ich eine Emotion gut regulieren.
I:	Okay. Dann gibt es ja auch noch eine Abschlusseinheit in dem Curriculum. Wie, also was halten sie von dieser Abschlusseinheit, finden sie die sinnvoll oder würden sie die anders gestalten?
S (24):	Ja ich hab mich so gefragt, ich hab sie ja noch nicht gemacht, wie das wohl so ist, wenn jetzt grade da ein Mensch ist, wo z.B. Trauer ein übergreifendes Thema ist und dann steht das da als Emotion Nummer eins. Ich weiß es nicht , ob das nicht auch eine hohe Belastung ist, wenn man das so als Nummer eins benennt, sondern, ob man es ein bisschen anders formuliert , vielleicht in Zusammenhang mit der Abhängigkeitserkrankung, welches ist die Emotion, wo ich so meinen höchsten Risikofaktor für Rückfälle sehe oder aus dem Freudebereich, was ist die Emotion, die ich aufbauen möchte. So in der Richtung.
I:	Also dass man es ein bisschen positiver formulieren könnte.
S (25):	Nicht so Nummer eins.
I:	Okay.
S (26):	Und dann fiel mir noch ein bei Angst, ob man nicht vielleicht sogar auch noch ein, bevor man da an dieser Linie, diese das akzeptiere ich, das akzeptiere ich nicht. Ob man das nicht möglicherweise kombiniert mit unterschiedlichen Angstformen. Also ich arbeite immer viel hier mit so einem Gefühlskreis. <i>(Die Expertin steht auf und holt ein Papier mit einem Gefühlskreis von ihrem Schrank und zeigt es der Interviewerin)</i> Und da könnte man letztendlich die unterschiedlichen Intensitäten z.B. von Angst, weil ne Panik zu akzeptieren ist natürlich viel schwieriger als Unsicherheit oder so und dann könnte man auch nochmal unterschiedlich gucken, ja wie gehe ich jetzt damit um, was heißt Akzeptanz ne und so.
I:	Also heißt das möglicherweise, bevor man zur Einheit Akzeptanz kommt, vielleicht auch das Gefühl Angst nochmal ein bisschen aufsplittet, also was gibt es alles?
S (27):	Ja so hierarchisieren..ich mein mit den Sekundärgefühlen, das ist ja schon sehr intensiv, das fanden die auch alle sehr gut. Aber vielleicht sogar im Sinne einer Hierarchisierung, damit man auch ein Stück weit akzeptiert. Wir haben ja nun viele mit traumatischen Belastungen, ja wie schwer das dann auch wirklich ist, damit umzugehen. Also die Akzeptanz auch von unserer Seite.
I.	Ja. Gut. Meine abschließende Frage wäre dann noch ob sie. Sie haben ja grade schon gesagt, was sie vielleicht umstellen würden, gibts noch irgendeine Idee von Ihnen zur Weiterentwicklung des Curriculums?
S (28).	Ich find das ne tolle Sache. Also kann man einfach weiter drüber

	reden, vielleicht auch mal im ARS Team oder in der Supervision, dass man so sagt, man greift das so auf und entwickelt das immer so weiter.
I:	Okay.
S (29).	Find ich eine tolle Sache.
I:	Gut. Dann danke schön. Haben sie meine Fragen so weit beantwortet.

Interview 5: Herr F.

I:	Okay Herr xx, danke, dass sie sich für das Interview bereit erklärt haben. Ich steig einfach mal mit der ersten Frage ein, wenn das in Ordnung ist...
F (1):	Ja. Genau.
I:	..und die wäre, wie schätzen Sie aufgrund Ihrer Erfahrung die Umsetzbarkeit des Curriculums ein?
F (2):	Ich denke, dass das Curriculum schon sehr gut umsetzbar ist, also ich fand die Übungen waren zu verstehen leicht und ich denke auch, dass sie für, ja Klienten eigentlich schnell nachzuvollziehen sind. Und..
I:	Okay, das wäre auch noch ne Frage gewesen, wie sie den Nutzen des Curriculums für die Patienten einschätzen?
F (3):	Ich denke, dass sie auf jeden Fall sehr profitieren würden. Es gab so einzelne Übungen, wo ich denke, da müsste man nochmal oder würd ich sie nochmal spezieller oder spezifischer machen. Aber grundsätzlich, es geht ja um das Wahrnehmen und das Akzeptieren und das fand ich, wurde gut aufgegriffen im Curriculum, ja.
I:	Wie fanden sie denn generell den Aufbau der einzelnen Emotionsbausteine in dem Curriculum. Also haben sie den Aufbau für sinnvoll, halten sie den für sinnvoll oder haben sie Veränderungsvorschläge?
F (4):	Muss ich nochmal ganz kurz drüber schauen. Nein, der Aufbau war sehr gut, ich fand besonders auch immer gut, mit der Atemübung auch anzufangen, mit der progressiven Muskelentspannung. Ich hatte nur, was ich mich gefragt habe, was ist, wenn in der Befindlichkeitsrunde Themen auftauchen, wie man das dann gut nochmal einbringen kann oder wie man, ja, wenn ein Rückfallthema zum Beispiel da wäre, wie man dann die Zeit nutzt. Aber von, von der Struktur war es sehr gut, denk ich. Also ich fand auch gut, dass man so Einheiten hatte und dass es durchgehend laufen kann. Weil in der Nachsorge ist ja immer, dass Klienten kommen und gehen und das fand ich, konnte dadurch sehr gut aufgegriffen werden. Jetzt überleg ich grade, was mir vielleicht gefehlt hat war in den Einheiten die Psychoedukation. Dass man nochmal erklärt, warum man was wieso macht.
I:	Also sie meinen, dass in den einzelnen Einheiten, dass auch nochmal erklärt wird oder dass generell vielleicht eine Einheit hinzugefügt wird, wo nochmal aufgeklärt wird über Emotionsregulation?
F (5):	Genau. Beides eigentlich, also ich denke, dass die Psychoedukation grundsätzlich wichtig gewesen wäre, also so dass man

	<p>einfach nochmal nachvollziehen kann, wofür, was sind Emotionen? Was ist Emotionsregulierung und wieso ist das insgesamt auch wichtig, dass das nochmal näher erklärt wird. Es gibt ja in der Emotionsforschung ganz unterschiedliche Richtungen auch, wenn man eher verhaltenstherapeutisch, ja, gibt es ja andere Vorstellungen wie man damit arbeitet, als wenn man jetzt gestalttherapeutisch arbeitet oder integrativ und das ist dann natürlich nie..ich glaub, es war eher ein verhaltensstrukturiertes Programm, ja da hätte ich nochmal, vielleicht das nochmal näher erklärt auch. Als Psychoedukation.</p>
I:	<p>Wie fanden sie denn die Auswahl der Methoden in den einzelnen Bausteinen? Sie hatten ja eben schon gesagt, es ist ja aufgeteilt nach Wahrnehmung, Akzeptanz, Regulierung und hatten sie schonmal angedeutet, da hätten sie eventuell was verändert. Fanden sie die Methoden für sinnvoll oder würden sie auch was verändern?</p>
F (6):	<p>Jetzt so als, beim Beispiel Thema Angst, ich überleg grade. Bei diesem Protokollbogen wäre mir immer wichtig, nochmal zu wie, also das ein bisschen zu intensivieren in der Frage, welche Funktion hatte das Bedürfnis. die Emotion in den Situationen, also dass sich die Klienten darüber Gedanken machen und für welches Bedürfnis steht das. Ne, also dass es eigentlich darum geht, dass Emotionen natürlich auch nen positiven Anteil hat und das es ja auch erstmal was auch aussagt und dass man da nochmal genauer hinschaut. Also diesen Teil, glaub ich, hätt ich, ja nochmal eher forciert und fand die Übungen waren grundsätzlich, fand ich auch, manche kannte ich gar nicht, fand ich sehr gut auch. Nur dass sie dann nochmal in der Aufarbeitung, vielleicht nochmal mit dem Schwerpunkt, welche Funktion und welches, welche Bedürfnisse stehen dahinter, wann wird eine Emotion auch maladaptiv und wann ist sie adaptiv so, dass man da nochmal genauer hinschaut, damit es vielleicht für die Klienten hilfreicher ist am Ende.</p>
I:	<p>Okay. Jetzt haben sie ja den Protokollbogen angesprochen, das ist ja ein Teil der Hausaufgaben, die verteilt werden..</p>
F (7):	<p>Genau.</p>
I:	<p>..wie finden sie denn an sich die, den Einsatz der, von Hausaufgaben zwischen den Einheiten. Halten sie das für sinnvoll, Hausaufgaben mitzugeben oder würden sie da was verändern?</p>
F (8):	<p>Ne, ich glaube Hausaufgaben sind sehr wichtig. Es ist ja und das war ja auch drin beschrieben, was ich auch nur bestätigen kann ist, dass man einfach in der Nachsorge natürlich nur einen Impuls setzen kann in der Gruppe und dass das Training zuhause stattfindet und dann ist natürlich wichtig, wenn man was an der Hand hat und ich hab auch selber die Erfahrung gemacht, wenn man mit so Protokollbögen z.B. arbeitet, dass viele</p>

	damit was auch machen können. Und dass dann die Wahrnehmung einfach nochmal auch in den Alltag übertragen wird, also darum gehts ja auch in der Nachsorge, dass man nochmal guckt, was ist, wie funktioniert es im Alltag und deswegen ist grade die Hausaufgabe was sehr Zentrales. Also wo man auch lernt.
I:	Und es wird ja auch vorgeschlagen, dass das, die progressive Muskelentspannung als Audiodatei, aufgesprochen mit der Stimme der, des Therapeuten auch mitgegeben wird zum Trainieren. Halten sie das für sinnvoll? Oder würden sie das verändern?
F (9):	Ne das fand ich auch sehr gut. Also ich denke das ist auch sinnvoll, weil dann ist ne Nähe da, man gewöhnt sich auch an den Therapeuten. Also ich find das, das fand ich sehr gut. Hatte überlegt, ob man dann sogar eher noch, auch noch andere Übungen mitgibt, wie zum Beispiel zum Thema Achtsamkeit, dass man nochmal bei sich da nochmal schaut. Oder nochmal so ´ne Körperübung so zum Thema, ja, so ein Bodyscan. Das müsste man dann überlegen, macht das Sinn, so was alleine zuhause zu machen. Aber fand grundsätzlich das Medium auch super, das zu nutzen. Ja.
I:	Ja. Und den Einsatz von progressiver Muskelentspannung der wird ja durchweg im Curriculum angewendet. Halten sie das für sinnvoll? Oder würden sie das verändern?
F (10):	Ne, das ist ja wichtig, das ist ja ne kleine Übung, das ist ja auch nicht aufwendig, also ich finde..und es, es ist halt ein sehr effektives Verfahren, was lange ja genutzt wird oder wo man auch gute Forschungsergebnisse hat und das muss man einfach immer trainieren. Und wenn man es schon nicht zuhause schafft, ist es gut wenn man es wenigstens dann einmal in der Woche in einer Gruppe dann vollzieht.
I:	In dem Curriculum wird ja auch viel Wert auf Kleingruppenarbeit und dann auch Arbeit in der Großgruppe gelegt. Wie halten sie diesen, also diese Anwendung in Gruppen. Halten sie das für sinnvoll oder würden sie da etwas verändern?
F (11):	Nein. Also von Großgruppe auf Kleingruppe, ne ich denke, das ist gut, dass es wechselt. Es ist natürlich so die Frage als Therapeut, kriegt man das immer alles mit, ne sind die Themen deutlich. Das hat, kommt drauf an, wie stabil auch die Gruppe vielleicht auch ist mit deren Inhalten. Wenn da jemand ist, der jetzt schwierige Themen laufen hat, kann Es natürlich in Kleingruppenarbeiten vielleicht verloren gehen. Wenn man es nicht mitbekommt. Aber trotzdem find ich sind die alle erfahren aus der Klinik, deswegen könnt ich mich, nö, würd ich so lassen.
I:	Okay. Danke. Außerdem ist ja ein, wird ja, werden ja einzelne Inhalte aus dem Training emotionaler Kompetenzen nach Mathias Berking benutzt.

	Was halten sie davon, also finden sie das sinnvoll oder hätten sie da Veränderungsvorschläge?
F (12):	Nein. Ich glaube, ich überleg grade, mir fiel es manchmal schwer, es genau raus zu differenzieren, was vom Training emotionaler Kompetenzen war. Die Struktur ist ja ähnlich glaub ich ´ne, also mit der progressiven Muskelentspannung. Ich glaube es geht eher dann nochmal dann darum, vielleicht nochmal den Fokus mehr auf die Sucht zu beziehen, also dass man nochmal eher schaut, was bedeutet das für mich als Suchtkranker, dass man da nochmal, das glaub ich, hätte ich nochmal ein bisschen stärker hervorgehoben.
I:	Also war ihnen das zu sehr fokussiert auf Emotionsregulation?
F (13):	Genau. Mir fehlte eher, nicht zu sehr fixiert darauf, mir fehlte eher der Anteil, teilweise nochmal suchtspezifisch nachzufragen. Also wie steht das Suchtmittel in diesem Zusammenhang mit dieser Emotion bei dem jeweiligen. Ne also das ne..
I:	Okay.
F (14):	..die, die Erkenntnis für einen selber nochmal klar wird, okay, wenn ich traurig bin, dann nutz ich meistens das, ja das Konsummittel oder wie ist es wenn ich Freude habe, ist das dann wichtig für mich oder nicht, ein Suchtmittel zu haben.
I:	Denken sie denn, dass es sinnvoll ist sich in der nachstationären Phase insbesondere mit der Regulation von Emotionen auseinanderzusetzen?
F (15):	Ja. Ich glaube, dass es sogar ein Schwerpunktthema ist. Also meine Erfahrung ist oft, dass besonders die Emotionsregulation sehr schwierig ist im Alltag umzusetzen. Viele haben Angst vor Überflutungssituationen, sehr viel Stress, kommt einem entgegen, wenn man gerade aus einem geschützten Rahmen kommt. Und das ist und da fehlen auch die Bewältigungskompetenzen oder sie haben die in der Klinik erlernt und die dann im Alltag umzusetzen, ist einfach für viele sehr schwierig und ich glaube da, dass man dann mit seinen Emotionen gut umgehen muss oder das sinnvoll oder ´ne wichtige Rückfallprophylaxe ist. Wenn ich weiß, okay, ich kann auch Angst haben und es ist auch nicht schlimm, jetzt mal Angst zu haben, also diese Bewusstheit dafür zu haben, dann lassen sich manche Sachen einfach besser bewältigen und, ja deswegen ist es schon sehr wichtig.
I:	Halten sie es denn auch für wichtig, dass in der Nachsorge es einen strukturierten Aufbau gibt. Z.B. nach so einem Curriculum zur Emotionsregulation zu arbeiten.
F (16):	Da bin geteilter Meinung (lacht). Also es gibt, ich bin ja aus der integrativen Therapie und da arbeitet man eigentlich eher nicht strukturiert, also in so einer strukturierten Form, sondern man arbeitet mit den Phänomenen, die kommen und kommt dann von dem Phänomenen zu den Entwürfen oder über die Strukturen zu den Entwürfen. Also das heißt, jemand kommt an und

	<p>man sieht, kommt automatisch zu dem Thema die zentral für diese Person ist. Das ist natürlich, wenn man so ein strukturiertes Programm hat, geht man das anders vor. Aber ich denke in der Nachsorgegruppe, grade wenn man so thematisch arbeiten möchte, es ist das auch manchmal, find ´ichs auch manchmal sinnvoll.</p> <p>Es sind ja auch Einheiten da, es sind ja nicht, normalerweise werden zwanzig Einheiten bewilligt, sag ich mal, und das ist ja glaub ich, auf dreizehn im Moment ausgelegt. Das heißt es, man kann noch so arbeiten. Ich glaub, ich würde nicht die ganze Nachsorgegruppe dann so gestalten, aber so als Bausteine find ich das sehr gut.</p>
I:	Also es ist wichtig, auch noch Spielraum zu haben.
F (17):	Genau. Sozusagen.
I:	<p>Wie schätzen sie denn die allgemeine Verständlichkeit des Curriculums hinsichtlich Sprache, Transfer, Arbeitsaufträgen und Zeitrahmen der einzelnen Einheiten ein?</p> <p>Haben sie da Veränderungsvorschläge?</p>
F (18):	<p>Ja, mir fehlte zu Anfang nochmal so auch diese Psychoedukation, also diesen allgemeinen Bereich: Wie verstehe ich Emotionen, in diesem Konzept auch. Also was, es war ja orientiert an Sulz, an den vier Basisemotionen, da gibt's ja unterschiedliche, das war mir gar nicht bekannt, also ich kenn das von Ekman oder von anderen, von Sulz kannt ich jetzt nicht, da hätte ich nochmal ne Erklärung benötigt, glaub ich, um es nachzuvollziehen, obwohl, wenn man es so, ich konnte es mir glaub ich ein bisschen selber erklären, aber da hätte ich nochmal ein bisschen was gebraucht, so.</p> <p>Weil ich es aber schon interessant fand, also mit Befriedigung versus Verlust oder so, das war mir gar nicht so bekannt, da hätte ich nochmal mehr, glaube ich, Informationen glaub ich gebraucht. Und vielleicht nochmal so grundsätzliche, manche arbeiten mit primären, sekundären Emotionen, manche gehen in so ein Thema gar nicht drauf ein und ob das jetzt wichtig ist hierfür oder als so, dass man so Themen, die, glaub ich, nochmal hätte, nochmal rein gebracht.</p> <p>Ich guck grade nochmal. Und Wahrnehmung von, ne das war schon alles..dieser, ich guck grad, genau und für mich als IT´ler, sag ich mal, ist natürlich immer nochmal die Körperebene nochmal wichtig ne. Wie kann man, ist das sinnvoll, die einzubringen oder nicht.. Also ich find das, es ist ein guter Zugang und ich glaube das hätte ich auch nochmal mehr forciert.</p> <p>Verständlich fand ich es insgesamt schon sehr. Mir fehlt vielleicht nur ne kurze Zusammenfassung nach der Beschreibung der Progressiven Muskelentspannung, der, also das Training emotionaler Kompetenzen, was für dieses Curriculum wichtig ist. Also es wurde ja allgemein beschrieben, ich glaub, bei der progressiven Muskelrelaxanz wurde es sogar gemacht, warum</p>

	es wichtig ist. Es fehlte mir bei TeK so ne. Was da genau rausgenommen wurde.
I:	Okay.
F (19):	Aber so war es sehr..aufgeschrieben..und ich glaub, hätte nochmal zu jeder Einheit Angst, Wut, Trauer, Freude nochmal so einen kurzen Input, was vielleicht für den Therapeuten wichtig ist, über diese Emotion selber auch zu wissen. Also vielleicht, es gibt so typische Körpersymptome, also so ein, Erregungszustände, die man auch messen kann und dann sieht man, dass z.B. Bewegung bei Trauer oder bei Depressiven, Emotionen, also eher unterreguliert sind und so was ´ne. Also das sind so, das da so ein paar kleine Fakten wäre, was kann man am Körper sehen, welche Empfindungen oder so, vielleicht so ne kleine „Überblick für Therapeuten“. Das ´hätt ich ganz gut gefunden.
I:	Das sind ja jetzt auch erste Hinweise noch, das Curriculum zu optimieren, das wär auch nochmal so ne abschließende Frage von mir gewesen. Vorher aber noch: Wie schätzen sie die Akzeptanz, also die aktive Teilnahme, die, das Interesse und die Motivation der Patienten an dem Curriculum ein?
F (20):	Ich denke dass das für die Klienten, dass die sich gut drauf einlassen können. Sie sind nicht so komplex oder so, dass man, viele haben ja eher Angst vor Rollenspielen, sag ich mal, also da kann man sich gut, glaub ich, einfach drauf einlassen. Und es war auch Bewegung auch ein bisschen drin, das ist ja auch immer ganz gut, also mit dieser Einskalierungs..von der Legung, welche Gefühle kann ich akzeptieren, welche nicht, also das sind so Übungen, die einfach auch, glaub ich, Klienten gut annehmen können, weil das, was gemacht werden kann. Also wo der Körper auch in Bewegung kommt.
I:	Meine abschließende Frage wär auch gewesen, ob sie eben noch Änderungen, Ergänzungen oder Streichungen an dem Curriculum vornehmen würden, um es zu optimieren. Oder ob sie noch zusätzliche Ideen haben. Ich hatte jetzt verstanden, dass sie so den Theorieteil, also für den Therapeuten, die Beschreibung z.B. des TeK noch etwas detaillierter haben wollten und..
F (21):	Ne nicht detaillierter, sondern eher den Fokus darauf, was nutzen sie für dieses Programm von TeK. Also das ist ja allgemein beschrieben oder ich hab es zumindest so verstanden, vielleicht hab ich es auch falsch verstanden. Dass allgemein beschrieben wurde, was TeK ist, aber dann ist die Frage natürlich, wie kann ich das für dieses Curriculum, was möchte ich davon nutzen. Dass, das für mich nicht so ganz raus kam.
I:	Okay, dass das nochmal stärker heraus gearbeitet wird und dass eventuell auch noch die Körperebene stärker mit einbezogen wird.
F (22)	Genau. Genau. Das stand, genau, das stand drin und da fehlte glaub ich

