

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen
Catholic University of Applied Sciences

- Abteilung Köln -

14. Postgraduierter Masterstudiengang

Suchthilfe / Suchttherapie M. Sc.

(Master of Science in Addiction Prevention and Treatment)

Masterthesis

**Entwicklung und Evaluation eines
Indikationsmoduls für depressive
Störungen in der stationären
Suchtbehandlung von jungen Menschen**

vorgelegt von: **Peter Ackermann**

Matrikel-Nr.: 510894

Erstprüfer: **Herr Diplom-Theologe, Diplom-Sozialarbeiter**

Wolfgang Scheiblich

Zweitprüfer: **Herr Prof. Dr. med., M.A. Wolfgang Schwarzer**

Rheinfelden im Oktober 2016

I. Inhaltsverzeichnis

1.	Zusammenfassung / Abstract.....	4
2.	Einleitung	5
3.	Theoretischer Hintergrund	8
3.1	Begriffsdefinitionen	8
3.1.1.	Junge Menschen	8
3.1.2.	Depression – depressive Störungen	12
3.1.2.1	Diagnostik des Störungsbildes	13
3.1.2.2.	Epidemiologie	15
3.1.2.3.	Ätiologie	16
3.1.2.4.	Interventionsansätze	17
3.1.3.	Sucht	20
3.1.3.1.	Diagnostik des Störungsbildes	21
3.1.3.2.	Epidemiologie	22
3.1.3.3.	Ätiologie	24
3.1.3.4.	Interventionsansätze	27
3.1.4.	Komorbidität - Doppeldiagnosen.....	30
3.1.4.1.	Diagnostik des Störungsbildes	32
3.1.4.2.	Epidemiologie	33
3.1.4.3.	Ätiologie	34
3.1.4.4.	Interventionsansätze	36
3.2.	Behandlungsformen von Depressionen	39
3.2.1.	Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen	43
3.2.2.	Verhaltensaktivierung	45
3.3.	Konzepte und Vorgaben zur stationären Suchtbehandlung	47
3.3.1.	Kognitive Verhaltenstherapie bei Sucht	50
3.3.2.	Suchtbehandlung im Jugendalter	51
3.4.	Behandlungsrahmen für Komorbiditäten.....	54
4.	Modulentwicklung für eine indikative Therapiegruppe bei depressiven Störungen in der Fachklinik Haus Weitenau	57
4.1.	Zielsetzung.....	57
4.2.	Rahmenbedingungen der Fachklinik Haus Weitenau	59
4.2.1.	Struktur des Therapiekonzeptes	60
4.2.2.	Vorgaben für indikative Gruppen	62

4.3.	Modulerstellung.....	63
4.3.1.	Rahmen und Struktur.....	64
4.3.2.	Konkreter Inhalt des Moduls.....	69
4.3.3.	Therapeutenverhalten.....	80
5.	Methodologie – Forschungsdesign zur Evaluation des Indikationsmoduls..	83
5.1	Auswahl der Forschungsmethode.....	85
5.1.1	Qualitative und Quantitative Forschung.....	88
5.1.2	Instrumente der Qualitativen Forschung.....	88
5.1.3	Entscheidung der konkreten Forschungsmethodik.....	97
5.1.4	Auswahl der Experten.....	97
5.2	Leitfadenentwicklung und Durchführung.....	99
5.2.1.	Festlegung der Forschungsfrage.....	102
5.2.2.	Festlegung des Interviewleitfadens.....	102
5.2.3.	Durchführung der Expertenbefragung.....	103
5.3	Ergebnis der Befragung.....	104
6.	Diskussion der Ergebnisse.....	111
6.1	Diskussion des Indikationsmoduls.....	111
6.2	Auswirkungen / Folgerungen für das Therapiesetting in der Fachklinik Haus Weitenau.....	117
7.	Ausblick.....	120
8.	Verzeichnisse und Quellenangaben.....	121
8.1	<i>Literaturverzeichnis</i>	121
8.2	Abkürzungsverzeichnis.....	137
8.3	Tabellenverzeichnis.....	138
8.4	Abbildungsverzeichnis.....	138
9.	Eidesstattliche Versicherung.....	139
10.	Anhang.....	140

1. Zusammenfassung / Abstract

Ausgehend von einem feststellbaren Therapieerschweris für depressiv komorbide junge Menschen in der Langzeitentwöhnungsbehandlung der Suchthilfe wird der Versuch unternommen gerade für die Einstiegsphase der Entwöhnungsbehandlung ein zusätzliches Indikationsmodul zu entwickeln, welches den Einstieg in die Suchttherapie erleichtern soll. Dabei soll das Indikationsmodul den Bedürfnissen der depressiven Symptomatik speziell gerecht werden und somit die Therapiebereitschaft erhöht und die Abbruchwahrscheinlichkeit gesenkt werden.

Verschiedene kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlungsmanuale der Bereiche Depression, Depression bei jungen Menschen, Sucht und Komorbidität wurden auf Parallelen und Nützlichkeit in Hinblick auf den engen Vorgaberahmen der fachklinik-internen Struktur für Indikationsgruppen hin überprüft und ausgewählt, um ein Modul zu entwickeln, welches in 5 Sitzungen á 90 Minuten Dauer eine angemessene Unterstützung für die genannte Zielgruppe bieten soll.

Das entwickelte Modul wird als ambitioniert und nützlich empfunden, wobei eine deutlich entzernte Zeitstruktur für das Klientel angemessen scheint und erst durch eine intensive Vernetzung in die sonstige Therapieplanung seine Wirkung entfalten kann.

Ideal wäre eine integrative Behandlung zur optimierten Unterstützung für komorbide Patienten. Dies ist auf Ebene der Fachklinik konzeptionell zu diskutieren.

Schlüsselwörter: Suchtstörung, Junge Menschen, Komorbidität, Depression, Behandlungsmanual, Langzeitentwöhnung, psychische Erkrankung, Indikationsmodul.

2. Einleitung

Im Rahmen meiner Berufstätigkeit als Bezugstherapeut in der Fachklinik Haus Weitenau (FKHW), einer stationären Langzeitentwöhnungsbehandlung für suchtkranke Jugendliche und junge Erwachsene, habe ich es immer wieder mit Patienten zu tun, die

- a) eine Doppeldiagnose Depression und Sucht haben oder
- b) im Rahmen des Erstgespräches den Verdacht äußern, depressive Störungen zu haben, oder zumindest
- c) depressive Symptome in der Eingangsanamnese beschreiben.

Hieraus entwickelte sich für mich die Notwendigkeit neben der Suchtbehandlung auch eine Behandlung der Komorbidität zu diskutieren und für mich, bzw. zusammen mit dem Psychotherapeuten-Team in der FKHW eine Abwägung zu treffen, in welchem Maße die Langzeitentwöhnungsbehandlung auf depressive Symptome ausgerichtet werden kann.

Seitens der Patienten wurde aufgrund der subjektiv empfundenen depressiven Symptomatik, die häufig als Verdacht des Patienten geäußert wurde und nur vereinzelt als medizinisch diagnostizierte gesicherte Diagnose vorlag, die Motivation für die reine Suchtbehandlung sowie das Setting der FKHW als Langzeittherapie massiv in Frage gestellt. „Mir hilft keine Suchtbehandlung, ich will doch nur meine Depression weg haben, dann konsumiere ich auch nicht mehr!“ sind sinngemäße Ausflüchte seitens der Patienten, sich nicht auf das Therapiesetting der reinen Suchtbehandlung einlassen zu müssen.

Hieraus entwickelten sich häufig deutliche Störungen des Therapieeinstiegs und des weiteren Therapieverlaufs, welche mitunter bis zum Therapieabbruch führten.

Auch besteht derzeit in der FKHW zwar individuelle persönliche Expertise im Rahmen der jeweiligen Fachkompetenz einzelner Kollegen im Psychotherapeuten-Team, jedoch eine stringente Mit-Behandlung im Sinne einer integrativen

Behandlung depressiver Verstimmungen oder der Depression im Rahmen der Entwöhnungsbehandlung oder einer indikativen Unterstützung gerade in der Aufnahmephase der Therapie sowie eine einheitliche Anamnese bzw. Diagnostik, ist nicht gegeben.

Daher entwickelte sich mein Interesse zur Konzeptionierung eines Indikationsmoduls zur Mit-Behandlung von Depressiven Störungen innerhalb der Langzeit-Entwöhnungsbehandlung in der FKHW.

Hierbei ist mein Fokus gerade auf die Aufnahmephase (Aufnahmetag bis zu 4 - 6 Behandlungswochen) gerichtet, um so möglichen Therapieabbrüchen frühzeitig entgegen wirken zu können und gleichzeitig einen gelingenden Start in die Langzeitentwöhnungsbehandlung im Rahmen der Komorbidität zu ermöglichen.

Somit ist mein Ziel bereits in der Aufnahmephase in der FKHW auch an den Symptomen drogeninduzierter depressiver Verstimmungen insbesondere in der ersten Phase der Abstinenz, sowie an einer möglichen Komorbidität arbeiten zu können, unabhängig von der gesicherten oder noch zu prüfenden Diagnostik einer depressiven Störung.

In dieser Arbeit werde ich zunächst eine für diese Fragestellung notwendige Definition zu den relevanten Begrifflichkeiten geben, ohne den Anspruch zu verfolgen diese umfänglich zu erörtern. Dies ist in diesem Umfang weder leistbar noch notwendig, da in der Modulentwicklung eine einschließende Sichtweise auch von Verdachtsdiagnosen und geringfügig depressiven Verstimmungen befördert wird, um möglichst viele Patienten erreichen zu können.

Besonderes Augenmerk lege ich auch auf die Spezifika der Altersstufe der jungen Menschen, die meiner Ansicht nach nicht gravierend andere Methoden in der Behandlung als Erwachsene erfordern. Jedoch in allen Behandlungsschritten muss immer mitgedacht werden, dass jugendgemäße Verhaltens- und Umgangsweisen eine andere Qualität als das gleiche Verhalten bei Erwachsenen haben.

Neben einer kurzen Darstellung der Störungsbilder Depression und Sucht gehe ich

auch auf die Besonderheiten von Komorbiditäten und die Begrifflichkeit der Doppeldiagnose ein.

Den theoretischen Teil beschließe ich, neben einer vertiefenden Darstellung von beispielhaften Behandlungsformen für depressive Störungen, indem ich zwei für diese Arbeit zielführende Behandlungsmethoden näher erläutern werde, sowie mit der Benennung der Vorgaben von stationärer Suchtbehandlung und der Spezifika bei Suchtbehandlungen im Jugendalter und dem Umgang hierbei mit Komorbiditäten.

Im Kapitel der Modulentwicklung setze ich mich mit den Besonderheiten der Fachklinik Haus Weitenau auseinander und leite hieraus die Vorgaben und Zielsetzungen für das Indikationsmodul ab. In der konkreten Modulerarbeitung setze ich mich auch mit notwendigen Bedingungen wie dem Therapeutenverhalten und den strukturellen Notwendigkeiten auseinander.

Im 5. Kapitel entwickle ich die notwendigen Auswahlkriterien zur Evaluation des Behandlungsmoduls, auch beschreibe ich die Durchführung der Evaluation in Form der Expertenbefragung sowie die Zusammenfassung der Ergebnisse.

Im anschließenden 6. Kapitel fasse ich die Ergebnisse nochmals zusammen und diskutiere diese auf Basis meiner fachlichen Sichtweise.

Schließen werde ich mit einem fachlichen Ausblick im Kapitel 7.

3. Theoretischer Hintergrund

Die für diese Arbeit notwendigen Begrifflichkeiten,

junge Menschen, Depression – depressive Störungen, Sucht sowie Komorbidität – Doppeldiagnosen und Indikationsmodul

werden in einem ersten Schritt definiert. Ebenso werden zwei konkrete Behandlungsmöglichkeiten in der Behandlung von Depressionen näher erläutert, sowie die derzeit gültigen Vorgaben und praktizierten Konzepte für stationäre Suchtbehandlungen des Deutschen Rentenversicherung Bund, insbesondere für junge Menschen, sowie der spezielle Rahmen für Komorbidität umrissen.

3.1 Begriffsdefinitionen

3.1.1. Junge Menschen

Eine eindeutige Definition der Begrifflichkeit >>junger Mensch<< ist mit größeren Schwierigkeiten und Unschärfen verbunden. So ist für die Gesamtbevölkerung von Deutschland schon mit einem Lebensalter unter 30 Jahren noch die Bezeichnung vertretbar ebenso wie die Fachklinik Haus Weitenau (FKHW) als spezialisierte Einrichtung für Jugendliche und junge Erwachsene ihr Aufnahmealter bis 30 Jahren fasst.

Im gesetzlichen Rahmen setzt das SGB VIII, als Kinder- und Jugendhilfegesetz, den Begriff in § 7 für Volljährige bis zum 27. Lebensjahr gleich. Förderungen durch staatliche Stellen, wie zum Beispiel der Bundesagentur für Arbeit, legen spezielle Unterstützungsprogramme für junge Erwachsene auf, die das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

In der biologisch-medizinischen Betrachtungsweise geht man neben der groben Einteilung von Kindheit – Pubertät – Erwachsensein eher dazu über die Adoleszenz als Zeitspanne zwischen der späten Kindheit über die Pubertät und damit verbundenen Geschlechtsreife bis hin zum vollen, ausgereiften Erwachsensein zu

definieren. Dies ist gerade in Hinblick auf mögliche Verzögerungen in der altersadäquaten Entwicklung hilfreich, da diese durch verschiedenste Einflussfaktoren beeinträchtigt werden können. So kann es in den Bereichen der motorischen, kognitiven, sprachlichen, emotionalen und sozialen Entwicklung, gerade beim Konsum von psychotropen Substanzen zu Verzögerungen oder Schädigungen kommen.

Durch die Bielefelder Studien von Hurrelmann (2000) konnte festgestellt werden, dass der Erstkonsum, wie auch andere risikobehaftete Verhaltensweisen, sich immer weiter in der Jugendphase vorverlagern. Auch Baacke (2009) stellt fest, dass die Kindheit eher endet, und die Jugendphase deutlich früher einsetzt.

So müssen junge Menschen bei einem deutlich verfrühten Entwicklungsstatus eine erhöhte Anpassungs- und Entwicklungsleistung aufbringen um den altersgemäßen Entwicklungsaufgaben gerecht werden zu können. Hierdurch ist die Gefahr für junge Menschen, mittels psychotroper Substanzen, diese individuelle Entwicklung zu beschleunigen, überhaupt erst leisten zu können bzw. subjektiv zu verbessern, sehr groß.

Auch konnten von Hurrelmann wesentliche Faktoren benannt werden, welche eine Suchtentwicklung in der Jugendphase zusätzlich begünstigen.

Dies sind überbehütete, überforderte, gewaltbereite oder auch inkonsequente Erziehungsstile in der Herkunftsfamilie, Leistungsorientierung im Wettbewerb (Schule – Arbeit – Freizeit), welcher bei Versagen oder Versagensängsten zu erhöhten Konsum zunächst legaler Rauschmittel führt, sowie die massive Beeinflussung durch Freizeit und Freundeskreis, in denen der junge Mensch nach Anerkennung und Zugehörigkeit strebt. Ist in der Peergruppe eine sehr feste Cliquenstruktur, so ist auch die Gefahr für einen hohen Rauschmittelkonsum erhöht. Wogegen ein aktives und vielseitiges Vereinsleben den Konsum reduzieren kann.

Besonders augenfällig ist bei männlichen Konsumenten die aktive Stimmungsmodulation gerade durch Alkohol, um so ihrem erwünschten Selbstbild näher zu kommen.

Baacke (2009) fokussiert sich auch auf die Notwendigkeit einer verlässlichen Welt für den Heranwachsenden, welche jedoch unsere Gesellschaft nicht mehr in einem

stabilen Rahmen vorhalten kann und somit eine deutliche erhöhte Flexibilität und erhöhte Sensibilität für die notwendigen Erfordernisse vom jungen Menschen abverlangt werden. Werden diese Kompetenzen nicht entwickelt und trainiert, so kommt es nach Baake zu erhöhten Fluchtendenzen, Ablehnung und Gleichgültigkeit gegenüber diesen Erfordernissen. Auch stellt er fest, dass ein wesentliches Merkmal der Adoleszenz ja gerade die Abgrenzung von der Erwachsenenwelt ist.

Thomasius, Stolle und Sack (2009) geben eine anschauliche Gegenüberstellung durch Zitierung von Reese und Silbereisen (2001) zwischen den notwendigen Entwicklungsaufgaben und der Funktionalität des Konsums wie sie Tabelle 1 veranschaulicht.

Entwicklungsaufgaben	Funktionen des Substanzkonsums
Wissen, wer man ist und was man will (Selbstkonzept und Identität)	<ul style="list-style-type: none"> ● Ausdruck persönlichen Stils ● Suche nach grenzüberschreitenden, bewusstseins-erweiternden Erfahrungen und Erlebnissen
Aufbau von Freundschaften, Aufnahme intimer Beziehungen	<ul style="list-style-type: none"> ● Erleichterung des Zugangs zu Peergruppen ● exzessiv ritualisiertes Verhalten ● Kontaktaufnahme zu gegengeschlechtlichen Peers
Ablösung von den Eltern	<ul style="list-style-type: none"> ● Demonstration der Unabhängigkeit von den Eltern ● bewusste Verletzung der elterlichen Kontrolle
Übernahme von Verhaltensweisen Erwachsener	<ul style="list-style-type: none"> ● Demonstration und Vorwegnahme des Erwachsenseins
Lebensgestaltung, -planung	<ul style="list-style-type: none"> ● Teilhabe an subkulturellem Lebensstil ● Spaß und Genuss
eigenes Wertesystem	<ul style="list-style-type: none"> ● gewollte Normverletzung ● Ausdruck sozialen Protests
Entwicklungsprobleme	<ul style="list-style-type: none"> ● Ersatzziel für verwehrte normative Entwicklungsziele ● Stress- und Gefühlsbewältigung (Notfallreaktion)

Tabelle 1: Entwicklungsaufgaben und Funktionen des Substanzkonsum (nach Reese u. Silbereisen 2001) zit. aus Thomasius, Stolle, Sack (2009, S. 143)

Einen bedeutsamen Faktor in der Entwicklung junger Menschen stellt die Clique der Gleichaltrigen, die Peergruppe dar. Hier finden entscheidende Entwicklungsaufgaben statt, welche je nach Struktur der Peergruppe, förderlich aber auch schädlich für die weiteren Entwicklungsaufgaben sind. So ist der Erstkonsum psychotroper Substanzen in der Regel in der Peergruppe verortet. Farke (2009) stellt hierzu fest, dass gerade konsumierende junge Menschen anfangs eine sehr

starke soziale und emotionale Bindung zur Peergruppe aufbauen und dabei in ihren sozialen Fähigkeiten als kommunikativer und kontaktfreudiger wahrgenommen werden.

Baacke stellt zudem einen direkten Zusammenhang zwischen der Identifikationskraft innerhalb der Peergruppe und der Möglichkeit der Antizipation anderer Altersgruppen her. Je stärker die Peergruppe ist, umso schwieriger ist es außerhalb dieser zu agieren oder zu kommunizieren. Auch fördern viele verschiedene Settings die Handlungsoptionen durch Vielfalt, jedoch werden gerade die wichtigen Entwicklungsschritte wie Liebe, Sexualität, Abenteuer, Freundschaft, Abschied, Hoffnung, Entscheidungen, Freiheitserfahrungen außerhalb von pädagogisch beeinflussbaren Settings gemacht.

Nach Hurrelmann ist die Triebfeder für die Integration in die Gleichaltrigengruppe die jugendliche Suche nach dem eigenen ICH, nach der eigenen Identität, das Verlangen nach Zuwendung, Anerkennung und Aufmerksamkeit.

Ein besonderes Augenmerk soll hier kurz auf die Gehirnentwicklung in der Adoleszenz gelegt werden. So stellt Rommelspacher (2009) zwischen dem 10. – 20. Lebensjahr fest, dass sowohl regressive als auch progressive Veränderungen im Gehirn erkennbar sind. Als Ursache wird eine notwendige Aktivitätenfokussierung des Gehirns vermutet. Auch ist eine Steigerung der Dopaminrezeptoren in einzelnen Hirnregionen feststellbar, welche die relativ hohe Empfindlichkeit gegenüber Suchtstoffen erklären können. Erste Studien zeigen eine Vulnerabilität gerade in Bezug auf frühen Cannabiskonsum und einer hierdurch nachweisbar langfristig überdauernden Schädigung einzelner Gehirnregionen.

Aus psychologischer Sicht besitzt nach Rist (2009) gerade das Modelllernen innerhalb der Adoleszenz einen hohen Stellenwert bei der Suchtentwicklung junger Menschen. Wenn auch nur bei einem geringen Anteil von Probierkonsumenten eine Abhängigkeit entwickelt wird, so ist doch die Lernsituation, der Konsumkontext sowie die Substanzwirkung von hoher Relevanz.

Daneben beschreibt Baacke auch den Substanzkonsum als Möglichkeit der Realität zu entfliehen. Durch die Einschränkung der direkten Umwelt durch den Konsum wird

jedoch auch die eigene Isolation, Vereinsamung und weitere Selbstaufgabe befördert.

In dieser Arbeit verwende ich den Begriff junger Mensch für alle Patienten der FKHW, welche ein Behandlungsalter von 15 – 30 Jahren festlegt. Auch gehe ich von einer multifaktoriellen Entwicklungsbeeinträchtigung aus, die sich in den bereits beschriebenen jugendgemäßen Verhaltensweisen widerspiegelt.

3.1.2. Depression – depressive Störungen

Depressive Störungen sind in ihrer Erscheinungsform sehr heterogen bezüglich der Symptomatik, der Dauer, des Schweregrads, der Persistenz sowie des Krankheitsverlaufes. In dieser Arbeit soll auf eine detaillierte Definition und Diagnostik verzichtet werden, sondern ein eher allgemeines Bild bezüglich depressiver Symptome vertreten werden.

Dies hat zum einen den Vorteil möglichst wenige Patienten bereits im Vorfeld der Behandlung auszuschließen und zum anderen sich hierdurch die therapeutische Möglichkeit ergibt, frühzeitig mit der Behandlung beginnen zu können, unabhängig ob eine genaue Diagnostik bereits vorliegt oder (noch) nicht. Auch im Falle einer drogeninduzierten depressiven Episode, welche in der Regel nach 4 Wochen Abstinenz abklingt, ist gerade für den Therapieeinstieg auch hier eine Behandlung indiziert, da anderenfalls mit erhöhtem Widerstand, Störungen in der Therapie bis hin zu Therapieabbrüchen zu rechnen ist.

Depressive Verstimmung ist auch im Hinblick auf eine Rückfallwahrscheinlichkeit bei Abhängigkeitserkrankungen als Prädiktor identifiziert (Loeber, Dinter, Mann 2011), was eine weitere Notwendigkeit für eine Mit- Behandlung im Rahmen von Suchttherapie indiziert.

3.1.2.1 Diagnostik des Störungsbildes

Nach Beesdo-Baum (2011) spricht man von depressiver Störung ab einer dauerhaften Beschwerdezeit bezogen auf ein Symptom von mindestens 2 Wochen. Die Symptome sind mannigfaltig und können sich in den verschiedensten Bereichen darstellen.

- Emotionalen Symptome (z. B. Traurigkeit, Ängstlichkeit, Reizbarkeit,..)
- Kognitive Symptome (Grübeln, Pessimismus, geringes Selbstbild, Konzentrations- und Gedächtnisschwierigkeiten,..)
- physiologisch-vegetative Symptome (Müdigkeit, Antriebslosigkeit, innere Unruhe, Reizbarkeit,...)
- Behaviorale/motorische Symptome (geringe Aktivität, zappelige Unruhe, traurige Mimik,...)

Eine depressive Episode, oder auch depressives Syndrom, ist charakterisiert durch mindestens 5 Symptome die mindestens 2 Wochen durchgängig beobachtbar sind.

Darüber hinaus können bipolare Störungen auftreten, die durch zusätzliche manische Symptome gekennzeichnet sind.

Durch neuronale Befunde konnte nach Grawe (2004) die Depression als strukturelle Hirnveränderung und Schädigung beschrieben werden. So ist es zwischenzeitlich möglich durch bildgebende Verfahren diese Hirnschädigungen darstellen und damit diagnostizieren zu können. Jelinek (2015) fasst Forschungen von Beblo, Sinnamon & Baune aus dem Jahre 2011 mit dem Ergebnis zusammen, dass Depression auch mit Konzentrations- und Gedächtnisdefiziten einhergeht.

Hautzinger (1994) beschreibt depressive Zustandsbilder durch Beschwerden in den Bereichen somatisch, motorisch, emotional, motivational, kognitiv und interaktiv.

Besonderes Augenmerk ist hier auf die Kognitive Triade nach Beck (1986) und Hautzinger (1994) zu richten, welche von der negativen Sicht auf:

- die Vergangenheit,
- die aktuelle Lebenssituation, sowie
- die Zukunftsperspektiven, ausgeht.

Beck ergänzt zu diesen Grundannahmen gerade im Kontext zu Suchtpatienten eine Gleichförmigkeit dieser negativen Sichtweisen, wobei zusätzlich ein negatives Selbstkonzept erkennbar ist.

Zentrale Symptome für Depression sind nach Hautzinger (2009) Niedergeschlagenheit, Freudlosigkeit, Interesseverlust, Hoffnungslosigkeit, Antriebsmangel, welche auch häufig begleitet sind von Ängstlichkeit, körperlichem Unwohlsein und erhöhter Ermüdbarkeit. Ergänzend hierzu stellte bereits Beck (1997) zusätzlich fest, dass depressive Menschen Suizid als einzige Lösung ansehen können sowie eine hohe Abhängigkeit von Dritten oder Entscheidungsunfähigkeit typisch sind.

Jelinek (2015) beschreibt Depression auch als verzerrte Erinnerungsleistung, welche negative Erinnerungen besser erinnern. Dies ergänzt ihr Koautor Moritz mit der Begrifflichkeit der Fehlerinnerung, die beschreibt, dass nicht real stattgefundene oder anders stattgefundene Ereignisse erinnert werden.

Auch in der Verarbeitung der kognitiven Impulse sind die von Hautzinger formulierten Zehn Denkfehler typische Verarbeitungsweisen einer Depression.

Diese 10 Denkfehler sind:

1. Alles-oder-nichts-Denken
2. übertriebene Verallgemeinerung
3. geistiger Filter
4. Abwehr des Positiven
5. voreilige Schlussfolgerungen
6. Über- und Untertreibung
7. emotionale Beweisführung
8. Wunschaussagen
9. Etikettierungen
10. Dinge persönlich nehmen

Für den Bereich der Diagnostik in der Jugendphase konnte Seiffge-Krenke (2008) feststellen, dass Kinder und Jugendliche mit depressiver Symptomatik verlangsamt, oft sozial isoliert sind und Schulprobleme haben. Sie sind wenig initiativ, wenn es um Aktivitäten geht. Depressive Kinder zeichnen sich durch Reizbarkeit, plötzliche

Agitation und Irritierbarkeit aus, wogegen bei Adoleszenten mit depressiven Symptomen eher eine Verwahrlosung und Verlust von persönlicher Hygiene auftritt. Antisoziales Verhalten kann ebenso auftreten. Der affektive Bereich ist geprägt von Interessensverlust gegenüber Beziehungen und Aktivitäten, eine große Traurigkeit, Ängstlichkeit und Irritierbarkeit besteht.

Kognitiv wird das Leben als Bürde empfunden, es fehlt an Motivation und Lebensenergie.

Aus den vorbenannten Forschungsergebnissen zur Depression sind eine Vielzahl an Diagnose- und Erhebungsinstrumenten entwickelt worden, welche hier nicht näher erläutert werden sollen, da dies gerade in der Anfangsphase einer Therapie, in die sich das zu erarbeitende Indikationsmodul integriert, nicht nutzbar sind.

Im derzeit gültigen Diagnosemanual ICD-10 (Graupner, 2015) sind hierzu die Klassifizierungen nach F30 – F39 als Affektive Störungen beschrieben.

3.1.2.2. Epidemiologie

Nach aktuellen Studien leiden ca. 4 Millionen Menschen in Deutschland an wiederkehrenden Depressionen (Jelinek, 2015). Somit muss von einer Volkskrankheit gesprochen werden. Gerade in der Kinder- und Jugendphase jedoch stellt Seiffge-Krenke (2008) eine erhöhte Unsichtbarkeit der Störung und eine versteckte Depression fest. Auch maskierte und larvierte Erscheinungsformen werden beobachtet, die von anderen Verhaltensweisen überschattet werden, sodass hier eine Diagnostik besonders schwierig ist.

„Das Spektrum depressiver Erkrankungen reicht von einfacher Traurigkeit bis zur Major Depression und bipolaren Störungen. Auch die schweren Formen von Depression, die 2% aller präadoleszenten Kinder und 4 bis 8% aller Jugendlichen beeinträchtigen (Shugart u. Lopez 2002), bleiben häufig für lange Zeit unerkannt.“ (Seiffge-Krenke 2008, S. 245).

Nach einer Studie von Compas et al (1993) (zit. nach Seiffge-Krenke, 2008) konnten im angloamerikanischen Raum folgende Prävalenzraten und Besonderheiten festgehalten werden. Depressive Stimmung lag im Jugendalter zwischen 15 und 40 %, das depressive Syndrom, welches auch Angstsymptome beinhaltet lag bei 5-6 % und die depressive Störung, welche zusätzlich auch somatische und vegetative Symptome zeigen, bei 1 bis 3 % der Teilnehmer.

Auch Bilke (2008) stellt einen Trend hin zu stärkerer und früher ausgeprägter Depressivität bei jungen Menschen fest.

3.1.2.3. Ätiologie

Bei der Entstehung von Depressionen sind nach Fiedler (2005) verschiedene Einflussgrößen identifizierbar. Dies sind

- dispositionelle Faktoren und Persönlichkeitsvariablen
- komplexe biologisch-biochemische Faktoren
- innerpsychische Regulatoren (z.B. Selbstaufmerksamkeit, kognitive Verarbeitungsmuster, Attributionsstile)
- subjektive Verarbeitung von traumatischen Erfahrungen (auch Vulnerabilität) und kritischen Lebensereignissen
- instrumentell protektive Faktoren (soziale Fertigkeiten, Interaktionsmuster, soziale Unterstützung)

Hautzinger (1994) identifiziert als Auslöser für Depression zum einen das Verhalten der Person, sowie deren Kognition über eine Situation. Die entwickelten handlungsleitenden Schemata, welche sich verfestigt haben, beeinflussen in negativer Weise die Gedanken und dazugehörigen Einstellungen der Personen. Daher wird im kognitionstheoretischen Modell der Entstehung von Depression auch die Veränderungsnotwendigkeit dieser Schemata hervorgehoben.

In der neurobiologischen Sichtweise konnte Grawe (2004) grundlegend festhalten,

dass allen psychologischen Prozessen auch neuronale Strukturen und neuronale Vorgänge zugrunde liegen. Hierdurch konnte er, die bei Depression betroffenen Hirnregionen identifizieren, welche zentrale Funktionen in der Interaktion und der Auseinandersetzung mit der Umgebung haben. Als neuronaler Hauptweg der Depression bezeichnet er traumatisierte Lebenserfahrungen, einen erhöhten Cortisolspiegel, einen geschädigten Hippocampus, eine überreagible Amygdala, eine erworbene Stressintoleranz sowie eine laterale rechtseitige Dominanz im präfrontalen Cortex.

Weiter führt er in der Entwicklung seiner Neuropsychotherapie, insbesondere in der Behandlung von Depression, aus, dass gerade das Vermeidungssystem des Patienten überaktiviert ist und somit das für Verhaltensänderung hilfreichere Annäherungssystem für die Erreichung individueller Ziele nicht wirken kann. Mit der entworfenen Konsistenztheorie beschreibt Grawe „eine psychische Störung [ist] in dem Moment, in dem sie entsteht, ein Warnsignal für zu hohe Inkonsistenz im psychischen Geschehen, und hohe Inkonsistenz bedeutet eine schlechte Bedürfnisbefriedigung.“ (Grawe, 2004, S.357)

Genetik wird auch als relevant eingestuft, jedoch wesentlich für eine Aktivierung einer depressiven Störung ist nach Grawe die jeweils spezifische Lebenserfahrung.

Für den Bereich der jungen Menschen sind nach Seiffge-Krenke (2008) depressive Symptome auch Prädiktoren für spätere Störungen und maladaptive Entwicklungen. Daher ist davon auszugehen, dass sich gerade im Kinder- und Jugendalter eine Depression nicht auswächst.

3.1.2.4. Interventionsansätze

Depressionen sind nach den aktuellen Nationalen Versorgungsrichtlinien - S3-Richtlinien (2015) je nach Schweregrad durch Selbsthilfe, Psychoedukation, Psychopharmaka oder Psychotherapieverfahren gut behandelbar. Gerade in Akutphasen wird eine medikamentöse Begleitbehandlung, bis hin zur mittelfristigen

Medikation zur Unterstützung einer Erhaltungstherapie befürwortet.

Bei Diagnose einer chronischen Depression hat dagegen gerade eine Kombinationstherapie von Psychopharmaka und Psychotherapie eine erhöhte Wirksamkeit.

Neben der Aktivierung des Patienten sind gerade patientenzentrierte Motivationsaspekte insb. MOTIVIERENDE GESPRÄCHSFÜHRUNG nach Miller und Rollnik (2015) eine im Sinne einer Stärkung der Selbstwirksamkeit zielführende Behandlungsmethoden.

Im Bereich der Psychotherapie sind sowohl die Verhaltenstherapie als auch die kognitive Therapie nach Aaron T. Beck (1986), aber auch die Synthese beider Formen zur zwischenzeitlich gebräuchlichen kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) gut in ihrer Wirksamkeit belegt (vgl. z. B. Mühlig, 2011).

Zu anderen Therapieverfahren liegen derzeit noch keine belastbaren Ergebnisse vor, wenngleich es sich in der mannigfaltigen Auswahl an Manualen und Therapiemodulen zur Depressionsbehandlung abzeichnet, dass auch andere Therapieansätze positive Behandlungsergebnisse bieten können.

Im Hinblick auf Komorbidität mit z.B. Alkohol wird in den S3-Richtlinien eine antidepressive Psychotherapie, auch in Verbindung mit Pharmakotherapie oder einer suchtspezifischen Psychotherapie als klinischer Konsensuspunkt (KKP) empfohlen. Daneben sind ein intensives Behandlungssetting (B-Empfehlung) ebenso wie eine integrative Behandlung (KKP) weitere Behandlungsempfehlungen.

Wie bereits in der Ätiologie beschrieben muss nach Hautzinger (1994) die Bearbeitung der auslösenden Kognitionen und Verhaltensweisen behandlungsleitend sein. Hier zielt das Modell der Verstärkung von Verhalten auf Aktivitätsaufbau, Entwicklung sozialer Fertigkeiten und Stärkung der interaktiven Fertigkeiten wie zum Beispiel Wünsche äußern, Konflikte austragen oder Kompromisse eingehen können. Dies soll auch mittels der Entwicklung einer kognitiven Dissonanz erfolgen, welche die inneren Widersprüche des

Glaubenssystems aufzeigen soll.

Unter Berücksichtigung der bereits erwähnten kognitiven Verzerrungen bzw. kognitiven Fehler wird dies durch eine kognitive Neubenennung (1.Prüfung des Realitätsgehalts von Kognitionen, 2.Disattribuieren, Reattribuieren, 3.Verantwortung reduzieren, alternative Erklärungen suchen) bearbeitet.

Therapeutische Interventionsmöglichkeiten nach Beck (1997) sind die Suche nach Gegenbeweisen, die Diskussion der logischen Schlussfolgerungen sowie die Überprüfung der Grundannahmen durch Experimente.

Eine aktuelle und etwas differenziertere Sichtweise auf die Wirksamkeit von Behandlungsmethoden von Depressionen entwirft Klaus Grawe in seinem Buch Neuropsychotherapie (2004). So stellt er zunächst den wissenschaftlichen Sachstand auf die neuronalen Bedingungen und Wirkweisen von Psychotherapie im allg. und beispielhaft auf Depression bezogen dar. Psychische Störungen resultieren laut Grawe aus misslungener Inkonsistenzregulation. In einer kritischen Auseinandersetzung mit aktuellen Forschungsergebnissen der Depressionsbehandlung formuliert er seine Konsistenztheorie als wirksame Behandlungsmethode, da hier gerade die motivationalen Systeme berücksichtigt werden, um bestehende Inkonsistenzquellen adäquat behandeln zu können. Findet dies nicht statt, so ist nach Grawe eine Depressionsbehandlung langfristig nicht wirksam. Die neuronale Struktur kann dabei durch (viele) reale Erfahrungen verändert werden, dies gilt es in der Neuropsychotherapie aktiv zu nutzen und weniger den Schwerpunkt auf Kognition und Psychoedukation zu legen.

Auch hält Grawe selbstkritisch die Veränderungsnotwendigkeit der Grundannahmen bzw. Schemata mittels Kognitiver Verhaltenstherapie für nicht notwendig, um eine Veränderung des depressiven Zustands zu bewirken, vielmehr betont er die Beachtung der Motivationalen Schemata des Patienten (Annäherungs- und Vermeidungsschemata) sowie die korrigierenden Erfahrungen innerhalb der Patient-Therapeut Beziehung.

Seitens der Deutschen Rentenversicherung Bund wird theorienübergreifend die

Aktivierung durch Bewegung, Entspannungsübungen und Psychoedukation als behandlungsfördernd bewertet. (vgl. Deutsche Rentenversicherung Bund, 2015)

Für einen langfristigen Therapieerfolg betrachtet Junge-Hoffmeister (2011) die gelingende Vermittlung von Selbstbeobachtungs-, Selbstanalyse- und Selbstmanagementfertigkeiten, vor allem die in der natürlichen realen Umgebung vorkommenden Verstärker für den Patienten nutzbar machen können.

3.1.3. Sucht

Nach Sack, Petersen und Thomasius (2009) sind die aktuell verwendeten Definitionsrahmen bezogen auf den Suchtbegriff für die alltägliche Nutzung ausreichend, jedoch unscharf. Basis ist jeweils die Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Hieraus abgeleitet wird der Begriff >>Abhängigkeitssyndrom<< aus der internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10, Kapitel V[F]) derzeit als operationale Definition am häufigsten gebraucht.

„Unter **Sucht** bzw. **Suchtstörung** werden solche Phänomene zusammengefasst, die mit der unkontrollierten, selbstschädigenden Einnahme psychotroper Substanzen und/oder dem ebenso unkontrollierten, selbstschädigenden Ausführungen bestimmter Verhaltensweisen zusammenhängen. Diese Definition geht auf Arbeiten von Edwards und Gross (1976) sowie Jellinek (1946) zurück, in welchen Kontrollverlust und körperliche Entzugssymptome als zentral vorgestellt werden.“ (Sack et al., 2009, S. 4)

Psychotrope Substanzen sind dabei natürliche, chemisch aufbereitete oder synthetische Stoffe, die zentralnervös auf den Organismus einwirken und Wahrnehmung, Denken, Fühlen und Handeln beeinflussen. (Bühringer, 2011)

Die multikonditionalen Theoriemodelle der Suchtentwicklung basieren nach Barth

(2011) auf drei Faktorengruppen die jeweils unterschiedlich wirksam sind:

1. spezifische Wirkung der Substanz
2. spezifische Eigenschaft des Individuums (physiologische und psychische Faktoren)
3. Besonderheiten des sozialen Umfelds (Kultur, Einkommen, Lebenssituation)

Drogenkonsum wird dabei als Versuch angesehen, sich mit Alltagssituationen und Herausforderungen auseinander zu setzen. Hierbei werden seitens des Individuums für ihn taugliche und untaugliche Bewältigungsstrategien entwickelt und manifestiert.

Behandlungsleitend ist derzeit das Biopsychosoziale Modell der Suchtentwicklung, welches eine hinreichende Erklärungstiefe hat um die derzeit gebräuchlichen Therapieangebote entwickeln zu können. Das Modell geht von einer multifaktoriellen Beeinflussung bei der Entstehung wie auch der Aufrechterhaltung von Suchtstörungen aus. So können sowohl Faktoren aus den einzelnen Bereichen biologischer, psychologischer als auch sozialer Faktoren wirksam werden. Viel gravierender sind jedoch Wechselwirkungen verschiedenster Faktoren, welche für sich alleine genommen noch keine Suchtentwicklung bedingen, jedoch in der Kombination eine Abhängigkeitsentwicklung befördern.

Bezogen auf junge Menschen stellt Rommelspacher (2009) gerade bei exzessivem Konsum, ein relativ hohes Risiko für langfristige Hirnschädigungen wie auch schwerwiegende Abhängigkeitsverläufe fest.

Neurobiologisch reagieren Jugendliche schwächer auf Substanzeffekte die negativ sind und so zu einer Konsumreduktion, bzw. Konsumbeendigung anregen könnten. Ebenso ist eine erhöhte Reagibilität bezüglich einer Beeinträchtigung der Neuroplastizität feststellbar. (Laucht, 2007)

3.1.3.1. Diagnostik des Störungsbildes

Grundlegend für eine medizinische Behandlung im deutschen Hilfesystem (nach

SGB V), ist die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelte Internationale statistische Klassifizierung der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, dem ICD, welcher aktuell in der zehnten Revision und der deutschen Modifikation (ICD-10 - GM) gültig ist. Daneben besteht eher im Forschungsbereich die Klassifizierung nach dem amerikanischen Psychiatriesystem, dem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) in der aktuell fünften Auflage (DSM – 5).

Nach Sack und Thomasius (2009) wird die Abhängigkeitsdefinition in beiden Klassifikationen sehr ähnlich vollzogen, wobei der ICD-10 abweichend einen >>schädlichen Gebrauch<< definiert, wogegen der DSM-5 nun von >>mild<< oder >>mittel<< -gradigen Substanz-Gebrauchsstörungen spricht. Abhängigkeit wird folgerichtig als >>moderat<< bzw. >>schwere<< Substanz-Gebrauchsstörung klassifiziert (Bühringer 2011). Auch berücksichtigt das DSM-5 zusätzlich zu den gesundheitlichen Beeinträchtigungen auch soziale und justizielle Konflikte.

Durch das Erfüllen von einer definierten Mindestanzahl an beschriebenen Kriterien erfolgt bei beiden Klassifikationen eine kategoriale Zuordnung, welche eine Diagnosestellung erst ermöglicht (Sack 2009). Hier ist auch nach Ravens-Sieberer (2011) vor allem bei jungen Menschen das Alter, der Entwicklungsstand, sowie der individuelle Leidensdruck als maßgebliches Kriterium zu beachten.

3.1.3.2. Epidemiologie

Küfner (2011) stellt grundlegende Schwierigkeiten und Problembereiche in der Erfassung von epidemiologischen Daten bei Sucht fest. Dies sind Illegalität, die erschwerte Erreichbarkeit des Klientels, sowie die schlechte Kosten-Fallzahl-Relation in den denkbaren Erhebungsdesigns. Als Hilfsmittel geht man daher von einer begrenzten Population aus und rechnet diese Ergebnisse hoch oder schätzt diese ein. Dies ist die Begründung für die jeweils benannten großen Bandbreiten in den jeweiligen Studien.

Auch sind durch die mannigfaltigen Betrachtungsweisen, folgend dem bio-psycho-sozialen Modell der Sucht, in der Regel nur Teilbereiche der jeweiligen Studien annähernd vergleichbar. Daneben sind neue Suchtstoffe, u.a. "Legal Highs"

aufgrund der Zusammensetzungen, der schnellen Wandelbarkeit und der schwierigen Nachweisbarkeit weiterhin schwer zu erheben.

Nach der Drogenaffinitätsstudie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2012) wird ein rückläufiger Suchtmittelkonsum bei Jugendlichen (12-17J) aber bei jungen Erwachsenen (18-25J) weiterhin hoher Alkoholkonsum und stabiler Cannabiskonsum festgestellt. Tabakkonsum ist hier rückläufig.

Die 12-Monatsprävalenz bei illegalen Drogen (irgendeine illegale Droge) liegt bei 12-17J. bei 4,9 % (männlich:6,6%, weiblich:3,1%), bei den 18-25J bei 14,3%. Die Lebenszeitprävalenz bei 12-17J: 7,2 %, bei den 18-25J bei 38,3%.

Der regelmäßige Konsum liegt bei den 12-17J bei 0,9 %, und bei den 18-25J bei 3,7%.

Ravens-Sieberer (2011) zitieren internationale Studien von Steinhausen (2006), welche von einer Prävalenzrate für Cannabisabhängigkeit von 1,4 - 3 % bei 14- 18-Jährige ausgehen.

Bei Alkohol sind ca. 2-3% alkoholabhängig, wobei das Verhältnis männlich zu weiblich 4:1 beträgt.

Bei Ecstasy ging man im Jahre 2006 von ca. 5-8% Konsumenten aus, wobei damals die Datenlage noch sehr gering war und gerade in Deutschland sich die Konsummuster regional sehr unterschiedlich darstellen.

Zusätzlich stellt Weichold (2009) eine spezifisch deutsche Epidemiologie fest. Deutsche Jugendliche greifen deutlich früher zu Drogen und haben dabei deutlich häufiger regelmäßigen und problematischen Konsum.

Zenker ergänzt aus ihren Forschungen hierzu gerade ab dem 15. Lebensjahr insgesamt eine Steigerung der Frequenz sowie der Dosis feststellbar ist. Dies ist nach ihr mit den herausfordernden Entwicklungsaufgaben (insb. der Identitätsentwicklung) in diesem Lebensabschnitt zu erklären. Auch praktizieren insbesondere junge Männer (12-25 Jahre) einen deutlich riskanteren oder süchtigen Konsum als junge Frauen.

So gehen Zenker und Thomasius (2009) von zunehmenden Fallzahlen aus. Auch gibt es eine Vielzahl an Indikatoren, die auf eine Manifestation der Abhängigkeitsproblematik gerade in den jüngeren Altersstufen hinweisen.

Aufgrund der fehlenden frühzeitigen Hilfeangebote, die nur einen Bruchteil der Betroffenen erreichen können, ist darüber hinaus auch von einer hohen Anzahl von Fehl- u. Mangelversorgung bei Hilfeangeboten für jungen Menschen auszugehen, die eine weitere Chronifizierung befördert.

3.1.3.3. Ätiologie

Als Vorbemerkung sind nach Jordan (2009) die großen Forschungslücken zu benennen, die aus der Verschiedenartigkeit der Forschungsgegenstände sowie der unterschiedlichen Herangehensweisen, wie auch der fehlenden systemischen, ganzheitlichen Betrachtungsweise der Wirkfaktoren resultieren.

Ein Teilaspekt stellt beispielhaft die noch sehr junge Gendersuchtforschung dar, die bis in die 1990er Jahre nur frauenbezogen stattfand (Stöver, 2004). Und nach Zenker (2009) die männlichen Rollenanteile gerade im deutschsprachigen Raum noch wenig geklärt wurden. Dabei richten sich die Konsummuster neben der individuellen Geschlechterrolle insbesondere an den jeweils gültigen kulturellen und zeitlichen Strömungen aus und sind demzufolge jederzeit wandelbar.

Nach Barth (2011) gilt in Deutschland als Suchttheorie das Konzept der Multikonditionalität der Sucht, welches in der Terminologie als das Suchtdreieck (multifunktionale Faktoren- bzw. Ursachenmodell von Kielholz & Ladewig, 1973) bezeichnet wird. Hier sind drei Faktorengruppen jeweils unterschiedlich wirksam:

1. spezifische Wirkung der Substanz
2. spezifische Eigenschaft des Individuums (physiologische und psychische Faktoren)
3. Besonderheiten des sozialen Umfelds (Kultur, Einkommen, Lebenssituation).

Drogenkonsum wird dabei als Versuch angesehen sich mit Alltagssituationen und

Herausforderungen auseinander zu setzen. Dies bewirkt taugliche und untaugliche Bewältigungsstrategien.

Cube stellte 2008 verhaltensbiologisch fest, dass Sucht immer auch mit einem Lustgewinn verbunden ist, welcher vor allem von frustrierten, aber auch von satten Menschen angestrebt wird. Frustrierte Menschen versuchen negative Stimmungen oder Situationen positiv zu verändern, wogegen gesättigte Menschen ihr bereits vorhandenes Lusterleben weiter, ohne Anstrengung, steigern wollen. Daher ist auch von einer weiteren Erhöhung des Drogenkonsums, gerade in der Wohlstandsgesellschaft auszugehen.

Rost (2008) geht vor allem im klinischen Kontext gerade bei jungen Menschen von einem Ansteigen des polytoxikumanen Konsummusters aus, welches als Hauptziel nur noch den „Kick“ definiert unabhängig von substanzspezifischen Wirkweisen.

Ein weiteres, in der Fachliteratur mitunter kontrovers diskutiertes, mögliches Erklärungsmodell sind genetische Einflussfaktoren. „Der Beginn des Konsums scheint von den Umfeldbedingungen bestimmt zu werden, hingegen die Entwicklung bestimmter Konsummuster wie Abhängigkeit von den genetischen Voraussetzungen.“ (Jordan, 2009 S.131)

Diese Gen-Umwelt-Interaktion als ein mögliches Erklärungsmodell für Suchtentwicklung unterstützt auch Weichold (2009), der psychische Belastungen als Auslöser für Sucht aber auch für genetisch prädisponierte psychische Störungen ansieht. Weiter ist gerade bei den wenigen aber stark konsumierenden jungen Menschen als Ursachenbündel folgende Faktoren identifizierbar:

- * Problemverhalten in der frühen Kindheit,
- * früher Konsumbeginn,
- * eine schnelle Dosissteigerung sowie
- * belasteten Familiensituationen oder / und geringer sozioökonomischer Status.

Im Rahmen einer Betrachtungsweise durch die kognitive Verhaltenstherapie geht

Beck von suchtspezifischen Grundannahmen aus. Diese Grundannahmen „und automatische Gedanken spielen eine erhebliche Rolle bei dem Konsum von Suchtmitteln. Es gibt mindestens drei Typen von suchtspezifischen Grundannahmen, die zum Entstehen von Verlangen und dem daraufhin erfolgenden Suchtmittelkonsum beitragen: antizipatorische Gedanken, auf Spannungsreduktion ausgerichtete Gedanken und erlaubniserteilende Gedanken. Die Aufgabe des Therapeuten ist es, diese Gedanken zusammen mit dem Patienten zu identifizieren, zu überprüfen und zu testen, um sie letztendlich durch Abstinenzgedanken zu ersetzen“ (Beck, 1997 S. 195-196). Weiter formuliert er als Modell der Sucht folgenden Regelkreis.

- | | |
|--|----------|
| 1. Auslösesituation (ext./int.) | führt zu |
| 2. aktivierte Grundannahme | führt zu |
| 3. automatische Gedanken | führt zu |
| 4. Verlangen | führt zu |
| 5. erlaubniserteilende Gedanken | führt zu |
| 6. instrumentelle Strategien (Handeln) | führt zu |
| 7. weiterer Konsum oder Rückfall | führt zu |
| wieder zu 1. | |

Hieraus leitet sich auch eine Erklärung für Rückfälligkeit ab, indem die auf Verlangen auslösenden Grundannahmen nicht modifiziert wurden.

Horn (2008) benennt zur besonderen Suchtgefährdung von jungen Menschen: Kinder werden immer früher reifer und wollen daher auch schneller erwachsene Lebensweisen ausprobieren und praktizieren. Auch fördert die Steigerung der Komplexität des Lebens in der Jugendphase den funktionalen Einsatz von psychoaktiven Substanzen um zu experimentieren. Dieses Experimentierverhalten bedingt hier nicht zwingend eine Suchtentwicklung, jedoch ist dies für einzelne Jugendliche der Einstieg in eine maladaptive Entwicklung über häufigen und schädlichen Gebrauch zur Abhängigkeit. Dies wird z. B. in dem Jugendgesundheitsurvey von Hurrelmann et al. (2003) (zit. nach Horn, 2008) belegt. Weitere Motive und Determinanten für frühen experimentellen Substanzkonsum, so Horn, sind neben Neugierde, in der Gruppe mithalten wollen, Belastungen besser aushalten zu wollen und vorbestehende Verhaltensbesonderheiten wie "sensation seeking", Expansivität und Impulsivität auch psychische Störungen wie Depression und Angstsyndrome sowie fehlende

Ressourcen.

Koglin (2008) sieht bei der Suchtentwicklung in der Jugend deutliche Vorläufer. Die misslungenen Anpassungen an Entwicklungsaufgaben in der Jugendphase produzieren oder begünstigen Suchtstörungen. Weitere Vorläufer / Risikofaktoren sind grob zu unterteilen in kindliche Risiken, familiäre Risiken und Risiken aus dem sozialen Umfeld.

Thomasius, Stolle, Mack (2009) identifizieren die Funktionalität von Substanzkonsum als passageres Risikoverhalten. Die Funktion des Rauschmittels ist im Hinblick auf die zu bewältigende Entwicklungsaufgaben zu berücksichtigen. Bei Vorliegen von Risikofaktoren kann sich jedoch auch eine Abhängigkeit entwickeln.

Eine weitere, von Beck (1997) ausführlich dargestellte, Komponente in der Suchtentstehung und Aufrechterhaltung ist der Umgang mit Ärger und Ängsten, sowie die massiv auftretenden geringe Frustrationstoleranz bei Abhängigen.

3.1.3.4. Interventionsansätze

In dieser Arbeit wird nur auf die stationäre Behandlungsform im Rahmen einer Langzeitentwöhnung Bezug genommen. Diese richtet sich, je nach Ausgangsdiagnose und persönlicher Situation (zB. Ersttherapie-Wiederholung, Kombinationstherapie,..) auf einen Behandlungszeitraum von in der Regel 12 - 26 Behandlungswochen.

Durch die Leistungsträger der Rehabilitationsmaßnahme und unter Bezugnahme auf die Empfehlungen der deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) ist ein konkreter Behandlungsrahmen festgelegt, um eine einheitliche Qualitätssicherung für die vielfältigen Rehabilitationseinrichtungen zu erreichen. Dies ist in den besonders durch die Klassifikation von therapeutischen Leistungen in der medizinischen Rehabilitation (KTL) und durch die Reha-Therapiestandards definiert. Hierin werden evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) beschrieben, durch die eine sehr klare Qualitäts- und Leistungsanforderung für die

Behandlung vorgegeben wird.

Die in der Suchthilfe gültigen 13 ETM's legen den Schwerpunkt auf:

- Sucht- und Psychotherapie (Einzelintervention) (ETM 1)
- Sucht- und Psychotherapie (Gruppenintervention) (ETM 2)
- Therapie zur Förderung psychosozialer Kompetenzen und kognitiver Fähigkeiten (ETM 3)
- Angehörigenorientierte Interventionen (ETM 4)
- Arbeitsbezogene Leistungen (ETM 5a, 5b)
- Tabakentwöhnung (ETM 6)
- Entspannungsverfahren (ETM 7)
- Bewegungstherapie (ETM 8)
- Gesundheitsbildung (ETM 9)
- Ernährungstherapeutische Leistungen (ETM 10)
- Gestalterische Ergotherapie (Künstlerische Therapie) (ETM 11)
- Leistungen zur sozialen und beruflichen Integration (ETM 12)
- Vorbereitung nachgehender Leistungen (ETM 13)

Darüber hinaus gibt es seitens der Deutschen Rentenversicherung Bund ein konkretes Anforderungsprofil für stationäre Einrichtungen in der Medizinischen Rehabilitation.

Somit ist der verbindliche Rahmen bundesweit sehr einheitlich gesteckt. Jedem Rehabilitationsträger steht es darüber hinaus frei zusätzliche Angebote zu initiieren. In begrenztem Rahmen sind auch innerhalb der gesetzlichen Vorgaben individuelle Gestaltungsspielräume gegeben.

Eine nähere Erläuterung von Therapiemethoden erfolgt unter 3.3. in dieser Arbeit.

Bühringer (2011) sieht in der fehlenden Therapiemotivation die zentrale Herausforderung in der Therapie von Abhängigkeitserkrankungen. Gerade durch eine konsequente Anwendung von motivierender Gesprächsführung (MI), sowie dem Ziel möglichst rasche positive Veränderungen oder gar Erfolge zu ermöglichen, kann diesen Therapiehindernissen entgegengewirkt werden. Dies gelingt durch gründliche Ressourcenanalyse und Auswahl von kurz- und langfristigen Zielen um

auch schnelle positive Verstärkung zu erzielen.

Küfner (2011) ergänzt: diese Behandlung von umfassenden Störungen und Problemlagen in allen Lebensbereichen sei nur dann förderlich, wenn bereits minimale Verstärker erfasst und therapeutisch genutzt werden können. Hierdurch erst kann sich ein tragfähiges therapeutisches Behandlungsbündnis schrittweise entwickeln und sich langfristig eine umfassende neue Lebensperspektive aufbauen.

Auch Bilke (2008) sieht bei Drogenkonsumenten eine Therapieresistenz, wenn es nicht gelingt ein gemeinsames Störungs- und Entwicklungsmodell der Funktionalität des Konsums zu erarbeiten.

Als ganz basale Eingangsvoraussetzung und Aktivierung für Therapie müssen nach Schuhler (2006) drei Erwartungsmuster wirksam werden. Dies sind:

1. Leidensdruck und Hilfewunsch
2. positive Ergebnis- und Selbstwirksamkeitserwartung
3. subjektiv leistbar, d.h. keine zu hohen Anforderungen
(materiell, personell, sozial).

Andernfalls ist keine erfolgsversprechende Behandlung möglich.

Weiter führt Schuhler folgende Therapietechniken als hilfreich an:

Imaginative Verfahren, Protokollierungen, Sokratische Dialogführung, Verhaltensexperimente, Analyse der Vor- und Nachteile, Veränderung interner Dialogstrategien, Problemlösestrategien, Umgang mit Schuldgefühlen, Aktivitätenplanung, Entspannungstraining.

Bezüglich der Evidenz von Suchttherapie, insbesondere bei jungen Menschen, besteht nach Thomasius und Stolle (2009) eine sehr schlechte Datenlage. Dies liegt neben der geringen Forschung auch an der Schwierigkeit die expliziten Auswirkungen von Therapie nicht eindeutig identifizieren zu können. Daher ist aktuell vor allem die Haltequote in der Behandlung ein Gradmesser für erfolgreiche

Therapie. Sie bemisst sich aus der regulären Beendigung der jeweiligen Therapie.