	<p>auch mir noch eine Erklärung zu..jetzt muss ich mal ganz kurz gucken..Das war auch ´ne Hausaufgabe, die Achtsamkeit gegenüber dem eigenen Gefühl, das wurde nirgendwo beschrieben, was damit gemeint ist, was die Aufgabe ist.</p> <p>Ich kann mir zwar vorstellen, was damit gemeint ist, bin mir aber, dass wäre ja auch ne Körperebenen, wo die vielleicht da drin steckt, nur dass man es vielleicht da auch nochmal genauer beschreiben könnte.</p>
I:	Okay.
F (23)	War deutlich was ich meine (lacht)?
I:	<p>Es ist deutlich geworden, ja.</p> <p>Haben sie abschließend noch etwas zu dem Curriculum zu sagen, noch Ideen oder Vorschläge?</p>
F (24):	<p>Ne, also ich fand das war, ich kann mir vorstellen, das es relativ einfach einzusetzen, denk ich, also so, dass fand ich schon sehr nah an dem, an der Arbeit und könnte mir das eigentlich auch dadurch gut vorstellen, auch einzusetzen.</p> <p>Mir hat schon einfach auch dieses gefallen, dass es in Blöcken ist, also dass man auch nochmal entscheiden kann, man muss es nicht so stringent nacheinander abarbeiten, sondern man kann es so einbetten. Ich finde die Atemübungen und so, also diesen Einstieg auch nochmal, nochmal auch diesen Achtsamkeitsbereich, der hat mir auch sehr gut gefallen.</p> <p>Und, ja, glaub, das war so was für mich so wichtig war. Genau die Psychoedukation, das hätte ich mir noch gewünscht. Aber so, genau.</p>
I:	<p>Okay.</p> <p>Dann vielen Dank.</p>

Interview 6: Frau MF

I:	So. Frau xx, danke schön, dass sie erstmal für das Interview sich bereit erklärt haben.
MF (1):	Gerne.
I:	Soll ich einfach mal mit der ersten Frage einsteigen oder?
MF (2):	Ich denke wir steigen direkt ein, ist am besten, also dann können wir auch im Gespräch gucken, wo es uns..ja..
I:	Hinführt. genau.
MF (3):	Hinführt.
I:	Meine erste Frage wäre wie schätzen Sie aufgrund Ihrer Erfahrung die Umsetzbarkeit des Curriculums ein?
MF (4):	<p>Also. Ich hab hier mir notiert, das ist sehr abhängig vom Therapeuten, der das macht. Ich glaube, wenn man das nur jetzt so a,b,c..also, versucht zu abzuspulen, sag ich mal böse. 'Hats, 'wirds gegen die Wand laufen.</p> <p>Wenn ein Therapeut die Schnittstelle, an der das Curriculum ja geplant ist, versteht, Erfahrungen hat und eine gute Verknüpfung zwischen den Inhalten des Curriculums und der Lebenssituation der Gruppe, die er vor sich hat, schafft, ist es perfekt. Ja also ich denk, das ist die eine Sache, also man kann das nicht Einheit 1,2,3 durchmachen, sondern man muss immer gucken, wie das versteht.</p> <p>Dann der zweite Teil, den ich ganz wichtig finde. Sie haben ja in einem Abschnitt auch geschrieben, mit welchen Motivationen die Patienten kommen, in die Nachsorgegruppe und die Motivationen sind sehr unterschiedlich, viele haben sogar Schwierigkeiten, diesen Übergang zur Nachsorgegruppe überhaupt zu schaffen, ja also die sind angemeldet, die haben sich das vorgenommen, aber wenn sie draußen sind, schaffen sie das ganz schlecht. So, dass ich denke, dass man einen Teil machen müsste und zwar nicht nur am Anfang, sondern immer wieder, wie ne Schalplatte. Zu erklären, also psychoedukativ, was ist der Sinn, wo kann man profitieren, warum diese Kombination von progressiver Muskelentspannung und Emotionsregulation. Wo haben sie auch Platz, ihren Alltag, ihre Themen einzubringen. Also, dieser Teil quasi erklären, warum machen wir was, wie kann ihnen das in ihrer Stabilisierung und beim Transfer von den Entwicklungsfortschritten in der stationären Phase jetzt im Alltag und bei Prophylaxe, Verhaltens- oder Suchtmittelrückfälle helfen</p>
I:	Also dass man quasi noch eine Einheit voranschiebt, wo man auch ne Erklärung zu Emotionsregulation und..
MF (5):	Ja, ich würd genau, ich würd. Ich würd eine Einheit voranschie-

	ben im Sinne von: Wir treffen uns hier, wir stellen ihnen vor warum wir was machen, wir sprechen darüber, wo wir die Teile sehen, die ihnen nützen können. Sie dürfen sagen, was sie sich wünschen, was ihre Erwartungen sind. Also das Grundgerüst ist super, es müsste aus meiner Sicht so eine Bahnung vorher da sein.
I:	Ja.
MF (6):	..und in dem Gerüst nochmal ´ne Flexibilisierung auf die Alltagsgeschehnisse.
I:	Okay. Wie halten sie denn grundsätzlich den Aufbau der Emotionsbausteine?
MF (7):	Super. Keine Kritik.
I:	Okay. Danke.
MF (8):	Also das sind alles aus meiner Sicht ganz, ganz wichtige Themen, dass ist überhaupt keine Frage, dass das zur Stabilisierung und zur Abstinenzaufrichterhaltung ganz wichtige Themen sind.
I:	Das wäre auch noch ´ne zentrale Frage von mir gewesen, ob sie das denn für sinnhaft halten..
MF (9):	Ja.
I:	..dass man sich in der Nachsorge nochmal speziell mit Emotionen und Emotionsregulation auseinandersetzt?
MF (10):	Ja. Ja. Genau. Sie haben ja als festen Bestandteil diese Befindlichkeitsrunde. Und diese Befindlichkeitsrunde würde ich nochmal ausweiten im Sinne von, nicht nur, wie gehts mir jetzt, sondern welche Situationen in der letzten Woche hab ich gut gemeistert, waren mittel oder wo ich gemerkt hab, ich hab Schwierigkeiten, also so sehr konkret, nach Situationen fragen. Was sie hier geschrieben haben zum Thema Emotionsregulation oder so, diese Aspekte von Wahrnehmung...
I:	Akzeptanz, Regulierung.
MF (11):	Akzeptanz und Regulierung. Ja. Gehören auch zum Thema, was sind für mich kritische Situationen oder Situationen, wo ich merke, dass mein Repertoire an Bewältigungsstrategien noch brüchig ist.
I:	Meinen sie denn, dass man die Befindlichkeitsrunde dann auch zeitlich ausweiten müsste, in dem Curriculum?
MF (12):	Ich vermute, wenn man das ernst nimmt, das ist das was ich meine, dass man die ausweiten muss. Es kann sein, dass in einer Woche oder gegen Ende der, weil die ja dann auch länger im Alltag drin sind und bessere Erfahrungen haben, dieser Aspekt von, wo waren Situationen, wo mein Repertoire noch brüchig ist, weniger werden. Aber überhaupt so eine Aufmerksamkeitslenkung in Richtung: Was begegnet mir im Alltag, merk ich wie ich ticke? Merk ich was gut, mittel oder auch schwierig läuft?

	Diese Wahrnehmungs- und Aufmerksamkeitsschulung ist glaub ich eine Aufgabe von der Nachsorge, weil, wenn die super die Bausteine machen, aber den Transfer zu kritischen Situationen nicht schaffen.
I:	Ja. In, ab der zweiten Einheit kommt in dem Curriculum ja dazu, dass auch Hausaufgaben verteilt werden.
MF (13):	Ja.
I:	Halten sie es denn generell für sinnvoll, dass Hausaufgaben zwischen den Einheiten verteilt werden oder würden sie da was verändern?
MF (14):	Ich find Hausaufgaben ganz wichtig, aber ich weiß wieviel Schwierigkeiten wir im stationären Rahmen schon mit Hausaufgaben haben und ich glaube, wenn sie das Thema Hausaufgaben in die stationäre, in die nachstationäre Phase reinnehmen, haben sie noch mehr Schwierigkeiten. Die Überschmittmenge Aversionen wegen Hausaufgaben bei den Patienten ist extrem groß. Viele Patienten verstehen auch nicht, dass die Form von Hausaufgaben, die wir ihnen geben, ja quasi eine Medikation ist. Ja. Und das die nur wirkt, wenn man sie regelmäßig macht. Auch ihre gute Idee, dass sie das PMR Training regelmäßig zuhause machen. Da werden sie viel, viel dran arbeiten müssen, den Menschen nahelegen, wie wichtig das ist. Und ob sie es machen, weiß ich nicht.
I:	Was halten sie denn grundsätzlich von dem Entspannungsverfahren, also von der progressiven Muskelentspannung?
MF (15):	Ich..total viel. Wir machen das hier ja auch und wenn das dann im Nachsorgeprogramm wieder auftaucht , A haben sie, wenn sie es ein bisschen ernst genommen haben, schon mal mitgekriegt, B ist es eine Linie, denk ich auch, dieses, genau dieses Verfahren, ja, wo Leute, die es schwer haben, die auch durch Flashbacks, dass heißt drogenbedingt oder traumabedingt beeinflusst sind oder so, lernen im Sitzen und so zu arbeiten, find ich genau richtig. Aber ich krieg mit, also wie schwer die Inanspruchnahme halt ist.
I:	Finden sie es denn auch sinnvoll, dass die das Entspannungsverfahren vom Therapeuten eingesprochen wird, auf ´ne Audio-datei und dann mitgegeben wird, damit die Patienten üben können?
MF (16):	Ja. Also, wenn, wenn die Patienten nur minimalst verstehen, dass nicht die Einheit, die sie dann aktuell bei ihnen haben, sondern auch die Zwischenzeiten, ja, extrem hohe Bedeutung haben, ist es sowieso verloren. Also, wenn die die ganze Woche machen, nach dem Motto, schau mir mal, dass wir sie rum kriegen, die Woche und nur einmal in der Woche, dann zum Nachsorgegruppe kommen und denken, damit ist es getan, das wird nicht funktionieren.
I:	Wie schätzen sie denn generell den Nutzen des Curriculums für

	die Patienten ein?
MF (17):	Wer das in Anspruch nimmt, tut das wichtigste, was er tun kann in der Phase.
I:	Also dass die, dass Curriculum auch ernst genommen, also die Nachsorge generell ernst genommen werden muss von den Patienten?
MF (18):	Also die Nachsorge und auch, sie haben Themen, da trennen flächendeckend, die auch in der Therapie Thema sind. Und der Vorteil, den sie haben und deshalb denk ich, ist es für Patienten von extrem hohen Nutzen, ist, dass die merken: Ah ja okay, da hab ich beim Amt xy wieder gesessen und bin rotglühend vor Wut geworden und bin an den Rand gekommen und wollte wieder aufgeben oder so. Also, wenn die das hinkriegen, a, dass hab ich schonmal in der Therapie gehört und hab da auch die ein oder andere Situation gemeistert. Jetzt passiert es mir wieder da und ich sprech über das Thema, wie nehm ich meine Wut wahr, wie lern ich, das zu akzeptieren und zu regulieren, Super.
I:	In den einzelnen Bausteinen, wir hatten, sie hatten das ja eben schon gesagt, das ist ja nach Wahrnehmung, Akzeptanz und Regulierung..
MF (19):	Ja.
I:	..aufgeteilt, werden ja auch unterschiedliche Methoden angewendet. Was halten sie von diesen Methoden? Finden sie die sinnvoll oder sie da was verändern?
MF (20):	Ich hab nichts gefunden, wo ich sage, oh wie schrecklich. Das kann man nicht machen, gar nicht.
I:	Das ist gut. (lacht)
MF (21):	Also ich find es absolut plausibel und ich find auch die Art, so mit Materialien zu arbeiten, sehr gut, also so ne Mischung zwischen Einzel- und Gruppengespräch und solche Sachen. Also. Genau.
I:	Ein Schwerpunkt in dem Curriculum wird ja eben auf Kleingruppenarbeit, dann wieder Transfer in die Großgruppe gelegt..
MF (22)	Ja. Genau.
I:	Finden sie das auch sinnvoll?
MF (23)	Ja. ja. Absolut. Also, das sind die Bewegungen, die Gruppentherapie ausmachen. Also entweder es gibt einzelne Sequenzen, wo man mit Einzelnen arbeitet, dann wieder sharing oder Kleingruppe und sharing, also das ist Stand der Kunst. Man muss jetzt nicht die ganze Zeit im Kreis sitzen und alle müssen alles machen. Vielmehr so eine kleinere Einheit befördert ja auch, dass die weniger Angst oder Scham haben. Es ist ja nicht nur einfach über die Themen zu sprechen. Grade wenn man so Angst, Trauer, Wut, also, sind ja schon die großen Hausnummern.
I:	In dem Curriculum werden ja auch einige Inhalte aus dem Training emotionaler Kompetenzen von dem Mathias Berking ge-

	nommen. Halten sie das für sinnvoll?
MF (24):	Ja! Kein..also das find ich sinnvoll. Ich find auch diese Querverbindung zum achtsamkeitsbasierten Rückfallpräventionsprogramm, das machen wir in den Kliniken auch und da ist es auch gut, wenn solche Sachen irgendwo wieder auftauchen. Also wir machen es, ich weiß nicht, ob andere Kliniken es machen, aber wir hatten jetzt gerade auch ne Projektwoche zum Thema achtsamkeitsbasierte Rückfallprävention. Da haben wir eine Woche am Stück gearbeitet, aber sind nicht sehr weit gekommen.
I:	Das war gerade auch wichtig in dem Curriculum, wie sie ja eben auch schon sagten, diese Schnittstelle zwischen stationären und ambulanten Bereich, hab ich mir eben auch zwei Interviewpartner ja auch ausgesucht , die im stationären Bereich arbeiten, um auch nochmal zu, also eben zu erfahren, wie aus der stationären Sicht im Grunde genommen, in Anführungsstrichen, dieses Curriculum denn eingeschätzt wird.
MF (25):	Ja.
I:	Weil hier werden die Patienten ja entlassen und kommen zu uns und da ist es ja auch wichtig, dass wir wissen, worauf ist denn noch ein Schwerpunkt zu setzen.
MF (26):	Genau.
I:	Noch ne andere Frage wäre, wie schätzen sie die allgemeine Verständlichkeit des Curriculums hinsichtlich Sprache, Transfer, Arbeitsaufträgen und Zeitrahmen der einzelnen Einheiten ein?
MF (27):	Genau. Das hab ich, da hab ich hier mir ne Notiz geschrieben. Wichtig ist, dass der Therapeut, dass mit so genannter einfacher Sprache versprachlicht in den Situationen. Also das, das denk ich, ist eine wichtige Aufgabe. Dass die ne gute Anleitung, gute Aufträge bekommen.
I:	Ja. Meinen sie da müsste dann nochmal ein extra Hinweis auch für den Therapeuten im Curriculum sein? Oder? Hat ihnen das was gefehlt?
MF (28):	Ich. Ne mir hat nichts gefehlt, aber vielleicht bin ´ichs dann an den Stellen auch nicht so gut durchdrungen. Also diese Arbeitsblätter z.B. mit den Gedankenblumen oder so, die sind unproblematisch, die sind ja auch kurz gehalten oder so. Ich weiß, dass unsere Patienten hier extrem viele Probleme haben, solche Arbeitsblätter wie Protokollbogen eins, zwei, also die sind ja ähnlich. Sind dieselben aufzufüllen. Acht ist in Ordnung. <i>(Die Expertin sieht sich dabei die Seiten in dem Curriculum an)</i> Da ist jetzt nichts, wo ich sag, das ist so überfrachtet, dass es nicht geht, von den Arbeitsblättern.
I:	Wie schätzen sie die Akzeptanz, also die aktive Teilnahme, das Interesse oder die Motivation der Patienten an dem Curriculum ein?
MF (29):	Das ist, das kann ich gar nicht einschätzen, wenn ich das jetzt