Durch die Zielgruppendefinition für diese Arbeit, Patient in der FKHW zu sein, liegt bereits eine klar definierte Einschränkung vor. Jeder Patient hat eine Abhängigkeitsdiagnose nach ICD-10 – GM, welche in einer Langzeitentwöhnungsbehandlung therapiert werden soll. Eine weitergehende Abgrenzung liegt nicht vor.

3.1.4. Komorbidität - Doppeldiagnosen

„Laut Gastpar et al. (1999) versteht man unter Komorbidität bei einer Abhängigkeitserkrankung das Vorhandensein von einer oder mehreren zusätzlichen Krankheiten, die klar diagnostizierbar und behandlungsbedürftig sind.“ (Barth 2011, S. 90).

Im Sprachgebrauch wird hier auch von Doppeldiagnosen gesprochen, wenn eine Diagnose suchtspezifisch ist. Jedoch wird diese Begrifflichkeit nicht einvernehmlich verwendet. In dieser Arbeit wird diese Begrifflichkeit synonym eingesetzt, ohne auf die kritische Auseinandersetzung zur Begrifflichkeit einzugehen.

In der Kausalität der Störungen kann man

- **unidirektional, mit direkter Kausalbeziehung**

Störung B ist aus einer primären Störung A entstanden,

- **unidirektional, mit indirekter Kausalbeziehung**

Störung B ist aus einer Störung C entstanden, diese Störung C wiederum ist aus der primären Störung A entstanden

- **bidirektional,**

Störung A und B haben zeitgleiche Auswirkungen aufeinander sowie

- **gemeinsame Faktoren**

bedingen sowohl Störung A als auch B

unterscheiden (vgl. Moggi und Donati 2004, Walter 2014; Barth 2011). Aktuelle Forschungen jedoch gehen zwischenzeitlich aufgrund der Komplexität von deutlich mehr Möglichkeiten der Kausalitäten aus.

Einen guten Überblick zum Forschungsstand von Komorbidität und Doppeldiagnosen im Bereich von Suchtstörungen vermittelt aktuell zum einen Franz Moggi und Kollegen (u.a. 2007) in seinem Sammelwerk Doppeldiagnosen. Hierin beschreibt Moggi die Komorbidität psychischer Störungen in Hinblick auf ihre Definition und den, vor allem im klinischen Alltag auftretenden, aktuellen Problemlagen zum Umgang mit Komorbiditäten.

Diese rein klinisch festgestellten Befunde sind meiner Ansicht nach auch gut für die Gesamtlage des Versorgungssystems in Deutschland übertragbar, da hier sowohl die Grundproblematik der Diagnosesicherheit als auch der fachlich fundierten Bearbeitung z. B. der depressiven Störung veranschaulicht werden.

Daneben ist vor allem auch Marc Walter (2016, 2014) bei der Erforschung und Behandlung von Psychischen Störungen und Suchterkrankungen aktiv.

Gemeinsame Erkenntnis beider sowie weiterer Autoren sind die komplexen Behandlungssituationen, welche eine nach aktuellem Wissensstand zu bevorzugende, integrative Behandlung beider / aller Diagnosen in einem Behandlungssetting postulieren. Geschuldet der Komplexität der Behandlungssituation ist dies jedoch oftmals deutlich erschwert und weniger erfolgreich. Dies geht bis zur Etikettierung von betroffenen Patienten, als „therapieresistent“ (Dürsteler-MacFarland, 2014). Daher benötigt es weiterhin hochqualifizierte therapeutische Ansätze mit motivierten interdisziplinär denkender und geschulten Therapeutischen Personal um eine adäquate Behandlung für diese Zielgruppe zu ermöglichen. Hierdurch wird auch ein weiterer „Drehtür-Effekt“ (Patient wird nicht adäquat behandelt und sucht immer wieder auf´s neue eine für ihn hilfreiche Behandlung auf) der betroffenen Menschen vermieden.

Im deutschen Versorgungssystem ist trotz der Erkenntnis der gegenseitigen Beeinflussbarkeit der verschiedenen Störungen (Mann, 2016) eine integrative Behandlung schwierig, da vor allem die allg. Psychiatrie eine vorgehende

Suchttherapie einfordert, um erst nachrangig die psychiatrischen Störungen bearbeiten zu können (Loeber, Dinter, Mann, 2011). Dies ist kontraproduktiv und negiert die gegenseitige Beeinflussung der verschiedenen Störungen deutlich.

In der Gesamtschau des Forschungsfelds der Doppeldiagnosen ist dies eine noch sehr junge Disziplin. Ursächlich hierfür ist die hohe Komplexität sowie die bereits genannten Schwierigkeiten. Demnach stellt Barth noch 2011 fest, dass die Suchtbehandlung und Komorbidität erst am Anfang steht.

In einer Übersicht konnte Essau (2009) erste Grundannahmen von Komorbidität und Suchtstörungen festhalten. So wurden verschiedene Komorbiditätsmuster identifiziert, sowie die zeitliche Abfolge weiter differenziert. Er begründet mit seiner Forschung die Notwendigkeit für eine ausführliche Diagnostik und Anamnese.

3.1.4.1. Diagnostik des Störungsbildes

In der Diagnostik ist nach Dilling (2002) eine Doppeldiagnose eine Komorbidität einer psychischen Störung und einer Substanzstörung in einem bestimmten Zeitraum. Wobei nach Moggi (2007) die Doppeldiagnose als Spezialfall einer Komorbidität betrachtet wird, da es sich mindestens bei einer Diagnose um eine Suchtmittelabhängigkeit handelt.

Mit dem Wissen um drogeninduzierte Psychosen ist für eine Diagnosesicherheit von einer weiteren psychischen Störung eine ca. 4-wöchigen abstinente Wartezeit einzuhalten, bevor eine Diagnose verlässlich gestellt werden kann (Walter, 2014, Loeber, 2011).

Durch die erkennbare hohen Komorbiditätsraten ist nach Essau (2009) eine umfassende Anamnese und Diagnostik wichtig. Hier ist gerade auch in Hinblick auf junge Menschen festzuhalten, dass bei Suchtdiagnose eine starke Häufung von affektive Störungen, Angst- und/ oder Persönlichkeitsstörungen und/oder Störungen des Sozialverhaltens mit diagnostiziert werden (Weichold, 2009).

3.1.4.2. Epidemiologie

Nach Moggi besteht eine bis zu 3,7 fach höhere Wahrscheinlichkeit (Unterscheidung zwischen Drogenmissbrauch und Drogenabhängigkeit und Major Depression und Dysthymie liegen zwischen dem Faktor von 1,3 und 3,7) neben einer Drogenabhängigkeit auch eine affektive Störung zu entwickeln, bezogen auf Alkohol sogar ein Faktor bis zu 3,9 (Unterscheidung von Missbrauch und Abhängigkeit und Major Depression und Dysthymie zwischen dem Faktor 0,8 und 3,9).

Repräsentative Bevölkerungstichproben gehen von einer Wahrscheinlichkeit von ca. 33% aus, bei einer diagnostizierten Substanzstörung auch eine psychische Störung zu haben.

In Klinischen Stichproben werden ca. 50% Doppeldiagnosen festgestellt. (Lieb Isensee 2007)

Tretter (2012) erkennt bei ca 50% der Suchtpatienten eine Neigung zu Depression bzw. Angstzuständen.

Wenn nur eine Störung in den Fokus gerückt wird, ist von einer deutlich stärkeren Beanspruchung der Hilfesysteme sowie deutlich längeren Behandlungsverläufen und von schlechteren Behandlungsergebnissen auszugehen (Dürsteler-MacFarland, 2014)

In der Betrachtung von Depression und einzelnen Suchtformen stellt Barth (2011) unterschiedliche Ergebnisse fest. So ist bei Alkohol und Depression eine sehr hohe Komorbidität festzustellen (ca. 66%), bei Illegale Drogen und Depression geht er von noch ca. 26% aus. Auch bei Essstörungen und Depression ist eine Komorbidität gesichert, wogegen bei anderen substanzungebundene Süchte die Ergebnisse unklar sind.

Bei Nikotin und Depression wird eine Komorbidität vermutet, jedoch konnte dies noch nicht durch Studien belegt werden.

Bei Nikotinkonsum sind 100% der Drogenabhängigen, sowie 80% der Alkoholabhängigen identifizierbar, wobei größtenteils ein hoher Nikotinkonsum

praktiziert wird. Dies erklärt sich nach Batra (2014) durch Studien von Pierce und Kumaresan (2006), die eine gleichgerichtete Beeinflussung des dopaminergen Belohnungssystems im Nucleus accumbens feststellten.

Bilke (2007) stellte bei 80% aller schizophrenen Patienten im klinischen Setting einen Missbrauch mit mindestens einer weiteren Substanz (vor allem Cannabis) fest. Wobei Psychosen hier sehr breit verstanden werden im Sinne von psychotisch anmutender Intoxikation bis hin zur dauerhaften psychotischen Störung.

Für die Rückfallwahrscheinlichkeit bei Abhängigkeitserkrankungen ist nach Loeber (2011) eine Depressive Verstimmung als Prädiktor erkannt.

Internationale Studien von Abhängigkeitserkrankten kommen zu dem Ergebnis von 60% für Komorbidität. Hier sind Störungen des Sozialverhaltens, Depression und oppositionelles Verhalten signifikant vertreten. Auch konnte eine stark erhöhte Auftrittswahrscheinlichkeit festgestellt werden, wenn der Erstkonsum in der frühen Adoleszenz war (Weichold, 2009).

3.1.4.3. Ätiologie

Die folgenden Ausführungen zur Erklärung der Ätiologie von Komorbidität sind entnommen aus dem Beitrag von Frau Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank (Marc Walter, Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank (Hrsg.), 2014) welche den aktuellen Forschungsstand sehr anschaulich darstellt.

Die Vielzahl an Erklärungsmodellen lassen sich in 4 Gruppen zusammenfassen:

1. Es gibt eine sekundäre Suchtentwicklung

Vertreter: Selbstmedikationshypothese (Suchtstoff wird zur Reduktion psychischer Beschwerden genommen). Diese Hypothese ist in neueren Studien nur

eingeschränkt belegbar (z. B. Chambers et al. 2001). Neuere Hypothese ist die Affektregulationshypothese, welche von einer dysfunktionalen Copingstrategie ausgeht, die keinen zwingenden Zusammenhang zwischen Symptom und Substanz voraussetzt (vgl. auch Walter, 2014).

Die Supersensitivitätshypothese steht zwischen dem Grundmodell der sekundären Suchtentwicklung und der sekundären Psychoseentwicklung. Sie geht sowohl von einer primären Vulnerabilität für Psychose aus, als auch von sekundären Einflüssen auf die Psychose durch den Substanzkonsum.

2. Es gibt eine sekundäre Psychoseentwicklung

Ursächlich sind hier die Wirkungsweisen der konsumierten Substanzen, die entweder bereits bei Konsum oder danach Psychosen auslösen. Hier ist insbesondere der Cannabiskonsum als sehr wahrscheinlicher Auslöser identifiziert.

3. Es gibt eine gemeinsame Entwicklung von Psychose und Sucht

Die Hypothese der Dysfunktion im mesolimbischen dopaminergen System (vgl. Chambers et al. 2001) wird derzeit noch über Tiermodelle und Grundlagenforschungsergebnisse gestützt.

Auch wird als zusätzlicher Faktor hierzu auch das Vorliegen einer antisozialen Persönlichkeitsstörung diskutiert.

4. Komplexe Modelle

Aufgrund des aktuellen Forschungsstands und der Verschiedenartigkeit der vorangestellten Hypothesen ist auch eine Kombination einzelner Modelle vorstellbar. Vermutlich sind durch zukünftige Forschungen detailliertere Modellentwicklungen möglich. (Gouzoulis-Mayfrank, 2014)

In der speziellen Betrachtung von Sucht und Depression, welche für diese Arbeit besondere Bedeutung hat, konnten bisher keine gemeinsamen Faktoren belegt werden (Walter, 2014), somit ist noch kein hinreichendes Ätiologiemodell verfügbar.

In der Betrachtung der 2-5 fachen Risikoerhöhung für Tabakkonsum bei Depression sind zwei Wirkfaktoren identifizierbar (vgl. Batra, 2014, 2000). So ist die

psychotoxische Wirkung auf das serotonerge System (insbesondere bei jungen Rauchern) gut belegt. Auch werden die Transmitter Acetylcholin und Dopamin aktiviert, die zunächst eine Aktivitäts- und Stimmungssteigerung bewirken, jedoch nach Abklingen des Wirkspiegels eine depressive Phase auslösen.

Als Teilaspekt ist nach Rommelspacher (2009) auch die entwickelte Sensitivierung gegenüber motivationalen Schaltkreisen von Bedeutung, da diese besonders auf suchtbezogene Hinweisreize reagieren.

3.1.4.4. Interventionsansätze

Hier beziehe ich mich speziell auf die im Rahmen von Doppeldiagnosen – Komorbidität mit Suchtstörung getroffenen Erkenntnisse. Es kann davon ausgegangen werden, dass die allgemein gültigen Interventionsformen bezüglich Sucht (vgl. 3.1.3.4.) zum Einsatz kommen.

Doppeldiagnosepatienten gelten als schwer behandelbar, jedoch sind durch konkrete Zielsetzung und eine langfristige Behandlungsplanung durchaus Erfolge zu erzielen. Gerade langfristig angelegte, niedrighschwellige, motivationsbasierte ambulante Behandlungssettings erzielen die besseren Ergebnisse im Gegensatz zu intensivtherapeutisch-stationären langfristigen Therapiesettings. Oberste Maxime in der Behandlung sollte demnach HARM REDUCTION sein, welche durch realistische Zielsetzungen eine Überforderung vermeiden hilft und dadurch Therapieabbrüche minimiert werden (Gouzoulis-Mayfrank, 2014)

Die integrative Behandlung innerhalb der stationären Rehabilitation kann nach aktuellem Stand der Wissenschaft als wirksamste Form festgehalten werden (vgl. Mann, 2016; Walter, 2014).

Als besondere Interventionsempfehlung geht Tretter (2012) dabei von einer

zunächst medikamentösen Einstellung der psychischen Störung aus, um hierdurch eine zusätzliche suchtspezifische Behandlung zu ermöglichen.

Aufgrund der bereits genannten Komplexität der Komorbidität sind noch kaum kontrollierte Studien zur Wirksamkeit vorhanden. Durch eine integrative Behandlung kann nach Moggi (2004) die Remissionsrate um 15% erhöht werden. Auch eine erhöhte Abstinenz nach 6 Monaten der Behandlung ist feststellbar. Eine ausschließliche Behandlung der Abhängigkeitserkrankung ist nach Schuhler (2006) eine deutlich zu kurz gefasste Behandlungsoption. So wäre die alleinige bzw. schwerpunktmäßige Abstinenzorientierung gerade bei Depression sogar kontraproduktiv, da keine neue Aktivierung erfolgen würde. (vgl. u.a. Beck, 1997). Auch ist im transtheoretischen Modell nach Prochaska et al. (1992) mit erhöhten Ambivalenzphasen sowie einem deutlich erhöhten Unterstützungsbedarf bei der Entscheidungsfindung, Verhaltensänderung sowie der Stabilisierung auszugehen (Moggi, 2007). Als zielführend ist demzufolge Kognitive Verhaltenstherapie anzusehen, welche durch kognitive Umstrukturierung, Reizkonfrontation und soziales Kompetenztraining in beiden Bereiche positive Effekte erzielen kann.

Ein explizites Behandlungssetting stellt das Berner Modell einer Doppeldiagnosestation dar (SuchtMagazin 1/2014 - Komorbidität), welches die integrative Behandlungsform in einer Psychiatriestation veranschaulicht. Leitgedanke ist hier abermals die zeitgleiche Behandlung aller Störungen.

Auch sind die bereits aus der Psychotherapie bekannten nachfolgenden Wirkfaktoren therapierelevant:

1. *Problemaktualisierung*

Hier ist die emotionale Beteiligung wichtig; wenn der Patient keine relevanten Probleme identifiziert ist auch kein Fortschritt möglich.

2. *Klärungsperspektive*

Die motivationale Klärung sowie die Entwicklung einer Zukunftsperspektive ist Voraussetzung für eine stabile Veränderungsmotivation.

3. Problembewältigung

Das Problemlösen und die Belastungsbewältigung nehmen einen Schwerpunkt in der Behandlung ein.

4. Ressourcenaktivierung

Besonders wichtig ist es Stärken hervorzuheben und weiter zu entwickeln, und nicht auf Defizite zu fokussieren. (Moggi, 2004)

Den therapeutischen Rahmen dieser integrativen Behandlung skizziert Moggi (2004) wie folgt: Sitzungsanzahl: 30 - 50

I Behandlungsallianz und Krankheitseinsicht

1. Psychische Störungen	2	Sitzungen
2. Substanzgebundenes Suchtverhalten	2	Sitzungen
3. Störungsmodell zu Doppeldiagnosen	1	Sitzung
4. Selbstdiagnose	1	Sitzung

II Überzeugung und Veränderungsmotivation

5. Diagnose der Veränderungsmotivation und Veränderungsbereitschaft	2 - 5	Sitzungen
6. Lebens- Ziele Setzen	2	Sitzungen

III Aktive Behandlung und Verhaltensänderung

7. Medikamentöse Therapie	2	Sitzungen
8. Wunsch/Verlangen nach Suchtmitteln	2-3	Sitzungen
9. Suchtmittelangebot	1	Sitzung
10. Psychotherapie psych. Störung	5 – 15	Sitzungen

IV Rückfallprävention und Gesundheitsförderung

12. Rückfallprävention / Frühwarnsymptome	2	Sitzungen
13. Rückfallbewältigung	2 - 3	Sitzungen
14. Persönliche Ressourcen / Belastungsbewältigung	2 - 3	Sitzungen
15. Soziale Ressourcen: Soziale Unterstützung	2 - 3	Sitzungen
16. Strukturierter Tagesablauf	2	Sitzungen
17. Freizeitverhalten	2	Sitzungen
18. Soziale Beziehungen	2 - 3	Sitzungen

Bei einer nur schwerpunktmäßigen oder alleinigen Suchtbehandlung sind in Hinblick auf die Komorbidität von Depression und Angststörungen gleichwohl konkrete positive Effekte identifizierbar (Barth, 2011; Moggi, 2007). Wogegen bei der Behandlung einer Borderline-Komorbidität zwar ein positiver Effekt für die Suchterkrankung feststellbar ist, jedoch keine Effekte für die psychiatrische Diagnose erzielt wird (Walter, 2016).

Für diese Arbeit werden als Zielgruppe bereits diagnostiziert komorbide Patienten mit Abhängigkeitserkrankung und Depression berücksichtigt, wie auch bereits Patienten mit einem Anfangsverdacht einer auch kurzfristigen depressiven Verstimmung mit diesem Modul behandelt werden sollen.

3.2. Behandlungsformen von Depressionen

Bezüglich der Behandlung von Depressionen gibt es eine Vielzahl an Therapiemethoden und damit verbundenen Manualen oder Behandlungsanleitungen. Diese beziehen sich jedoch immer auf die spezifische Depressionsdiagnose bzw. depressive Verstimmung als alleiniges zu behandelndes Störungsbild. Eine zweite Erkrankung wird regelmäßig ausgeschlossen.

Im Folgenden sollen nun drei Behandlungsformen skizziert werden, um so eine Ausgangslage für die im weiteren Verlauf zu erstellende Manualentwicklung zu schaffen.

Besonderes Augenmerk ist hier auf die von Grawe (2004) formulierte Erkenntnis gerichtet, die eine grundlegende Veränderung von psychischen Störungen nur durch reale neue Erfahrungen postuliert. Durch konkretes Handeln und Erleben können alte synaptische Übertragungsbereitschaften gehemmt und neue gebahnt werden. Somit sieht Grawe die derzeit klassische Behandlungsform der kognitiven Verhaltenstherapie als durchweg kritisch an. Leider sind diesbezüglich keine weiteren Befunde publiziert worden. Im Gegenteil: es sind noch reduziertere

Behandlungsformen (siehe 3.2.2 Verhaltensaktivierung) entwickelt worden.

Als Übertragung auf zukünftige Therapiemanuale ist meiner Ansicht nach die Erkenntnis von Grawe gut in ein Postulat für eine intensive Nutzung von praktischen Übungen und von Hausaufgaben für den Patienten denkbar. Hierdurch entstehen die realen Erfahrungen, die zur Anbahnung benötigt werden. Somit ist meiner Ansicht nach von der Vorstellung abzurücken, dass bei depressiven Patienten eine Nichterledigung von Übungen oder Hausaufgaben zwar thematisiert aber nicht überbewertet werden soll.

Beispielhaft für eine klassische Depressionsbehandlung soll hier nun kurz die Behandlungsstruktur der Kognitiven Therapie von Depressionen nach Hautzinger und Beck (1986) dargestellt werden:

Therapeutischer Grundsatz ist eine individuelle Behandlung, die auch einen individuellen Bezug fordert, daher ist diese Struktur nur ein grober Rahmen.

Sitzungsanzahl:

durchschnittlich 15 Sitzungen, bei schwerer Depression bis zu 20 Sitzungen

Frequenz:

in den ersten 4 Wochen 2x wöchentlich (Sitzung 1- 8), danach wöchentlich

Dauer: keine Angabe

Erstgespräch

1. Herstellung von Rapport
2. Erwartungen abklären
3. Sondierung negativer Einstellungen zu sich selbst, zur Therapie bzw. zum Therapeuten
4. Identifizierung des dringendsten und zugänglichsten Problems
5. Klärung der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Strategien unter Hervorhebung der Gründe für die verhaltensbezogenen Aufgaben und die Hausaufgaben
6. Besprechung des Wochenplans
7. Patient erhält Exemplar "Depression bewältigen" zu lesen
8. Befragung über Reaktion auf Gespräch (meist ist positive Stimmung vorhanden, wenn nicht negative Reaktionen erforschen)

Zweites Gespräch

1. Befragung über Nachwirkungen des Erstgesprächs

2. Durchsicht des Fragebogens zur Aufzeichnung der Tätigkeiten
3. Besprechung der Reaktion auf "Depression bewältigen"
4. Erörterung der Probleme und Erfolgserlebnisse seit der ersten Sitzung
5. Aufstellung eines Aktivitätsprogramms bis zur nächsten Sitzung
6. Erklärung wie E (Erfolg) und V (Vergnügen) auf Aktivitätsprogramm vermerkt werden können (fakultativ)
7. Vorbereitung der Agenda und Benennung der Problem, die nächstes Mal erörtert werden sollen
8. Befragung über Reaktionen auf diese Sitzung

Drittes Gespräch

1. Aufstellen einer Agenda
2. Befragung über Nachwirkungen des Erstgesprächs
3. Durchsicht bzw. Besprechung der Hausaufgaben
4. Erörterungen der Reaktionen auf das vorangegangene Gespräch
5. Erörterung der automatischen negativen Gedanken (fakultativ)
6. Besprechung der Strichliste für negative automatische Gedanken (fakultativ)
7. Besprechung der nächsten Aufgaben
8. Rückmeldung in Bezug auf die heutige Sitzung
9. Ersuchen an den Patienten, bis zur nächsten Sitzung einen kurzen Lebenslauf zu verfassen

Viertes Gespräch

1. Im allg. derselbe Verlauf wie beim dritten Gespräch
2. weitere Instruktionen zur Identifizierung negativer automatischer Gedanken (nötigenfalls mit Hilfe von gelenkter Phantasie oder Rollenspiel)
3. Erklärung, inwiefern diese automatischen Gedanken Verzerrungen der Realität repräsentieren und mit anderen Symptomen der Depression zusammenhängen
4. Sondierung automatischer Gedanken, insbesondere in Bezug auf die Hausaufgaben

Fünftes Gespräch

1. Im allg. derselbe Verlauf wie im vorigen Gespräch
2. Durchsicht des Aktivitätsprogramms mit besonderem Augenmerk auf "Erfolg" und "Vergnügen"
3. Berichterstattung über automatische negative Gedanken und Besprechung derselben
4. Man zeige dem Patienten, wie er kognitive Verzerrungen (automatische

Gedanken) erkennen und korrigieren kann

5. Unterweisung im Gebrauch des Tagesprotokolls negativer Gedanken; Erklärung der Spalten 4, 5, und 6 ("Rationale Antwort")

6. Benutzung der Strichliste für automatische Gedanken

Sechstes, siebtes und achtes Gespräch

1. Gleicher Verlauf wie oben

2. Beseitigung weiterer psychologischer Blockierungen zur Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit vor der Erkrankung

3. Weitere Identifikation negativer automatischer Gedanken

4. Weitere Demonstration rationaler Antworten auf automatische Gedanken

5. Weitere Hausaufgaben

6. Erörterung des Konzepts der Grundannahmen (Kapitel 11)

Achtes bis zwölftes Gespräch

1. Zunehmende Delegation der Verantwortung für die Aufstellung der Agenda an den Patienten

2. Die Verantwortung für die Hausaufgaben wird zunehmend dem Patienten übertragen

3. Identifizierung und Erörterung der Grundannahmen. Überprüfung der Stichhaltigkeit dieser Annahmen

Abschließende Gespräche (dreizehn bis maximal zwanzig)

1. Vorbereitung des Patienten auf die Beendigung der Therapie

2. Betonung der Wichtigkeit, die Hausaufgaben fortzusetzen und nach Abschluss der Therapie weitere Strategien zu verfolgen; Darstellung der Psychotherapie als Lernprozess, der bis ans Lebensende andauert

3. Identifizierung zu erwartender Probleme und Durchspielen von Bewältigungsstrategien

Dabei wird die Sinnhaftigkeit von angenehmen Tätigkeiten hervorgehoben, da diese die subjektive Stimmung erhöhen können. Auch gehen die Autoren von einer routinemäßigen Selbstbeobachtung aus, um so frühzeitig Rückfallrisiken erkennen zu können. Gerade Veränderungen im Lebensverlauf, positive wie negative, sind hier ursächlich für erhöhtes Rückfallrisiko.

3.2.1. Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) bei Depressionen

1994 stellten Hautzinger, Stark und Treiber ihre Behandlungsanleitungen für eine Depressionsbehandlung vor. (siehe Anhang). Diese geht von einer Sitzungsanzahl von 24 – 40 Sitzungen aus und ist daher für diese Arbeit nicht dienlich.

Hilfreich für diese Arbeit sind jedoch die verschiedenen Basiselemente des therapeutischen Handelns, welche kurz benannt werden sollen.

Zunächst sind hier die Grundmerkmale des Therapeutenverhaltens zu benennen. Als Basiskompetenz werden neben Empathie, Interaktionsfähigkeit, Interesse, Wärme, Direktheit, eine Fachliche Kompetenz (Expertenstatus) gesehen, welche nicht in Form von therapeutischem Fehlverhalten wie Arroganz, Hierarchie, Distanziertheit, Misstrauen ausarten soll. Des Weiteren ist ein hohes Maß an Transparenz und Strukturiertheit gefordert.

Problemorientierung als weiterer wichtiger Punkt fordert die Fähigkeit zentrale Probleme benennen zu können, diese eingrenzen können, dabei Denk- und Handlungsmuster benennen können. Hierarchisierung nach Wichtigkeit, Lösungsansätze sammeln, Setzen konkreter Ziele, Erprobung alternativer Verhaltensweisen, Bewertung der neuen Erfahrungen runden diese Basiskompetenzen ab.

Das konstruktive Gesprächsverhalten (z.B. sokratischer Dialog) ist ebenso wie eine hohe Kooperationsbereitschaft notwendig um Schlüsselprobleme benennen zu können und adäquate Rückmeldungen beim Patienten anregen und selber geben zu können.

Für die konkrete Arbeit mit dem Patienten ist als weiteres Basiselement neben der Strukturierung von Sitzungen, mit vorausgehender Planung, effizientem Zeiteinsatz sowie einer gegenseitigen Zusammenfassung des erarbeiteten Sachverhaltes, auch die Bedeutung von Hausaufgaben und Übungen zu thematisieren.

Abschließend wird auf Krisen im Therapieverlauf eingegangen, die zu einer erfolgreichen Therapie dazu gehören. So formulieren die Autoren als Handlungsempfehlung eine „beruhigende Versicherung“ des Therapeuten. Dies beinhaltet folgende Aussagen:

1. Patient ist kein Einzelfall
2. Störung kann beseitigt werden
3. Krisen gehören zum Behandlungsverlauf dazu
4. Patient soll Erfolge erleben
5. Therapeut knüpft an Patientenerfahrungen an
6. Depression und Verschlechterungen sind erklärbar

Zielführender für diese Arbeit ist eine Adaption des Manuals von Hautzinger et al. (1994) in der vorgelegten Form des Metakognitiven Trainings bei Depression (D-MKT) von Jelinek, Hauschildt, Moritz (2015), das in 8 Modulen durch niedrigschwellige Anregung von Metakognitionen die depressionstypischen Denkverzerrungen positiv verändern will. Dabei haben die Autoren Wert auf spielerische Elemente, eine hohe Struktur und die leichte Kombinierbarkeit mit weiteren KVT-Angeboten sowie ein offenes Gruppenkonzept gelegt.

Die Manualstruktur des D-MKT stellt sich wie folgt dar:

Sitzungsanzahl: 8 Module
 Dauer: 60 Minuten
 Frequenz: 2 x pro Woche aber nicht an aufeinanderfolgenden Tagen

Modul 1 Denken und Schlussfolgern 1

selektive Wahrnehmung und Überbetonung negativer Aspekte (geistige Fehler)
 übertriebene Verallgemeinerung (einzelner) negativer Erfahrungen

Modul 2 Gedächtnis

Normalisieren und erklären (subjektiver) Gedächtnis- und Konzentrationsprobleme im Zusammenhang mit Depression; Vermittlung unterstützender Strategien

Sensibilisierung für Verzerrungen beim Erinnern (stimmungskongruentes Erinnern, erhöhte Wahrscheinlichkeit negativ gefärbter >>Fehlerinnerungen<<)

Modul 3 Denken und Schlussfolgern 2

Hinterfragen des unerbittlichen Befolgens rigider Normen oder überhöhter Ansprüche (Sollte-Aussagen)

Disputieren, ob es vollständiges Scheitern bedeutet, wenn etwas nicht perfekt

gelingt (Alles-oder-nichts-Denken) und Aufbau angemessener Bewertungsmaßstäbe

Überprüfen, ob positive Erfahrungen oder Rückmeldungen bagatellisiert oder geleugnet werden (Abwehr des Positiven), was sich beispielsweise in der Schwierigkeit, Lob anzunehmen, zeigen kann

Modul 4 Selbstwert

Verbessern des Selbstwertes durch Abbau und Modifikation assoziierter Denkverzerrungen (z.B. Fokussierung auf die eigenen Schwächen, perfektionistischer Denkstil, unfaire Vergleiche mit anderen)

Modul 5 Denken und Schlussfolgern 3

Identifikation und Modifikation von

- Verzerrung bei der Bewertung eigener Fähigkeiten und Mängel (Übertreibung bei Ausmaß und Folgeschwere eigener Fehler und Probleme; Untertreibung hinsichtlich eigener Fähigkeiten)
- Verzerrungen des Zuschreibungsstils (internale Attribution bei Misserfolg und monokausale Ursachenfindung)

Modul 6 Verhaltensweisen und Strategien

Abbau dysfunktionaler Coping-Strategien (Grübeln, Unterdrückung negativer Gedanken, sozialer Rückzug) und Meta-Annahmen

Aufbau funktionaler Strategien und Meta-Annahmen

Modul 7 Denken und Schlussfolgern 4

Identifikation und Modifikation von Denkverzerrungen, die >>voreiliges Schlussfolgern<< (negative Gedanken anderer lesen, Zukunft voraussagen) begünstigen

Modul 8 Wahrnehmen von Gefühlen

Emotionsidentifikation

Modifikation dysfunktionaler Meta-Annahmen über Gefühle

3.2.2. Verhaltensaktivierung

Einen reduktionistischen Weg der Depressionsbehandlung stellten 2015 Martell, Dimidjian, Hermann-Dunn, und Lewinsohn mit ihrem Buch „Verhaltensaktivierung bei Depression“ vor. Ausgehend von verschiedenen Studien von Dimidjian (2006)

und Dobson et al. (2008) (zit. nach Martell et al. 2015) konnte bereits eine reine Verhaltensaktivierung (Behavioral Aktivation) als hoch wirksame Behandlungsform bei Depressionen identifiziert werden. Vergleichbar ist dieser Behandlungsansatz auch mit dem Brief Behavioral Activation Treatment for Depression (BATD), das von Carl Lejuez et al. 2001 vorgestellt wurde. (zit. nach Martell et al. 2015)

Dies ist für diese Arbeit vor allem unter dem Aspekt einer Kurzzeitintervention sowie durch eine schnelle Wirksamkeit bzw. schnelle positive Veränderbarkeit für die Patienten von Bedeutung.

Martell et al. fokussieren sich dabei auf angenehme und produktive Aktivitäten im Alltag, welche vor allem zwischen den Therapiesitzungen ausprobiert und dokumentiert werden sollen; daher betonen sie die Wichtigkeit von Hausaufgaben und Übungen. Auch legen sie in ihrem strukturierten und individualisierten Manual ein besonderes Augenmerk auf die erlebte Passivität von Patienten sowie auf Grübelprozesse, die durchaus mit Aktivität verbunden sein können.

Als Kernprinzipien formulieren die Autoren folgende 10 Punkte:

Prinzip 1:

Der Schlüssel zur Veränderung der Emotion ist die Veränderung des Verhaltens.

Prinzip 2:

Veränderungen im Leben können zu Depressionen führen.

Kurzfristig wirksame Bewältigungsstrategien (Vermeidungsverhalten) können dazu führen, dass man in der Depression gefangen bleibt.

Prinzip 3:

Um herauszuarbeiten, welches Verhalten für einen bestimmten Patienten antidepressiv wirkt, ist es entscheidend, was wichtigen Verhaltensweisen vorausgeht und was auf sie folgt.

Prinzip 4:

Planen Sie Aktivitäten entlang einer zeitlichen Struktur und nicht nach Stimmung!

Prinzip 5:

Veränderung ist einfacher, wenn man klein anfängt.

Prinzip 6:

Aktivitäten betonen, die mit natürlichen Verstärkern verbunden sind!

Prinzip 7:

Die Rolle eines Trainers einnehmen!

Prinzip 8:

Einen empirischen Problemlöseansatz betonen und würdigen, dass alle Ergebnisse von Verhaltensexperimenten nützlich sind.

Prinzip 9:

Nicht nur reden, sondern machen!

Prinzip 10:

Hindernisse zur Aktivierung beheben.

3.3. Konzepte und Vorgaben zur stationären Suchtbehandlung

Innerhalb der Therapie einen Entwicklungsrahmen zu gestalten und aufrecht zu erhalten ist wohl die vornehmliche Herausforderung, die sich Therapieeinrichtungen stellen müssen. Dies ist gerade in Hinblick auf die in Deutschland weiterhin vorherrschende Problematik der Umsetzbarkeit einer integrativen Behandlung schwierig, da sich die Behandlung über zwei Therapiebereiche (allg. Psychiatrie und Suchtbehandlung) erstreckt und zumindest seitens der allg. Psychiatrie eine vorhergehende Suchtbehandlung eingefordert wird (Loeber 2011).

Als Kernbereiche für einen therapieförderlichen Entwicklungsrahmen benennt Barth (2011) folgende:

es muss zunächst ein hilfsweser, stabilisierender äußerer Rahmen gegeben sein, in den Bereichen psychische Dimension (Hilfs-Ich anzubieten, Eindeutigkeit, Klarheit, Wahrheit im Verhalten) und der praktischen Dimension (strukturiertes Tagesablauf, definierte Funktionen, Screenings,..). Dieser äußere Rahmen muss solange

bestehen bleiben, bis der Patient eine gleichwertige innere Stabilität entwickelt hat um das *Grenzenlose* des Süchtigen zu kontrollieren. Hierzu ist das Regelwerk der Therapieeinrichtung als Gegenpol zu positionieren. Durch Regelsetzung und Regeleinhaltung wird die Institution zum therapeutisch wirksamen Faktor.

Auch das soziale Rahmensystem des Mitarbeiterteams sowie das Bezugstherapeutensystem stellen einen verbindlichen Rahmen sicher der den Aufbau einer therapeutischen Beziehung erst ermöglicht.

Die therapeutische Gemeinschaft mit Mitpatienten und Mitarbeitern ist durch das gemeinsame Arbeiten, Wohnen und Zusammenleben in der Hausgemeinschaft, sowie in der Bezugsgruppe wirksam.

Als Wirkfaktoren benennt Barth weiter nach Grüsser & Thalemann 2006 (zit nach Barth (2011))

- Ressourcenaktivierung
- Problemaktualisierung
- Hilfe zur Problembewältigung
- Schaffen von Klärungsperspektiven

In der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen ist die Gruppentherapie dabei eine zentrale Behandlungsform, die es bei richtigem Einsatz im Idealfall ermöglicht wichtige Erfahrungen für den Einzelnen aber auch für die Gruppe zu generieren. Hierzu führt Schuhler (2006) aus, dass Gruppentherapie mehr als Therapie des einzelnen in der Gruppe sein muss. Gruppe ist durch Echtheit und Verbindlichkeit ein Abbild und Übungsfeld mittels intensiver Spiegelung, ein Erfahrungsfeld für das Selbst und die soziale Interaktion, Erleben mitfühlenden Verstehens, gegenseitige Hilfestellung, erkennen auch anderen geht es so, sowie Wertschätzung und Akzeptanz von anderen erfahren können. Aufgrund der Problemlagen der Gruppenteilnehmer werden im Alltag jedoch häufig auch negative Auswirkungen des gruppentherapeutischen Settings beobachtet. Dies sind unter anderem ein negativer Gruppendruck, destruktive Beiträge oder gruppensprengende Teilnehmer, Reinszenierungen von traumatisierenden oder belastenden Erfahrungen durch Teilnehmer. Dies gilt es in der Gruppenleitung zu berücksichtigen und einen angemessenen Umgang zu entwickeln, damit Patienten nicht ein zusätzlicher Schaden zugeführt wird.

Daneben wird über die bereits erwähnten evidenzbasierten Therapiemodule (ETM) der Deutschen Rentenversicherung die Förderung bestimmter Basiskompetenzen und -ressourcen eingefordert. Dies sind die Förderung der sozialen Kompetenz, der Selbsthilfe und der Problemlösekompetenz. Auch der Aktivitätsaufbau, die Gesundheitsbildung und Psychoedukation sowie Leistungen zur sozialen und beruflichen Integration sind im therapeutischen Rahmen zu entwickeln (DRV Bund, 2015).

Allen konzeptionellen Ansätzen liegt eine individualisierte Fallkonzeptionierung der Abhängigkeit zugrunde, die im Behandlungsverlauf erstellt wird. Hier wird Bezug genommen auf prägende Sozialisation, Lernerfahrung, Traumatisierung Grundüberzeugungen, Charaktereigenschaften des Patienten, biologisch-medizinische Faktoren, suchtsbezogene Risikosituation (intern / extern), welche Grundannahmen werden durch Risikosituation aktiviert, welche Gefühle sind damit verbunden, dabei auftretende suchtspezifische Gedanken, wann tritt Suchtmittelverlangen in welcher Stärke auf, wie entwickelt sich das Suchtmittelverlangen im Laufe der kognitiven Abfolge weiter, wie lauten die erlaubniserteilenden Gedanken, welches instrumentelle Handeln setzt nun zur Suchtmittelbeschaffung ein, Art, Umfang und zeitliche Abfolge der Suchtmittelaufnahme, kurzfristige positive Folgen im Bereich Denken, Fühlen Handeln, was sind mittel- und langfristige Konsequenzen des Konsums im Denken, Fühlen und Verhaltens, welche Konsequenzen stellen erneute Risikosituation für Konsum dar (Schuhler, 2006; Beck, 1997).

Im Folgenden werde ich wesentliche Spezifika der kognitiven Verhaltenstherapie, einer führenden Methode bei der Suchtbehandlung, darstellen, sowie Besonderheiten der Suchtbehandlung im Jugendalter skizzieren um den konzeptionellen Rahmen weiter zu konkretisieren.

3.3.1. Kognitive Verhaltenstherapie bei Sucht

In der KVT bei Sucht geht es nach Beck (1997) um die Beziehung zwischen Situation, Kognition, Affekt, Verlangen, Verhalten und Suchtmittelkonsum. Dem Patienten soll vermittelt werden, dass es einen Zusammenhang zwischen Stimulus, Gedanken, Grundannahmen, Gefühle, Verlangen und Konsum gibt. Auch die identifizierbare Ereigniskette ist selbst beeinflussbar und somit kann die Konsumwahrscheinlichkeit selbst reduziert werden. Dabei spielen automatische Gedanken einen wichtigen Faktor, jedoch ist es möglich die eigenen Gedanken zu beeinflussen, was wiederum für das Therapieziel förderlich ist. Denkgewohnheiten sollen so modifiziert werden. Es ist auch klar zu erkennen, dass die negativen Grundannahmen bei der Sucht eine hohe Übereinstimmung mit der depressiven Triade (negative Sicht auf: die Welt, auf die eigene Person, sowie auf die eigene Zukunft) haben.

Die Notwendigkeit der steten Aktualisierung der bestehenden Gefühle und Kognitionen ist gut mittels der Methode des sokratischen Dialogs generierbar (Schuhler 2006).

Als Grundelemente einer KVT-Behandlung sind nach Schuhler zu nennen:

Aufbau einer positiven therapeutische Beziehung, Psychoedukation, Zielorientierung und eine Strukturierung der jeweiligen Behandlungssettings. Als typische Tagesordnungspunkte gelten:

1. gemeinsame Tagesordnungserstellung,
2. Feststellung der Befindlichkeit,
3. Bezugnahme zur letzten Sitzung und zu den letzten Hausaufgaben,
4. Durcharbeiten der festgelegten Therapieschwerpunkte
(mit adäquaten Therapietechniken),
5. Gemeinsame Festlegung der Hausaufgaben,
6. Abschließende Befindlichkeitserhebung / Rückmeldung über Therapiesitzung.

In den letzten 5-10 Minuten einer Sitzung ist es unabdingbar eine Schlussrunde zu setzen, um so die eigene Erfahrung, was hat den Patienten bewegt, ansprechen zu können. Der Therapeut sollte auch eine Zusammenfassung geben und ggf. auf letzte Sitzungen Bezug nehmen. Die Schlussrunde gibt Anstoß das heute erfahrene

zu reflektieren und die individuelle Bedeutung für sich zu artikulieren (Schuhler 2006).

Aufgrund der mannigfaltigen Vorbelastung der therapeutischen Beziehung bereits im Vorfeld, sowie zu Beginn der Behandlung (Entwicklung von Behandlungsmotivation bei Ambivalenz, externem Druck,...) sind nach Beck (1997, S. 59 - 83) folgende Grundhaltungen des Therapeuten von Vorteil für gelingende Therapie:

- Beziehung aufbauen (nicht abgehoben, technisch)
 - Vertrauen aufbauen
 - Grenzen setzen
 - Vertraulichkeit zusichern
 - Glaubwürdigkeit aufrechterhalten (Ehrlichkeit auch zu sich, entschuldigen können)
 - Zusammenarbeit aufrechterhalten
 - Vereinnahmung durch Patienten widerstehen
 - an das positive Selbstwertgefühl von Patienten appellieren
 - mit Machtkämpfen umgehen
- (nicht anheizen, ehrlich bleiben, auf Ziele konzentrieren, an positive Eigenschaften des Pat. denken, Patienten mit Demut und Empathie entwaffnen, Hart aber herzlich)

Es besteht für die Umsetzung eine Vielzahl an wirksamen Techniken innerhalb der KVT sowie angrenzender Behandlungsformen, welche hier nicht weiter referiert werden sollen.

3.3.2. Suchtbehandlung im Jugendalter

Mitursächlich für den steigenden Drogenkonsum bei jungen Menschen ist auch die größere Selbständigkeit bei größeren finanziellen Möglichkeiten. Dieser Gestaltungsspielraum der Selbstbestimmung zeigt sich somit nicht nur positiv sondern auch negativ, durch den Konsum von Drogen. In Deutschland nimmt derzeit der Konsum von legalen Drogen ab, wogegen Verhaltenssüchte, wie zB. PC- oder Online-Sucht stark zunehmen. In der Therapie ist daher die

Berücksichtigung von Entwicklungspsychologie und Jugendsoziologie von großer Bedeutung (Tretter 2012).

Nach Zenker (2009) werden auch Rollenschwierigkeiten durch Drogenkonsum kompensiert; daher muss dies in einer genderspezifischen Therapie berücksichtigt werden. Insbesondere das Kommunikationsverhalten sowie die Möglichkeit der Therapie in geschlechtshomogenen Gruppen soll in der Therapiekonzeption diskutiert werden. Junge Männer zwischen 12 – 25 Jahren sind dabei deutlich riskanter im Konsumverhalten und versuchen hierdurch ihre Geschlechterrolle auszufüllen, wogegen junge Frauen weniger risikobehaftet konsumieren aber dabei ihren Körper in Richtung ihres Idealbildes manipulieren.

Als Besonderheit bei der Therapie von jungen Menschen gilt als gesichert, dass die Motivationslage in der Regel schlechter ist, da externaler Druck vor allem durch Familienangehörige aufgebaut wird. Gleichzeitig sind oft familiäre Konflikte präsent bei gleichzeitig hohem Interesse an elterlicher Unterstützung. Zusätzlich sind pädagogische Unterstützung und schulisch-berufliche Qualifizierung deutlich höher als bei Erwachsenentherapien. Entwicklungsstörungen und -verzögerungen sind wesentlicher Bestandteil der Therapie.

Auch findet oft eine verspätete Intervention statt, da zunächst verheimlicht, verleugnet und danach abgewiegelt, verharmlost wird und auch hierdurch eine weitere Behandlungsmotivation nicht gegeben oder schlecht entwickelt ist. Dies wird zusätzlich verschärft durch die Mechanismen, dass Eltern lange in Unwissenheit oder im guten Glauben gehalten werden, keine frühzeitige professionelle Unterstützung einfordern oder initiieren zu müssen (Thomasius 2009).

Auch ist die Motivation für Therapie bei jungen Menschen noch labiler als bei erwachsenen Abhängigkeitserkrankten. Motivation ist daher veränderbar und in der Interaktion, vor allem durch den Therapeutenstil, stark beeinflussbar.

Kernpunkt jugendgemäßer Suchttherapie ist eine Nacherziehung durch differenzierte pädagogische Angebote, einem hohen Maß an Zuwendung. Dies sichert die psychotherapeutische und medizinische Behandlung ab. Pädagogik ist hier als eigenständiger Beitrag im Gesamttherapiekontext zu sehen (Schlieckau,

2009).

Als allgemeine Behandlungsmodule werden von Thomasius beschrieben:

- Pharmakologische Behandlung (bei komorbiden Störungen die den normalen Therapieverlauf behindern würden; eigene "jugendgemäße" Medikamente liegen oftmals aber nicht vor)
- Psychotherapeutische Behandlung (überwiegend KVT, VT und psychodynamische Psychotherapie)
- Einzel- und Gruppentherapie
- Familientherapie (familienbasiert, Angehörigengruppen)
- Supportive Maßnahmen (Ergotherapie, Bewegungstherapie, Musiktherapie, Kunsttherapie, Arbeitstherapie, pädagogische Aktivitäten, Entspannungsverfahren, pädagogische Förderung)

Auch empfiehlt er für das stationäre Therapiesetting den Tagesablauf zeitlich und inhaltlich klar zu strukturieren. Dies gibt Orientierung, Halt und unterstützt so die Behandlung. Daneben sieht er folgende Therapieelemente als förderlich an:

Einzel- und Gruppentherapie, Familientherapie und familienbezogene Maßnahmen, Entspannungsverfahren, Selbstsicherheitstraining, soziales Training, Rückfallmanagement, Arbeits- und Beschäftigungstherapie, Unterrichtsprogramme (Schule, Berufsorientierung, Suchtkunde), soziale Hilfen, freizeitpädagogische Aktivitäten, pharmakologische Behandlung, Wochenendbeurlaubungen (indikativ und punktuell), Angehörigengruppen, Familiengespräche. Auch die therapeutische Gemeinschaft (gemeinsame Gestaltung des Tagesablaufs incl. Verantwortungsübernahme für Organisationsabläufe) wird mit klinischer oder pädagogischer Struktur (Weisungsbefugnis der Mitarbeitenden, Einhaltung von Regelwerk) verbunden.

In der weiteren Therapieplanung ist es nach Farke (2009) von besonderer Bedeutung neben der Familienarbeit auch die Peergruppe des Patienten in den Blick zu nehmen. Die Peergruppe hat neben den suchstützenden Aspekten immer auch positive Funktionen und Wirkungen in der Lebenswelt des Patienten. Diese sind im späteren Behandlungsverlauf zu thematisieren und die Vor- und Nachteile herauszuarbeiten.

Ein weiterer wichtiger Schwerpunkt in der Suchtbehandlung von jungen Menschen ist die Bereitstellung von einer Vielzahl an sportlichen Angeboten. Das

jugendgemäße Freizeitverhalten ist wesentlich von Sport dominiert (Lashlee, 2009). Als Basistherapieform verfolgt Sport das Ziel eine Verbesserung der Körperlichkeit (damit auch Stärkung/Entwicklung des Selbstwerts), der Fitness und des Sozialverhaltens (Fairness und Teamgeist, soziales Lernen) zu befördern.

Auch ein Aggressionsabbau, die soziale Rücksichtnahme sowie die allgemeine Kommunikationsfähigkeit und soziale Interaktion wird hierdurch trainiert.

In der aktuellen Versorgungslandschaft geht Thomasius derzeit von einer eklatanten Minderversorgung für diese Personengruppe aus. Hieraus resultieren inadäquate Therapieformen, die zu vermehrten Therapieabbrüchen führen, da meist eine Fehlversorgung in Erwachseneneneinrichtungen praktiziert wird.

3.4. Behandlungsrahmen für Komorbiditäten

Auf die Komorbidität von Sucht und Depression abgestimmte veröffentlichte Manuale oder Handlungsanleitungen existieren derzeit nur sehr vereinzelt. Im Rahmen meiner Internetrecherche konnte ich einzelne Fachvorträge sichten, die individualisierte Formen des Umgangs der jeweiligen Angebotsform (Klinik, Ambulante Reha) thematisierten, jedoch nicht publiziert wurden. Dies ist umso bemerkenswerter, wenn man bedenkt, dass nahezu jede Rehabilitationseinrichtung auch die Komorbidität als Behandlungsmodul benennt und behandelt. Nach meiner Recherche hat sich nur eine Suchtklinik explizit auf die Behandlung von Sucht und Depression in Form einer Klinikabteilung spezialisiert. In der Schweiz gibt es das Berner Modell einer Doppeldiagnosestation, welche sehr ressourcenintensiv eine erfolgsversprechende Therapieform anbietet. Weitere Kliniken benennen die Bedeutung von Komorbiditäten, jedoch ist nicht erkennbar ob ein integratives Therapiekonzept umgesetzt wird.

Allgemein ist dies nach Franz Moggi der Heterogenität der Diagnosen aber auch der Heterogenität der Behandlungen geschuldet, sodass eine weitere fachliche Konkretisierung in Hinblick auf einheitlicher Behandlungskonzeption und Manualentwicklung eher unwahrscheinlich ist.

Aus fachlicher Sicht ist die integrative Behandlung derzeitig State of the Art der

Behandlung. Ob diese in den jeweiligen Behandlungsangeboten umgesetzt wird, oder „nur“ im Rahmen einer zusätzlichen Indikativgruppe im Therapieprogramm mit angeboten wird, oder gar auf die individuelle Kompetenz des einzelnen Mitarbeiters der Angebotsform fußt, ist in dieser Arbeit nicht im Detail eruierbar. Es ist jedoch zu vermuten, dass die vorgenannte Themenkomplexität, die Moggi bereits skizzierte, sich ebenso in der Bearbeitungsvielfalt widerspiegelt wie in den vielschichtigen Behandlungsschwierigkeiten. Daher ist es nicht verwunderlich, dass Schönell (2002) ein nur sehr begrenztes Behandlungsangebot in Deutschland feststellt. Die wenigen Therapieangebote sind eher langfristig ausgelegt und somit noch unattraktiver für Patienten.

In der als Krisenintervention über 4 Wochen konzipierten Therapieprogramm bei Doppeldiagnoseorientierung sieht Moggi (2007) einen hohen Organisationsgrad, klare Strukturen, eine starke Unterstützung des Patienten, eine Angebotsvielfalt, hohe Orientierung an den praktischen Problemen, die Förderung aktiver Teilnahme sowie Medikation als hilfreich an.

In der Komorbidität von Sucht und Depression legt Beck (1997) in seiner bereits beschriebenen Behandlung mittels KVT gerade in der Fallkonzeption den Schwerpunkt auf:

1. Kognitionen (insb. automatische Gedanken, Denkstörungen)
2. Affekt
3. physiologische Symptome (z.B. Schlafstörungen)
4. Motivation (schnelles Aufgeben, Vermeidung, Antriebsschwäche, Ambivalenz, Suizidalität)
5. Verhalten (Verlangsamung, Agitation, Trägheit)

Daneben stellt er auch eine geringe Selbstwirksamkeitsüberzeugung sowie eine erhöhte Suizidalität bei dieser Patientengruppe fest, die aus dem negativen Selbstbild der Patienten und dessen Übertragung auf den Konsum resultiert.

In der Betrachtung von jungen Menschen mit Komorbiditäten führt Thomasius

(2009) die hohe Aktualität der psychischen Störung an, welche neben der Suchtbehandlung einen deutlich erhöhten therapeutischen Aufwand erfordert.

Auch besteht hier eine weitere Komplexität der Mangelversorgung, da wie bereits festgestellt, bereits für Komorbidität keine ausreichende Versorgungsstruktur existiert, so trifft dies in verschärfter Form für die adäquate Behandlung von jungen Menschen mit Komorbiditäten zu. Sie werden in erwachsener Suchthilfe, in Erwachsenenpsychiatrie vermittelt und dort nur sehr unzulänglich therapiert (Schulte-Markwort, 2009)

4. Modulentwicklung für eine indikative Therapiegruppe bei depressiven Störungen in der Fachklinik Haus Weitenau

Durch den von mir im Kapitel 3 referierten theoretischen Hintergrund zur Problematik einer angemessenen Behandlungsform einer Komorbidität Sucht und Depression ist zu erkennen, dass eine integrative Behandlung beider Krankheitsbilder bereits eine große Herausforderung darstellt.

In dem nun folgenden Kapitel werde ich diese Erkenntnisse in den speziellen Praxisbezug der Fachklinik Haus Weitenau (FKHW) stellen. Dabei ist mein Fokus auf die Aufnahmephase der Therapie gerichtet.

4.1. Zielsetzung

Als entwicklungsleitende Zielvorstellungen sind für das Indikationsmodul folgende Perspektiven relevant:

1. Eigenständiges Behandlungsmodul für allgemeine depressive Störungen innerhalb der Aufnahmephase einer Entwöhnungsbehandlung von jungen Menschen.
2. Der integrative Ansatz einer Behandlung von Komorbidität soll verfolgt werden.
3. Neue Handlungsschritte für die Einrichtung entwickeln, als Ableitung des Indikationsmoduls sowie des integrativen Ansatzes unter Berücksichtigung der therapeutischen Gegebenheiten in der FKHW, z.B.
 - a. Entscheidung einer parallelen oder integrativen Behandlung von Komorbidität
 - b. Nutzung von Synergieeffekten innerhalb der Suchtbehandlung

Definition für die Modulentwicklung: unter den Begriff depressiven Störungen fasse

ich im zu entwickelnden Modul den gesamten Bereich depressiver Verstimmung bis hin zur mittelgradigen Depression. Dies ist unabhängig davon, ob eine klare ICD-10 Diagnose vorliegt oder einzelne Symptome in der Anamnese benannt werden, welche jedoch mindestens 2 Wochen vor Behandlungsbeginn bestanden haben. Eine schwergradige Depression ist bereits ein Ausschlusskriterium für die Aufnahme in die FKHW und muss daher für dieses Modul nicht weiter berücksichtigt werden.

Übliche Manuale und Behandlungsplanungen bei Depressionen gehen von Settings zwischen 12 und 40 Einzel- und/oder Gruppensitzungen aus. Dies ist in der vorgegebenen Struktur der FKHW nicht realistisch. Daher ist es zwingend erforderlich die basalen Wirkmechanismen, insbesondere im Kontext der ersten Behandlungswochen, herauszuarbeiten.

Gleichzeitig muss das Modul einem breiten Spektrum an individuellen Situationen, Befindlichkeiten und Vor-Kenntnissen der Patienten gerecht werden.

Eine vom Patienten selbständig begleitende und weiterführende Bearbeitung, ggf. mit Unterstützung des jeweiligen Bezugstherapeuten, sollte möglich aber nicht zwingend erforderlich sein. Hierdurch jedoch könnte eine integrative Behandlung erst realisiert werden. Es ist bereits jetzt als Ergebnis festzuhalten, dass diese Fragestellung konzeptionell innerhalb der FKHW zu entscheiden ist.

Als Minimallösung ist eine parallele Behandlung durch das Modul sicherzustellen.

Eine Individualisierung und situative Anpassung des Moduls auf den einzelnen Patienten in seiner aktuellen Situation ist durch den vorgegebenen Therapierahmen mit dem Schwerpunkt auf die Entwöhnungsbehandlung nur sehr begrenzt möglich. Dies stellt eine besondere Herausforderung an das Indikationsmodul sowie an die Konsequenzen für die FKHW dar.

Es ist zu diskutieren, welche unterstützende oder begleitende Therapiesteuerung möglich scheint um die Wirksamkeit zu verbessern. Dies wird zum einen in Kapitel 6 von meiner Seite erfolgen. Andererseits erhoffe ich durch die Modulerstellung und Moduldiskussion einen einrichtungsinternen Diskussionsprozess anzuregen, welcher eine weitere Optimierung in der Gesamttherapie ermöglicht.

Denkbare Ausschlusskriterien zur Teilnahme am Modul sind nicht zu überprüfen, da bereits in der Vorauswahl der Therapieaufnahme in die FKHW wesentliche Ausschlusskriterien diskutiert werden, die eine allgemeine Therapiefähigkeit sicherstellen sollen.

So kann im Regelfall kein Kriterium greifen, welches nicht auch gleichzeitig die grundsätzliche Rehabilitationsfähigkeit des Patienten in Frage stellen würde.

Momentan scheint als zeitweiliger Ausschluss im weiteren Sinne nur eine noch nicht adäquate Medikation zu greifen, welche einen späteren Beginn der Indikationsgruppe indizieren würde.