	so jemanden hier geben würde oder zwei, drei Patienten oder so. Würden die bestimmt sagen, ah ja ist interessant. Ja, aber was dann vor Ort passiert, wenn die Menschen in ihrem Alltag sind und diverse Anforderungen, ob die dann immer noch sagen, da ist meine Priorität, nach mir zu gucken. Einzelne ja.
I:	Gibt es denn generell noch Dinge, Ergänzungen oder Streichungen die sie an dem Curriculum vornehmen würden, um es zu optimieren?
MF (30):	<i>(Die Expertin geht ihre Notizen durch)</i> Entspannungsverfahren hat ich gesagt...Kleingruppen find ich okay. Abschlusseinheit find ich wichtig. Ich hatte mich gefragt, ob es vielleicht sinnvoll ist., in der Hälfte so eine Zwischenbilanz zu machen. So ´ne Skalierung bzw. hier beim abschließenden Frageteil hatten sie ja auch gefragt , da hatte ich überlegt, ob man in der ersten Einheit auch schonmal einen Transfer macht , was haben sie sich in der Reha vorgenommen, was sie umsetzen wollen und dann vielleicht die drei wichtigsten Ziele skaliert, dann in der Hälfte der Behandlungszeit in der Nachsorgephase nochmal guckt, wo stehen sie bezüglich der Ziele?
I:	Das wär wahrscheinlich nochmal so ne generelle Anmerkung an Nachsorge auch, also die Ziele des einzelnen Patienten, die werden ja meistens in einem Einzelgespräch am Anfang irgendwie so besprochen, aber vielleicht ist es wirklich sinnvoll, wenn man es auch in der Gruppe, denjenigen nochmal tun lässt.
MF (31):	Wichtig! Das alle auch wissen, wo dran arbeitet jemand anders, damit jemand auch eine Rückmeldung bekommt, wenn er sich gut entwickelt oder wenn er ausschert. Damit die Leute merken, genauso wie bei den Wirkfaktoren der Gruppentherapie. Ich steh nicht alleine da. Ja. Das ist das Ziel, was mich auch beschäftigt und das würd ich, das war jetzt so ne generelle Ergänzung, die ich machen würde. Das würd ich in diese erste edukative Einheit einbauen, im Sinne von, was bringen sie mit an Zielen aus der Reha. Damit der Transfer gesichert wird und auch die Aussicht, okay, in der Hälfte spätestens gucken wir mal..
I:	Zwischenbilanz.
MF (32):	Zwischenbilanz und am Schluss gucken wir wieder, was ist erreicht, was ist übrig geblieben und wo können sie übrig gebliebene Themenbereiche weiter verfolgen.
I:	Ja. Das ist eine sehr gute Idee.
MF (33):	Das ist also so, das wo ich jetzt beim Durchgucken gesagt habe, das fehlt mir. Wir arbeiten so, wir arbeiten ganz arg zielorientiert und technisch, ´würd man sagen, auch mit einem Controlling. Also Ziele, Maßnahmen hinterlegen, Controlling, damit dieser Aspekt von "ich werde Experte und ich steuere" nochmal deutlicher wird.
I:	Ja. Ist total sinnvoll. Ja dann komm ich eigentlich schon zu meiner abschließenden Frage, ob sie eben noch weitere Anmer-

	kungen oder Ideen haben?
MF (34):	<p>Ich guck jetzt mal grade hier durch.. <i>(Die Expertin blättert durch das Curriculum)</i> Das hatte ich gesagt...genau, das hatte ich auch gesagt, dass dieses Thema Wahrnehmung, bewerten und Veränderung von Alltagsproblemen, ´würd ich auf jeden Fall in der Befindlichkeitsrunde als ganz, ganz wichtigen Punkt sehen, damit diese Transferschwierigkeiten. Hausaufgaben hatten wir besprochen, das war das, jetzt guck ich mal hier, hab ich vielleicht noch was hingeschrieben..</p> <p>Wenn sie sich auf Seite zwei nochmal das angucken, das fand ich extrem gut, diese Besonderheiten, wo auch diese verschiedenen Eintrittskarten zur Nachsorgegruppe bestehen und davon können sie ja genau das, was ich jetzt gesagt hab, auch ein bisschen ableiten, da, sie haben es schon geschrieben und die Ableitung welche Inhalte mach ich wo, ich muss ja nicht das Curriculum ändern, aber. Genau.</p> <p>Das ist klar...Hier das Thema progressive Muskelentspannung hatten wir angesprochen. Ich ´würd vielleicht noch ´en Vorschlag. Wenn sie den Baustein über zuhause, Hausaufgaben machen. Ja. Dann ´würd ich vielleicht eine andere Wortwahl empfehlen z.B. Training. Ja. Leute, das sind ja viele Leute, die auch Ideen von Fussballtraining oder solchen Sachen haben. Und denen zu sagen, okay es gibt einmal da, quasi das offizielle Training, aber für ihre Ausdauer müssen sie laufen, damit sie die dann haben und so.</p> <p>Dass man das anders nennt und dass man denen auch sagt, okay je nachdem wie konsequent sie mit ihren persönlichen Trainingszeiten umgehen, desto besser sind sie im Team.</p>
I:	Ja.
MF (35):	<p>Das wär vielleicht noch.</p> <p>Und was ich, nochmal zurück, das wollte ich gerade noch sagen, hab ich vergessen. Deshalb ´find ´ichs gut, dass in jeder Sitzung die progressive Muskelentspannung zusammen gemacht wird.</p> <p>Ja, das also, so ist das ja geplant.</p>
I:	Ja.
MF (36):	<p>Ja, genau, das find ich wichtig.</p> <p>Ja das ist wieder das Thema Versprachlichung von Dingen, so konkret wie möglich zu werden, das ist halt wirklich abhängig, in welchem Stadium ein Therapeut ist. Auch, ob der sagt, oh ich bin zufrieden, dass der jetzt sagt, ich muss mal meine skills überprüfen oder er sagt: Welche skills können sie gut, welche mittel und an welchen müssen sie arbeiten? Ja, also das ist, da können sie gar nichts, da kann ihr Curriculum so gut sein wie es möchte, wenn es jemand jetzt buchstabengetreu nur durchzieht, dann ´wirds schwierig, denk ich, dann verstehen die Patienten nicht um was es geht und..</p>

	<p><i>(Die Expertin blättert in dem Curriculum)</i></p> <p>Da war nichts..Kleingruppen, Großgruppen hatten wir gesagt, das ist gut.</p> <p>Atemübungen, da ist ja im Rückfallprogramm, in dem achtsamkeitsbasierten, dieses nüchtern atmen. Kenn sie diese Übung?</p>
I:	Ja. Das kenne ich.
MF (37):	Das ´würd ich auch so nennen. Vielleicht.
I:	Okay.
MF (38):	<p>Dass die so einen Bezug haben. Ich find das ist echt ein genialer Begriff. Nüchtern atmen. Und sie haben es ja auch als Literatur aufgeführt. Und, genau.</p> <p>Ja. Nein, sonst hab ich keine weiteren Anmerkungen.</p>
I:	Okay. Dann vielen Dank.

Zusammenfassung Expertenantworten

Die Forschungsfragen A 1- 3 und E 1 werden in der Masterthesis tabellarisch zusammengefasst dargestellt und hier nicht nochmal aufgeführt.

Die Kategorie B -1, B-3 und B-5 sind zusammen gefasst worden, da die Experten bei den einzelnen Fragen gleichzeitig auch auf die anderen Fragestellungen eingehen. Es gibt somit in den Antworten viele Überschneidungen.

B-1 Kategorie : Aufbau der Einheiten

B-3 Kategorie: Auswahl der Emotionsbausteine

B-5 Kategorie: Inhalt der Einheiten

- H: Grundsätzlich sinnvoll, inhaltliche Überlegung, ob immer mit Atemübung begonnen werden muss?, Wechsel der Methoden wird als positiv gesehen
- A: Inhaltlicher Veränderungsvorschlag: Am Ende der einzelnen Einheit eine erneute Achtsamkeitsübung einbauen. Den Ablauf der Einheit dementsprechend umbauen
- P: Total gut, Beim Aufbau eventuell mit Wut beginnen, statt mit Angst. Die Emotion ist bei der illegalen Patientengruppe eher im Vordergrund. Methoden sind gut. Besonders die Visualisierung. Eventuell noch andere Methoden, die Kanäle wie Fühlen und Spüren ansprechen ergänzen. Eventuell wird mehr Zeit zur Entfaltung benötigt.
- S: Generell gut. Eher mit Wut beginnen statt mit Angst, Angst ist eine sehr starke Emotion. Reihenfolge des Ablaufs der Einheit ändern bzw. ergänzen: Am Ende noch eine Abschlussübung einbauen, z.B. eine Bewegungsübung. In der Befindlichkeitsrunde bereits die Emotion einbauen, die thematisiert wird.
- F: Aufbau sehr gut. Immer mit der PMR anzufangen ist positiv. Gefehlt hat eine Psychoedukation in den Einheiten. Die einzelnen Emotionen sollten situationsbezogen genauer zusammen mit dem Patienten betrachtet werden. Die Methoden und Übungen waren gut.
- MF: Der Aufbau ist super. Plausibel. Auch die Art mit den Materialien zu arbeiten ist gut.

B-2: Kategorie: Verständlichkeit und zeitlicher Rahmen

- H: Erklärungen zu einzelnen Methoden eventuell frühzeitiger beschreiben.
- A: Teilweise Verständigungsschwierigkeiten in der Gruppe eine Methode zu beschreiben, etwas unklare Beschreibungen bei der Anwendung der Methoden.
- P: klar und zugänglich. Das auch auf aktuelles reagiert werden kann ist positiv. Eventuell ist der zeitliche Rahmen zu eng. Bei höherem Bedarf der Patienten, sollte dieser angepasst werden.
- S: Musste teilweise etwas nachlesen, aber generell gut.
- F: Teilweise noch mehr Erklärungen benötigt, die Körperebene mehr einzu-beziehen wäre wichtig.
- MF: Zeitliche Ausweitung der Befindlichkeitsrunde wäre besser, Therapeut sollte eine vereinfachte Sprache benutzen. So dass eine gute Anleitung gegeben werden kann.

B-4: Kategorie Aufbau nach TeK

- H: Aufbau ist sinnvoll nach TeK, zwischendurch vielleicht ein paar Pausen.
- A: Sehr sinnvoll. Besonders in Bezug Regulierungsmöglichkeiten von Emotionen
- P: Total gut.
- S: Sinnvoller Aufbau.
- F: Gut. Manchmal schwer zu differenzieren, was zu TeK genau gehört. Eventuell nochmal mehr den Fokus auf „Sucht“ lenken. Suchtspezifische Nachfrage stellen.
- MF: Sinnvoll. Querverbindung zum achtsamkeitsbasierten Rückfallpräventionsprogramm ist sehr sinnvoll.

B-6 Kategorie: Abschlusseinheit

- A: Wichtige Rückfallprävention, auch nochmal eine Bewusstmachung, im Hinblick darauf, welche Gefühle sind für mich rückfallgefährdend.
- P: Gut, eine komplette Rückschau zu machen. Vorschlag wäre noch, ein Symbol mit einzubeziehen. Vielleicht auch etwas, was der Patient zum Abschluss mit nach Hause nehmen kann.
- S: Vorschlag: Die Fragestellung positiv umformulieren: Welche Emotion möchte ich weiter aufbauen?
- MF: Wichtig. Es ergibt sich die Fragestellung, ob auch eine Zwischenbilanz sinnvoll ist. Eine Skalierung der drei wichtigsten Themen aus der stat. Reha vorzunehmen.

B-7 Kategorie Hausaufgaben

- H: Grundsätzlich sinnvoll, so können Inhalte der Gruppe auch mit in den Alltag genommen werden
- A: Sinnvoll, zur Überprüfung im Alltag
- P: Total gut, es kann dann weniger verloren gehen von dem Erarbeiteten. Das auch zwischen den Terminen an einem Thema gearbeitet werden kann.
- S: Generell sinnvoll. Die Frage ist, wie wird damit umgegangen, wenn jemand die Hausaufgabe nicht mitbringt.
- F: Sehr wichtig. Die Gruppeneinheit setzt immer nur einen Impuls. Das Training findet dann zuhause statt. Die Übertragung in den Alltag ist wichtig.
- MF: Sind wichtig. Viele Patienten haben Aversionen gegen Hausaufgaben. Im stationären Rahmen gibt es viele Schwierigkeiten.

B-8 Kategorie: PMR

- H: Gut evaluierte Methode, wichtige Methode in der Arbeit mit Süchtigen, Hilft im Hier und Jetzt zu sein, Hilft bei der Entspannung. Gut ist auch, dass bei der Methodik geblieben wird. So wird es wie ein Ritual.
- A: Sinnvolle Strategie zur Entspannung, eignet sich auch für Traumatisierte.
- P: Gut. PMR ist im Alltag sehr praktikabel, in den stationären Rehaeinrichtungen ein Standardverfahren, daher bei den Patienten bereits bekannt, Bodyscanübungen wären eine gute Ergänzung. Gut, dass bei der Methodik geblieben wird.
- S: Eine gute Standardübung. Sehr sinnvoll.
- F: Sehr effektives Verfahren. Wichtige Übung. Regelmäßiges Training ist wichtig.
- MF: Gute Idee es regelmäßig zuhause zu machen, auch bei Menschen die z.B. Flashbacks haben eine gute Methode.

B-9 und B-11: Kategorie: Mitgabe von Materialien/Audiodatei

- H: Mitgabe und Einsatz der Audiodatei sehr sinnvoll, so kann die Übung nochmal nachvollzogen werden.
- A: Gut, Die Patienten haben dann die Möglichkeit sich später noch mal Sachen anzugucken
- P: Gut. Mit eigener Stimme aufgesprochen eventuell zu nah.
- S: Sinnvoll. So kann zuhause geübt werden.
- F: Gut. Mit der Audiodatei wird eine Nähe hergestellt und der Patient kann sich besser an den Therapeuten gewöhnen. Eventuell Bodyscanübungen einbauen, aber dann ist die Frage, ob Patienten diese zuhause alleine machen können.
- MF: Generell sinnvoll, die Patienten müssen es aber auch ernst nehmen, zuhause zu trainieren. Die „Zwischenzeiten“, wenn nur einmal die Woche eine Gruppe stattfindet sind extrem wichtig.

B-10: Kategorie: Klein- und Großgruppe

- H: Sinnvoll, Vorbesprechen der Themen in der Kleingruppe und dann Rückführung in die Großgruppe
- A: Sehr sinnvoll, Rückmeldungen von Mitpatienten können oft besser aufgenommen werden, Kommunikation untereinander zu fördern ist wichtig.
- P: Wechsel zwischen Klein- und Großgruppe ist positiv.
- S: Sinnvoll. Fördert den Austausch untereinander.
- F: Gut, wenn ein Wechsel zwischen Klein- und Großgruppe stattfindet.
- MF: Wechsel zwischen Klein- und Großgruppe absolut wichtig. Das macht Gruppentherapie aus.

E-2: Kategorie: Akzeptanz des Curriculums

- H: Grundsätzlich wird es von den Patienten akzeptiert werden. Die Frage ist wie hoch der Intellekt der Patienten sein muss.
- A: Gute Akzeptanz, in der Frauengruppe sind Emotionen immer ein Thema, im illegalen Bereich eventuell geringere Akzeptanz.
- P: Eventuell anfänglich Zweifel beim Patienten, vielleicht auch Widerstand.
- S: Hohe Akzeptanz. Die Patienten waren sehr interessiert.
- F: Gute Einlassung. Kann gut angenommen werden.
- MF: Schwierig einzuschätzen, wie die Akzeptanz ist, wenn die Patienten wieder in ihrem Alltag sind.

C-1 und C-2: Optimierung und Ergänzungen

- H: Mitgabe eines USB-Sticks mit Materialien, Arbeitsblätter nochmal deutlicher zu den Einheiten sortieren, Bilderverzeichnis vornehmen
- A: Am Ende der Einheiten nochmal eine Achtsamkeitsübung einbauen, um aus der Emotion wieder raus kommen zu können. Bildliche Darstellung der Emotionen also Methode besonders gut.
- P: Mehr Symbole und Bilder einbauen. Alles andere ist nur Kür, was zu ergänzen ist.
- S: Eventuell die einzelnen Gefühlszustände noch weiter aufsplitten. Z.B. unterschiedliche Angstformen benennen und diese dann hierarchisieren. Ansonsten ist das Curriculum eine tolle Sache.
- F: Die Körperebene mehr einbauen, Detaillierte Erklärungen für den Therapeuten, einen psychoedukativen Anteil einbauen.
- MF: Einführung einer Zwischenbilanz, generell die Gruppe mehr mit einzubeziehen in die Ziele die nach der stat. Reha formuliert werden. Wirkfaktoren der Gruppe nutzen. Statt „Hausaufgabe“, das Wort „Training“ benutzen.

19 Anhang II

Katholische Hochschule Nordrhein Westfalen
Abteilung Köln

Masterthesis

"Fühlst du schon oder trinkst du wieder?"

**Entwicklung und Evaluation eines Curriculums zur Emotionsregulation für
die Rehanachsorge für Alkoholabhängige**

Anhang II

Vorgelegt von: Alexandra Brandt, Matrikel-Nr.: 510902
Studiengang: Masterstudiengang Suchthilfe (MSH14) / KatHO NRW Köln
Erstprüfer: Diplom-Pädagoge, Diplom-Theologe Wolfgang Scheiblich
Zweitprüfer: Prof. Dr. Wolfgang Schwarzer

März 2017

Inhalt

Durchführung des Curriculums Emotionsregulation.....	3
Besonderheiten der Rehanachsorgegruppe.....	5
Organisation	6
Stil und Struktur / Ablauf der Einheiten	6
Eröffnung / Kurze Atemübung	7
Befindlichkeitsrunde.....	7
Übung 1: Achtsamkeit / Progressive Muskelrelaxation	7
Reflexion	8
Übungen Kleingruppe- und Großgruppe	8
Abschluss / Feedback	9
Üben zuhause.....	9
Materialien.....	9
Theoretische Fundierung: Training emotionaler Kompetenzen (TeK).....	10
Grundlagen	10
Das TeK- Modell.....	10
Ziele des Trainings	11
Methode: Progressive Muskelrelaxation	13
Grundannahmen	14
Ziele	14
Überblick über die Einheiten.....	16
Angst.....	19
Einheit 1: Einführung in die Emotion Angst (Wahrnehmung)	19
Einheit 2: Angst (Akzeptanz)	22
Einheit 3: Angst (Regulierung)	25
Wut	31
Einheit 1: Einführung in die Emotion Wut (Wahrnehmung)	31
Einheit 2: Wut (Akzeptanz).....	32
Einheit 3: Wut (Regulierung)	33
Trauer.....	35
Einheit 1: Einführung in die Emotion Trauer (Wahrnehmung)	35
Einheit 2: Trauer (Akzeptanz)	36
Einheit 3: Trauer (Regulierung)	37
Freude	39
Einheit 1: Einführung in die Emotion Freude (Wahrnehmung).....	39
Einheit 2: Freude (Akzeptanz).....	40
Einheit 3: Freude (Regulierung)	41
Abschlusseinheit: Reflektion.....	43
Anhang	45
Literaturverzeichnis	54

Curriculum für die Rehabilitationsnachsorge „Emotionsregulation“	
Basismodul	Anzahl Einheiten
Angst	3
Wut/Ärger	3
Trauer	3
Freude	3
Abschlusseinheit	1
<i>Einheiten insgesamt:</i>	<i>13</i>

Durchführung des Curriculums Emotionsregulation

Das Curriculum enthält insgesamt 13 Einheiten, in denen der Schwerpunkt auf Emotionsregulation liegt. Es geht insbesondere um die Ebenen der Wahrnehmung, Akzeptanz und Bewältigung von Emotionen. Das Curriculum soll bei dem Erlernen von Strategien und der Erweiterung eines gesunden Umgangs mit Emotionen helfen. Außerdem soll es einen Zugang zu Emotionen ermöglichen.