4.2. Rahmenbedingungen der Fachklinik Haus Weitenau

Die Fachklinik Haus Weitenau bietet als stationäre Entwöhnungsbehandlung sowohl für Jugendliche und junge erwachsene Suchtkranke; in der Jugendlichen-Abteilung vom 14. bis zum 20. Lebensjahr, in der Erwachsenen-Abteilung vom 21. bis zum 30. Lebensjahr, eine Langzeitentwöhnungsbehandlung bei Abhängigkeit von allen legalen und illegalen Suchtmitteln an. Im Haus Weitenau findet die klinische Phase, im Haus Maulburg die Adaptionphase sowie das Betreute Wohnen statt.

Behandlungsplätze insgesamt:	52 Plätze
- Haus Weitenau	36 Plätze
- Haus Maulburg, Adaption	16 Plätze
Zusätzlich Betreutes Wohnen:	10 Plätze

Stationäre Entwöhnungsbehandlung:		
Jugendlichen-Abteilung:	bis max.	25 Plätze
Erwachsenen-Abteilung:	bis max.	27 Plätze

Die Fachklinik nutzt ein nach E-DIN EN ISO 9001:2015 zertifiziertes Qualitäts-Management-System, in das alle Behandlungsmodule und Therapiebausteine der

Fachklinik, der Adaptionseinrichtung, des Betreuten Wohnens, der Jugendlichen-Abteilung und der Klinikschule integriert sind. Dieses Qualitätsmanagementsystem ist erfolgreich auditiert durch die Zertifizierungsstelle ZertSozial, anerkannt von der BAR und erfüllt somit die Anforderungen nach § 20 Abs. 2a SGB IX.

4.2.1. Struktur des Therapiekonzeptes

Als eigenständige Therapiemodule werden neben der stationären Entwöhnungsbehandlung, der Adaptionsphase und dem Betreuten Wohnen auch eine Auffangbehandlung für Therapiewiederholer, sowie eine Kombi-Kurzzeitbehandlung ausschließlich für Jugendliche angeboten.

Eine ausführliche Darstellung des fachlichen Konzeptes ist über die Homepage des Trägers, dem Baden-Württembergischer Landesverband für Prävention und Rehabilitation gGmbH (<http://www.bw-lv.de/fachkliniken/fachklinik-haus-weitenau/#c2049>) unter **Konzeption Haus Weitenau** (Version 01.02.2012) einsehbar.

Als maßgebliche Übersicht der Therapiestruktur soll die angefügte Tabelle der therapeutischen Leistungen im Wochentherapieplan dienen.

Therapiebereiche	Art der Leistungen	Umfang der Leistungen (in Minuten)
Medizin	<ul style="list-style-type: none"> Sprechstunde Visite, Überwachung von 	regelmäßig individuell
	<ul style="list-style-type: none"> Medikation Fachärztliche Konsultationen Gesundheitsinformation 	nach Indikation
Psychotherapie	<ul style="list-style-type: none"> Einzels psychotherapie Sprechstunde ev. Krisenintervention 	50 Minuten 20 Minuten 90 Minuten 75 Minuten 90 Minuten
	<ul style="list-style-type: none"> Gruppenpsychotherapie Therapie in Bezugsgruppe Indikationsgruppe 	
Soziotherapie	<ul style="list-style-type: none"> Reflexionsgruppe Therapiemitwirkung 	75 Minuten
	<ul style="list-style-type: none"> Wochenabschlussreflexion Klinikgruppe alternierend Abteilungsgruppe 	50 Minuten 75 Minuten
Arbeitsbezogene Medizinische Rehabilitation	<ul style="list-style-type: none"> Anamneseerhebung Therapiesteuerung Teilnahme Arbeitstherapie nach Indikation Projekt zur Gestaltung des persönlichen und allgemeinen Lebensbereiches 	600 Minuten
Sport-, Körper- und Freizeittherapie Erlebnispädagogische Angebote, Kreativ- und Gestaltungstherapie	<ul style="list-style-type: none"> Die verschiedenen Elemente des Wochenprogramms nach Indikation und / oder eigener Festlegung 	300 Minuten
Summe zeitlicher Umfang pro Woche		1425 Minuten ca. 24 Stunden

Tabelle 2: Therapeutische Leistungen im Wochentherapieplan (Fachklinik Haus Weitenau)

Somit ist über die reguläre Therapieplanung und Steuerung der Entwöhnungsbehandlung bereits sichergestellt, dass im Hinblick auf eine angemessene Behandlung von depressiven Symptomen sowohl die Medikation als auch die Einbindung von Sportangeboten in den individuellen Therapieplan Berücksichtigung findet.

Gerade bei der Fragestellung nach dem Einsatz von Psychopharmaka ist bei der Aufnahmeuntersuchung eine standardisierte Überprüfung bestehender oder indizierter Medikation berücksichtigt. Dies erfolgt in enger Absprache mit dem ärztlichen Leiter, dem extern hinzugezogenen (Kinder- und Jugend-)Psychiater, sowie dem Bezugstherapeuten Psychotherapie und möglichen Vorbehandlern. Auch im Verlauf der Entwöhnungsbehandlung ist sichergestellt, dass eine kurzfristige Prüfung und Anpassung von Psychopharmaka möglich ist.

Darüber hinaus ist im Bereich der Psychotherapie als zusätzliche Leistung die Indikationsgruppe benannt. Diese im Einzelfall indikativ vereinbarten Gruppen sind

aktuell folgende:

- Frauengruppe
- Zukunftsplanungsgruppe
- Soziales Miteinander
- Stresstoleranz
- Aikido
- Aufnahmesport
- Aufnahmegruppe
- Abstinenzgruppe
- Arbeitsprojekt
- Nikotinentwöhnung
- Kreativer Ausdruck
- Reittherapie

Weitere Indikationsgruppen können nach Rücksprache mit der Klinikleitung initiiert werden.

Die Dauer sowie Häufigkeit ist je nach Gruppe variabel, daher ist keine explizite Minutenangabe möglich. Als grober Rahmen ist jedoch ein Sitzungszyklus von 5 bis 6 Sitzungen vorgesehen, damit möglichst vielen Patienten eine Teilnahme an verschiedenen Indikationsgruppen ermöglicht werden kann.

Hier zeigt sich bereits, dass Teilbereiche einer unterstützenden Mitbehandlung von depressiven Symptomen in mehreren Indikationsgruppen geleistet werden können, jedoch eine strukturierte Therapiesteuerung diesbezüglich noch nicht standardisiert ist und eine originäre Depressionsbehandlung derzeit innerhalb der Langzeitentwöhnung nicht besteht.

4.2.2. Vorgaben für indikative Gruppen

In der aktuellen Vorplanung für die in dieser Arbeit zu entwickelnden indikativen Gruppe für depressive Störungen wurden seitens der Klinikleitung folgende Vorgaben gemacht.

1. Beginn der Gruppe ab der zweiten bis fünften Behandlungswoche.
2. Geschlossene Gruppenstruktur, gemischtgeschlechtlich und abteilungsübergreifend (Jugend und Erwachsenenabteilung, Alter von 15 -30 Jahren).

3. Sitzung mindestens 75 – maximal 90 Minuten Dauer (incl. Vor- und Nachbereitungszeit).
4. 5- 6 Sitzungen insg., danach neue Gruppenzusammensetzung.
5. Fokus auf allgemeine depressive Symptome in der Aufnahme- und Entwöhnungsphase der Entwöhnungsbehandlung.
6. Inhalte möglichst nah an der bestehenden Therapiestruktur entwickeln um einen größtmöglichen Grad an Synergieeffekten zu ermöglichen.

Aus meiner bisherigen Erfahrung der Umsetzung von Indikationsmodulen innerhalb der FKHW begrenze ich mich für dieses Indikationsmodul auf fünf Sitzungen. Somit ist auch ein verkürzter Turnus von fünf Settings möglich, auch eine Ausweitung auf sechs oder sieben Settings fällt leichter. Eine Vertiefung von bereits vorgestellten Inhalten oder Ergänzungen sind praktikabler als ein festgelegtes Modul zu reduzieren, da durch die weitere Reduzierung von Inhalten die beabsichtigten Verzahnungen und Synergien gefährdet sind.

4.3. Modulerstellung

Unter Berücksichtigung der bereits in dieser Arbeit benannten fachlichen und strukturellen Bedingungen werde ich aus den verschiedenen Therapieformen, die für das Modul handlungsleitenden Therapieeinheiten identifizieren, um den Einrichtungsvorgaben gerecht zu werden.

Hierbei werde ich neben der inhaltlichen Schwerpunktsetzung auch die strukturellen Rahmenbedingungen nochmals kurz aufzeigen, sowie wesentliche Kompetenzen des Therapeuten skizzieren. Abschließend werde ich das erstellte Modul im Detail darstellen.

4.3.1. Rahmen und Struktur

Der Ablauf für alle fünf Sitzungen folgt dem allgemein gültigen Rahmen von Gruppensitzungen und kognitiv-verhaltenstherapeutischen Maßnahmen.

Kernpunkt ist neben der klaren Strukturierung des Ablaufs auch die Festlegung von sogenannten Hausaufgaben, welche die stete Einübung von neuen Verhaltensweisen thematisiert. Diese sind nach Martell et al. (2015) sogar wichtiger als die reinen Therapiesitzungen. Gerade in Verbindung mit den neurowissenschaftlichen Erkenntnissen durch Grawe, ist es leicht nachvollziehbar, dass hierdurch erst die neue Vernetzung im Gehirn, die neue *Bahnung* erfolgen kann. Daher werde ich im Modul, abweichend der alten Lehrmeinung bezüglich des Umgangs mit nicht erledigten Hausaufgaben, eine deutlich stärkere Thematisierung einfordern. Unter Berücksichtigung einer kleinteiligen und nicht überfordernden Ausgestaltung dieser Hausaufgaben ist es daher essentiell, diese auch in der Folgestunde „abzufragen“ und Erfolge wie Hindernisse in der Umsetzung detailliert zu besprechen.

Aufgrund der bei jungen Menschen eher negativ konnotierten Auslegung des Begriffs „Hausaufgaben“ werde ich im Manual von sportlich-spielerischem Training bzw. Trainingsaufgaben sprechen. Diese Begrifflichkeit ist über frühere Sportererfahrungen, spielerischem Einüben neuer Fertigkeiten, wie auch von Patienten praktizierte Selbstwert steigernde Kraft-Trainings eher neutral oder sogar positiv besetzt. Somit kann ein möglicher Widerstand zur Durchführung des Trainings reduziert bzw. abgebaut werden. Darüber hinaus soll hierdurch der positive Aspekt des steten Übens und Trainierens hervorgehoben werden.

Auch wesentlich für eine therapieförderliche Gruppensitzung ist eine Abschlussrunde, welche die neu erlernten Inhalte nochmals individualisiert thematisiert und Raum für Nachfragen gibt.

Hieraus ist der Rahmen für die einzelnen Sitzungen des Indikationsmoduls wie folgt festgelegt.

- A. Begrüßung und Skalierung der aktuellen Stimmung
- B. Durchsprechen der Trainingsergebnisse aus der letzten Gruppenstunde
- C. Heutiger Inhalt
- D. Besprechung der aktuellen / neuen Trainingsaufgaben
- E. Abschlussrunde mit Schwerpunkt auf die Nachfrage nach neuen Erkenntnissen und/ oder noch offene Fragen der Teilnehmer und eine abschließende Skalierung der aktuellen Stimmung

Nachdem nun der Rahmen gesetzt wurde, gilt es die inhaltliche Strukturierung zu entwickeln. Hierzu wurden folgende Therapiemanuale und Behandlungsformen von mir im Rahmen der Literaturrecherche und meiner ersten Überlegungen zur Modulentwicklung in Hinblick auf die verschiedenen Behandlungsfokuse als hilfreich für den Forschungsgegenstand bewertet.

Für den Behandlungsfokus Depression

- Kognitive Therapie der Depression nach Hautzinger und Beck (Hg.) (1986), vgl. Kapitel 3.2.
- Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen nach Hautzinger, Stark, Treiber (1994), vgl. Kapitel 3.2.1.
- Heidelberger Gruppenprogramm für depressive Patienten nach Backenstraß et al. (2001) zit. n. Fiedler (2005)
- Metakognitives Training bei Depressionen nach Jelinek, Hauschildt, Moritz (2015), vgl. Kapitel 3.2.1.
- Verhaltensaktivierung bei Depression nach Martell, Dimidjian, Hermann-Dunn, Lewinsohn (2015), vgl. Kapitel 3.2.2.

Für den Behandlungsfokus Sucht

- Kognitive Therapie der Sucht nach Beck, Lindenmeyer, Beck-Wright-Newman-Liese (Hg.) (1997), vgl. Kapitel 3.3.1. und 3.4.
- Therapieplanung und Steuerung der FKHW, vgl. 4.2.1.

- Empfehlungen für die Suchtbehandlung von jungen Menschen, vgl. Kapitel 3.3.2.

Für den Behandlungsfokus Komorbidität

- Berner Modell bei Doppeldiagnosen nach Moggi (2004, 2014), vgl. Kapitel 3.1.4.4.
- Ein integriertes kognitiv-verhaltenstherapeutisches Gruppenprogramm für die Doppeldiagnose nach Zumbeck und Conrad (2008)
- Fortbildungsbeitrag zur Thematik „Depression und Sucht“ von Kemper (2011) zit. nach lwl.org

Für den Behandlungsfokus Depression bei jungen Menschen

- Kognitive Verhaltenstherapie bei depressiven Kindern und Jugendlichen nach Harrington und Jans (2013)

In der Analyse der vorbenannten Manuale ist zu erkennen, dass die Ausgestaltung von Sitzungsanzahl, Sitzungsdauer sowie der jeweils spezifischen Vorgehensweisen diese teilweise höchst unterschiedlich sind. Aber es sind auch deutliche Gemeinsamkeiten vor allem in der inhaltlichen Themensetzung und Strukturierung feststellbar, welche modulabhängig natürlich wieder bearbeitet und ausgeformt werden.

So können für meine Arbeit folgende strukturierende Grundelemente für eine erfolgsversprechende bzw. wirksame Behandlung identifiziert werden:

1. Aktivitätsaufbau
2. Psychoedukation
3. Veränderung von Kognitionen
4. Verbesserung sozialer Fertigkeiten
5. Absicherung und Stabilisierung des Therapieerfolges

Das Berner Modell nach Moggi nimmt hier eine Sonderrolle ein, da dieses Modell eine implementierte Psychotherapie der psychischen Störung innerhalb der vier Behandlungsstufen erst nach erfolgreicher Absolvierung der zwei vorhergehenden Stufen (Problemaktualisierung und Klärungsperspektive) als dritte Stufe der Problembewältigung umsetzt. In der vierten Stufe der Ressourcenaktivierung ist wiederum die Absicherung des Therapieerfolges thematisiert. Dies grenzt sich entschieden von den anderen Manualen ab, welche eine singuläre Behandlung voraussetzen, oder wo eine Komorbidität thematisiert wird, eine zeitgleiche oder zumindest zeitnahe Mitbehandlung postuliert wird.

Dies mag dem Sachverhalt geschuldet sein, dass Moggi verschiedenste Komorbiditäten in der Behandlung mit einbezieht. Wogegen Zumbeck und Conrad in ihrem Manual explizit Sucht und Depression als Behandlungsziel haben und so eine gleichzeitige Behandlung anstreben.

Auch ist in der besonderen Betrachtung von angemessenen Behandlungsformen gerade für junge Menschen die therapeutische Ausrichtung des Metakognitiven Trainings nach Jelinek et al. mit seinen niedrigschwelligen und spielerischen Elementen eine hilfreiche Herangehensweise. Die Fokussierung auf die Verhaltensaktivierung nach Martell verspricht hier aus dem gleichen Grund eine angemessene Behandlungsform für das zu entwickelnde Indikationsmodul zu sein.

Ausgehend von den vorbenannten Grundelementen ist der **Aktivitätsaufbau** bzw. die Aktivierung des Patienten oberstes Ziel meines Behandlungsmanuals.

Bereits durch eine Skalierung der eigenen Befindlichkeit am Anfang aller Gruppensitzungen innerhalb des Moduls wird der Einstieg sowohl in eine konkrete Handlung sowie in eine erste spielerische Form der Selbstbeobachtung ermöglicht. Auch werden zu jeder Gruppensitzung Trainingsaufgaben gegeben, welche einen weiteren stetigen Aktivierungsimpuls setzen.

Psychoedukation als weiteres Grundelement wird in allen Sitzungen zu den

jeweiligen Themen angewandt. Zielführend ist auch hier einen gemeinsamen Wissenskonsens innerhalb der Gruppe zu schaffen und bereits erste dysfunktionale Kognitionen ansprechen und ggf. umstrukturieren zu können.

Innerhalb der Wissensvermittlung ist darauf zu achten, dass angemessene Begleitmaterialien an die Patienten ausgegeben werden, um jederzeit ein Nachlesen oder Rückerinnern sowie eine möglichst leichte Bearbeitung zu ermöglichen.

Auch soll durch das neue Wissen und den jeweils vorgestellten Arbeitsmaterialien eine Erweiterung der Handlungskompetenz der Patienten erzielt werden. Erst wenn der Patient für sich neue Ideen und Handlungsoptionen erkennt, kann eine Verhaltensänderung initiiert werden. So wird auch die von Grawe (2004) postulierte Aktivierung des Motivationssystems (S. 178) befördert.

Veränderung von Kognitionen als drittes Grundelement verhaltenstherapeutischer Maßnahmen wird eingeführt und bearbeitet. Hierdurch wird ebenso neben der Förderung von Aktivitätsaufbau auch ein gewichtiger psychoedukativer Inhalt gesetzt, der ein besseres Verständnis ermöglicht, vor allem aber in Hinblick auf das Selbstmanagement des Patienten eine Vielzahl an neuen Gedanken- und Verhaltensoptionen bietet.

Die **Verbesserung der sozialen Kompetenzen** als viertes Grundelement wird bereits durch das Gruppensetting umgesetzt. Innerhalb der Auseinandersetzung mit den anderen Gruppenteilnehmern wird die Wahrnehmung, Verbalisierung und ein Aushandlungsprozess bezüglich der Durchsetzung von verschiedenen Bedürfnissen und Wünschen des Einzelnen und anderer Gruppenteilnehmer initiiert.

Das fünfte Grundelement der **Stabilisierung und Absicherung der Lernerfolge** wird in der letzten, fünften Sitzung des Moduls thematisiert. Durch die Identifizierung von individuellen Warnsignalen soll eine frühzeitige Wahrnehmung in Hinblick auf depressive Symptome ermöglicht werden.

Bei der Gegenüberstellung der betrachteten verschiedenen Therapiemodule und Methoden und deren herausgearbeiteten Grundelemente ist es offensichtlich, dass aufgrund der Einrichtungsvorgaben nur eine sehr begrenzte Bearbeitung der verschiedenen inhaltlichen Themensetzungen innerhalb des Moduls erfolgen kann.

Gleichzeitig kann jedoch auch vermutet werden, dass im Rahmen der normalen Suchtbehandlung bereits unterstützende Maßnahmen stattfinden, die somit nicht nochmals explizit im Modul bearbeitet werden müssen.

Dies sind vor allem die medikamentöse Begleitbehandlung, die vielfältigen Sportangebote sowie die bereits installierte Indikationsmodule wie soziales Miteinander, Stresstoleranz und Abstinenz innerhalb der Therapiestruktur der FKHW.

Zusammenfassend kann somit für die einzelnen Gruppensitzungen des Moduls folgende jeweiligen Themenschwerpunkte festgelegt werden:

1. Einführung und Informationsvermittlung (Psychoedukation)
2. Denken und Schlussfolgerungen
3. Denkverzerrungen (dysfunktionale Kognitionen) 1
4. Denkverzerrungen (dysfunktionale Kognitionen) 2 / Soziale Kompetenz / Genussregeln
5. Rückfallprophylaxe / Lernzielsicherung (neu gewonnene Erkenntnisse)

Die konkrete Umsetzung dieser Themenschwerpunkte wird nun im Folgenden beschrieben.

4.3.2. Konkreter Inhalt des Moduls

In den folgenden Absätzen werde ich nun die Umsetzung der bisher dargelegten Inhalte in die konkreten Sitzungen des Indikationsmoduls beschreiben.

Die inhaltliche Ausgestaltung der einzelnen Sitzungen basiert auf den unter 4.3.1. benannten grundlegenden Rahmenbedingungen für verhaltenstherapeutische Gruppensitzungen, den identifizierten 5 Grundelementen und den konkreten Vorgaben der Einrichtung sowie der von mir hieraus priorisierten Themensetzung, die ich für die vorbenannte Zielsetzung des Indikationsmoduls als hilfreich und unterstützend bewerte.

Im Hinblick auf Verständlichkeit gegenüber den Teilnehmern (TN) werde ich auch das Indikationsmodul in den Handreichungen als „Indikationsgruppe DEPRESSION“ bezeichnen.

Bereits in der Vorbereitung zur Modulteilnahme wird eine erste Aktivierungsübung (in Verbindung mit Aspekten von Psychoedukation) mit Unterstützung des Bezugstherapeuten eingefordert, welche durch die Erarbeitung eines allgemeinen Depressionsfragebogens (nach Lindenmeyer 2010) in Form des Arbeitsblattes (AB) 01 und der Besprechungen der erarbeiteten Beschwerden und ersten Erklärungsmuster für die wahrgenommenen depressiven Symptome realisiert wird. Auch wird hier eine Schwerpunktsetzung bezüglich der verbesserungsbedürftigen Beschwerden vorgenommen, um eine möglichst effiziente Bearbeitung zu ermöglichen.

Gerade im Hinblick auf die Vorgabe der Behandlung bereits in der Aufnahme phase der Entwöhnungsbehandlung eine Hilfestellung bieten zu können, ist die Bearbeitung im Vorfeld ein nicht zu unterschätzender Aspekt. Dem Hilfebedürfnis, bzw. dem Anspruch des Patienten unmittelbar an seiner Depression arbeiten zu können wird hier Rechnung getragen. Zugleich kann eine mögliche Wartezeit bis zum Modulstart besser überbrückt werden.

Sitzung 1

Einführung und Informationsvermittlung (Psychoedukation)

In der **ersten Sitzung** mit der thematischen Schwerpunktsetzung auf **Einführung und Informationsvermittlung** (Psychoedukation) wird zunächst der allgemeine Gruppenablaufrahmen mit den Punkten A – B – C – D - E (vgl. 4.3.1.) und mit seiner

zeitlichen Verortung im Wochenplan besprochen. Hierbei werden jedoch zunächst Nachfragen bezüglich *D Besprechung von Trainingsaufgaben*, nur gesammelt und auf den weiteren Verlauf der Sitzung verwiesen.

Einen wesentlichen Teil nimmt die Absprache der Gruppenregeln (AB 02) ein, welche den Patienten nicht nur den Start in eine vertrauensvolle Arbeitsatmosphäre erleichtern soll, sondern auch, gerade mittels des abgedruckten Cartoons, eine spielerische Einstimmung auf eine eigene aktive Bearbeitung eröffnet.

Nach möglichen Verständnisfragen wird unter B. die jeweiligen Ergebnisse der TN zusammengetragen und somit eine gemeinsame Basis geschaffen.

Im psychoedukativen Teil C. wird unter Zuhilfenahme der AB 03, 04, 05 und 06 mittels einzelner Theoriemodelle (nach Pitzschel-Walz/Bäumli/Kissing 2003, sowie Lindenmeyer (2010)) sowohl die Depressionsentstehung als auch der Einfluss von negativen Gedanken und Stimmungen, sowie der Zusammenhang mit der eigenen Aktivität näher erläutert.

Somit ist die oftmals bereits bekannte Depressionsspirale im Hinblick auf fehlende Aktivierung und die im Modul vorausgesetzte Aktivitätssteigerung verbunden.

Hierauf folgt die Thematisierung der Notwendigkeit eines angemessenen Selbstmanagements, welches sich in Selbstbeobachtung, Selbstverpflichtung, Selbstverstärkung und Selbstkontrolle operationalisieren lässt, um eine Selbstaktivierung zu erzielen. Hierzu wird unterstützend das AB 07 „Wochenplan AKTIVITÄTEN“ eingeführt und besprochen. Dieses Arbeitsblatt wurde durch Adaption verschiedener publizierter Vorlagen auf die speziellen Vorgaben des Indikationsmoduls modifiziert. So ist gerade für junge Menschen neben der Umschreibung „Was ich mir vornehme...“ und „Was ich gemacht habe...“ meines Erachtens eine frühzeitige Differenzierung in „E: Erfolgreich / V: Vergnügen“ vorzunehmen. So erwarte ich frühzeitig Widerständen entgegen wirken zu können und eine weitere Erklärungsmöglichkeit, ´es geht nicht nur um Vergnügen´, anbieten zu können.

Abschließend wird die neue Trainingsaufgabe besprochen, das AB 07 bis zur nächsten Sitzung zu führen und alle Aktivitäten zu dokumentieren. Um dies einzuüben und ggf. Klärungsfragen zu ermöglichen und erste Widerstände

bearbeiten zu können, ist innerhalb der Sitzung darauf zu achten, dass jeder TN bereits mindestens 3 Aktivitäten plant.

Auch wird die permanente Unterstützungsmöglichkeit seitens der Mitarbeitenden des pädagogischen Teams angesprochen.

Diese Aktivierung mittels der Wochenplanung zieht sich durchgängig über den gesamten Verlauf des Indikationsmoduls und seinen fünf Sitzungen durch. Auch wird eine freiwillige Weiterführung nach dem Modul bereits hier angeregt und unterstützt.

Zusammenfassung Sitzung 1:

A. Begrüßung und Skalierung der aktuellen Stimmung

- Einführung in die Indikationsgruppe mit Gruppenregeln (AB 02) und Ablaufrahmen des Moduls (wöchentliche Treffen, Trainingsaufgaben)

B. Abfrage der Vorbereitung der aktuell bekannten Beschwerden und bisherigen Erklärungsmuster für depressive Stimmungen (wurde vorab durch Bezugstherapeut ausgegeben und vorbesprochen) (AB 01)

C. Heutiger Inhalt Psychoedukation zu:

- Depressionsentstehung und Einfluss von negativen Gedanken und Stimmungen auf die Aktivität (Ab 03, 04, 05, 06)
- Selbstmanagement im Hinblick auf Selbstbeobachtung, Selbstverpflichtung, Selbstverstärkung, Selbstkontrolle und Selbstaktivierung
- Einführung der Wochenplanung von Aktivitäten mit der Differenzierung auf Planung und Durchführung, sowie Erfolg und Vergnügen. (AB 07)

D. Besprechung der aktuellen / neuen Trainingsaufgaben

- Wochenplan Aktivitäten (AB 07) führen. Jeder Teilnehmer hat zum Ende der Sitzung bereits mindestens 3 Aktivitäten geplant, die nicht schon durch den Therapieplan vorgegeben sind.

- Hinweis auf tägliche Unterstützung durch Pädagogischen Dienst (eigenes Setting)

E. Abschlussrunde mit Schwerpunkt auf die Nachfrage nach neuen Erkenntnissen und/ oder noch offene Fragen der Teilnehmer und eine abschließende Skalierung der aktuellen Stimmung

Sitzung 2.

Denken und Schlussfolgerungen

In der **zweiten Sitzung** mit der thematischen Schwerpunktsetzung auf **Denken und Schlussfolgerungen** (Psychoedukation) werden nach der Besprechung der Trainingsergebnisse (AB 07) zunächst die Kernprinzipien zur Verhaltensaktivierung nach Martell (AB 08) vorgestellt. Hierdurch soll neben der reinen Wissensvermittlung auch eine weitere Theorie zur möglichen Veränderung von Kognitionen angeboten werden. Gerade der erdenkliche Rückbezug zu den bereits aktuell gemachten Erfahrungen in der Erledigung der gestellten Trainingsaufgabe bietet neue Handlungsoptionen im Denken und Handeln an.

Eine Weiterführung erfolgt in der Darstellung von automatischen Gedanken unter Zuhilfenahme des Stroop-Test (AB 09). Auch die oftmals bekannten „Doppelbilder“ ermöglichen hier einen neuen Erkenntnisgewinn zum Thema Zusammenhang von Denken und Schlussfolgerungen. Bereits hier kann auf die weitere Einflussgröße der Gestimmtheit eingegangen werden, welche in der Vorstellung des A-B-C-Schema nach Beck weiter vertieft wird. Es wird ins besonders die Selbstbeobachtung von automatisierten Gedanken entwickelt und gleichzeitig der erste Schritt hin zur Hinterfragung der dysfunktionalen Kognitionen gelegt. Unter Zuhilfenahme des AB 10a (zit. nach Wittchen&Hoyer 2011) wird die Selbstbeobachtung veranschaulicht und die eigene Bearbeitung durch AB 10b vorbereitet.

Abschließend wird wiederum die Trainingsaufgabe bis zur nächsten Sitzung besprochen, welche neben der Weiterführung der Planung der Wochenaktivitäten (AB 07) nun die erstmalige Nutzung des Beobachtungstagebuchs (AB 10b)

beinhaltet.

Auch hier wird didaktisch bereits in der Sitzung erste mögliche Situationen vorbesprochen, wie diese im AB dokumentiert werden könnten.