Der Aufbau des Curriculums orientiert sich an vier Basisemotionen, anhand derer die einzelnen Einheiten wie folgt aufgebaut sind:

- Angst
- Wut / Ärger
- Trauer
- Freude

Diese Emotionen stellt Sulz (2000, S.32) in folgender Tabelle dar:

Gefühle des Menschen			
Freude	Traurigkeit	Angst	Ärger, Wut
Freude	Traurigkeit	Angst, Furcht	Ärger, Wut, Zorn
Begeisterung	Verzweiflung	Anspannung,	Missmut
Glück	Sehnsucht	Nervosität	Ungeduld
Übermut	Einsamkeit	Verlegenheit	Widerwille, Trotz
Leidenschaft	Leere, Langeweile	Selbstunsicherheit	Abneigung, Hass
Lust	Enttäuschung	Unterlegenheit	Verachtung
Zufriedenheit	Beleidigtsein	Scham	Misstrauen
Stolz	Mitgefühl	Schuldgefühl	Neid
Selbstvertrauen		Reue	Eifersucht
Gelassenheit		Sorge	
Überlegenheit		Ekel	
Dankbarkeit		Schreck	
Vertrauen			
Zuneigung, Liebe			
Rührung			
Befriedigung versus Verlust		Verletzung versus Aggression	

Abbildung 1

Die Emotion "Freude" steht als angenehmer Gefühlszustand im Gegensatz zu den anderen (negativen) Emotionen. Aber gerade bei Abhängigkeitserkrankten, die positive Emotionen - oft nur noch künstlich hervorgerufen durch das Konsummittel - empfinden konnten, ist der Umgang mit diesen Emotionen wesentlich. Unangenehme und angenehme Gefühlszustände sind nach dem Modell von Marlatt intrapersonelle Einflussfaktoren als Auslöser für Rückfälle (Klos & Görger, 2009, S.35).

Ein weiteres Element ist der Aufbau nach dem Training emotionaler Kompetenzen (TeK) von Berking, orientiert an drei der sieben Basiskompetenzen, der **bewertungsfreien Wahrnehmung**, dem **Akzeptieren und Tolerieren** sowie der **Regulierung**.

Außerdem werden achtsamkeitsbasierte Verfahren wie die progressive Muskelrelaxation nach Jacobsen einbezogen.

Die drei Basiskompetenzen nach Berking werden im Curriculum angepasst und haben folgende Überschriften:

- Wahrnehmung von Emotionen
- Akzeptanz von Emotionen
- Regulierung von Emotionen

Die Basiskompetenzen aus dem TeK sind zwar als Lernfeld für verschiedene Gruppen mit psychischen Erkrankungen entwickelt worden, jedoch wird ein gewisses Maß an Konzentrations- und Kooperationsfähigkeit vorausgesetzt, um eine Durchführung, wie Berking sie beschreibt, gewährleisten zu können. In der Rehabilitationsnachsorge (Rehanachsorge) ist die Fähigkeit zur Krankheitsbewältigung jedes einzelnen Patienten sehr unterschiedlich (siehe Seite 5-6). Eine Vereinfachung der Kompetenzen ist daher sinnvoll.

Zu jeder Emotion sind drei Einheiten geplant.

In der Rehanachsorge stehen jedem Patienten 20 Gruppeneinheiten zu. Das Curriculum umfasst weniger Einheiten, damit Raum für individuelle Themen bleibt und der Therapeut flexibel bleiben kann.

Jeder Emotionsbaustein sollte im Block durchgeführt werden. Danach kann das therapeutische Team entscheiden, ob es direkt mit dem nächsten Emotionsbaustein weiterarbeitet oder zwei Einheiten individuell gestaltet. Am Ende der Durchführung der Emotionsbausteine werden die gesamten Bausteine mit der Gruppe gemeinsam reflektiert.

Die Verfasserin der Masterthesis hat die einzelnen Bausteine parallel in der Praxis der Rehanachsorge durchführen können und gute Erfahrungen damit gemacht. Der zeitliche und inhaltliche Rahmen des Curriculums konnte so überprüft werden.

Besonderheiten der Rehanachsorgegruppe

In der Rehanachsorge kennen sich die Patienten untereinander meistens nicht. Sie kommen aus unterschiedlichen Therapieeinrichtungen und mit verschiedenen Erfahrungswerten. Dies kann einerseits im Austausch innerhalb der Gruppe eine Bereicherung an Erfahrungen für den Einzelnen sein, macht die Durchführung des Curriculums aber andererseits auch teilweise schwierig. Da die Pati-

enten nicht wie in der stationären Reha ihren Alltag gemeinsam verbringen, sind sie auch nicht von morgens bis abends auf "Therapie" eingestellt. Sie kommen aus ihrem individuellen Alltagsgeschehen nur einmal wöchentlich zur Rehanachsorge. Das kann sich hemmend auf die Durchführung von Methoden auswirken. Auch die Motivationslage der Patienten ist oftmals gemindert, es stellt sich eine Grundstimmung ein: "Ich habe es ja jetzt geschafft, die Nachsorge ist nicht mehr so wichtig". Die Patienten verfügen außerdem über unterschiedliche Bewältigungsstrategien im Umgang mit ihrer Erkrankung, auch das Krankheitsbild ist unterschiedlich, was die Sekundär Diagnosen betrifft. Im stationären Setting gibt es eher die Möglichkeit, eine homogene Gruppe zu bilden. Diese Besonderheiten sollten bei der Durchführung des Curriculums berücksichtigt werden. Wichtig ist, dass sich sowohl beim Patienten als auch beim Therapeuten im Hinblick auf zu hohe Erwartungen an Ergebnisse keine Frustration entwickelt.

Organisation

Der zeitliche Rahmen beträgt 100 Minuten pro Gruppensitzung, wobei 20 Minuten für eine allgemeine Befindlichkeitsrunde eingeplant sind und somit abgezogen werden müssen. Es sind somit 80 Minuten für die eigentliche Einheit geplant.

Eine Herausforderung beim Ablauf ist, dass es sich um eine offene Gruppe handelt. Patienten müssen somit auch in einer zweiten oder dritten Sitzung in einen Emotionsbaustein einsteigen können. Im Curriculum sind die einzelnen Einheiten daher nicht aufeinander aufbauend konzipiert, bilden einen sinnvollen Zusammenhang, sodass Patienten von den Inhalten der einzelnen Sitzungen - egal, zu welchem Zeitpunkt sie einsteigen - profitieren können.

Stil und Struktur / Ablauf der Einheiten

In dem Curriculum ist ein festgelegter Ablauf für jede Einheit vorgesehen. Es werden dabei Methoden aus verschiedenen Feldern der Sucht Hilfepraxis genutzt, besonders aus dem TeK und der achtsamkeitsbasierten Rückfallprävention.

Eröffnung / Kurze Atemübung

Zu Beginn der Gruppeneinheit wird eine kurze Atemübung von ca. 5-6 Minuten durchgeführt, um die Gruppe auf die Einheit einzustimmen und die Patienten ganz bewusst in ihrer Therapiesitzung "ankommen" zu lassen.

Befindlichkeitsrunde

Zu Beginn jeder Einheit wird eine ca. 20-minütige Befindlichkeitsrunde der Teilnehmer durchgeführt, um aktuelle bzw. eventuelle krisenhafte Themen von Patienten zu erörtern. Hier kann der Therapeut entscheiden, ob der Ablauf der Einheit nach der Struktur des Curriculums weitergeführt werden kann oder ob eine Veränderung des Ablaufs eingeplant werden muss.

Übung 1: Achtsamkeit / Progressive Muskelrelaxation

Dann folgt die Eröffnung des Curriculums. Es wird mit einer Achtsamkeitsübung begonnen bzw. wird in dem vorliegenden Curriculum das Verfahren der progressiven Muskelrelaxation (siehe Seite 13) verwendet. Auch Berking greift in seinem Training auf dieses Verfahren zurück u.a., weil es das bestuntersuchte Entspannungsverfahren ist (vgl. Berking, 2010, S. 68).

Das Verfahren hat den Vorteil, dass es den Patienten meistens bereits aus der stationären Therapie bekannt und eine positive Einlassung gegeben ist. Achtsamkeitsübungen lenken den Fokus auf den Patienten selbst und seine inneren Zustände, sozusagen auf das unmittelbare Erleben im Hier und Jetzt.

Diese Achtsamkeitshinlenkung ist bei Suchtpatienten wesentlich, da beim süchtigen Verhalten automatisierte Abläufe eine zentrale Rolle spielen. Sie bieten außerdem die Möglichkeit der Entschleunigung von Wahrnehmungsprozessen und eine höhere Toleranz gegenüber unangenehmen Gefühlszuständen (vgl. Bowen et. al., 2012, S. 12f.)

Bei der Muskel -Relaxation gibt es eine Lang- und eine Kurzform. Damit sowohl das lange als auch das kurze Verfahren als Übung zu Hause von den Patienten wiederholt/trainiert werden kann, wird eine Audiodatei der Achtsamkeitsübung zu Beginn des Curriculums an die Patienten versendet. Der Therapeut kann die

Übung als Audiodatei einsprechen, so gewöhnt der Patient sich an die Stimme des Therapeuten und hat eine tägliche Anleitung. Die Audiodatei kann z.B. als E-mail oder via WhatsApp versendet werden.

Reflexion

Ab der zweiten Einheit pro Emotionsbaustein ist eine 10-minütige Reflexion der letzten Sitzung und der Hausaufgabe eingeplant. Die Reflexion stellt ein verbindendes Element zwischen den einzelnen Einheiten dar. Sie dient auch zur Qualitätssicherung für den Therapeuten: Haben die Patienten verstanden, um welche Inhalte es in der letzten Sitzung ging? Haben sie den Transfer der Inhalte in ihren Alltag geschafft? So ist sichergestellt, dass der Therapeut eng an der Lebenswelt des Patienten dran bleibt und gegebenenfalls Änderungen der Verfahrensweise vornehmen kann, damit der Patient "Schritt halten" kann. Neue Patienten werden zeitgleich informiert und können leichter in das Gruppengeschehen integriert werden.

Andere wichtige Bestandteile bilden das „Feedback“ und das „Sharing“, um eine Vermittlung emotionaler Erfahrungen in der Gruppe zu initiieren.

"Feedback" bedeutet die Rückmeldung jedes einzelnen Patienten zu einem Thema. "Sharing" bedeutet das gegenseitige Teilen von Erfahrungen der einzelnen Patienten in der Gruppe.

In jeder Einheit gibt es einen solchen "Feedback-" oder "Sharing-" Anteil. Die Kraft der Gruppe soll bestmöglich genutzt, die Kommunikation zwischen den Patienten gefördert werden. So können immer wieder neue Impulse die Gruppe positiv begleiten und eigenes Erleben kann reflektiert werden. Petzold beschreibt in diesem Zusammenhang eine Methode aus der integrativen Therapie, die "narrative Praxis". Gemeint ist ein Gespräch, in dem die emotionale Komponente im Vordergrund steht (Klos & Görger, 2009, S. 51). Die "narrative Praxis" soll in den Sitzungen möglichst gefördert werden.

Übungen Kleingruppe- und Großgruppe

In den Einheiten des Curriculums soll es einen Wechsel zwischen Übungen in der Klein- und in der Großgruppe geben. Beide Einsatzfelder bieten verschie-

dene Möglichkeiten der Durchführung. In den Kleingruppen kann eine Thematik intensiv erarbeitet werden, die Großgruppe bietet sich als Austauschfläche und für die Vorstellung des Erarbeiteten an.

Abschluss / Feedback

Die Abschlussrunde soll dem Patienten und dem Therapeuten dazu dienen, die Einheit zu reflektieren und mögliche Anmerkungen, Auffälligkeiten und abschließende Gedanken auszutauschen. Außerdem wird die Hausaufgabe für die nächste Einheit besprochen, Materialien können gegebenenfalls ausgeteilt werden.

Üben zuhause

Das Üben zuhause bildet ebenfalls einen wichtigen Bestandteil. Die ambulante Reha-Nachsorge kann keinen eng strukturierten Rahmen wie in der stationären Reha bieten. Der vorherige Regulationsmechanismus fällt in der häuslichen Umgebung weg und muss von den Patienten kompensiert werden. Hausaufgaben mitzugeben, kann ein positiver und strukturbildender Bestandteil sein. Üben bedeutet zudem auch Trainieren, ist für die Effektivität des Curriculums wesentlich und dient der Förderung eines kontinuierlichen eigenständigen Übens.

Durch Hausaufgaben kann ein Bezug zur letzten Einheit hergestellt werden. Wesentliche Punkte werden wiederholt. Die Hausaufgaben werden gemeinsam mit den Patienten vereinbart, die Patienten müssen sich damit einverstanden erklären. Die Hausaufgaben sollten in der nächsten Therapiesitzung zu Beginn der Einheit besprochen werden (Beck, Wright, Newman, Liese, 1997, S. 114)

Materialien

Nach jeder Einheit sollten die Ergebnisse fotografisch festgehalten werden. Diese können dann in Papierform oder als Fotodatei an die Patienten verteilt werden. Die Abschlusssitzung am Ende der Einheiten bietet sich für die Materialverteilung an.

Theoretische Fundierung: Training emotionaler Kompetenzen (TeK)

Grundlagen

Weitgehend etabliert hat sich im deutschen Sprachgebrauch das TeK nach Berking. Das TeK integriert Methoden und Konzepte aus KVT, DBT, Selbstmanagementansätzen, achtsamkeitsbasierten Ansätzen und der allgemeinen Psychotherapie nach Grawe, um die Kompetenzen der ER systematisch zu fördern (vgl. Heber et. al., 2014, S. 155). Das TeK kann zur Rückfallprävention eingesetzt werden und mit verschiedenen Therapieverfahren kombiniert werden. Die Effektivität des Trainings ist bereits in verschiedenen Studien nachgewiesen worden (ebd. 156). In dem Training geht es im Wesentlichen um die Identifikation und Reduktion von ER-Defiziten und den Aufbau eines konstruktiven Umgangs mit Gefühlen.

Das TeK- Modell

Berking (2015, S. 14f.) entwickelt ein TeK-Modell des konstruktiven Umgangs mit Gefühlen (siehe Abb. 2, ebd. 15).

Dieses basiert auf einer Liste von sieben Kompetenzen zur Regulation von Emotionen:

1. Eigene Gefühle bewusst wahrnehmen können.
2. Die eigenen Gefühle erkennen und benennen können.
3. Die Ursachen des aktuellen Befindens erkennen können.
4. Sich in belastenden Situationen innerlich emotional unterstützen können.
5. Die eigenen Gefühle aktiv positiv beeinflussen können.
6. Negative Gefühle bei Bedarf akzeptieren und aushalten können.
7. Sich mit emotional belastenden Situationen konfrontieren lassen können.

(vgl. Berking, 2015, S.14f)

Das TEK-Modell des konstruktiven Umgangs mit Gefühlen

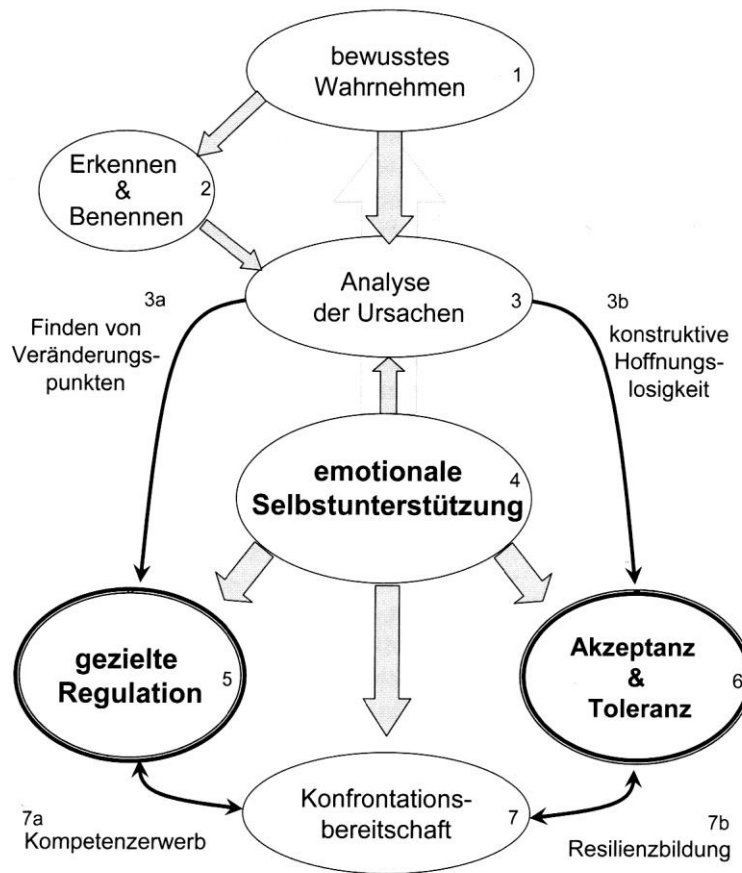


Abbildung 2

Aufgrund wissenschaftlicher Befunde meint Berking: „von zentraler Bedeutung ist, dass man die eigenen Emotionen entweder gezielt zum Besseren wenden oder sie akzeptieren und aushalten kann.“ (ebd.16)

Ein vielfältiges bzw. breites Spektrum an Strategien zur ER zu vermitteln und zu erlernen, ist wesentlicher Bestandteil des Trainings.

Ziele des Trainings

Das Kernziel der Trainings ist laut Berking (2015, S. 25) die Vermittlung effektiver Kompetenzen und daraus abgeleitet, konstruktive Bewältigungsstrategien.

Beim TeK geht es im Wesentlichen um das Erlernen von sieben "Basiskompetenzen" (siehe Abbildung 3), die Berking (ebd. 27f.) wie folgt beschreibt:



Abbildung 3

- **Basiskompetenzen 1&2: Muskel- und Atementspannung**

Diese Kompetenzen sollen ein zu hohes Erregungsniveau mindern, damit eine optimale hirnhysiologische Verarbeitung emotionaler Prozesse möglich ist (ebd. 27).

- **Basiskompetenz 3: Bewertungsfreie Wahrnehmung**

Nachdem das allgemeine Erregungsniveau herabgesenkt werden konnte, soll gelernt werden, auch die emotional belastende Situation in ihrer Interpretation herunter zu regulieren. So können andere Bewertungsvorgänge vorgenommen und unvoreingenommen auf die Situation geschaut werden. Es geht insbesondere um das "Spüren" und "Benennen" von Emotionen (ebd. 28f.)

- **Basiskompetenz 4: Akzeptieren und Tolerieren**

Negative Interpretationen lösen in der Regel Reaktionen aus, Gefühle möglichst schnell wieder zu negieren. Diese Vorgänge sind in der Regel nicht erfolgreich und lassen einen Teufelskreis entstehen, indem immer wieder versucht wird, gegen das vermeintlich negative Gefühl anzukämpfen. Eine effektivere Strategie wäre, die Gefühle zu akzeptieren und die Situation zunächst einmal auszuhalten. Nur mit diesen Kompetenzen lässt sich Ruhe in die emotionale Situation bringen (ebd. 29).

- **Basiskompetenz 5: Effektive Selbstunterstützung**

Patienten neigen dazu, ein negatives Selbstbild aufzubauen und sich selbst für ihre emotionalen Reaktionen zu kritisieren. Durch die Entwicklung einer

mitfühlenden Haltung sich selbst gegenüber, wird eine effektive Handlungsfähigkeit wieder stabilisiert (ebd. 30).

- **Basiskompetenz 6: *Analysieren***

Wichtig ist die Schulung von Erklärungsmodellen, um Orientierung zu geben und zu entpathologisieren (ebd. 30).

- **Basiskompetenz 7: *Regulieren***

Hier geht es um aktive Veränderung einer emotionalen Reaktion in eine gewünschte Richtung. Eine Entscheidung für ein Zielgefühl bildet die Grundlage für das weitere Vorgehen. Es werden möglichst viele Ideen gesammelt, wie das Gefühl erreicht werden kann. Danach erfolgt die Auswahl und Umsetzung der Ideen (ebd. 31).

Für Berking liegt die Effektivität des TeK im Training bzw. der Wiederholung und Intensivierung der einzelnen "TeK-Sequenzen". Nur im "Trainieren" der einzelnen Kompetenzen kann ein Prozess der Veränderung eintreten und ein effektiver Umgang mit Emotionen erlernt werden. Auch neurophysiologisch kann so eine Veränderung neuronaler Bahnungen stattfinden und es werden Zellverbände gestärkt, die für positive Gefühle zuständig sind (ebd. 35).

Methode: Progressive Muskelrelaxation

Die progressive Muskelrelaxation (PMR) wurde in den 1920er Jahren von Edmund Jacobsen entwickelt und wird heute mit Veränderungen des ursprünglichen Vorgehens in der Suchthilfelandchaft verstärkt eingesetzt (Kaluza, 2011, S.81).

In den meisten Fachkliniken wird dieses Entspannungsverfahren zur Rückfallprophylaxe eingesetzt. Da die meisten Patienten nach der stationären Reha im "Training" sind, ist es sinnvoll, mit dem Verfahren in der Rehabilitationsnachsorge fortzufahren.

Zu den am gründlichsten untersuchten Entspannungsverfahren in Gruppen gehören die PMR und das autogene Training von Schultz (1970). Obwohl die Verfahren schon älter sind, haben sie sich bis heute bewährt und eignen sich besonders gut in Gruppen (Berking, 2010, S.65 f., Fiedler, 1996 S. 146 f.)

Grundannahmen

Bei der PMR geht es um die zeitlich begrenzte Anspannung verschiedener Muskelgruppen und um die darauffolgende Entspannung. Der Wechsel zwischen Anspannung und Entspannung muss mehrmals wiederholt werden. Die Spannung wird wenige Sekunden gehalten und dann mit dem Ausatmen wieder gelöst. Es gibt eine Kurz- und Langform der PMR. Jacobsen nahm an, dass Spannungszustände sich in den Muskeltonus manifestieren und Entspannung eintreten kann, wenn sich Muskeln entspannen. Der klinische Aspekt des Verfahrens ist heute unumstritten (Kaluza, 2011, S.81.)

In der Therapie kommen die Patienten oft vom Alltag gestresst und von der bevorstehenden therapeutischen Situation beeinflusst zu den Gruppeneinheiten. Bei den Patienten ist meist zu Beginn der Einheiten eine gewisse Anspannung vorhanden.

Berking (2015, S.69ff) empfiehlt in seinem Training emotionaler Kompetenzen (TEK) ebenfalls die PMR als Maßnahme zur Entwicklung einer Basiskompetenz. Das regelmäßige Training soll zu einem Abbau von körperlicher Anspannung führen und das Wohlbefinden fördern.

Ziele

Ein wesentliches Ziel der PMR ist es, den Patienten zu vermitteln, sich entspannen zu können und einen aktiven Einfluss darauf zu haben. Die Kompetenz, sich zu entspannen, ist eine wesentliche Fähigkeit und für den Erhalt von Abstinenz sehr relevant.

Zu den Zielen gehören:

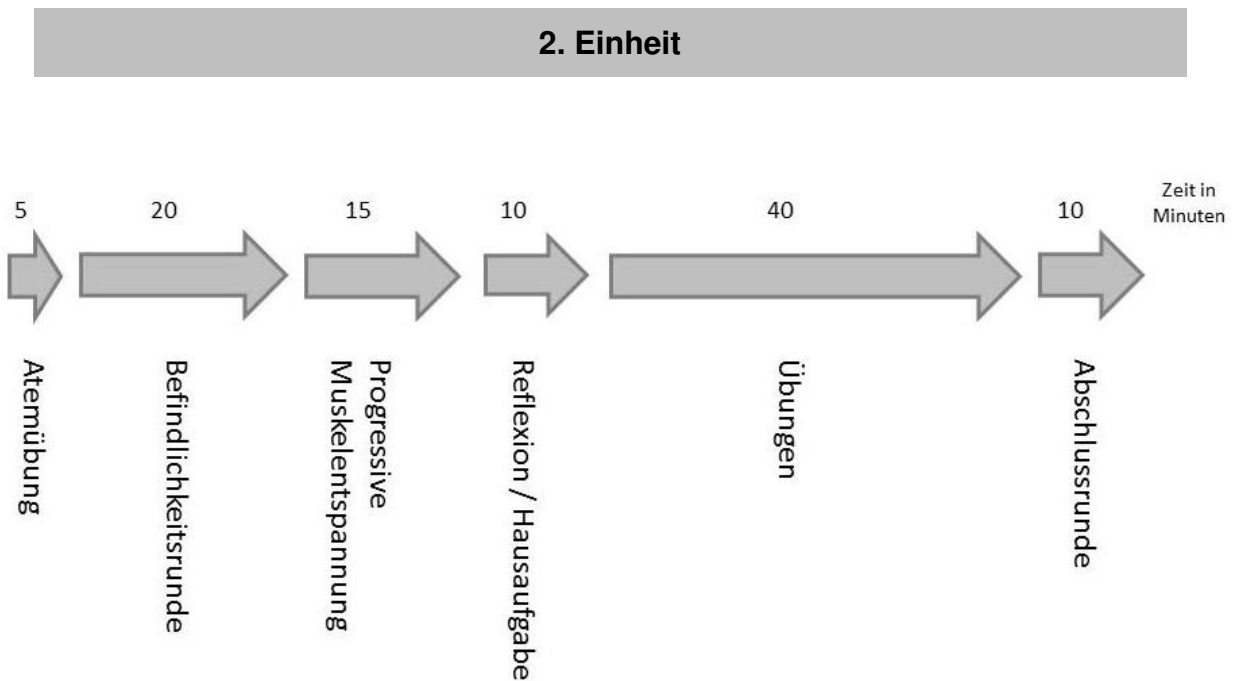
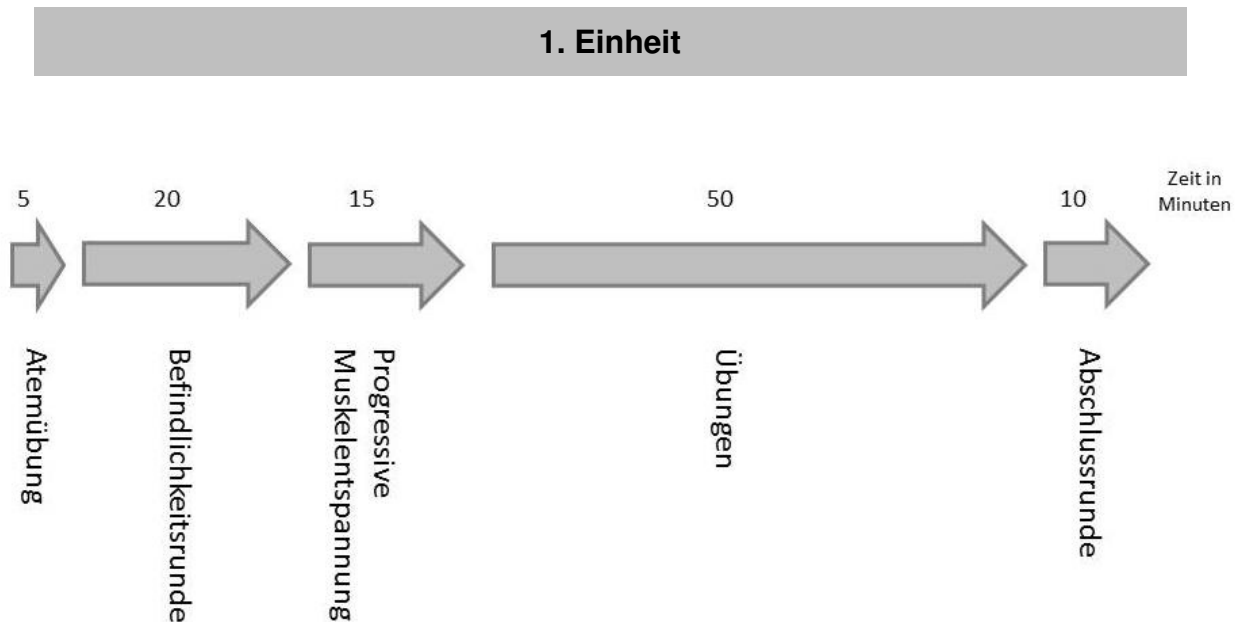
- Spannung wahrnehmen können.
- Wechsel von Anspannung und Entspannung zu erfahren. Den Unterschied zwischen beiden Zuständen zu erkennen.
- Lernen, Entspannung genießen zu können. Für viele Patienten ist es schwierig, einen Zustand von Entspannung überhaupt auszuhalten.

- Selbstregulation: Anspannung und Entspannung selbst beeinflussen zu können.

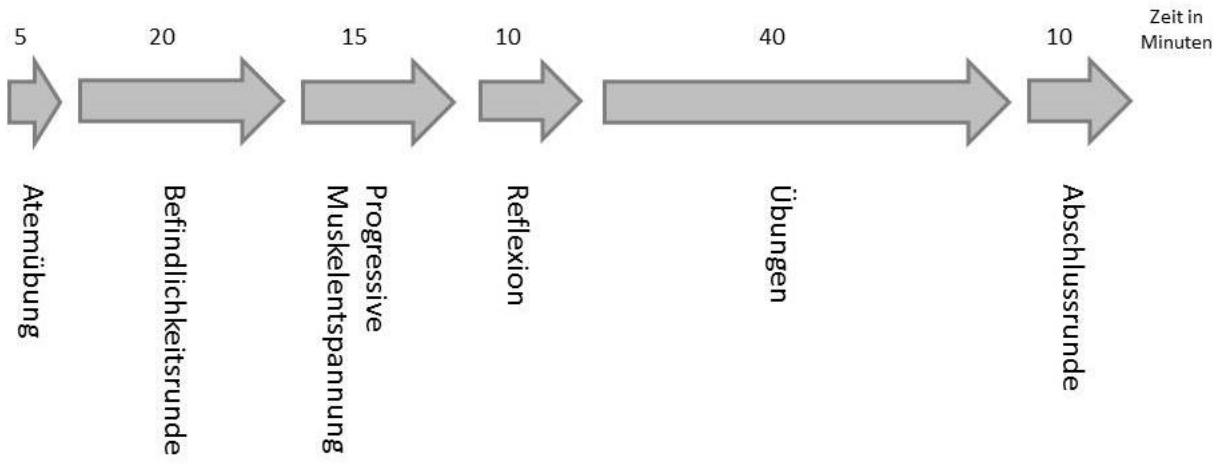
(Kaluza, 2011, S.80)

Überblick über die Einheiten

In den folgenden Abschnitten werden die einzelnen Gruppeneinheiten dargestellt (s. folgenden Kasten).



3. Einheit





Angst

Einheit 1: Einführung in die Emotion Angst (Wahrnehmung)

MATERIALIEN
Karten mit Sekundärgefühlen (Anspannung, Nervosität, Verlegenheit, Selbstunsicherheit, Unterlegenheit, Scham, Schuldgefühl, Reue, Sorge, Ekel, Schreck) DIN A 3 Blätter Buntstifte
THEMA
Oft haben Patienten Schwierigkeiten, Emotionen wahrzunehmen und zu erkennen. Für Suchtpatienten ist es wesentlich, einen Zugang zu ihren Emotionen und eine Sensibilisierung gegenüber verschiedenen Gefühlen herzustellen
ZIELE
Austausch von Erfahrungen in der Gruppe mit der Emotion Angst Verbesserung der Wahrnehmungsfähigkeit Verbalisierung von Gefühlsinhalten
ÜBERBLICK
Eröffnung/Kurze Atemübung Befindlichkeitsrunde Übung 1: Progressive Muskelentspannung Übung in der Gruppe / Karten Übung in der Großgruppe Kleingruppenübung / Visualisierung Vorstellung in der Großgruppe Abschluss/Feedback
ÜBEN ZUHAUSE
Progressive Muskelentspannung Achtsamkeit gegenüber dem Gefühl Angst Gedankenblume Angst (<i>Arbeitsblatt 1</i>)

Eröffnung

Kurze Atemübung mit der Gruppe zur Einstimmung. Die Patienten werden gebeten, langsam ein- und auszuatmen. Sie werden gebeten, laut hörbar ein- und auszuatmen. Beim ein- und ausatmen erst bis drei zählen, dann in einer langsamen Steigerung bis 5 zählen.

Befindlichkeitsrunde

In einer ca.20-minütigen Befindlichkeitsrunde haben die Patienten die Möglichkeit, ihre Woche zu reflektieren und mögliche individuelle Themen einzubringen. Falls es keine anderen Themen gibt, kann der Therapeut den Ablauf der Gruppe erläutern und mit der ersten Übung beginnen.

Übung 1: Progressive Muskelentspannung

Übung in der Großgruppe

Die Karten mit den Sekundärgefühlen werden ungeordnet auf den Boden verteilt. Jeder Patient kann eine Karte ziehen. In der Gruppe soll ein Austausch über die Erfahrung mit dem Gefühl, das der Einzelne gezogen hat, stattfinden. Der Therapeut stellt folgende Fragen an die Patienten:
Woher kennen sie das Gefühl in ihrem Leben? Was hat das Gefühl mit Angst zu tun? Wo ist die Verbindung?

Kleingruppenübung

Die Patienten bilden Kleingruppen von maximal 4 Personen. Aufgabe ist die Visualisierung der Emotion Angst.
Fragestellung an die Gruppen: Wie könnte man Angst aufmalen? Was kommen ihnen für Bilder in den Kopf, wenn sie an Situationen denken, in denen sie Angst empfinden? Gibt es ein persönliches Symbol für Angst?

Vorstellung in der Großgruppe

Einzelne Patienten werden nun gebeten, ihre Ergebnisse in der Großgruppe vorzustellen. Dabei ist der Austausch untereinander bzw. das Nachfragen der einzelnen Patienten erwünscht.

Abschluss / Feedback von Patienten und Therapeuten

Die Rückmelde- und Befindlichkeitsrunde dient der Resonanz der Teilnehmer und ist für die Therapeuten eine wichtige Kontrolle. Es können Stimmungen

aufgenommen und mögliche Hinweise für die nächste Gruppeneinheit gegeben werden.

Üben zuhause

Das Übungsblatt "Gedankenblume Angst" wird mit der Fragestellung verteilt, die persönlichen, individuellen Empfindungen zu der Emotion Angst zuhause schriftlich zu fixieren.

Die Audiodatei zu der progressiven Muskelentspannung wird in digitaler Form an die Patienten weiter gegeben und soll zur täglich Übung genutzt werden.

Einheit 2: Angst (Akzeptanz)

MATERIALIEN
Karteikarten Stifte Kreppklebeband Zwei DIN A 3 Blätter mit der jeweiligen Aufschrift: "Das Gefühl kann ich akzeptieren" "Das Gefühl kann ich nicht akzeptieren"
THEMA
Der Patient soll erfahren, dass es unterschiedliche Qualitäten der Emotion Angst gibt, dass je nach Situation und Empfindung Emotionen akzeptiert werden können und andere nicht. Intensiver Austausch in der Gruppe: Wie hat jeder Einzelne es geschafft zu akzeptieren? Was kann man tun, um möglicherweise eine Emotion akzeptieren zu können?
ZIELE
Austausch in der Gruppe Sich an bisherige Situationen erinnern Bedeutung von Akzeptanz herausstellen Aufzeigung von Wegen zu Akzeptanz Angeregt werden über bisherige Sichtweisen nachzudenken Neubewertung von Situationen
ÜBERBLICK
Eröffnung / Kurze Atemübung Befindlichkeitsrunden Übung1: Progressive Muskelentspannung Reflexion Einzelübung / Angstsituationen Vorstellung in der Großgruppe Abschluss/Feedback Üben zuhause
ÜBEN ZUHAUSE
Progressive Muskelentspannung Achtsamkeit gegenüber dem Gefühl Angst Protokollbogen 1 (Arbeitsblatt 5)

Eröffnung / Kurze Atemübung

Kurze Atemübung mit der Gruppe zur Einstimmung. Die Patienten werden gebeten, langsam ein- und auszuatmen. Sie werden gebeten, laut hörbar ein- und auszuatmen. Beim ein- und ausatmen erst bis drei zählen, dann in einer langsamen Steigerung bis 5 zählen.

Befindlichkeitsrunde

In einer ca. 20-minütigen Befindlichkeitsrunde haben die Patienten die Möglichkeit, ihre Woche zu reflektieren und mögliche individuelle Themen einzubringen. Falls es keine anderen Themen gibt, kann der Therapeut den Ablauf der Gruppe erläutern und mit der ersten Übung beginnen.

Übung 1: Progressive Muskelentspannung

Reflexion

Die Einheit beginnt mit der Rückschau auf die vorherige Einheit und der Auswertung der Hausaufgabe.