Zusammenfassung Sitzung 2:

A. Begrüßung und Skalierung der aktuellen Stimmung

B. Durchsprechen der Trainingsergebnisse aus der letzten Gruppenstunde

C. Heutiger Inhalt Psychoedukation zu:

- Kernprinzipien zur Verhaltensaktivierung (nach Martell, AB 08), Rückbezug zu den Trainingsergebnissen der einzelnen Teilnehmer, mit folgenden Fragestellungen:
 - welches Prinzip gelingt ihnen bereits gut / sehr gut?
 - welches ist ihrer Meinung nach am schwierigsten umzusetzen?
- Automatische Gedanken unter Zuhilfenahme des Stroop-Tests und Doppelbilder zur Verdeutlichung wie Automatismus funktioniert und wie die Erinnerung und Gestimmtheit die Wahrnehmung beeinflusst (AB 09)
- A-B-C-Schema nach Beck zur Identifizierung von automatischen und alternativen (rationalen) Gedanken und Einführung des Beobachtungstagebuch (AB 10 a + b)

D. Besprechung der aktuellen / neuen Trainingsaufgaben

- Weiterführung des Wochenplan-Aktivität (AB 07)
- Ausfüllen des Beobachtungstagebuch (AB 10 b) mit mindestens 5 Situationen bis zur nächsten Sitzung
- Hinweis auf tägliche Unterstützung durch Pädagogischen Dienst (eigenes Setting)

E. Abschlussrunde mit Schwerpunkt auf die Nachfrage nach neuen Erkenntnissen

und/ oder noch offene Fragen der Teilnehmer und eine abschließende Skalierung der aktuellen Stimmung

Sitzung 3.

Denkverzerrungen (dysfunktionale Kognitionen) 1

In der **dritten Sitzung** mit der thematischen Schwerpunktsetzung auf **Denkverzerrungen (dysfunktionale Kognitionen) 1** (Psychoedukation) werden nach der Besprechung der Trainingsaufgaben zunächst durch das individuelle Bearbeiten des AB 11 verschiedene, bereits bekannte, depressive Denkmuster benannt. In der Zusammenfassung wird mittels der 10 Denkfehler nach Hautzinger (AB 12) die kognitive Umstrukturierung angestoßen. Hierbei ist es wichtig die ursprüngliche Formulierung der DenkFEHLER zu thematisieren, da es oftmals sehr belastend für Patienten sein kann, sich selbst, neben den psychisch erlebten Belastungen, nun auch noch als „fehlerhaft“ etikettieren zu sollen/müssen. Hilfreich ist hier die Formulierung von DenkVERZERRUNGEN, da dies den neurowissenschaftlichen Aspekt der Andersartigkeit der neuronalen Verarbeitung betont, ohne gleich eine positiv/negativ- Zuschreibung vorzunehmen.

Über eine Gruppenarbeit werden hilfreiche Alternativen zu den vorbenannten Denkmustern erarbeitet, welche, je nach Sitzungsverlauf und verfügbarer Zeit ausführlich erarbeitet werden können oder unter Zuhilfenahme der AB 13a und 13b (nach Pitzschel-Walz/Bäumli/Kissing 2003) durchgesprochen werden.

Auch werden hier ganz im Sinne der Aktivierung im Anschluss verschiedene Methoden und Techniken gegen negative Gedanken gesammelt und vorgestellt, um den Patienten weitere unterstützende Materialien an die Hand geben zu können (AB 14).

Als Trainingsaufgaben werden die Weiterführung der Aktivitätenplanung (AB 07) sowie weitere Situationsbeobachtungen (AB 10b) bis zur nächsten Sitzung vereinbart. Hier ist nochmals auf die Vernetzung mit den besprochenen neuen Erkenntnissen in Bezug auf Denkverzerrungen und hilfreicher Alternativen hinzuweisen.

Zusammenfassung Sitzung 3:

- A. Begrüßung und Skalierung der aktuellen Stimmung

- B. Durchsprechen der Trainingsergebnisse aus der letzten Gruppenstunde

- C. Heutiger Inhalt Psychoedukation zu:
 - Denkverzerrungen / Fehlerinnerung / Denkfehler; Mithilfe des Arbeitsblattes möglichst konkrete eigene Beispiele finden lassen (AB 12)
 - Methoden gegen negative Gedanken, Sammlung mit den Patienten was ist bereits bekannt und hilfreich? Ggf. Vorstellung konkreter Techniken (AB 13 a + b) (z. B. Grübelstopp)

- D. Besprechung der aktuellen / neuen Trainingsaufgaben
 - Weiterführung des Wochenplan Aktivität (AB 07)
 - Weiterführung des Beobachtungstagebuch (AB 10 b) mit mindestens 5 Situationen bis zur nächsten Sitzung
 - Hinweis auf tägliche Unterstützung durch Pädagogischen Dienst (eigenes Setting)

- E. Abschlussrunde mit Schwerpunkt auf die Nachfrage nach neuen Erkenntnissen und/ oder noch offene Fragen der Teilnehmer und eine abschließende Skalierung der aktuellen Stimmung

Sitzung 4.

Denkverzerrungen (dysfunktionale Kognitionen) 2 /

Soziale Kompetenz / Genussregeln

In der **vierten Sitzung** mit der thematischen Schwerpunktsetzung auf **Denkverzerrungen (dysfunktionale Kognitionen) 2, sowie Soziale Kompetenz / Genussregeln** (Psychoedukation) werden nach der Besprechung der

Trainingsaufgaben mittels der Methode Rollenspiel eine weitere Vertiefung und soziale Kompetenzentwicklung bei den Patienten initiiert. Eine direkte Unterstützung hierzu ist die sinnvolle Weiterentwicklung in der bereits bestehenden Indikationsgruppe „Soziales Miteinander“, welche nach meiner Auffassung im direkten Anschluss an die Indikationsgruppe „Depression“ erfolgen sollte.

Auch den Teilaspekt der Genussfähigkeit ordne ich in den Bereich der sozialen Kompetenz ein. Unter Zuhilfenahme des AB 15 soll zunächst in Einzelarbeit jeder TN eigene Beispiele zu den bereits benannten 7 Genussregeln finden. In der anschließenden Gruppenarbeit werden diese zusammengetragen und ggf. individuell ergänzt. Durch die Vermittlung der Genussregeln und der damit verbundenen Trainingsaufgabe, diese in der nächsten Wochenplanung in Aktivität umzusetzen, wird sowohl die Aktivierung als auch die Selbstwahrnehmung und positive Beeinflussung des eigenen Erlebens befördert.

Auch in dieser Sitzung sind AB 07, mit der Spezifikation mindestens ein „genussvolles“ Erlebnis einzuplanen, wie auch AB 10b zur weiteren Beobachtung von besonderen Situationen als Trainingsaufgaben bis zur nächsten Sitzung.

Zusammenfassung Sitzung 4:

- A. Begrüßung und Skalierung der aktuellen Stimmung

- B. Durchsprechen der Trainingsergebnisse aus der letzten Gruppenstunde

- C. Heutiger Inhalt: Förderung der sozialen Kompetenz
 - Kurze Einführung auf die Indikationsgruppe „soziales Miteinander“, welche im Anschluss an das Modul folgt.
 - Vertiefung von Rückmeldungen aus den Trainingsergebnissen mittels Rollenspiel zur weiteren Entwicklung von „hilfreichen“ Gedanken.
 - Brainstorming in der Gruppe zu rationalen Alternativen für automatische Gedanken (Beispiele aus dem Teilnehmerkreis)
 - Psychoedukation zu Genuss (AB 15)

D. Besprechung der aktuellen / neuen Trainingsaufgaben

- Weiterführung des Wochenplan Aktivität (AB 07) unter besonderer Berücksichtigung ein „genussvolles“ Erlebnis einzuplanen und umzusetzen (mindestens 3 Erlebnisse bereits in der Sitzung erarbeiten)
- Weiterführung des Beobachtungstagebuch (AB 10 b) mit mindestens 5 Situationen bis zur nächsten Sitzung
- Hinweis auf tägliche Unterstützung durch Pädagogischen Dienst (eigenes Setting)

E. Abschlussrunde mit Schwerpunkt auf die Nachfrage nach neuen Erkenntnissen und/ oder noch offene Fragen der Teilnehmer und eine abschließende Skalierung der aktuellen Stimmung

Sitzung 5

Rückfallprophylaxe / Lernzielsicherung (neu gewonnene Erkenntnisse)

In der **fünften und letzten Sitzung** mit der thematischen Schwerpunktsetzung auf **Rückfallprophylaxe / Lernzielsicherung** (Psychoedukation) werden nach der Besprechung der Trainingsaufgaben unter besonderer Berücksichtigung der „genussvoller“ Aktivitäten, individuelle Warnsignale unter Zuhilfenahme des AB 16 (nach Pitzschel-Walz/Bäumli/Kissing 2003) erarbeitet. Auch sollen hier die individuell hilfreichen Methoden und Techniken identifiziert werden. So entwickelt sich ein Notfallkoffer für den Patienten, der eine frühzeitige und adäquate Selbst-Behandlung ermöglicht.

Nach der Vorstellung im Plenum erfolgt die Modulauswertung unter Zuhilfenahme des AB 17 „Rückfallvorbeugung“ (nach Lindenmeyer 2010). Auch diese Ergebnisse werden in der Gruppe vorgestellt und ggf. individuell ergänzt.

Abschließend wird eine weitere Bearbeitung über die Bezugstherapie angeboten und zur Unterstützung nochmals das AB 18 besprochen, welches „Goldene Regeln“ (nach Pitzschel-Walz/Bäumli/Kissing 2003) als alltagsstrukturierende Hilfe formuliert ist sowie als zweiter Inhalt die „Genussregeln“ nochmals erläutern.

Zusammenfassung Sitzung 5:

- A. Begrüßung und Skalierung der aktuellen Stimmung

- B. Durchsprechen der Trainingsergebnisse aus der letzten Gruppenstunde

- C. Heutiger Inhalt:
 - Erarbeitung individueller Warnsignale und Erstellung eines Notfallplans bei Erkennen von depressiver Stimmung
 - Auswertung des Moduls (AB 17) mit den Fragestellungen:
 - was habe ich für mich (neu) gelernt,
 - was hab ich bereits umsetzen können,
 - was ist für mich noch offen,
 - wo habe ich noch Schwierigkeiten

- D. Besprechung der aktuellen / neuen Trainingsaufgaben
 - Angebot die Trainingsübungen weiter zu führen (ggf. Absprache mit Bezugstherapeut)

- E. Abschlussrunde mit Schwerpunkt auf die Nachfrage nach neuen Erkenntnissen und/ oder noch offene Fragen der Teilnehmer und eine abschließende Skalierung der aktuellen Stimmung

Zur weiteren Verdeutlichung der praktischen Ausgestaltung ist im Anhang dieser Arbeit ein detaillierter Ablaufplan jeder einzelnen Sitzung, sowie die einzelnen Arbeitsblätter (AB) aufgeführt. Hieraus ist die detaillierte Umsetzung incl. Material und Zeitplanung ersichtlich.

4.3.3. Therapeutenverhalten

Wie bei allen psychotherapeutischen Verfahren ist auch das konkrete Verhalten des Therapeuten wesentlich für eine gelingende Umsetzung der therapeutischen Maßnahmen.

Bereits 1986 veröffentlichten Hautzinger und Beck (Hg.) eine „Kompetenzliste für Kognitive Therapeuten“ (S. 392-398), welche eine umfassende Darstellung der nötigen Kompetenzen bietet.

Dieser Herausforderung hat sich Aus- und Weiterbildung von Therapeuten zu stellen. Nur so kann die von Schönell und Closset (2002) beispielhaft formulierte fachlich falsche Zuschreibung der Verantwortlichkeit hin zum „unkooperativen komorbiden Patienten“ aufgelöst werden. Nicht der Patient ist im Widerstand sondern der Therapeut hat (noch) nicht das geeignete therapeutische Mittel für eine produktive Therapie des Patienten gefunden.

Auch hat eine Studie von Leake & King (1977, zit. n. Schuhler 2006) die reale Beeinflussung der Entwicklung des Patienten durch die prospektive Sichtweisen des Therapeuten belegen können. Hieraus folgernd ist es fachlich angemessen von Therapeutenseite eine grundlegende Veränderungsbereitschaft und Veränderungsmöglichkeit des Patienten anzunehmen. (sinngemäß nach M. Linehan)

Als weiterführende Therapietechnik, welche meiner Ansicht nach als Kompetenz seitens des Therapeuten geschult und angewendet werden sollte, ist die Motivierende Gesprächsführung (MI) nach Miller und Rollnick (2015) zu benennen. Diese Technik hat ihre Wirksamkeit gerade in der Suchthilfe bereits hinreichend belegt.

Die geistige und emotionale Grundhaltung, in der MI praktiziert werden soll, sind durch vier postulierte Prinzipien der Intervention umschrieben.

Diese Prinzipien sind

1. Empathie
2. Entwicklung von Diskrepanz

3. Geschmeidiger Umgang mit Widerstand
4. Stärkung der Änderungszuversicht.

Gelingt es dem Therapeuten diese Prinzipien und deren Konkretisierungen wie z. B. das Aktive Zuhören oder aber der konstruktive Umgang mit Widerstand, glaubwürdig in sein therapeutisches Alltagshandeln zu integrieren, so handelt er kooperativ, partnerschaftlich und einfühlsam.

Auch die Therapietechnik der Sokratischen Dialogführung weist auf mögliches Fehlverhalten des Therapeuten hin, so ist bei der Umsetzung nach Hautzinger (1994) auf folgendes zu achten:

1. keine Beweisführung und "ertappen" des Patienten bei Widersprüchen
2. kurze und konkrete Fragen direkt an Äußerungen des Patienten anknüpfen
3. offen für Antworten des Patienten sein
4. Fragetechnik soll Patienten zu neuer Erkenntnis motivieren seine Probleme anders wahrzunehmen und anders zu bewerten
5. keine Debatten führen
6. Patient muss jederzeit den Fragen des Therapeuten folgen können

Psychotherapeuten müssen sich auch auf die klassischen Vermeidungsstrategien wie Inaktivität, Rückzugstendenzen, Vermeidung und die nicht Beendigung von Aufgaben einstellen (Hautzinger, 1994). Hierzu bedarf es einer jeweils individuellen Entwicklung von Kompetenzen des Therapeuten hier therapieförderlich interagieren zu können.

Gerade in Bezug auf die nicht Erledigung von Aufgaben und Übungen vertrete ich eine andere Auffassung wie die traditionelle Sicht der Verhaltenstherapie, welche diesen Sachverhalt zwar thematisiert, jedoch in der Behandlung, gerade bei Manualen zur Depressionsbehandlung explizit benannten Empfehlungen ein weiteres Einfordern der Erfüllung nicht als zielführend erachtet.

Unter der Berücksichtigung der neurowissenschaftlichen Erkenntnisse der

Aktivierung und Bahnung von Nervenzellen ist es meiner Ansicht nach nur folgerichtig eine deutlich fordernde Haltung einzunehmen. Nur so kann „neues“ Verhalten entwickelt werden. Dies formuliert Grawe (2004) noch deutlicher in seinen Schlussfolgerungen für die Psychotherapie (S. 435 ff). Vorausgesetzt das zu erreichende Therapieziel ist durch ein motivationales Ziel begründet, so ist durch „Hausaufgaben“ außerhalb der Therapiestunde für eine ausreichende Aktivierung und damit Bahnung zu sorgen. Bei fehlender Umsetzung ist detailliert nach den Gründen zu forschen und eine höhere Selbstverpflichtung des Patienten und eine therapeutenseitige Unterstützung der Realisierung zu ermöglichen.

Weiter bietet Klaus Grawe detaillierte Ausformulierung von therapieförderlichem Verhalten des Therapeuten unter seinem Fokus der Neuropsychotherapie als „Leitregeln für die Therapiepraxis“ (S. 433) an.

Basale Voraussetzung ist hier die therapeutische Beziehung. Die korrigierende emotionale Erfahrungen für den Patienten erst ermöglicht. Therapeuten müssen sich in ihrer Aus- und Fortbildung hierfür qualifizieren um diese aktiv gestaltet zu können.

5. Methodologie – Forschungsdesign zur Evaluation des Indikationsmoduls

In dieser Arbeit wurde in einem zunächst theoretischen Rahmen ein Versuch unternommen eine fachliche Weiterentwicklung für eine spezielle Zielgruppe in einem konkreten Setting zu entwickeln. Somit handelt es sich um soziale Phänomene in einem sozialen Gesellschaftskontext. Diese sollen auf ihre fachliche Richtigkeit und Nützlichkeit hin erforscht und geprüft werden. Hierfür wird eine geeignete Methodologie entwickelt, welche sach- und fachgerecht erscheint.

„Als Methodologie bezeichnet man die Lehre von den Methoden, die Auskunft darüber gibt, wie man den interessierenden Weltausschnitt erforschen kann, das heißt, welche Schritte gegangen werden müssen und wie die Schritte gegangen werden sollten. Deshalb entwickelt jede Wissenschaftsdisziplin ihre eigene Methodologie,...“ (Gläser & Laudel 2010, S. 29)

Für die vorliegende Forschungsfrage muss geprüft werden, welche Methode hilfreich ist, welche Methoden eventuell kombinierbar sind, wie allgemein gültig die zu erwartende Antwort hieraus sein kann, und welche Fehler bei der Erhebung entstehen könnten und wie diese gegebenenfalls ausgeglichen werden könnten.

Hierdurch wird der Erfolg oder Misserfolg eines Forschungsprozesses maßgeblich beeinflusst. (Gläser und Laudel 2010)

Soziale Phänomene werden mittels der empirischen Sozialforschung erforscht. Dabei geht diese Forschungsmethode von der "Empirie", der "Sinneswahrnehmung" von sozialen Phänomenen aus, welche theoretische Aussagen stützen sollen. Empirische Daten können durch Beobachtungen, Befragungen und durch Dokumente erzeugt werden. Diese gewonnenen Daten sind jedoch für sich alleine noch nicht aussagefähig, da sie erst im Hinblick auf die zu erforschende Fragestellung interpretiert werden müssen. Diese Interpretation wiederum fußt auf einem vom Forscher eingebrachten Theorieverständnis, welches den Betrachtungswinkel und somit das Forschungsinteresse fokussiert. (Brüsemeister 2008)

Als Ziel der Forschung soll ein erweitertes Wissen erzeugt werden, welches durch

deutendes Verstehen von sozialem Verhalten versucht dies ursächlich erklären zu können.

Dieser Anspruch kann jedoch nach Gläser & Laudel (2010) nur dann erfüllt werden, wenn die im Folgenden zitierten methodologischen Grundprinzipien für die Wissensproduktion umgesetzt werden.

1. Prinzip der Offenheit

Es muss auch unerwartetes innerhalb der Forschung erkennbar sein können und dokumentiert werden. Auch darf kein vorschnelles Zuordnen oder Bewerten erfolgen.

2. Prinzip des theoriegeleiteten Vorgehens

Der Forschungsprozess fußt auf Vorannahmen von bereits bekanntem Wissen, welches erweitert werden soll (nach Mayring: Erkenntnisfortschritt durch Anknüpfung an bestehenden Erfahrungen (zit. aus Gläser & Laudel 2010)).

3. Prinzip des regelgeleiteten Vorgehens

Dies ermöglicht eine Rekonstruierbarkeit durch andere Forscher durch die Nachvollziehbarkeit expliziter Regeln.

Darüber hinaus gilt spezifisch für Sozialforschung ein weiteres Prinzip.

4. Prinzip des Verstehens als 'Basishandlung' sozialwissenschaftlicher Forschung (nach Meinefeld 1995, zit. nach Gläser & Laudel 2010).

Diese Leistung ist methodisch abgesichert zu erbringen und stellt somit ein gewichtiges Mittel sozialwissenschaftlicher Forschung dar.

Aus diesen allgemeingültigen Prinzipien lassen sich, so Gläser & Laudel, für jede spezifische Forschung weitere, spezialisierte Prinzipien wie zum Beispiel Gütekriterien für quantitative Methoden entwickeln.

5.1 Auswahl der Forschungsmethode

Empirische Sozialforschung will durch Erfahrung und Beobachtung einen bestimmten Ausschnitt der sozialen Welt weiterentwickeln und Theorien hierzu bilden. Dies kann durch quantitative und qualitative Forschung erfolgen, welche als grundverschiedene Erkenntniswege wahrgenommen werden und sich derzeit weiterhin eher verfeindet gegenüberstehen. So wie quantitative Forschung für eine theoriegestützte Forschungsmethode steht, ist die qualitative Forschung eine theoriegenerierende Methode. Hauptargumente im Disput sind der mangelnde Theoriebezug, vermeintliche Willkür und fehlende Reproduzierbarkeit der Qualitativen Forschung, welche ja gerade als ein angemessener Weg zur Erkenntnisgewinnung von sozialem Verhalten postuliert wird und nicht die quantitativ bevorzugte Standardisierung und Kategorisierung von Hilfskonstrukten der sozialen Realität ins Auge fasst (vgl. u.a. Gläser & Laudel, 2010 und Brüsemeister, 2008).

In der Forschungsrealität stellt sich jedoch diese klare Unterscheidung nicht eindeutig dar, da es eine Vielzahl von Mischformen und Forschungsansätzen gibt, welche beide Forschungsrichtungen miteinander verbinden. So kommt es sowohl über statistische Zusammenhänge zur Erschließung von Kausalzusammenhängen, wie auch Kausalzusammenhänge identifiziert werden und deren Geltungsbereiche identifiziert werden sollen.

Gläser & Laudel geben mit dem nachfolgenden Schaubild eine gute Übersicht der Entscheidungsmöglichkeiten in der Entwicklung eines geeigneten Forschungsansatzes. Sie differenzieren zunächst die für die Forschungsfrage zielführende Erklärungsstrategie und der daraus notwendigen Entscheidung für geeignete Methoden.

Erkenntnismodus:	erklären	-	verstehen
Forschungslogik:	theorietestend	-	theorie-generierend
Wissenschaftstheorie:	normativ	-	interpretativ
Schlussverfahren:	deduktiv	-	induktiv (u. abduktiv)
Methoden/Instrumente:	standardisiert	-	"offen"

Das heißt aber nicht, dass die Begriffe links der qualitativen und die Begriffe rechts der quantitativen Forschung zugeordnet werden könnten.

Es ist offensichtlich, dass es hier keine eindeutige Zuordnung geben kann und somit für die jeweils gestellte Forschungsfrage eine individuelle Entscheidung erfolgen muss.

Wie Strübing auch formuliert ist oftmals weniger das reine Auftreten eines Phänomens interessant als die Frage nach der Entstehung, wie es dazu kommen konnte. So kann seiner Ansicht nach die Varianz sozialer Phänomene besser erforscht und erklärt werden.

Die soziologische Erhebungsmethode ist dabei grundsätzlich die Beobachtung. Wissenschaftliche Experimente sind kaum möglich, da die Reproduzierbarkeit von Beobachtungssituationen nach allgemein gültigen wissenschaftlichen Standards schwierig ist und es nahezu unmöglich ist diese mit kontrollierten Bedingungen (wiederholt) herzustellen.

Eine besondere Form stellt hier auch die teilnehmende Beobachtung (auch als ethnographische Methode bezeichnet) dar. Sie ist auf langfristige Erhebungszeiträume in einer natürlichen Umgebung ausgerichtet und fokussiert stark auf situative Erhebungszeitpunkte.

Der besondere Vorteil gegenüber den Naturwissenschaften stellt die Möglichkeit einer Befragung von Beteiligten am Prozess dar. Dieser gravierende Unterschied kann in der Natur nicht dargestellt werden, da Natur nicht befragbar ist.

5.1.1 Qualitative und Quantitative Forschung

Eine generelle Überprüfung der Wirksamkeit der in dieser Arbeit entwickelten therapeutischen Maßnahmen, ist wünschenswert jedoch nicht realisierbar. Wie im theoretischen Teil abgehandelt ist bereits die klare Definition bzw. Eingrenzung auf die Zielgruppe mit Schwierigkeiten und Unschärfen verbunden. Aufgrund der Einbindung in ein umfassendes Therapiekonzept ist auch die Filterung der Wirksamkeit des erhofften Erfolges nahezu unmöglich, da zu viele Variablen und unterschiedliche Wirkfaktoren berücksichtigt werden müssten, und eben nicht nach ihrem einzelnen Beitrag bemessen und überprüft werden können.

Auch wäre für eine aussagefähige quantitative Forschungsmethodik eine Fallzahl notwendig, die im Zeitrahmen dieser Arbeit nicht erreichbar ist.

Somit ist eine quantitative Forschung bei dieser Forschungsfrage nicht zielführend.

Eine qualitative Forschungslogik mit dem Ziel neue Erkenntnisse zu generieren ist dagegen hilfreich, da mittels einer Triangulation verschiedener Akteure und die hierdurch ermöglichte Zusammenführung der Wissensgebiete und Erfahrungen eine fachlich fundierte Einschätzung über den Nutzen und die Sinnhaftigkeit des Moduls generiert werden kann. So kann eine Wissenserweiterung und Wissensvertiefung ermöglicht werden.

5.1.2 Instrumente der Qualitativen Forschung

Aus der Vielzahl an qualitativen Verfahren können nach Flick u.a. (2000,19) (zit. nach Brüsemeister, 2008) zunächst drei Hauptrichtungen identifiziert werden.

Eine Richtung betont den Zugang zu subjektiven Sichtweisen, welche exemplarisch in der Methode des narrativen Interviews zum Tragen kommt.

Eine weitere Richtung will Prozesse beschreiben die eine soziale Situation erzeugen, hierfür sind qualitative Einzelfallstudien von Belang.

Die dritte Richtung versucht mittels hermeneutischer Analysen eine tiefer liegende Struktur zu beschreiben.

Dabei müssen sich alle Instrumente, egal welcher Forschungsrichtung sie sich bedienen immer passgenau auf die bestehende Forschungsfrage anwenden lassen.

Für die eingangs gestellte Forschungsfrage ist unter Berücksichtigung des Forschungsdesigns die subjektive Sichtweise von Bedeutung, somit ist eine weitere Überprüfung notwendig, mit welcher Methode dies am besten erreichbar ist.

Es existieren nach Gläser & Laudel (2010) eine Vielzahl an Befragungen, welche zunächst durch folgende wesentliche Kriterien unterschieden werden können:

- *(voll)standardisierte Interviews:*

Fragen und Antworten sind jeweils exakt gleich

- *halb- oder teilstandardisierte Interviews:*

Fragen sind exakt gleich, jedoch sind verschiedene Antwortmöglichkeiten gegeben

- *nicht standardisierte Interviews:*

Fragen als auch Antwortmöglichkeiten können vollkommen unterschiedlich sein.

Es ist leicht zu erkennen dass standardisierte Interviews gerade bei quantitativen Erhebungen zum Einsatz kommen, wogegen nicht standardisierte Interviews gerade in der qualitativen Sozialforschung von Bedeutung sind.

Die halb- oder auch als teilstandardisiert bezeichneten Interviews haben in der aktuellen Forschung nur eine sehr begrenzte und geringe Bedeutung.

Für einen weiteren Überblick der vielfältigen Interviewformen sei auf die online-Materialien von Lamnek und Krell (2010) verwiesen.

Eine weitere wichtige Unterscheidung ist bei den nicht standardisierten Interviews die Unterteilung nach:

- Leitfadengestütztes Interview (vorgegebene Fragen und Themen),
- offenes Interview (noch intensiver an natürlichem Gesprächsverlauf orientiert, d.h. weniger detaillierter Leitfaden und mehr frei formulierte Fragen),
- narratives Interview (nach Erzählimpuls freies erzählen ohne Frageraster und Themenvorgaben)

Für die hier vorliegende Forschungsfrage ist der geeignete Methodenansatz ein leitfadengestütztes Experteninterview. Dieses stellt den Zugang zu subjektiven Sichtweise des „Experten“ sicher, um eine theoriegeleitete Wissenserweiterung zu ermöglichen. Leitfadeninterview und Experteninterview werden im Folgenden beschrieben.

LEITFADENINTERVIEW

Leitfadeninterviews sind derzeit die typische qualitative Forschungsmethode. Es gibt eine Vielzahl an ausdifferenzierten Methodentypen, die sich jedoch in vier grundlegend verschiedene Formen klassifizieren lassen. Neben dem Leitfadeninterview und dem Experteninterview sind dies das narrative Interview und das ethnographische Interview. (Strübing, 2013)

Ein Leitfaden vermittelt nach Strübing (2013) dabei Strukturiertheit und Offenheit, sichert Forschungserkenntnis in Hinblick auf die Fragestellung ab und ermöglicht so Fallvergleiche. Auch sind Ergänzungs- und Vertiefungsfragen möglich. Der Leitfaden dient dabei zur Moderation des Gespräches, als Gedächtnisstütze und nicht zur Abarbeitung von oben nach unten. Hierdurch soll eine ausführliche Darstellung ihrer Sichtweisen und eine zwanglose Verknüpfung zwischen den Themen ermöglicht werden. Darüber hinaus ist hier auch eine kompetente Gesprächsführung und eine vertrauensvolle Gesprächsatmosphäre von Nöten. Gerade im Rahmen der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) wird stark deskriptiv gearbeitet um die Inhaltsanalyse für die Gewinnung von manifestem Informationsgehalt zu nutzen.

EXPERTENINTERVIEW

Das Experteninterview stellt eine spezielle Form des Leitfadeninterviews dar. Neben den bereits benannten Faktoren ist die Besonderheit einen sogenannten Experten zu befragen, dessen exklusives Wissen zum Forschungsgegenstand zugänglich gemacht werden soll. Gläser und Laudel (2010) benennen diese Forschung als rekonstruierende Untersuchung.