Was ist Ihnen aus der letzten Einheit im Gedächtnis geblieben? Welche Erkenntnisse haben Sie gewonnen? Was hat nachgewirkt?

Wie ist es den Patienten mit der Hausaufgabe ergangen? Wer möchte seine Gedankenblume kurz vorstellen?

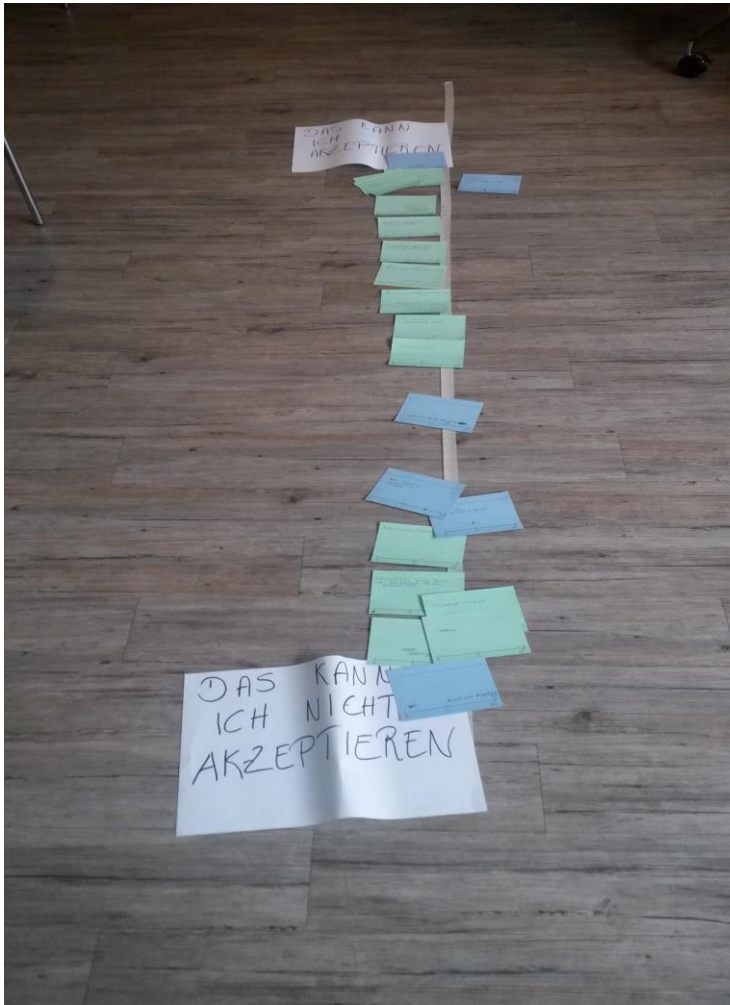
Einzelübung

Jeder Patient bekommt Karteikarten und wird gebeten, max. drei Situationen aufzuschreiben, in denen er Angst empfunden hat. Die Patienten dürfen sich im Gruppenraum frei verteilen und die Situationen in Ruhe aufschreiben.

Vorstellung in der Großgruppe

Die Patienten kommen wieder in der Großgruppe zusammen und jeder darf seine Situationen kurz vorstellen. Der Therapeut hat während der Einzelübung mit Kreppband einen Streifen auf dem Boden gezogen. An beiden Enden des Bandes liegt jeweils eine Karte. Auf einer Karte steht: "Das kann ich akzeptieren", auf der anderen Karte steht: "Das kann ich nicht akzeptieren". Der Patient wird gebeten seine Angstsituation auf das Band zu legen und seine Situation einzuordnen und zu erläutern (siehe Abbildung S.24).

Als zusätzliche Frage kommt in Betracht: Was könnte Ihnen helfen, die Situation zu akzeptieren, also die Karte weiter nach oben auf das Kreppband zu legen?



Abschluss / Feedback von Patienten und Therapeuten

Die Rückmelde- und Befindlichkeitsrunde dient der Resonanz der Teilnehmer und ist für die Therapeuten eine wichtige Kontrolle. Es können Stimmungen aufgenommen und mögliche Hinweise für die nächste Gruppeneinheit gegeben werden.

Üben zuhause

Papier "Protokollbogen 1" (Arbeitsblatt 5) wird verteilt mit der Fragestellung für zuhause, die persönlichen, individuellen Empfindungen zu der Emotion Angst schriftlich zu fixieren.

Einheit 3: Angst (Regulierung)

MATERIALIEN
Papier Stifte Karteikarten Plakat mit Aufzeichnung: "Bausteine"
THEMA
Es gibt zahlreiche und verschiedene Möglichkeiten die Emotion Angst zu regulieren. In dieser Einheit sollen verschiedene Regulierungsmöglichkeiten bzw. Strategien gegen Angst gemeinsam erarbeitet werden.
ZIELE
Regulierungsmöglichkeiten der Emotion Angst gemeinsam in der Gruppe erarbeiten Stärkung und Aktivierung vorhandener Ressourcen und Fähigkeiten Neue Strategien der Bewältigung kennenlernen Erarbeitung persönlicher Strategien
ÜBERBLICK
Eröffnung / Kurze Atemübung Befindlichkeitsrunde Übung1: Progressive Muskelentspannung Reflexion Kleingruppe / Strategien Vorstellung in der Großgruppe Abschluss/Feedback Üben zuhause
ÜBEN ZUHAUSE
Progressive Muskelentspannung Achtsamkeit gegenüber dem Gefühl Angst Protokollbogen Angst 2

Eröffnung / Kurze Atemübung

Kurze Atemübung mit der Gruppe zur Einstimmung. Die Patienten werden gebeten, langsam ein- und auszuatmen. Sie werden gebeten, laut hörbar ein- und auszuatmen. Beim ein- und ausatmen erst bis drei zählen, dann in einer langsamen Steigerung bis 5 zählen.

Befindlichkeitsrunde

In einer ca. 20-minutigen Befindlichkeitsrunde haben die Patienten die Möglichkeit, ihre Woche zu reflektieren und mögliche individuelle Themen einzubringen.

Falls es keine anderen Themen gibt, kann der Therapeut den Ablauf der Gruppeneinheit erläutern und mit der ersten Übung beginnen.

Übung 1: Progressive Muskelentspannung

Reflexion

Die Einheit beginnt mit der Rückschau auf die vorherige Einheit und der Auswertung der Hausaufgabe.

Was ist Ihnen aus der letzten Sitzung im Gedächtnis geblieben? Welche Erkenntnisse haben Sie gewonnen? Was hat nachgewirkt?

Wie ist es den Patienten mit ihren Hausaufgaben ergangen? Wer möchte seinen Protokollbogen kurz vorstellen?

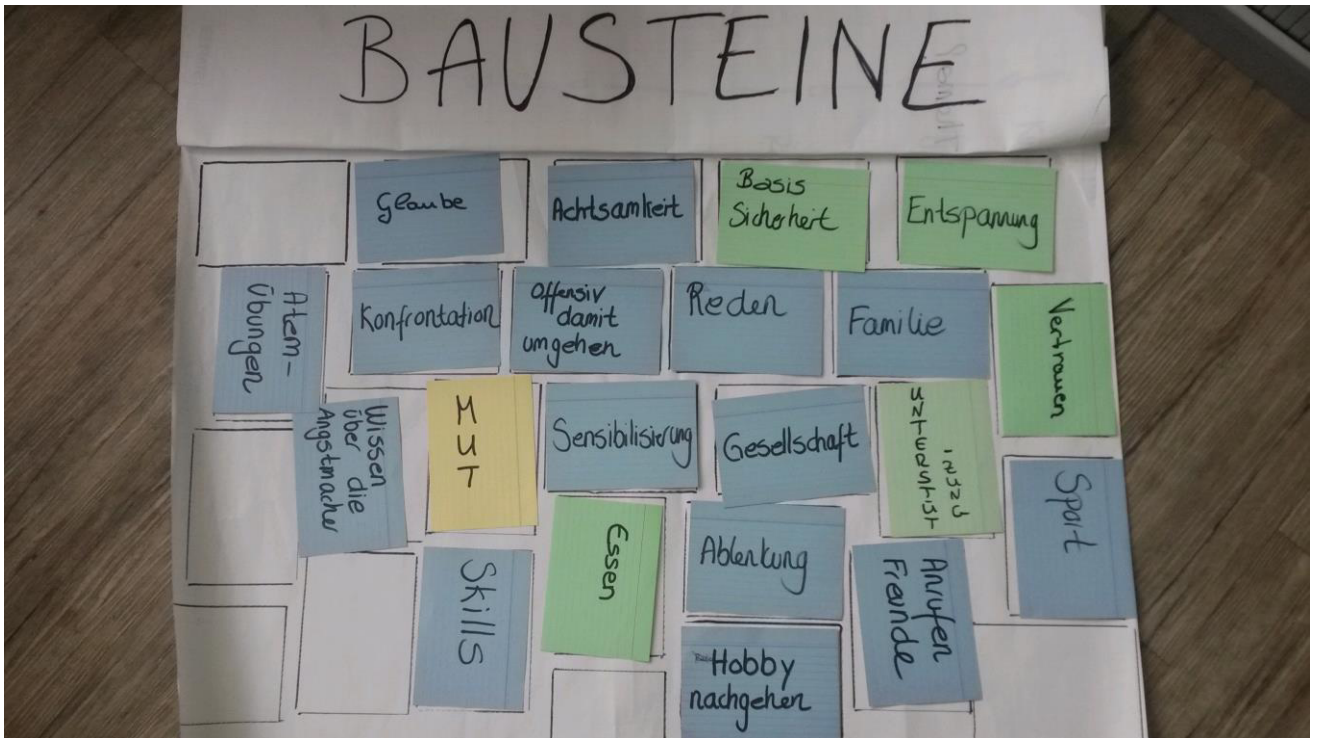
Kleingruppe

Die Patienten bilden Kleingruppen mit maximal 4 Teilnehmern. In der Kleingruppe sollen verschiedene Bewältigungsstrategien erarbeitet und auf Karteikarten einzeln verschriftlicht werden.

Vorstellung in der Großgruppe

Im nächsten Schritt sollen die Antworten der Patienten mit folgender Vorgehensweise (siehe Abbildungen S.27) zusammengetragen werden:

Jede Gruppe stellt ihre erarbeiteten Strategien vor. Auf einem plakatgroßen Papier werden die "Bausteine" (in Anlehnung an Klos & Görge, 2009, S.80ff) gegen Angst auf den Boden gelegt oder, falls vorhanden, an einer Metaplanwand angebracht. Die Karteikarten der Patienten können auf die Felder, die wie Bausteine aussehen, gelegt werden. Es soll ein intensiver Austausch zwischen den Patienten stattfinden.



Abschluss / Feedback von Patienten und Therapeuten

Die Rückmelde- und Befindlichkeitsrunde dient der Resonanz der Teilnehmer und ist für die Therapeuten eine wichtige Kontrolle. Es können Stimmungen aufgenommen und mögliche Hinweise für die nächste Gruppeneinheit gegeben werden.

Üben zuhause:

Das Übungsblatt "Protokollbogen 2" wird verteilt mit der Fragestellung für zuhause, die persönlichen, individuellen Empfindungen zu der Emotion Angst schriftlich zu fixieren.

Erfahrungen und Hinweise:

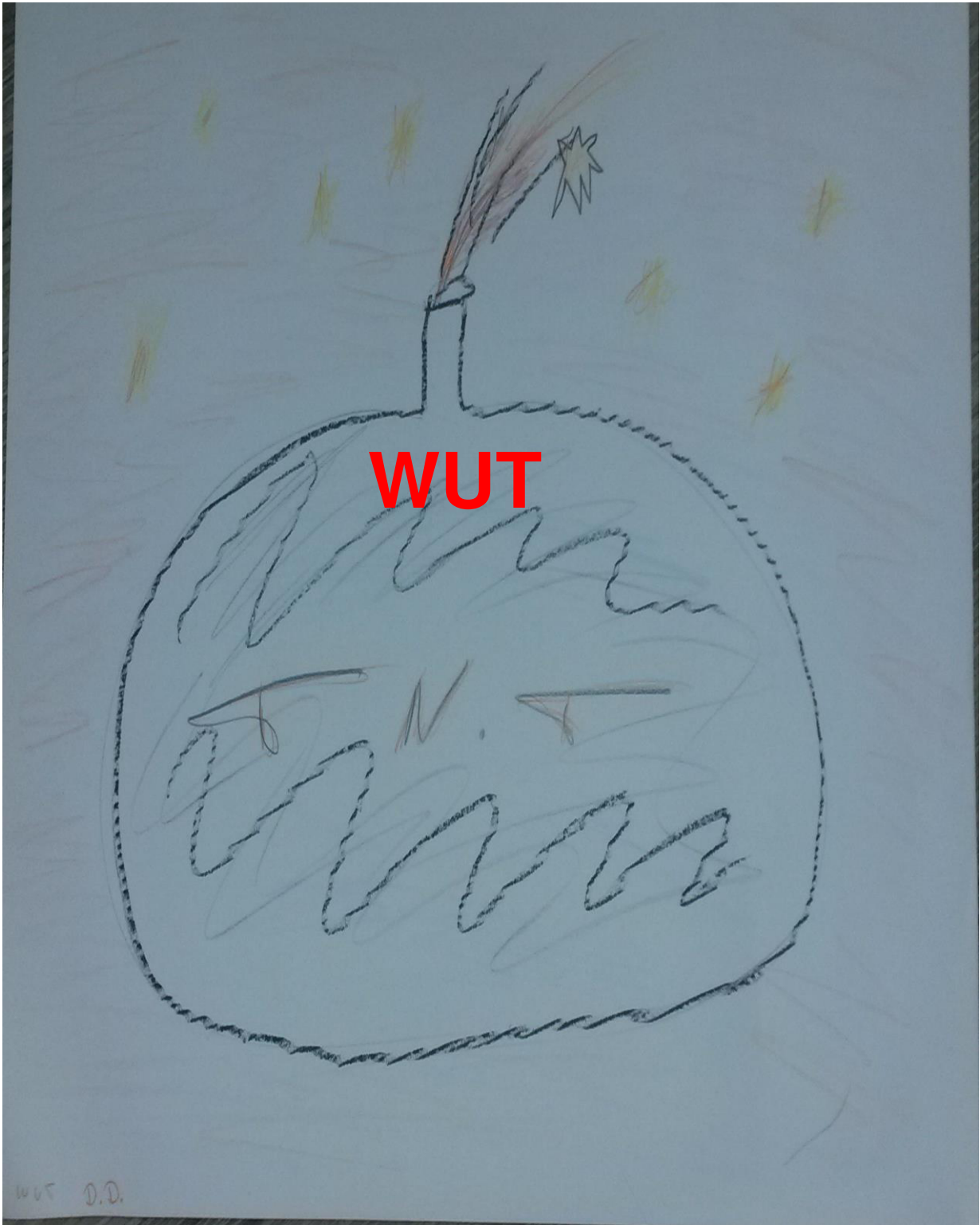
Anhand der "Bausteine" auf der zweiten Abbildung (siehe S. 27) ist zu erkennen, dass die Patienten dazu neigen, sehr pauschale, einheitliche (Ober-) Begriffe, z.B. Skills, für die Strategien zu verwenden. Hier könnte der Therapeut eine weitere Einheit einbauen und zu den einzelnen Strategien detaillierte Beschreibungen von den Patienten erarbeiten lassen. Z.B. "mit einem Freund einen Kaffee trinken gehen".

Oftmals haben Patienten keinen Zugang zu möglichen Strategien zur Regulierung von Emotionen und tun sich auch in der Gruppe schwer, einzelne "Bausteine" zu finden. Hier ist es notwendig, dass der Therapeut anleitet und Bewältigungsmöglichkeiten aufzeigt. Z.B. Techniken zur Entspannung, Ablenken, körperliches Abreagieren (Sport). Hier könnten auch anhand einer individuellen Situation eines Patienten konkrete Bewältigungsmöglichkeiten erarbeitet und in der Gruppe dargestellt werden.

Zur Optimierung der Methode kann der Therapeut je nach zeitlichem Rahmen einzelne Karteikarten bzw. "Bausteine" herausnehmen und fragen:

Was passiert, wenn wichtige Bausteine an dieser Stelle fehlen und sich Lücken bilden und die Möglichkeit der Regulierung wegfällt? Was für Möglichkeiten gibt es? Der Therapeut fragt die Patienten weiter: Was für Lösungsstrategien stehen ihnen im Falle zu großer Lücken zur Verfügung?

Es gibt auch die Möglichkeit, statt der Karteikarten, die symbolisch für einzelne "Bausteine" stehen sollen, Holz-Bausteine zu verwenden. Die Patienten können dann in Kleingruppen ein "Haus aus Strategien gegen die Angst" bauen. Jeder Baustein steht für eine Strategie. Jeder einzelne Baustein bekommt dann einen Zettel mit jeweils einer Strategie angeheftet. Die Patienten können ihre Häuser in der Großgruppe vorstellen.