Experteninterviews sind nichtstandardisierte Leitfrageninterviews mit Experten. Dies wird vor allem dann eingesetzt, wenn es verschiedene, vom Interviewten unabhängige Themen zu behandeln gilt und wenn genau bestimmbare Informationen von Bedeutung sind. Hierdurch wird mittels des Experten der soziale Prozess rekonstruiert.

Nach der Erzeugung von Datenmaterial mittels eines Interviews muss dieses schriftlich vorliegende Datenmaterial analysiert werden. Hierzu gibt es wiederum verschiedene Methoden. Aufgrund der bereits festgelegten Erhebungsmethode des Experteninterviews bietet sich als Analysemethode die qualitative Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring an, die ein *Verstehen* der Textelemente ermöglichen soll und im Folgenden vorgestellt wird.

QUALITATIVE INHALTSANALYSE (nach Philipp Mayring)

Die qualitative Inhaltsanalyse will unter Nutzung der Stärken einer quantitativen Inhaltsanalyse eine systematische qualitativ orientierte Textanalyse entwickeln. Wobei der Schwerpunkt auf die qualitativen Aspekte gelegt wird. (Mayring 2010)

„Die qualitative Inhaltsanalyse wertet Texte aus, indem sie ihnen in einem systematischen Verfahren Informationen entnimmt. Zu diesem Zweck wird der Text mit einem Analyseraster auf relevante Informationen hin durchsucht. Die dem Text entnommenen Informationen werden den Kategorien des Analyserasters zugeordnet und relativ unabhängig vom Text weiterverarbeitet, d. h. umgewandelt, mit anderen Informationen synthetisiert, verworfen usw.“ (Gläser und Laudel 2010, S. 46)

Sie ist besonders gut geeignet wenn der Text nicht das eigentliche Untersuchungsobjekt ist, sondern aus diesem soziale Sachverhalte entnommen werden sollen, wie es bei einem Experteninterview gegeben ist.

Als Grundsätze für eine angemessene qualitative Inhaltsanalyse benennt Mayring folgende 15 Punkte:

1. Notwendigkeit systematischen Vorgehens
2. Notwendigkeit eines Kommunikationsmodells
3. Kategorien im Zentrum der Analyse
4. Überprüfung anhand von Gütekriterien
5. Entstehungsbedingungen des Materials
6. Explikation des Vorverständnisses
7. Beachtung latenter Sinngehalte
8. Orientierung an alltäglichen Prozessen des Verstehens und Interpretierens
9. Übernahme der Perspektive des anderen
10. Möglichkeit der Re-Interpretation
11. Semiotische Grundbegriffe
12. Pragmatische Bedeutungstheorie
13. Interpretationsregeln der strukturalen Textanalyse
14. Psychologie der Textverarbeitung
15. Makrooperatoren für Zusammenfassungen (Mayring 2010, S. 29–47)

Das allgemein gültige Ablaufmodell der qualitativen Inhaltsanalyse wird durch folgende Abbildung veranschaulicht:

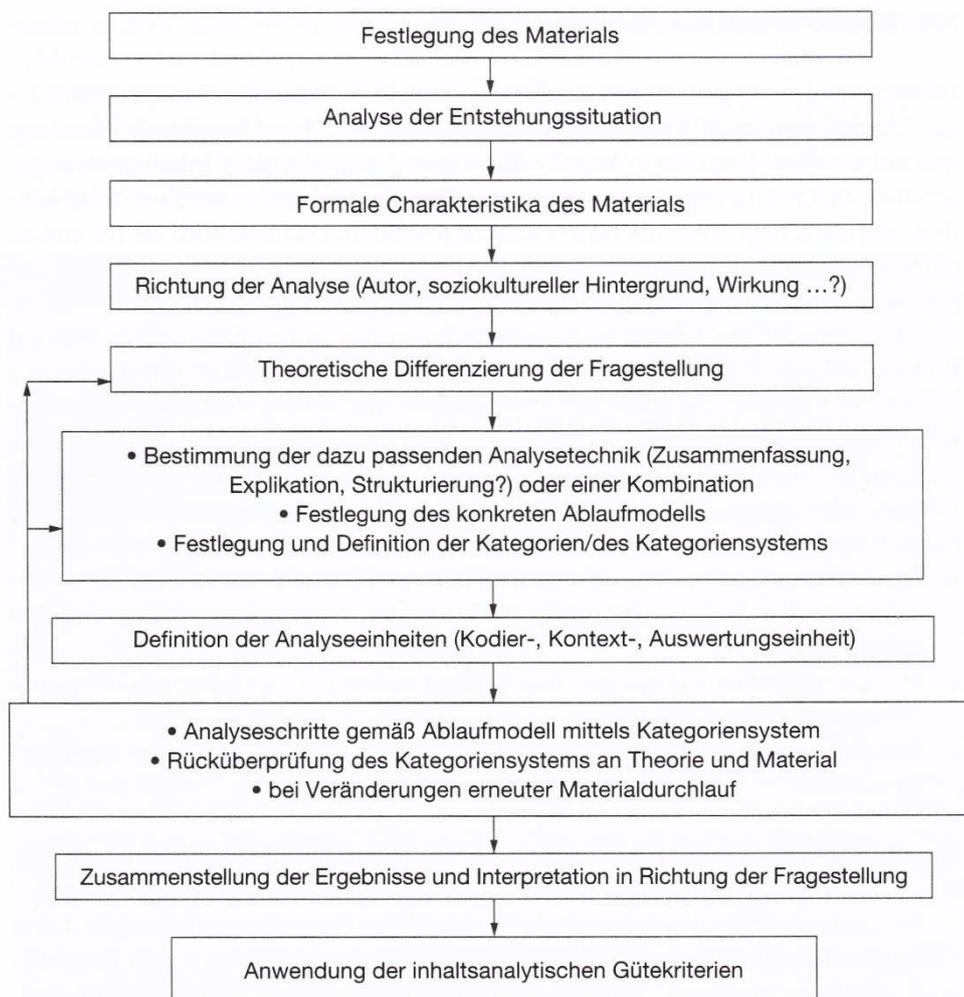


Abbildung 2: Allgemeines inhaltsanalytisches Ablaufmodell nach Mayring (2010, S. 60)

Mayring konnte dabei folgende Grundformen des Interpretierens identifizieren

1. Zusammenfassung:

Material wird reduziert um wesentliches hervorzuheben, durch eine Abstraktion wird ein überschaubarer Corpus geschaffen

2. Explikation:

zu fraglichen Textteilen wird zusätzliches Material herangezogen um den Nutzen zu erläutern, erklären, oder ausdeuten zu können

3. Strukturierung:

filtern von bestimmten Aspekten, unter vorher festgelegten Ordnungskriterien einen Querschnitt durch das Material zu legen oder das Material aufgrund bestimmter Kriterien einzuschätzen

Hier besteht jedoch die Kritik in einer am Ende der Bearbeitung mit einem nicht mehr zu verändernden geschlossenen Kategoriensystem die Texte analysieren zu *müssen*. Hierdurch werden mögliche Ausprägungen vorgegeben und ordinalskaliert, um quantitativ Häufigkeiten der Kategorien analysieren zu können.

In einer fachlichen Auseinandersetzung mit dieser Kritik entwickelten Gläser und Laudel (2010) eine abgewandelte Form der qualitativen Inhaltsanalyse.

Sie vertreten die Auffassung, dass neben der begrenzten Reichweite des Verfahrens nach Mayring, welches nur eine Teiltextmenge im Kategoriensystem erfasst, vor allem auch ein Schwerpunkt auf Häufigkeiten gelegt wird und weniger Informationen extrahiert werden. Somit können komplexe Informationen nicht erfasst werden.

(Mayring verkodet den Text mit einem im Vorfeld erzeugten Kategoriensystem. Bei der Analyse ist der Text und der Index gemeinsam der Analysegegenstand.)

„Wir haben deutlicher herausgestellt, dass unserer Ansicht nach die von Phillip Mayring vorgeschlagenen Techniken die methodologischen Prinzipien der Sozialforschung nicht gleichzeitig angemessen berücksichtigen, da sie geschlossene Categoriesysteme für quantifizierbare Analysen anstreben und deshalb die Offenheit früher oder später aufgeben müssen.“ (Gläser und Laudel 2010, S. 9)

QUALITATIVE INHALTSANALYSE (nach Gläser und Laudel)

Die Qualitative Inhaltsanalyse nach Gläser und Laudel (2010) unterscheidet sich grundsätzlich in der Bearbeitung der Rohdaten. Anstelle des festen, vor der Analyse entwickelten Kategoriensystems, welches mit dem Rohtext als einheitlicher Forschungsgegenstand verstanden wird, tritt eine deutliche Extrahierung von

Informationen aus dem Rohtext. Diese extrahierten Daten werden alleine ausgewertet. Hierdurch sind die Kategorien während der Analyse weiterhin veränderbar. Auch werden die Merkmalsausprägungen verbal beschrieben und somit nominalskaliert. So entwickelt sich erst bei der Extraktion eine Liste der Ausprägungen. Arbeitsökonomisch entfällt hierdurch auch ein Probedurchlauf, welcher das Kategoriensystem prüfen soll.

Die Abbildung 3 verdeutlicht das Prinzip ihrer Herangehensweise und zeigt das schematische Ablaufdiagramm der so entwickelten qualitativen Inhaltsanalyse.

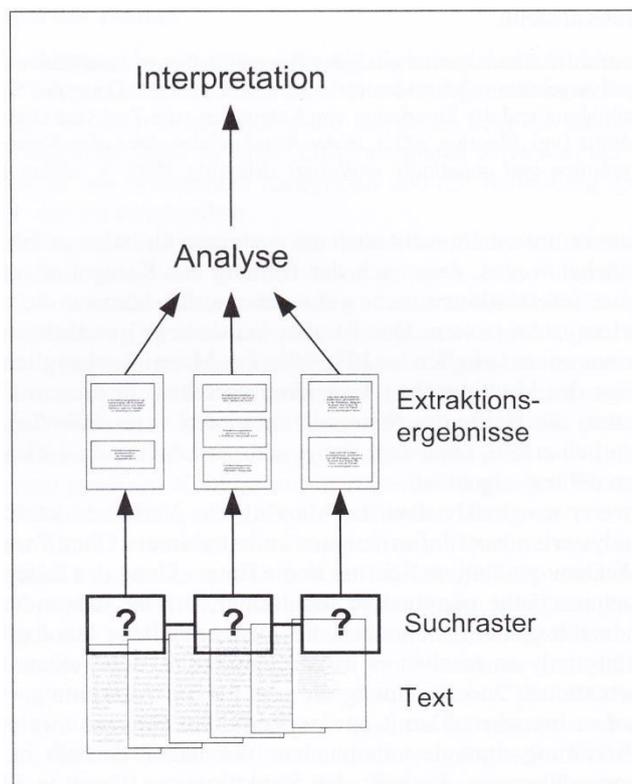


Abbildung 3: Prinzip der qualitativen Inhaltsanalyse nach Gläser und Laudel (2010, S. 200)

Der ausformulierte Ablauf einer so durchgeführten Inhaltsanalyse wird in Abbildung 4 veranschaulicht.

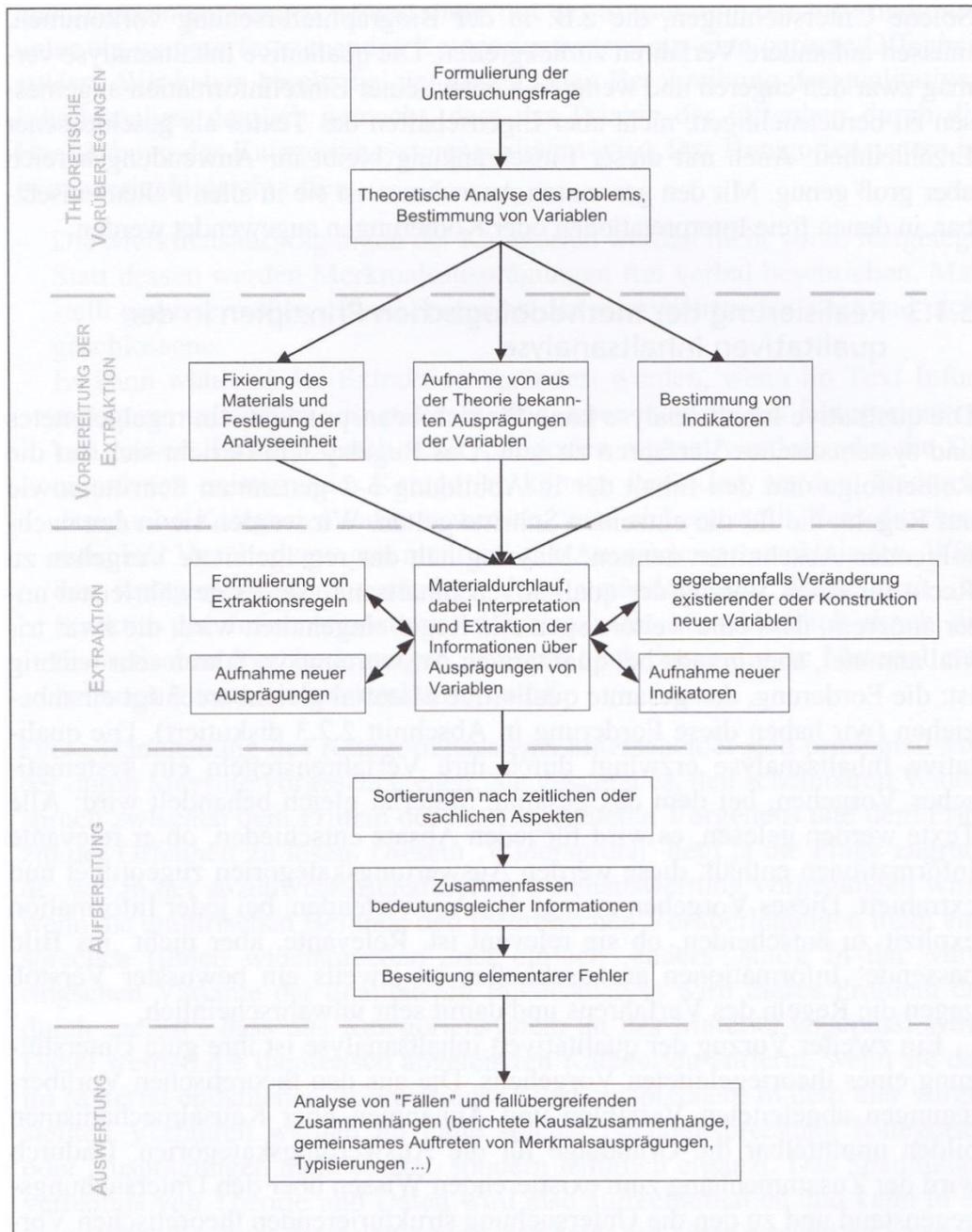


Abbildung 4: Ablauf der qualitativen Inhaltsanalyse nach Gläser und Laudel (2010, S. 203)

Es handelt sich dabei um ein regelgeleitetes Vorgehen, welches sicherstellt, dass das gesamte Rohmaterial bearbeitet wird. Bei jedem Text und jedem Abschnitt wird nach relevanten Inhalten geforscht und diese extrahiert. Auch unterstützt die qualitative Inhaltsanalyse ein theoriegeleitetes Vorgehen, welches sich in den Vorüberlegungen und dem daraus resultierenden Kategoriensystem ausdrückt.

Die Vorgabe der Offenheit für die qualitative Inhaltsanalyse wird durch das jederzeit

veränderbare Kategoriensystem incl. der frei beschriebenen Merkmalausprägung sichergestellt.

Bei der Extraktion ist die Interpretation wesentlich. Durch die Dokumentation der einzelnen Interpretationsschritte wird ein nachvollziehen ermöglicht. (Gläser und Laudel, 2010)

5.1.3 Entscheidung der konkreten Forschungsmethodik

Zusammenfassend wird als Forschungsdesign somit das leitfadengestützte Experteninterview gewählt. Diese Rohdaten werden mittels einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Gläser und Laudel analysiert.

5.1.4 Auswahl der Experten

Nach Gläser und Laudel (2010) kennzeichnen Experten die 'Zeugenschaft' gewisser Sachverhalte in denen weniger die subjektive Gedankenwelt der Experten wichtig ist. Nur wenn diese einen wesentlichen Einfluss auf das Forschungsobjekt hat wird sie in die Betrachtung mit einbezogen. Zum anderen haben Experten eine exponierte Stellung im Forschungskontext.

„'Experte' beschreibt die spezifische Rolle des Interviewpartners als Quelle von Spezialwissen über die zu erforschenden sozialen Sachverhalte. Experteninterviews sind eine Methode, dieses Wissen zu erschließen.“ (Gläser und Laudel 2010, S. 12)

Das Interview wird als Kommunikationsprozess verstanden in dem der Interviewer den Dialog steuert. Der Interviewte kann hier Antworten geben muss er aber nicht. Es muss weiterhin nach Gläser und Laudel ein Kommunikationsprozess geplant und gestaltet werden um in einer vertrauensvollen Gesprächsatmosphäre ein Maximum an Informationen generieren zu können.

Es ist bei der Auswahl von Experten zu berücksichtigen wer am ehesten inhaltlich und motivational (Interesse, zeitliche Kapazität) in der Lage ist die gestellte Forschungsfrage zu beantworten. Dabei ist häufig der Zugangsweg zu Experten über eine Organisation zu wählen. Hier ist die hierarchische Struktur zu beachten und bei der Durchführung mit einer erhöhten Störanfälligkeit zu rechnen (Lamnek, Krell, 2010)

Nach Möglichkeit sollten es unbekannte Menschen sein um die Befragung möglichst unbefangen und neutral durchführen zu können (Gläser und Laudel 2010).

Da auch das spezielle Wissen des Experten erhoben werden soll ist es zielführender wenn ein Einzelinterview hierfür genutzt wird. So kann eine optimale Fokussierung auf das zu generierende Expertenwissen erfolgen.

Ein standardisiertes Vorgehen ist für das erschließen von neuem Wissen nicht zweckdienlich. Über ein Leitfadeninterview kann sichergestellt werden das alle relevanten Themen angesprochen werden um Wissen abzufragen und gleichzeitig arbeitsökonomisch zu handeln.

Unter Berücksichtigung der vorgenannten Kriterien und unter Einbeziehung der Forschungsfrage sind folgende Kriterien für die Auswahl von Experten von Bedeutung:

- Erfahrung mit Abhängigkeitserkrankungen
- Erfahrung mit depressiven Patienten
- Erfahrung mit Komorbiditäten
- Erfahrung mit jungen Menschen in den jeweiligen Kategorien
- Erfahrung in der stationären Rehabilitation

Dabei sollten nach Möglichkeit auch verschiedene Berufsgruppen und Tätigkeitsbereiche abgedeckt werden. Diese können sowohl fachlich in Medizin, Psychologie und soziale Arbeit wie auch strukturell in Leitungstätigkeit und Psychotherapeutische Bezugsarbeit untergliedert werden.

Folgende Personen konnten nach Kontaktaufnahme zur Befragung gewonnen werden:

Zur Anonymisierung wird ausschließlich von männlichen Experten gesprochen.

Experte A:

Heilpädagoge, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Klinikleitung, langjährige Erfahrung in der stationären Sucht-Reha von jungen Menschen

Experte B:

Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut, Klinikleitung einer stationären Sucht-Reha mit einer Abteilung für Jugendliche

Experte C:

Sozialpädagoge, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, langjährige Erfahrung im klinischen Kontext einer Psychiatrie und mehrjährige Tätigkeit in der Sucht-Reha

Experte D:

Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut, mehrjährige Erfahrung in einschlägigen Bereichen, aktuell in der Suchthilfe

Experte E:

Dr. med., Facharzt Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapeut

Experte G:

Psychologe, mehrjährige Erfahrung in der Sucht-Reha von jungen Menschen

5.2 Leitfadententwicklung und Durchführung

Der Leitfaden dient zur Übersetzung der Forschungsfrage in operationalisierte

konkrete Interviewfragen. Bei der Entwicklung des Leitfadens sind dabei alle Schritte der Konstruktion festzuhalten, um diese Operationalisierungen nachvollziehbar machen zu können. (Gläser und Laudel, 2010)

Die idealtypische Konstruktion eines Interviewleitfadens gestaltet sich nach Gläser und Laudel wie folgt.

Der Leitfaden ist eine Art Gerüst, der eine beispielhafte Befragung simulieren soll. Dabei sollen die Fragen im Gesprächsverlauf am Alltag des Interviewten ansetzen.

Hilfreich ist eine möglichst stringente Abarbeitung des Leitfadens, um nicht über den Verlauf von mehreren Interviews die Befragung zu manipulieren.

Eine exemplarische Gliederung beginnt mit

Vorbemerkung: Info über Befragungsgrund, Datenschutz und Belehrung über Einwilligungspflicht zur Aufzeichnung und Anonymisierung.

Hauptteil: 8 - 15 ausformulierte Fragen auf maximal 2 Seiten, wobei die Reihenfolge und Anordnung der Fragen bedacht werden soll, um eine innere Logik der Befragung nachvollziehen zu können.

Als erste Frage sollte eine Anwärfrage stehen, die leicht zu beantworten ist und einen angenehmen Gegenstand betrifft.

Auch die letzte Frage sollte angenehm und leicht sein. Es bietet sich hier an, nach noch nicht genannten neuen Aspekten oder Inhalten zu fragen, die nach Meinung des Interviewpartners noch berücksichtigt werden sollten.

Zur Überprüfung bei der Leitfadenerstellung sind folgende Checkfragen nach der Erstellung abzu prüfen:

1. Warum wird die Frage gestellt?
2. Wonach wird gefragt, was wird erfragt?
3. Warum ist die Frage so und nicht anders formuliert?
4. Warum steht die Frage an einer bestimmten Stelle?

Nach einer These von Hopf (zit. nach Strübing, 2013) werden bei einer inadäquaten Umsetzung des Leitfadens wichtige Anknüpfungspunkte nicht aufgegriffen, die Struktur des Leitfadens wird aufgedrängt und somit eine eigene Vertiefung und Verknüpfung des Interviewpartners behindert. Fragen werden "abgehakt", da der Leitfaden eventuell zu komplex ist. JA oder Nein Antworten werden befördert oder kurze knappe und somit wenig erhellende Antworten bevorzugt. Neue oder angebotene Themen werden nicht berücksichtigt. Hier werden gerade die Stärken von Leitfrageninterviews nicht genutzt, da bei der Datengenerierung nicht die subjektive Sicht des Interviewten zum Tragen kommt.

Um eine produktive und Wissen generierende Gesprächsatmosphäre zu befördern stellen Gläser und Laudel folgende Regeln auf:

1. ZUHÖREN

aktives Zuhören : auf Inhalt und Ausführungen des Interviewpartners konzentrieren, ihm zu verstehen geben, dass er verstanden wird; einschätzen, welche Informationen noch fehlen, nicht unterbrechen und Pausen zulassen

2. FLEXIBEL FRAGEN

3. NICHT VERSTANDENES KLÄREN

mit kurzen knappen Ja/Nein Fragen nachfragen, aber nicht zu viel, da sonst der Erzählfluss behindert wird

4. DETAILS ERFRAGEN

5. KURZE UND EINDEUTIGE NACHFRAGEN STELLEN

6. KOMPETENZ ZEIGEN

7. BEWERTUNG VERMEIDEN

Die einzelnen Fragen müssen dabei offen, neutral formuliert werden und dabei klar verständlich und einfach sein.

Im Folgenden werde ich nun die vorbenannten fachlichen Rahmenbedingungen und Techniken auf meine konkrete Arbeit hin anwenden.

5.2.1. Festlegung der Forschungsfrage

Anhand der bereits geschilderten Ausgangssituation der vorliegenden Arbeit können die handlungsleitenden Forschungsfragen wie folgt festgelegt werden:

1. Ist das Modul eine angemessene und zweckdienliche Unterstützung für die Anfangsphase der stationären Rehabilitation von abhängigkeiterkrankten jungen Menschen mit depressiven Symptomatiken?
2. Kann das Modul eine fachlich vertretbare Unterstützung der psychotherapeutischen Behandlung bieten?

Zur umfassenden Beantwortung dieser Fragen ist es hilfreich eine Operationalisierung in Form des Interviewleitfadens vorzunehmen, welche verschiedene Aspekte des Moduls beleuchtet und hierdurch die Experten in der fundierten Beantwortung der Forschungsfragen unterstützt.

5.2.2. Festlegung des Interviewleitfadens

Zunächst ist es mir wichtig anhand von detaillierten Fragestellungen die verschiedenen inhaltlichen Aspekte des Moduls konkret abzufragen. Hieraus erhoffe ich mir eine Konkretisierung von Rückmeldungen bezüglich der verschiedenen Teilaspekte wie Verständlichkeit und Sinnhaftigkeit der psychoedukativen Elemente, sowie der qualitativen und quantitativen Angemessenheit der Trainingsaufgaben.

Auch die Rahmenbedingungen wie zeitliche Strukturierung des Moduls, sowie die generelle Akzeptanz des Klientels werden von den Experten erfragt. Daneben haben die Befragten die Möglichkeit konkrete inhaltliche Veränderungsvorschläge einzubringen.

In einem zweiten Teil werden eher allgemein der Nutzen für die Zielgruppe sowie die generelle Umsetzbarkeit des Moduls erfragt. Ergänzend werden hier explizit

auch nach möglichen Schwierigkeiten gefragt, welche gesehen oder vermutet werden.

Die Befragung wird abgeschlossen mit offenen Fragen zur weiteren Optimierung des Moduls durch mögliche Veränderungen, Ergänzungen oder möglichen Weglassungen, sowie der allgemeinen Aufforderung zusätzliche, vom Experten als wichtig empfundene Vorschläge einzubringen, die durch den Fragebogen noch nicht thematisiert wurden, oder die noch nicht zur Sprache kamen.

Der ausformulierte Interviewfragebogen ist im Anhang aufgeführt.

5.2.3. Durchführung der Expertenbefragung

Zur Überprüfung der Verständlichkeit und der Praktikabilität des Fragebogens wurde zunächst ein weiterer Experte als Pre-Test-Person gewonnen. Da sich in der Auswertung dieses Pretests keine gravierenden Veränderungen im Fragebogen ergaben, entschloss ich mich auch diese inhaltlichen Antworten zum Modul in die Auswertung mit einfließen zu lassen.

In der ersten Kontaktaufnahme persönlich, telefonisch oder per Email wurde bereits das Angebot gemacht, die Befragung sowohl in einem persönlichen Gespräch, einem Telefonat, per E-Mail oder mit eigenen schriftlichen Notizen anhand des Fragenkatalogs, welche mir zur Verfügung gestellt wurden, durchzuführen. Somit wurde den Experten eine größtmögliche Gestaltungsmöglichkeit, gemäß ihren Interessen und der jeweils vorhandenen Zeitressourcen, eingeräumt. (Siehe hierzu im Anhang das Anschreiben).

Hierbei entschieden sich die Experten mehrheitlich für eine schriftliche Beantwortung des Fragenkataloges, da dies ihnen arbeitsökonomisch und terminlich am ehesten realisierbar schien. Dies spiegelte sich auch in der jeweiligen Bearbeitungszeit für eine Rückmeldung wider, die sich zwischen 2 Stunden und 8 Wochen bewegte. Eine Erklärung hierfür war die anstehende Urlaubszeit, welche in den Befragungszeitraum fiel.

Zur Gewährleistung der Verständlichkeit der schriftlichen Antworten boten sich die jeweiligen Experten ausdrücklich an, weitere Nachfragen beantworten zu wollen. Dies wurde auch mehrmals genutzt, um nicht eindeutig zuzuordnende Aussagen klären zu können. Auch waren alle Experten ausdrücklich an den Ergebnissen der Befragung interessiert.

Nach der zunächst gemachten Zusage für eine Teilnahme machte ein Experte (Experte F) im Befragungszeitraum eine nachträgliche Absage aufgrund von zeitlicher und vermeintlich fehlender Expertise geltend, was eine deutliche Erschwernis für die Befragung brachte, da die Ausgewogenheit der verschiedenen Dimensionen der Expertenschaft in Frage gestellt wurde. Durch nachträgliche und kurzfristige erneute Expertengewinnung konnte das Expertenspektrum leider nicht abgerundet werden, da auch diese zwei Experten zunächst eine Zusage gaben, jedoch zum Stichtag keine Rückmeldung erfolgte.

Im Ergebnis der Befragung erhielt ich handschriftliche Dokumente oder Dateien, welche überwiegend in Stichworten die Fragen des Leitfadens beantworteten, sowie eigene Mitschriften von den jeweils geführten Interviews.

Einwilligungserklärungen (siehe Anhang 6) zur anonymisierten Verwendung ihrer Rückmeldungen wurde von den Experten eingeholt. Diese liegen dem Verfasser vor.

5.3 Ergebnis der Befragung

Anhand des vorliegenden Interviewleitfadens und der Forschungsfragen konnte eine erste Kategorienbildung zur Überprüfung der Befragungsergebnisse vorgenommen werden (siehe Anhang 7). Diese spiegelt sich in der nachfolgenden Ergebnisdarstellung wider.