Wut

Einheit 1: Einführung in die Emotion Wut (Wahrnehmung)

MATERIALIEN
Karten mit Sekundärgefühlen (Ärger, Zorn, Missmut, Ungeduld, Widerwille, Trotz, Abneigung, Hass, Verachtung, Misstrauen, Neid, Eifersucht) DIN A 3 Blätter Buntstifte
THEMA
Oft haben Patienten Schwierigkeiten, Emotionen wahrzunehmen und zu erkennen. Für Suchtpatienten ist es wesentlich, einen Zugang zu ihren Emotionen und eine Sensibilisierung gegenüber verschiedenen Gefühlen herzustellen
ZIELE
Austausch von Erfahrungen in der Gruppe mit der Emotion Wut Verbesserung der Wahrnehmungsfähigkeit Verbalisierung von Gefühlsinhalten
ÜBERBLICK
Eröffnung/Kurze Atemübung Befindlichkeitsrunde Übung1: Progressive Muskelentspannung Übung in der Gruppe / Karten Übung in der Großgruppe Kleingruppenübung / Visualisierung Vorstellung in der Großgruppe Abschluss/Feedback
ÜBEN ZUHAUSE
Progressive Muskelentspannung Kurzform Achtsamkeit gegenüber dem Gefühl Wut Gedankenblume Wut (<i>Arbeitsblatt 2</i>)

Einheit 2: Wut (Akzeptanz)

MATERIALIEN
Karteikarten Stifte Kreppklebeband Zwei DIN A 3 Blätter mit der jeweiligen Aufschrift: "Das Gefühl kann ich akzeptieren" "Das Gefühl kann ich nicht akzeptieren"
THEMA
Der Patient soll erfahren, dass es unterschiedliche Qualitäten der Emotion Wut gibt, dass je nach Situation und Empfindung Emotionen akzeptiert werden können und andere nicht. Intensiver Austausch in der Gruppe: Wie hat jeder Einzelne es geschafft zu akzeptieren? Was kann man tun, um eine Emotion akzeptieren zu können?
ZIELE
Sich an bisherige Situationen erinnern Bedeutung von Akzeptanz herausstellen Aufzeigung von Wegen zu Akzeptanz Angeregt werden über bisherige Sichtweisen nachzudenken Neubewertung von Situationen
ÜBERBLICK
Eröffnung / Kurze Atemübung Befindlichkeitsrunde Übung1: Progressive Muskelentspannung Reflexion Einzelübung / Wutsituationen Vorstellung in der Großgruppe Abschluss/Feedback Üben zuhause
ÜBEN ZUHAUSE
Progressive Muskelentspannung Achtsamkeit gegenüber dem Gefühl Wut Protokollbogen1 (<i>Arbeitsblatt 5</i>)

Einheit 3: Wut (Regulierung)

MATERIALIEN
Papier Stifte Karteikarten Plakat mit Aufzeichnung: "Bausteine"
THEMA
Es gibt zahlreiche und verschiedene Möglichkeiten, die Emotion Wut zu regulieren. In dieser Einheit sollen verschiedene Regulierungsmöglichkeiten bzw. Strategien gegen Wut gemeinsam erarbeitet werden
ZIELE
Regulierungsmöglichkeiten der Emotion Wut gemeinsam in der Gruppe erarbeiten Stärkung und Aktivierung vorhandener Ressourcen und Fähigkeiten Neue Strategien der Bewältigung kennenlernen Erarbeitung persönlicher Strategien
ÜBERBLICK
Eröffnung / Kurze Atemübung Befindlichkeitsrunde Übung1: Progressive Muskelentspannung Reflexion Kleingruppe / Strategien Vorstellung in der Großgruppe Abschluss/Feedback Üben zuhause
ÜBEN ZU HAUSE
Progressive Muskelentspannung Achtsamkeit gegenüber dem Gefühl Wut Protokollbogen 2 (<i>Arbeitsblatt 6</i>)



Trauer

Einheit 1: Einführung in die Emotion Trauer (Wahrnehmung)

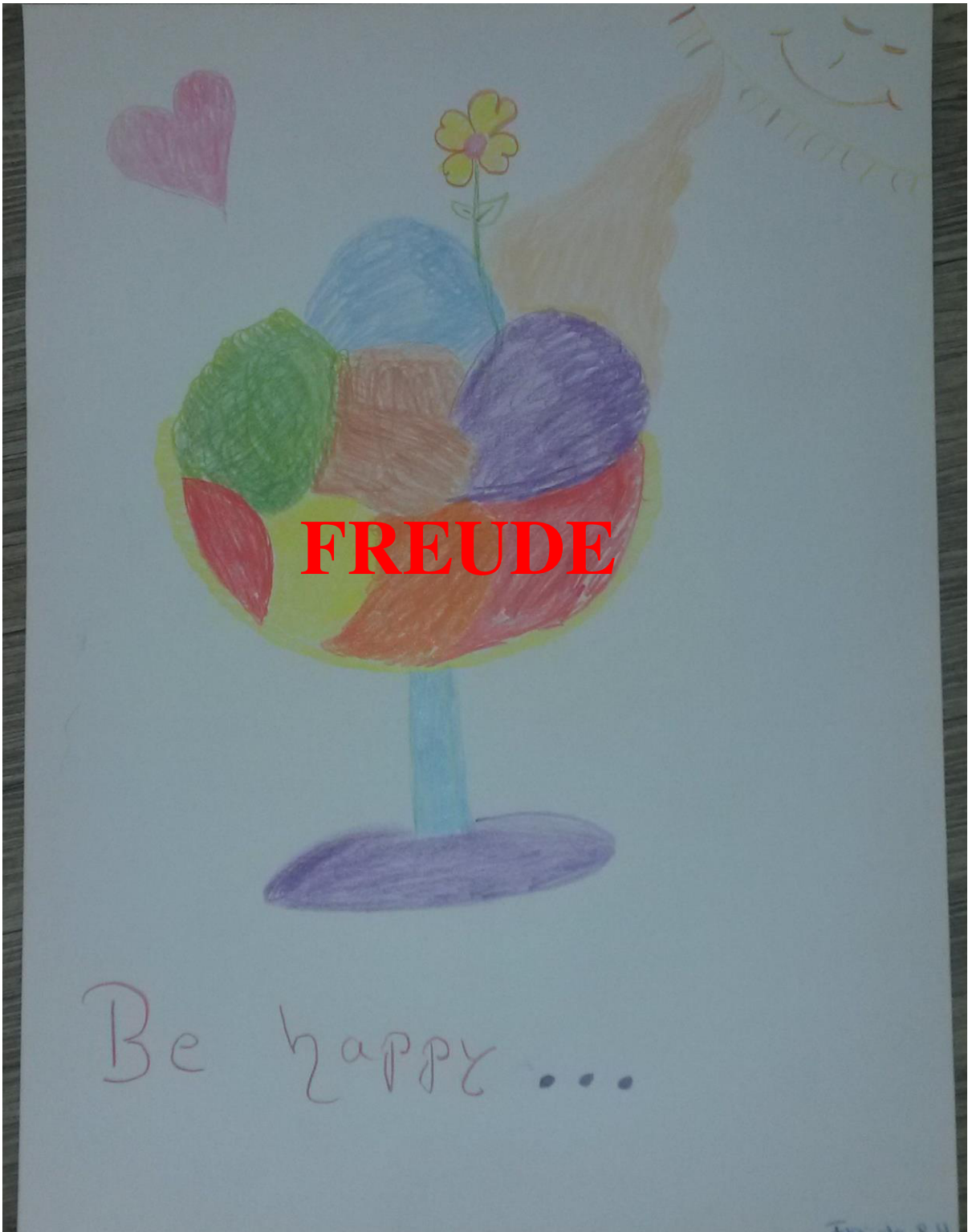
MATERIALIEN
Karten mit Sekundärgefühlen (Traurigkeit, Verzweiflung, Sehnsucht, Einsamkeit, Leere, Langeweile, Enttäuschung, Beleidigtsein, Mitgefühl) DIN A 3 Blätter Buntstifte
THEMA
Oft haben Patienten Schwierigkeiten Emotionen wahrzunehmen und zu erkennen. Für Suchtpatienten ist es wesentlich einen Zugang zu ihren Emotionen und eine Sensibilisierung gegenüber verschiedenen Gefühlen herzustellen
ZIELE
Austausch von Erfahrungen in der Gruppe mit der Emotion Trauer Verbesserung der Wahrnehmungsfähigkeit Verbalisierung von Gefühlsinhalten
ÜBERBLICK
Eröffnung/Kurze Atemübung Befindlichkeitsrunde Übung in der Gruppe / Karten Übung in der Großgruppe Kleingruppenübung / Visualisierung Vorstellung in der Großgruppe Abschluss/Feedback
ÜBEN ZU HAUSE
Progressive Muskelentspannung Kurzform Achtsamkeit gegenüber dem Gefühl Trauer Gedankenblume Trauer (<i>Arbeitsblatt 3</i>)

Einheit 2: Trauer (Akzeptanz)

MATERIALIEN
Karteikarten Stifte Kreppklebeband Zwei DIN A 3 Blätter mit der jeweiligen Aufschrift: "Das Gefühl kann ich akzeptieren" "Das Gefühl kann ich nicht akzeptieren"
THEMA
Der Patient soll erfahren, dass es unterschiedliche Qualitäten der Emotion Trauer gibt, dass je nach Situation und Empfindung Emotionen akzeptiert werden können und andere nicht. Intensiver Austausch in der Gruppe: Wie hat jeder Einzelne es geschafft zu akzeptieren? Was kann man tun, um möglicherweise eine Emotion akzeptieren zu können?
ZIELE
Sich an bisherige Situationen erinnern Bedeutung von Akzeptanz herausstellen Aufzeigung von Wegen zu Akzeptanz Angeregt werden über bisherige Sichtweisen nachzudenken Neubewertung von Situationen
ÜBERBLICK
Eröffnung / Kurze Atemübung Befindlichkeitsrunde Übung1: Progressive Muskelentspannung Reflexion Einzelübung / Trauersituationen Vorstellung in der Großgruppe Abschluss/Feedback Üben zuhause
ÜBEN ZUHAUSE
Progressive Muskelentspannung Achtsamkeit gegenüber dem Gefühl Trauer Protokollbogen 1 (<i>Arbeitsblatt 5</i>)

Einheit 3: Trauer (Regulierung)

MATERIALIEN
Papier Stifte Karteikarten Plakat mit Aufzeichnung: "Bausteine"
THEMA
Es gibt zahlreiche und verschiedene Möglichkeiten die Emotion Trauer zu regulieren. In dieser Einheit sollen verschiedene Regulierungsmöglichkeiten bzw. Strategien gegen Trauer gemeinsam erarbeitet werden
ZIELE
Regulierungsmöglichkeiten der Emotion Trauer gemeinsam in der Gruppe erarbeiten Stärkung und Aktivierung vorhandener Ressourcen und Fähigkeiten Neue Strategien der Bewältigung kennenlernen Erarbeitung persönlicher Strategien
ÜBERBLICK
Eröffnung / Kurze Atemübung Befindlichkeitsrunde Übung1: Progressive Muskelentspannung Reflexion Kleingruppe / Strategien Vorstellung in der Großgruppe Abschluss/Feedback Üben zuhause
ÜBEN ZUHAUSE
Progressive Muskelentspannung Achtsamkeit gegenüber dem Gefühl Trauer Protokollbogen 2 (<i>Arbeitsblatt 6</i>)



Freude

Einheit 1: Einführung in die Emotion Freude (Wahrnehmung)

MATERIALIEN
Karten mit Sekundärgefühlen (Begeisterung, Glück, Übermut, Leidenschaft, Lust, Zufriedenheit, Stolz, Selbstvertrauen, Gelassenheit, Überlegenheit, Dankbarkeit, Vertrauen, Zuneigung, Liebe, Rührung) DIN A 3 Blätter Buntstifte
THEMA
Oft haben Patienten Schwierigkeiten Emotionen wahrzunehmen und zu erkennen. Für Suchtpatienten ist es wesentlich einen Zugang zu ihren Emotionen und eine Sensibilisierung gegenüber verschiedenen Gefühlen herzustellen
ZIELE
Austausch von Erfahrungen in der Gruppe mit der Emotion Freude Verbesserung der Wahrnehmungsfähigkeit Fähigkeit zu positiven Gefühlen bewusst machen Verbalisierung von Gefühlsinhalten
ÜBERBLICK/ABLAUF
Eröffnung/Kurze Atemübung Befindlichkeitsrunde Übung in der Gruppe / Karten Übung in der Großgruppe Kleingruppenübung / Visualisierung Vorstellung in der Großgruppe Abschluss/Feedback
ÜBEN ZUHAUSE
Progressive Muskelentspannung Achtsamkeit gegenüber dem Gefühl Freude Gedankenblume Freude (<i>Arbeitsblatt 4</i>)

Einheit 2: Freude (Akzeptanz)

MATERIALIEN
Karteikarten Stifte Kreppklebeband Zwei DIN A 3 Blätter mit der jeweiligen Aufschrift: "Das Gefühl kann ich akzeptieren" "Das Gefühl kann ich nicht akzeptieren"
THEMA
Der Patient soll erfahren, dass es unterschiedliche Qualitäten der Emotion Freude gibt, dass je nach Situation und Empfindung Emotionen akzeptiert werden können und andere nicht. Intensiver Austausch in der Gruppe: Wie hat jeder Einzelne es geschafft zu akzeptieren? Was kann man tun, um möglicherweise eine Emotion akzeptieren zu können?
ZIELE
Sich an bisherige Situationen erinnern Bedeutung von Akzeptanz herausstellen Aufzeigung von Wegen zu Akzeptanz Angeregt werden über bisherige Sichtweisen nachzudenken Neubewertung von Situationen
ÜBERBLICK/ABLAUF
Eröffnung / Kurze Atemübung Befindlichkeitsrunde Übung1: Progressive Muskelentspannung Reflexion Einzelübung / Freudesituationen Vorstellung in der Großgruppe Abschluss/Feedback Üben zuhause
ÜBEN ZUHAUSE
Progressive Muskelentspannung Achtsamkeit gegenüber dem Gefühl Freude Protokollbogen 1 (<i>Arbeitsblatt 5</i>)

Einheit 3: Freude (Regulierung)

MATERIALIEN
Papier Stifte Karteikarten Plakat mit Aufzeichnung: "Bausteine"
THEMA
Es gibt zahlreiche und verschiedene Möglichkeiten die Emotion Freude zu regulieren. In dieser Einheit sollen verschiedene Regulierungsmöglichkeiten bzw. Strategien um Freude zu erhalten erarbeitet werden
ZIELE
Regulierungsmöglichkeiten der Emotion Freude gemeinsam in der Gruppe erarbeiten Entwicklung von Strategien um Freude zu erhalten Stärkung und Aktivierung vorhandener Ressourcen und Fähigkeiten Neue Strategien der Bewältigung kennenlernen Erarbeitung persönlicher Strategien
ÜBERBLICK/ABLAUF
Eröffnung / Kurze Atemübung Befindlichkeitsrunde Übung1: Progressive Muskelentspannung Reflexion Kleingruppe / Strategien Vorstellung in der Großgruppe Abschluss/Feedback Üben zuhause
ÜBEN ZUHAUSE
Progressive Muskelentspannung Achtsamkeit gegenüber dem Gefühl Freude Protokollbogen Freude 2 (<i>Arbeitsblatt 6</i>)

Besonderheiten in Einheit 3: Freude

Änderung der Fragestellung/ des Blickwinkels:

Kleingruppen/Strategien:

Die Patienten bilden Kleingruppen mit maximal 4 Teilnehmern. In der Kleingruppe sollen die Strategien erarbeitet werden. Bei dem Emotionsbaustein "Freude" geht es darum, Strategien zu finden, um die Freude im Leben des Patienten aufrecht zu erhalten.

Vorstellung in der Großgruppe:

Jede Gruppe stellt seine erarbeiteten Strategien vor. Auf einem plakatgroßen Papier werden die "Bausteine" für Freude (Wie erhalte ich Freude in meinem Leben?) auf den Boden gelegt oder, falls zur Verfügung steht, an einer Meta-planwand angebracht. Die Karteikarten der Patienten können auf die Felder gelegt werden. Es soll ein intensiver Austausch zwischen den Patienten stattfinden.

Abschlusseinheit: Reflektion

MATERIALIEN
Flipchart Stifte Karteikarten Liste der besprochenen Gefühle Arbeitsblatt: "Welches Gefühl gehört am meisten zu mir?"
THEMA
Die bisherigen Emotionsbausteine sollen individuell ausgewertet werden. Die persönliche Auswertung soll in der Großgruppe dargestellt werden und einer gemeinsamen Zusammenschau dienen..
ZIELE
Erfahrungsaustausch Auswertung der Sitzungen und Auffrischung der Inhalte Lerneffekte vertiefen Offene Fragen besprechen Persönliche Bewertung des Curriculums
ÜBERBLICK
Eröffnung / Kurze Atemübung Befindlichkeitsrunde Reflexion Übung 1: Progressive Muskelentspannung Einzelübung "Welches Gefühl gehört am meisten zu mir?" Großgruppe Abschluss/Feedback

Eröffnung / Kurze Atemübung

Kurze Atemübung mit der Gruppe zur Einstimmung. Die Patienten werden gebeten, langsam ein- und auszuatmen. Sie werden gebeten laut hörbar ein- und auszuatmen. Beim ein- und ausatmen erst bis drei zählen, dann in einer langsamen Steigerung bis 5 zählen.

Befindlichkeitsrunde

In einer ca. 20-minütigen Befindlichkeitsrunde haben die Patienten die Möglichkeit, ihre Woche zu reflektieren und mögliche individuelle Themen einzubringen. Falls es keine anderen Themen gibt, kann der Therapeut den Ablauf der Gruppendynamik erläutern und mit der ersten Übung beginnen.

Übung 1: Progressive Muskelentspannung

Reflexion

Der Therapeut gibt eine Rückschau auf die Inhalte der bisherigen Einheiten. Dafür können die Emotionsbausteine auf einem Flipchart schriftlich festgehalten und gemeinsam betrachtet werden. Der Therapeut führt in die nächste Übung ein, in der es um eine Auswertung von Emotionsinhalten jedes einzelnen Patienten geht.

Einzelübung

Jeder Patient bekommt die Liste der Gefühle (Arbeitsblatt 7) ausgeteilt. Diese wird kurz besprochen. Der Patient bekommt das Arbeitsblatt 8 ausgeteilt und soll in den nächsten 20 Minuten erarbeiten, welches Gefühl am meisten zu ihm gehört. Welches der Gefühle die in den Einheiten behandelt wurden hat den Patienten am meisten angesprochen?

Großgruppe

Die Patienten kommen in der Großgruppe zusammen. Jeder Patient bekommt die Gelegenheit, sein Arbeitsblatt vorzustellen. Dabei ist der Austausch untereinander bzw. das Nachfragen der einzelnen Patienten erwünscht.

Abschluss / Feedback von Patienten und Therapeuten

In der Abschlussrunde können sowohl die Therapeuten als auch die Patienten ihre Erfahrungen, Empfindungen und gegebenenfalls Veränderungswünsche zu dem Curriculum formulieren. Der Therapeut kann fragen: Was fanden sie an dem Curriculum nützlich? Was hat sich in den letzten Wochen verändert?

Hinweise und Erfahrungen

Zu der Abschlusseinheit könnte überlegt werden einen Auswertungsfragebogen auszuteilen, der anonym ausgefüllt werden kann. Das gibt dem Patienten die Gelegenheit wichtige Aspekte schriftlich auszudrücken und der Therapeut erhält eine Rückmeldung zu seiner Arbeit.

Anhang

Verzeichnis der Arbeitsmaterialien

Übung 1: Anleitung progressive Muskelentspannung / Audiodatei (aus Berking, 2015, S.73)

Arbeitsblatt 1: Gedankenblume Angst

Arbeitsblatt 2: Gedankenblume Wut

Arbeitsblatt 3: Gedankenblume Trauer

Arbeitsblatt 4: Gedankenblume Freude

Arbeitsblatt 5: Protokollbogen 1

Arbeitsblatt 6: Protokollbogen 2

Arbeitsblatt 7: Liste der Gefühle

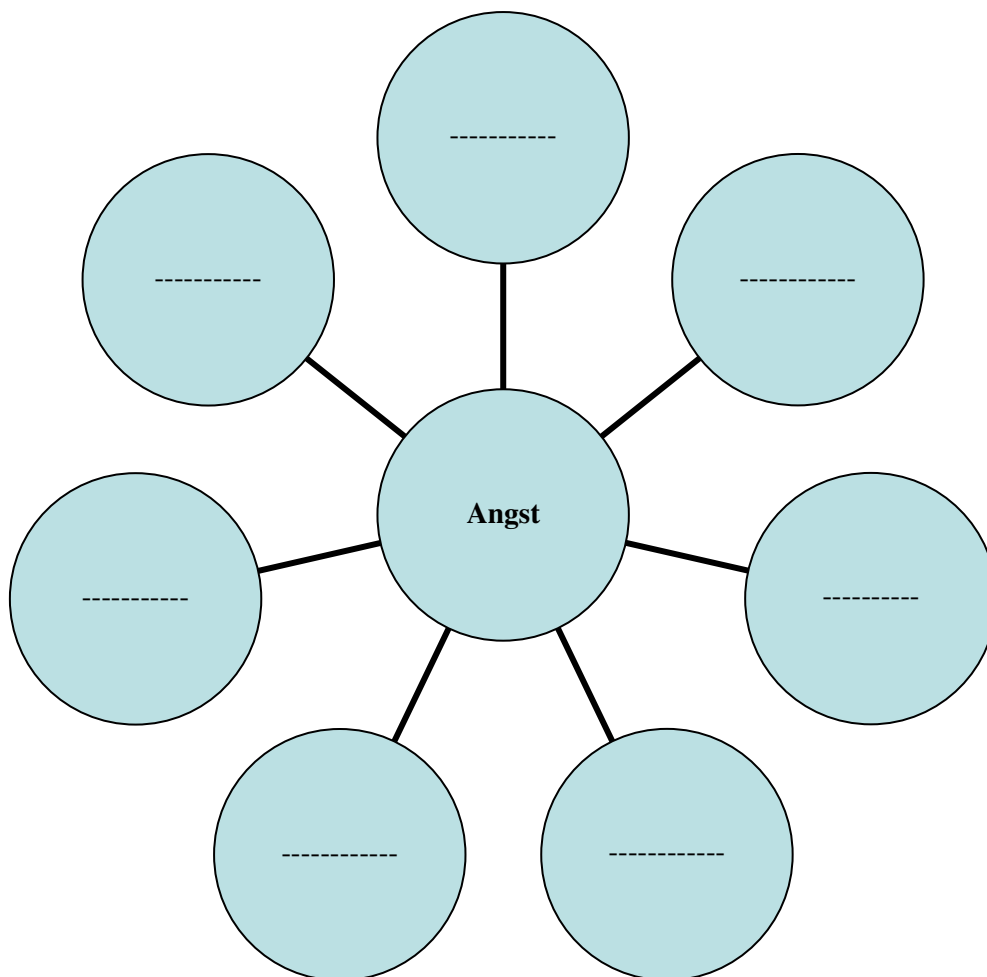
Arbeitsblatt 8: Welches Gefühl gehört am meisten zu mir?

Arbeitsblatt 1

Gedankenblume **Angst**

Wenn wir ein Wort hören haben wir bestimmte Gedanken und Empfindungen. Es ist hilfreich für uns, wenn wir wissen, was genau wir unter dem Wort verstehen. Denn so können wir unseren eigenen Denk- und Gefühlsmustern auf die Spur kommen und erst dadurch wird eine Verhaltensänderung überhaupt realisierbar.

Tragen sie spontan in die nachstehende Gedankenblume die Gedanken ein, die ihnen in den Sinn kommen, wenn Sie das Wort **Angst** lesen und hören.



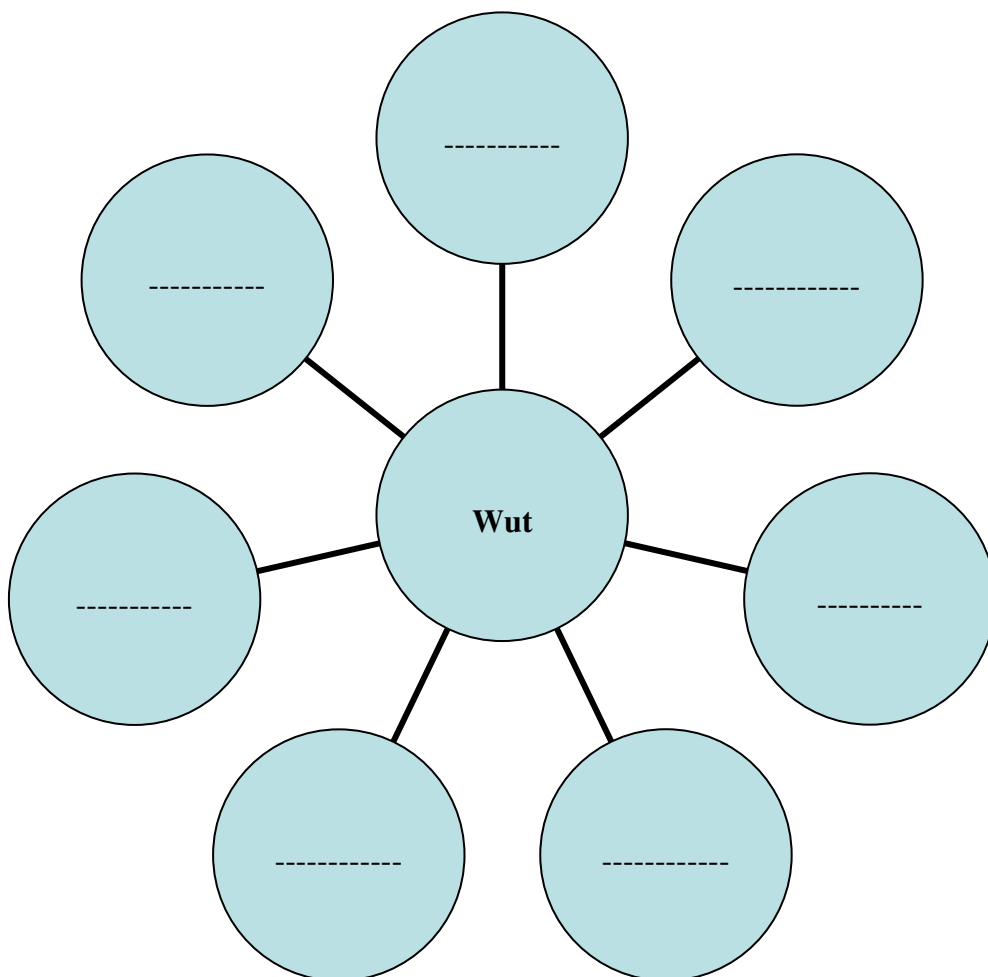
Aus Engelmann: Therapie-Tools Resilienz, Beltz, 2014 modifiziert am 21.06.2016

Arbeitsblatt 2

Gedankenblume **Wut**

Wenn wir ein Wort hören haben wir bestimmte Gedanken und Empfindungen. Es ist hilfreich für uns, wenn wir wissen, was genau wir unter dem Wort verstehen. Denn so können wir unseren eigenen Denk- und Gefühlsmustern auf die Spur kommen und erst dadurch wird eine Verhaltensänderung überhaupt realisierbar.

Tragen sie spontan in die nachstehende Gedankenblume die Gedanken ein, die ihnen in den Sinn kommen, wenn Sie das Wort **Wut** lesen und hören.



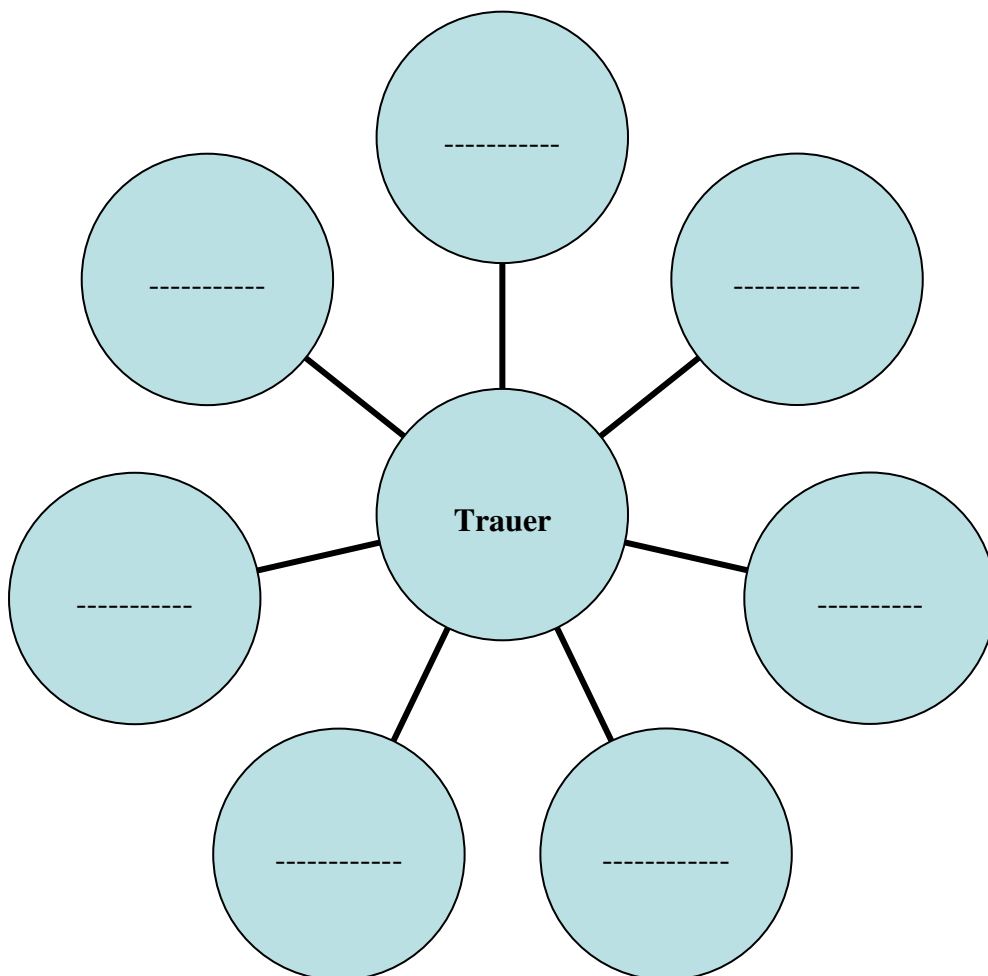
Aus Engelmann: Therapie-Tools Resilienz, Beltz, 2014 modifiziert am 21.06.2016

Arbeitsblatt 3

Gedankenblume **Trauer**

Wenn wir ein Wort hören haben wir bestimmte Gedanken und Empfindungen. Es ist hilfreich für uns, wenn wir wissen, was genau wir unter dem Wort verstehen. Denn so können wir unseren eigenen Denk- und Gefühlsmustern auf die Spur kommen und erst dadurch wird eine Verhaltensänderung überhaupt realisierbar.

Tragen sie spontan in die nachstehende Gedankenblume die Gedanken ein, die ihnen in den Sinn kommen, wenn Sie das Wort **Trauer** lesen und hören.



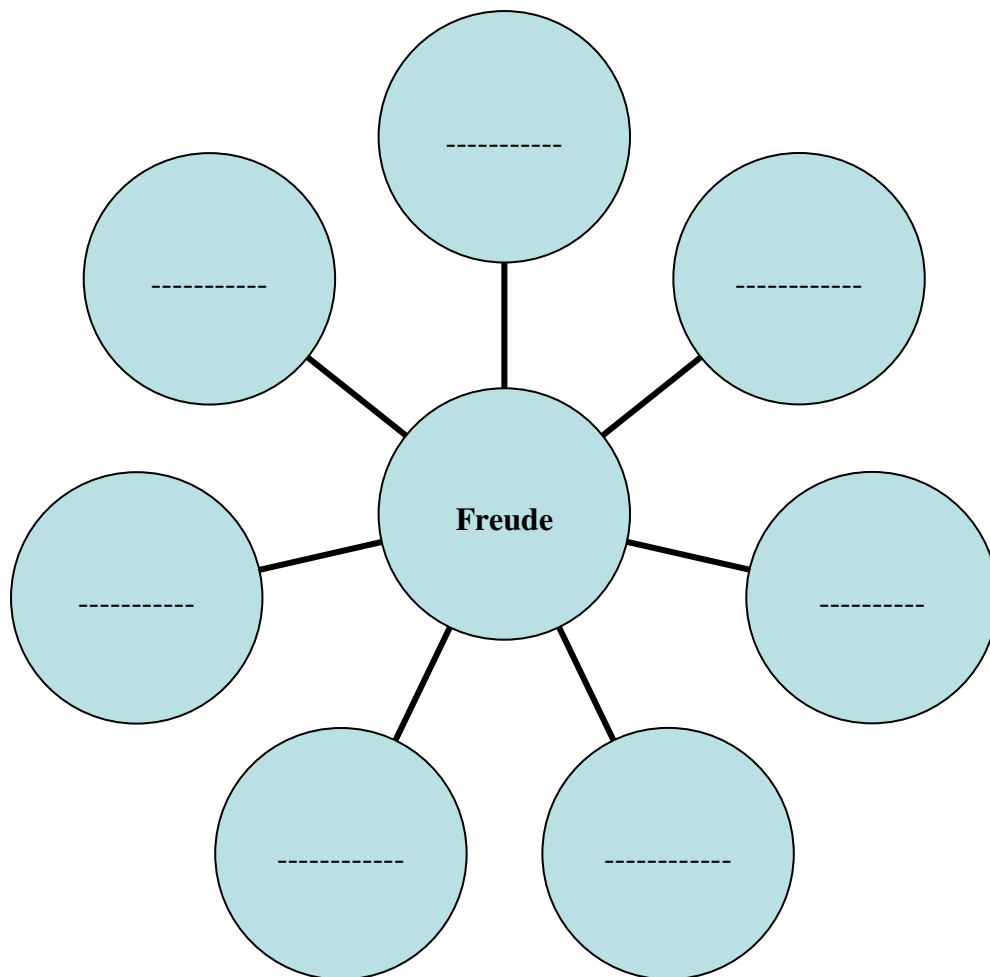
Aus Engelmann: Therapie-Tools Resilienz, Beltz, 2014 modifiziert am 21.06.2016

Arbeitsblatt 4

Gedankenblume **Freude**

Wenn wir ein Wort hören haben wir bestimmte Gedanken und Empfindungen. Es ist hilfreich für uns, wenn wir wissen, was genau wir unter dem Wort verstehen. Denn so können wir unseren eigenen Denk- und Gefühlsmustern auf die Spur kommen und erst dadurch wird eine Verhaltensänderung überhaupt realisierbar.

Tragen sie spontan in die nachstehende Gedankenblume die Gedanken ein, die Ihnen in den Sinn kommen, wenn Sie das Wort **Freude** lesen und hören.



Aus Engelmann: Therapie-Tools Resilienz, Beltz, 2014 modifiziert am 21.06.2016

Arbeitsblatt 5

Protokollbogen 1

Datum/Tageszeit	Situation	Gefühl Welche Empfindungen haben sie erlebt?	Stärke von 1-10

Arbeitsblatt 6

Protokollbogen 2

Datum/Tageszeit	Situation	Gefühl Wie habe ich in der Situation das Gefühl reguliert?	Stärke von 1-10

Liste der Gefühle

Freude, Begeisterung, Glück, Übermut, Leidenschaft, Lust, Zufriedenheit, Stolz, Selbstvertrauen, Gelassenheit, Überlegenheit, Dankbarkeit, Vertrauen, Zuneigung, Liebe, Rührung

Trauer, Verzweiflung, Sehnsucht, Einsamkeit, Leere, Langeweile, Enttäuschung, Beleidigtsein, Mitgefühl

Angst, Furcht, Anspannung, Nervosität, Verlegenheit, Selbstunsicherheit, Unterlegenheit, Scham, Schuldgefühl, Reue, Sorge, Ekel, Schreck

Wut, Ärger, Zorn, Missmut, Ungeduld, Widerwille, Trotz, Abneigung, Hass, Verachtung, Misstrauen, Neid, Eifersucht

o

Arbeitsblatt 8

Welches Gefühl gehört am meisten zu mir?

Auch wenn es unangenehm ist, tragen Sie dieses Gefühl unter Ziffer 1.ein.

Welches ist das am zweitmeisten zu Ihnen gehörige? Notieren Sie dieses unter Ziffer 2..... ein. Schließlich das dritte, vierte, fünfte, sechste, siebte und das achte.

- | | |
|--------------------------------|---------|
| Am meisten gehört zu mir | 1. |
| Am zweitmeisten gehört zu mir | 2. |
| Am drittmeisten gehört zu mir | 3. |
| Am viertmeisten gehört zu mir | 4. |
| Am fünftmeisten gehört zu mir | 5. |
| Am sechstmeisten gehört zu mir | 6. |
| Am siebtmeisten gehört zu mir | 7. |
| Am achtmeisten gehört zu mir | 8. |

Übung aus: Sulz, Serge K.D. (2000). Lernen mit Gefühlen umzugehen - Training der Emotionsregulation. In: Sulz, Serge K.D., Lenz, G. (Hrsg.). Von der Kognition zur Emotion. Psychotherapie mit Gefühlen (S. 14-80). München: CIP-Medien.

Literaturverzeichnis

Beck, A. T., Wright, F. D., Newmann, C.F., Liese, B.S. (1993). *Kognitive Therapie der Sucht*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Berking, M. (2015). *Training emotionaler Kompetenzen* .3. Auflage. Heidelberg: Springer.

Bowen, S., Chawla, N., Marlatt, A. (2012). Achtsamkeitsbasierte Rückfallprävention bei Substanzabhängigkeit. Das MBRP - Programm. Weinheim, Basel: Beltz-Verlag

Engelmann, B. (2014). *Therapie - Tools. Resilienz*. Weinheim, Basel: Beltz Psychologie

Fiedler, P. (1996). *Verhaltenstherapie in und mit Gruppen. Psychologische Psychotherapie in und mit Gruppen*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Kaluza, G. (2011). *Stressbewältigung. Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung*. 2., vollständig überarbeitete Auflage. Mit 60 Abbildungen und Tabellen. Berlin. Heidelberg: Springer

Klos, H., Görgen, W. (2009). *Rückfallprophylaxe bei Drogenabhängigen. Ein Trainingsprogramm*. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG

Sulz, Serge K.D. (2000). *Emotion, Kognition und Verhalten - zur homöostatischen Funktion der Emotionen und zu ihrer Bedeutung bei der Symptombildung*. In: Sulz, Serge K.D., Lenz, G. (Hrsg.). *Von der Kognition zur Emotion. Psychotherapie mit Gefühlen* (S. 14-80). München: CIP-Medien.

Sulz, Serge K.D. (2000). *Lernen mit Gefühlen umzugehen - Training der Emotionsregulation*. In: Sulz, Serge K.D., Lenz, G. (Hrsg.). *Von der Kognition zur Emotion. Psychotherapie mit Gefühlen* (S. 14-80). München: CIP-Medien.