Durch die überwiegend schriftliche und stichwortartige Beantwortung der Fragen konnte zum großen Teil eine direkte Übertragung in die im Anhang angefügte inhaltliche Zusammenfassung umgesetzt werden. Wo dies nicht direkt möglich war,

wurde bei der Übertragung eine sinngemäße Transkription angewandt, um somit bereits eine Zusammenfassung gemäß der vorbenannten qualitativen Inhaltsanalyse (vgl. 5.1.2.) umzusetzen. Hierdurch ist eine komprimierte Übersicht der Expertenergebnisse darstellbar und für eine anschließende Interpretation nutzbar.

KATEGORIEN:

Verständlichkeit und Sinnhaftigkeit der psychoedukativen Elemente

Mehrheitlich wird die VERSTÄNDLICHKEIT bejaht, wenn gleich zwei Experten dies nur eingeschränkt durch erkannte Erklärungen, sowie durch noch zu installierende Unterstützung als adäquat ansehen.

Ein Experte sieht viele Fremdwörter und bemängelt den fehlenden Raum für die aktive Teilnahme der Patienten durch Fragen und Berichte des eigenen Erlebens.

Die Teilfrage nach der SINNHAFTHIGKEIT wird nur vereinzelt beantwortet und dann als erfüllt wahrgenommen.

Auch wird ein genereller Hinweis auf den Nutzen von Psychoedukation benannt.

Trainingsaufgaben qualitativ und quantitativ angemessen?

Drei Experten sehen die QUALITATIVE Angemessenheit der Trainingsaufgaben als gegeben an, wogegen ein Experte dies als diffus ansieht, da Beispiele fehlen.

Die QUANTITATIVE Angemessenheit sieht dieser als nicht gegeben an, da es zu viel Inhalt sei. Ein Experte sieht dies explizit in Sitzung 3 als bedenklich, ansonsten aber als adäquat an. Auch sieht ein Experte viel Thematik, jedoch auch eine wesentliche Fokussierung in den Trainingsaufgaben.

Weitere generelle Hinweise der Experten beziehen sich auf die Notwendigkeit der Beachtung von Motivation und Compliance, den Hinweis Einzelaufgaben besser in der Gruppe zu bearbeiten, sowie unter Berücksichtigung der begrenzten Motivation auch eine „Hausaufgabenhilfe“ zu installieren.

Zeitliche Struktur und Rahmen

Deutlich wird von den Experten die Zeitstruktur abgelehnt. Nur ein Experte sieht dies als sinnvoll und machbar an. Dagegen wird eine Reduzierung der einzelnen Sitzung auf 45 – 60 Minuten vorgeschlagen und daraus folgernd eine Anzahl von 10 Sitzungen befürwortet. Auch wird der Rhythmus von 2 Sitzungen pro Woche empfohlen.

Weiterführende Anmerkungen beziehen sich auf die Einplanung von Pausen in den Sitzungen und die konkrete Verortung der Sitzungen auf einen Vormittag.

Mitwirkungsbereitschaft und Akzeptanz

Die MITWIRKUNGSBEREITSCHAFT wird generell als gering angesehen, wobei die Experten einzelne Gefahren und Schwierigkeiten wie Überforderung durch geforderte Eigenaktivität, geringe Frustrationstoleranz, geringe Erwartungshaltung, heterogene Gruppe, passive und frustrierte Teilnehmer, Machtspiele zwischen Patient und Therapeut und zu hohe Erwartungshaltung des Therapeuten benennen.

Darüber hinaus werden die Hinweise gegeben, im Modul auf schnelle positive Ergebnisse für die Teilnehmer zu achten, die Motivation durchgängig in jeder Sitzung zu unterstützen, sowie das Modul eher an das Ende der Therapie zu setzen. Auch wird der Vorschlag gemacht, durch eine Praxisreflexion in der Startphase das Modul weiter anzupassen.

Inhaltliche Veränderungsvorschläge zu einzelnen Sitzungen

Generell wird das Gesamtkonzept als gelungen angesehen.

Ergänzungen werden in Hinblick auf die Skalierung gegeben:

- Differenzierung nach aktiv / passiv / reine Anwesenheit
- Differenzierung nach Gruppenaktivität und eigene Aktivität
- „war die Sitzung hilfreich für mich?“
- durch verschiedene Methoden abwechslungsreich gestalten
- innerhalb der Sitzung skalieren lassen

Inhaltlich werden folgende Themenergänzungen oder Veränderungen benannt:

- Medikation (Arten, Wirkweisen, Wirkspiegel,..)
- Aussagen der jeweiligen Arbeitsblätter auf Ausschließlichkeit der Aussagen prüfen und ggf. irritierende Aussagen vermeiden
- Viel Nachfragen nach eigenen Erfahrungen zulassen
- Kleine Genusserlebnisse in die Gruppe einbauen
- Pausen einplanen
- Achtsamkeitsübungen einbauen
- „Morgentief“ als Symptom fehlt
- Training möglichst wenig erklären, sondern Patienten selbst darauf kommen lassen
- AB 12 muss direkt mit AB 10 a/b vorgestellt werden
- Erste Sitzung muss das Gefühl der Nützlichkeit für Patient vermitteln
- Wenn Modul nur durch einen Therapeuten durchgeführt wird, ist eine geeignete Form der Reflexion zu entwickeln.

Umsetzbarkeit des Moduls im klinischen Alltag

Zwei Experten sehen die Umsetzung als schwierig an. Begründet wird dies mit der Motivationslage und dem Zwangskontext der Patienten. Ansonsten wird das Modul als machbar und umsetzbar bewertet.

Ergänzungen werden in Hinblick auf folgende Teilaspekte gegeben:

- Gute und klare Organisation nötig
- Konsequente Durchführung durch Therapeuten nötig
- Euthyme Hausaufgaben innerhalb des Schutzraumes sind problematisch
- Einzelaufgaben sollten reduziert bzw. vermieden werden
- Einstiegsphase in das Modul muss besonders beachtet werden
- Abklärung des generellen Umgangs mit
 - Eingangsindikation
 - Teilnahmeverweigerung und
 - Indikationsgruppen innerhalb der Therapieplanung
- Praxisreflexion für Anpassung und Weiterentwicklung des Moduls

hilfreich

Schwierigkeiten bei der Umsetzung

Folgende Schwierigkeiten werden von den Experten gesehen:

- Überforderung durch mangelnde Kompetenz
- Fehlende Motivation (durch Zwangskontext oder durch Depression)
- Fehlende Compliance
- Teilnahmeverweigerung
- Teilnehmerreduktion (durch Teilnahme- oder Therapieabbrüche)
- Diagnostische Problematik in Hinblick auf Abgrenzung Depression und anderer depressionsähnlicher Symptome
- Heterogene Gruppe (aktiv, passiv, reine Anwesenheit)
- Verschiedenste Widerstände des Klientels

Nutzen für die Zielgruppe

Ein genereller Nutzen für die Zielgruppe wird klar bejaht. Nur ein Experte sieht hier nur die Möglichkeit für eine Nutzengenerierung.

Konkret werden folgende Inhalte als nützlich und hilfreich benannt:

- Aktivierung
- Positive Effekte auf das Selbstwirksamkeitsempfinden
- Positive Therapieeffekte durch eigene Arbeit (Hausaufgaben)
- Verständnis entwickeln
- Selbstreflexion verbessern
- Eigene Kompetenzen aufbauen
- Entwicklung des Notfallkoffers
- Verhaltensmodifikation wird ermöglicht
- Umfassende Bewältigungsstrategien für depressive Störungen werden erlernt

Optimierung des Moduls

Neben den bereits in den vorherigen Fragen abgearbeiteten Verbesserungsvorschlägen (zeitliche Struktur und Verortung im Therapieprogramm, Modellcharakter von Erklärungen in den Arbeitsblättern, Differenzialdiagnostik, mehr Raum für eigene Erfahrungen der Klienten geben, weniger Text und weniger Fremdwörter) wurden für die weitere Optimierung folgende Vorschläge gemacht:

- Nachbesprechung nach 3 Wochen nach Beendigung, ggf. in Verbindung mit Genusserleben
- Genuss eher praktisch in der Gruppe erarbeiten
- Belohnungssystem zur Attraktivitätssteigerung einführen
- Motivationsabfrage mit Unterstützung durch Bezugstherapeuten zwischen jeder Sitzung durchführen
- Beschriebene Inhalt auf eine weitere Sitzung aufteilen (6 statt 5 Sitzungen)

Ergänzende Hinweise

Abschließend wurden seitens der Experten noch folgende Ergänzungen gegeben:

- Therapeutenverhalten ist erfolgsentscheidend
- 'Label' Depression kann motivationsförderlich sein
- Depression und Sucht als eigenes Thema
- Praktische Erarbeitung in der Gruppe am Beispiel Genuss
- Persönliche Skepsis gegenüber ausschließlich kognitiv-behavioralen Behandlungskonzepten
- Ziel veranschaulichen „Sie können etwas tun“
- Gruppenteilnahme darf nicht das Gefühl vermitteln, Teilnehmer sei passiv
- Persönliche Vorliebe für offene Gruppen und modularer Vorgehensweise
- Aus systemischer Sicht kann die Thematisierung der Kaskade „Problemopfer-Problemtäter, Lösungsoffer-Lösungstäter“ hilfreich sein
- Der Umfang der Themen ist ausgereizt

Unter Berücksichtigung der aufgeführten Antworten zu den einzelnen Fragen und durch die, bereits in der Anbahnung der Expertenbefragung jeweils thematisierten, besonders herausfordernden Zielsetzung des Moduls in Hinblick auf die Doppeldiagnose Sucht und Depression können die Forschungsfragen nun beantwortet werden.

Auf die Forschungsfrage nach der angemessenen und zweckdienlichen Unterstützung der Behandlung der Komorbidität durch das Modul kann zusammenfassend eine klar positive Antwort gegeben werden. Über verschiedene Ebenen werden hilfreiche und unterstützende Methoden vermittelt und eingeübt.

Somit ist auch die zweite Forschungsfrage in Hinblick auf vertretbare fachliche Unterstützung der psychotherapeutischen Behandlung mit der Einschränkung auf eine adäquate Umsetzung des Moduls (Motivation, Therapeutenverhalten) sowie einer angemessenen Vernetzung innerhalb des Gesamttherapieprogramms (Stichwort integrative Behandlung, sowie „Hausaufgabenhilfe“ und Einbindung der Bezugstherapeuten) als positiv zu bewerten.

6. Diskussion der Ergebnisse

Das Indikationsmodul für depressive Störungen in der stationären Suchtbehandlung von jungen Menschen wurde mittels der oben beschriebenen Expertenbefragung evaluiert. Hierdurch konnten eine Vielzahl an fachlichen Bewertungen und Veränderungsvorschlägen generiert werden. Diese werde ich nun im Folgenden unter Berücksichtigung meiner fachlichen Bewertung und der unter 4.2. gemachten Vorgaben diskutieren.

6.1 Diskussion des Indikationsmoduls

Eine grundlegende Herausforderung des Moduls ist nach Expertensicht die generelle Motivation zur Teilnahme sowie die durchgängige Mitwirkungsbereitschaft der Patienten zu generieren. Hier wird auf das herausfordernde Themenfeld der Komorbidität mit der Erschwernis der speziellen Zielgruppe in einem Zwangskontext hingewiesen. Dies ist fachlich eindeutig gegeben, jedoch auch Alltag in der therapeutischen Arbeit der FKHW. Eine Motivationsentwicklung, sowie Aufrechterhaltung ist stetes Bemühen aller Mitarbeitender und aller therapeutischen Interventionen mit der realistischen Einschätzung, dass Motivation sehr schwankend und labil ist.

Im Hinblick auf das vorliegende Modul ist es mein Ansatz gewesen, die Motivation bereits im Vorfeld der Teilnahme zu entwickeln und zu fördern. Dies soll durch die vorbereitende Bearbeitung des AB 01 (Patientenfragebogen zur Vorbereitung) durch den Patienten, mit Unterstützung des Bezugstherapeuten, gefördert werden.

Explizit wird hier die klare Benennung von Beschwerden eingefordert, welche der Patient, in Absprache mit seinem Bezugstherapeuten, über das Modul verbessern möchte. So ist meiner Ansicht nach eine erste Klärung der Motivationslage ermöglicht und eine weitere Entwicklung und Stabilisierung über den Behandlungszeitraum erleichtert.

Die eher generellen Hinweise zum Umgang mit unklarer oder fehlender Motivation, Überforderung, geringerer Frustrationstoleranz, geringerer Erwartungshaltung,

heterogener Gruppe, Machtspielen seitens der Patienten sowie zu hoher Therapeutenerwartungen sind Alltagsphänomene in der psychotherapeutischen Arbeit mit der Zielgruppe. Durch die von mir gemachten Aussagen zum Therapeutenverhalten gehe ich von einer bereits existierenden Berücksichtigung dieser Problemfelder und Erschwernisse aus. Darüber hinaus wird eine wesentliche Ergänzung des Moduls sein, die Eingangsskalierung der Teilnehmer in Hinblick auf ihre Mitwirkungsbereitschaft nach aktiv, passiv oder nur anwesend sein, abzufragen und somit der jeweils aktuellen Motivationslage einen erhöhten Spielraum zur Teilnahme zu bieten.

Die im Modul verwendeten psychoedukativen Elemente wurden zum großen Teil von bereits bestehenden Manualen übernommen und adaptiert. Hieraus ist der festgestellte hohe Grad an Verständlichkeit und Sinnhaftigkeit nachvollziehbar. Unter Berücksichtigung der Zielgruppe sind jedoch auch die kritischen Anmerkungen in Hinblick auf Fremdworte und Verständlichkeit gut nachvollziehbar. Nach meiner fachlichen Einschätzung ist die Spannweite für die Verständlichkeit bei der Klientel extrem groß, so dass es sicherlich für die Einrichtung zu überlegen ist, welcher größte gemeinsame Nenner an kognitiven Fähigkeiten für psychoedukative Inhalte vorauszusetzen ist. Dies muss dann in der Überarbeitung des Moduls berücksichtigt werden.

Der kritische Hinweis eines Experten auf den fehlenden Raum für die aktive Teilnahme der Patienten bezüglich ihres eigenen Erlebens ist fachlich nachvollziehbar, jedoch in Hinblick auf den im Modul klar präferierten Schwerpunkt auf Psychoedukation eher als ein grundsätzlicher Kritikpunkt an den Vorgaben zur Modulerstellung zu verstehen. Die in dieser Arbeit dargestellten und für das Modul adaptierten Behandlungsformen zielen generell auf deutlich häufigere Sitzungszahlen ab, oder behandeln nur einen Teil der Inhalte. Meine Modulentwicklung hat es sich aber gerade zur Aufgabe gemacht diese Extreme zeitlich angemessen und in einer fachlich noch zu vertretenden Weise zusammenzuführen. Nur so kann den Vorgaben für Indikationsgruppen angemessen nachgekommen werden.

Die im Modul benannten Trainingsaufgaben werden von der Hälfte der Experten

qualitativ wie auch quantitativ als angemessen betrachtet. Dies folgt dem fachlichen Standard der Aktivierung von depressiven Patienten mittels eigenverantwortlicher Übungen und Hausaufgaben. Kritik wird jedoch auch geäußert, da nach Eindruck der Experten hier ein sehr ambitionierter Anspruch in Hinblick auf Aktivierbarkeit der Patienten vertreten wird. Dies ist nach meiner Auffassung wiederum den Vorgaben zur Modulentwicklung geschuldet. Ich bewerte dies zwischenzeitlich auch als grenzwertig, bei Sicherstellung der integrativen Behandlung jedoch als durchaus umsetzbar. Der Nutzen hierin wäre eine deutlich intensivere Eingangsphase mit deutlichen Symptomverbesserungen, welche wiederum die Motivation für das Modul, wie auch für die gesamte Therapie, deutlich verbessern kann.

Als unterstützende Maßnahme wird auch eine „Hausaufgabenhilfe“ angeregt. Dies ist bereits im Modul unter Punkt D des Sitzungsablaufs als *Unterstützung durch den Pädagogischen Dienst* benannt und vorgesehen. Ergänzt kann dies durch eine engmaschige Rückkopplung mit dem Bezugstherapeuten werden, die idealerweise nach jeder Sitzung, oder sogar täglich erfolgen könnte. Dies werde ich unter der generellen Umsetzbarkeit einer integrativen Behandlung anregen.

Der zeitliche Rahmen mit 90 Minuten Sitzungsdauer wird von den Experten abgelehnt. Hauptargument ist die zielgruppentypische geringe Aufmerksamkeitsspanne. Im Wesentlichen wird eine Verdoppelung der Sitzungen bei Halbierung der Sitzungsdauer angeregt. Dies würde rein rechnerisch also eine zeitneutrale Veränderung ermöglichen. Auch würde eine engere Sitzungsfolge, nicht wöchentlich sondern zweimal pro Woche, modulförderlich sein.

Ein Experte merkte an, dass sich durch die sinnvolle Strukturierung der einzelnen Stunden eher ein zeitlicher Rahmen von 60 Minuten abzeichnet, und daher entweder das Zeitbudget angepasst oder Inhalte gekürzt werden müssten.

In meiner bisherigen Erfahrung mit Indikationsgruppen ist unter Berücksichtigung einer Teilnahmemotivation durchaus eine Sitzungsdauer von 90 Minuten realisierbar. Der vorbenannte Veränderungsvorschlag ist meiner Ansicht nach jedoch auch gut umsetzbar, wenn eine Erhöhung des Zeitbudgets möglich ist. Dies muss klinikintern diskutiert werden.

Ergänzen werde ich sicherlich den weiteren Hinweis auf situative Pausen, auch mit

der Gefahr hierdurch auch das Zeitbudget geringfügig auszuweiten.

Den an anderer Stelle bereits gemachten Verbesserungsvorschlag zur Praxisreflexion mittels Ko-Therapeut oder Videoaufzeichnung gerade auch die Zeitstruktur zu überprüfen, werde ich zumindest in der Startphase des Moduls berücksichtigen.

Konkrete Ergänzungs- oder Änderungsvorschläge wurden von den Experten eingebracht. Hier sind zunächst die Anmerkungen zur Skalierung zu nennen.

In das Modul aufnehmen werde ich die Skalierung zum Anfang der Stunde nach eigener Teilnahme (aktiv, passiv, anwesend). Darüber hinaus werde ich die weiteren Anmerkungen diesbezüglich situativ einsetzen, um der so angeregten Vielfalt und Abwechslung Rechnung zu tragen.

Inhaltlich wurden neben den bereits benannten Änderungsvorschlägen noch folgende Hinweise gegeben.

Konkretisierung von Inhalten, speziell zum Thema Medikation, Aussagegehalt der Arbeitsblätter in Hinblick auf Ausschließlichkeit prüfen, Achtsamkeitsübungen einbauen, kleine Genusserlebnisse einbauen, Ergänzung der Symptomliste durch „Morgentief“.

Aufgrund der zeitlichen Vorgaben sind gerade diese weiterführenden Informationen zur Medikation, wie auch die Einbindung von Achtsamkeitsübungen und Genusserlebnissen nicht umgesetzt worden, da sich sonst das Modul wesentlich ausweiten würde.

Die Aussagen zu den Arbeitsblättern incl. der benannten Symptomerklärung werde ich nicht verändern, da die benannten Arbeitsblätter weit verbreitet sind und somit eher ein Wiedererkennungseffekt befördert werden kann, wenn diese in ihrer Form bestehen bleiben. Auch kann meiner Ansicht nach eher die Möglichkeit einer direkten Auseinandersetzung mit den Aussagen erfolgen, wenn diese etwas pointiert oder zugespitzt formuliert sind. Eher unkritische Teilnehmer haben so die Möglichkeit zumindest einen konkreten Erklärungsansatz annehmen zu können. Da zur Depression auch Mangel an Entscheidungsfähigkeit gehört betrachte ich eine

konkrete Vorgabe hilfreicher als eine zu breite Darstellung die ein „könnte, muss aber nicht“ oder ein „sowohl als auch“ zu befördern.

Ein Experte vertritt die Auffassung, dass das AB 12 (Denkverzerrungen) zwingend mit dem AB 10 (Beobachtungstagebuch) vorgestellt werden müsste. Nach meiner Einschätzung ist erst der eher allgemeine und strukturelle Input mittels des A-B-C-Schemas notwendig, um im Folgenden die speziellen Denkverzerrungen darstellen zu können. Auch benötigt das AB 10 zunächst die fachliche Hinführung mittels der Einführung der automatischen Gedanken (AB 09). Mit der vorgegebenen Zeitstruktur würde sich eine Zusammenführung von automatischen Gedanken – Beobachtungstagebuch – Denkverzerrungen nur durch eine weitere Sitzung realisieren lassen mit der Folge, dass in Sitzung 2 oder 3 wiederum sehr wenig Psychoedukation stattfinden würde. Daher werde ich diese Anregung zunächst nicht umsetzen, jedoch die bereits benannte Praxisreflexion auch auf diesen Aspekt hin nutzen.

Die Umsetzbarkeit des Moduls im klinischen Alltag wird unter Berücksichtigung der Motivation als durchaus gegeben bewertet. Ergänzend wird die Notwendigkeit einer konsequenten Durchführung durch den Therapeuten, sowie einer klaren Strukturierung und Organisation benannt. Dies ist meiner Ansicht nach durch die Ablaufplanung, sowie die bereits im Kapitel 4.3.3. gemachten Aussagen sichergestellt.

Die weiterführenden Hinweise bezüglich der Problematik von euthymen Hausaufgaben im Schutzraum, Berücksichtigung der Einstiegsphase sowie die Abklärung des generellen Umgangs mit Eingangsindikation, Teilnahmeverweigerung und dem generellen Umgang mit Indikationsgruppen innerhalb der Therapieplanung sind Themenbereiche, die im Kontext der allgemeinen Regeln in der FKHW stehen und dort diskutiert werden müssen. Ich sehe dies als zwingende Notwendigkeit an, um das Modul realisieren zu können.

Neben den bereits benannten Problemfeldern sehen die Experten noch folgende Schwierigkeiten bei der Umsetzung.

Da die Gruppe geschlossen ist, besteht die Gefahr einer Teilnehmerreduktion bedingt durch Teilnahme- bzw. Therapieabbrüche. Diese Gefahr ist zumindest teilweise nachvollziehbar, da Teilnahmeverweigerung eine durchgängige Problematik bei der Zielgruppe ist. Dem beabsichtige ich durch die bereits benannten Faktoren der engmaschigen Begleitung und Unterstützung durch den Bezugstherapeuten, der anregenden und Interesse weckenden Ausgestaltung des Moduls, sowie der Möglichkeit auch nur rein körperlich anwesend sein zu dürfen, entgegen zu wirken. Die Realität von Therapieabbrüchen ist gegeben und muss in der Anzahl der Teilnehmer berücksichtigt werden. Als realistischen Wert ist von einer Gruppengröße von ca. 10 Patienten auszugehen, so dass auch bei Abbruch oder Verweigerung noch mindestens 6-7 Patienten anwesend sein können.

Ein Experte sieht eine diagnostische Problemlage. Dies ist jedoch meiner Ansicht nach bereits in der Zielgruppendefinition hinreichend geklärt, da nicht nur Patienten mit einer eindeutig diagnostizierten Depression am Modul teilnehmen können, sondern auch Patienten mit zunächst nur depressionsähnlicher Symptomatik, bis hin zu Patienten, die aufgrund des gerade erfolgten Entzugs oder aktueller Krisenerlebnisse temporäre depressionsähnliche Symptome aufweisen.

Die Frage nach der Nützlichkeit des Moduls wird eindeutig gesehen. Es ist für mich erfreulich, dass die Zielsetzung der Modulentwicklung für die Experten deutlich erkennbar wurde und die bearbeiteten psychoedukativen Inhalte inclusive der praktischen Handreichungen Vermittelbarkeit vermuten lassen.

Zur Optimierung des Moduls wurden darüber hinaus noch folgende Anregungen gegeben.

Eine Nachbesprechung des Moduls im Abstand von 3 Wochen wurde angeregt. Dies in Verbindung mit einem Genusserlebnis scheint mir gerade in der Anfangsphase der Umsetzung des Moduls für beide Seiten hilfreiche Ergänzung zu sein. So kann eine fachliche Rückmeldungsmöglichkeit initiiert werden, in Hinblick auf folgende Fragestellungen:

- was ist bei den Teilnehmern hängen geblieben?,
- was betrachten diese im Nachgang als hilfreich?, und

- was praktizieren sie weiterhin?, oder
- welche Haltung bzw. Sichtweisen haben sich bereits nachhaltig geändert?

Nach meiner Modulkonzeption sollen die patientenbezogenen Reflexionsmöglichkeiten jedoch standardisiert in der Unterstützung durch den Pädagogischen Dienst, insbesondere aber durch die enge Vernetzung mit dem Bezugstherapeuten erfolgen.

Dem Hinweis, Genusserlebnisse eher praktisch in der Gruppe zu erarbeiten, ist fachlich zuzustimmen, jedoch in der Modulstruktur nur durch zeitliche Ausweitung möglich.

Ich sehe dies als Idee innerhalb der Fachklinik die generelle Möglichkeit einer Genussgruppe oder genussvoller Inhalte zu thematisieren.

Eine hilfreiche Ergänzung für das Modul ist der Vorschlag ein Belohnungssystem zur Attraktivitätssteigerung einzuführen. Dies ist innerhalb der Therapiesteuerung der FKHW zu diskutieren.

Auch gab es den generellen Hinweis die Möglichkeit einer Ausweitung der Sitzungsanzahl von 5 auf 6 bei gleichem Inhalt zu prüfen. Auch dies ist abhängig von der Ausgestaltung der Indikationsgruppen innerhalb der Fachklinik.

Neben den bereits diskutierten Veränderungsvorschlägen und Hinweisen wurde in der abschließenden Frage seitens der Experten teils bereits diskutierte Hinweise nochmals benannt oder aber eher individuelle Rückmeldungen und persönliche Sichtweisen und Stellungnahmen angesprochen. Diese müssen hier nicht nochmals diskutiert werden, da es sich überwiegend um individuelle Hinweise handelte.

6.2 Auswirkungen / Folgerungen für das Therapiesetting in der Fachklinik Haus Weitenau

Grundlegende Erkenntnis der Evaluation ist die Notwendigkeit für die FKHW in

Hinblick auf eine fachgerechte psychoedukative Unterstützung der Bewältigung der Komorbidität eine integrative Behandlung innerhalb der Therapiesteuerung zu realisieren. Dies beinhaltet eine enge Vernetzung zwischen der Bezugstherapie und dem indikativen Behandlungsmodul der Depressionsbehandlung.

Dieser Anspruch stellt sich nach meiner Kenntnis als qualitativ neu dar und muss demzufolge innerhalb der Einrichtung diskutiert und vereinbart werden. Nur so kann eine wirksame Unterstützung mit dem entwickelten Modul gegeben werden.

Hierdurch wird es auch notwendig sein, den bisherigen Umgang mit Indikationsgruppen zu diskutieren und in Hinblick auf integrative Behandlung oder zumindest eine bessere Verzahnung innerhalb der Gesamttherapiesteuerung weiter zu entwickeln.

Auch ist innerhalb der FKHW zu klären, welche kognitive Leistungsfähigkeit für die einzelnen Indikationsgruppen vorausgesetzt werden soll, um demgemäß die jeweiligen Inhalte daran anzupassen. Für das vorliegende Modul ist eine klare Entscheidung hinsichtlich einer eher einfach strukturierten oder einer anspruchsvollen Psychoedukation herbei zu führen und demgemäß das Modul zu überarbeiten.

Weitere Diskussionsfelder bezüglich des Umgangs mit Indikationsgruppen im Allgemeinen sowie im speziellen für das vorliegende Modul sind:

- Umgang mit Teilnahmeverweigerung punktuell und generell
- Motivationsförderung für Indikationsgruppe
- Belohnungssystem bzw. positive Auswirkung auf Therapieverlauf bei Teilnahme
- Sinnhaftigkeit von euthymen Hausaufgaben im Schutzraum
- Umgang mit Eingangsindikation
- Vernetzung mit Therapiesteuerung
- Nachhaltige Unterstützung im Klinikalltag
- Generelle Struktur der Indikationsgruppen, fester Rahmen oder individualisierte Dauer, Teilnehmerzahl, Gruppenform, Indikation
- Umgang mit Rückfälligkeit innerhalb der Modullaufzeit

Konkret auf das Depressionsmodul hin muss innerhalb der Einrichtung geprüft werden, ob Teilaspekte gesondert vermittelt werden können. Ich denke hier vor allem an die Bereiche Genuss erleben, Verhaltensaktivierung, Methoden und Techniken gegen negative Gedanken.

Für die nachhaltige Unterstützung wäre eine Implementierung einzelner Elemente in den Klinikalltag denkbar. Eine tägliche Abfrage des Bearbeitungsstandes von Übungen zum Beispiel, oder kurze Zwischenbilanz vor und nach dem Wochenende innerhalb der normalen Alltagsstruktur der Fachklinik, um so eine engmaschige Begleitung realisieren zu können.

7. Ausblick

Es ist weiterhin eine große fachliche Herausforderung für Suchtmittel konsumierende junge Menschen in der Langzeitentwöhnung eine adäquate Unterstützung gerade bei Komorbidität Sucht und Depression anbieten zu können.

In der Gesamtschau dieser Arbeit ist zweifelsfrei zu erkennen, dass die gestellte Aufgabe sehr ambitioniert und herausfordernd ist. Auch die begrenzte Literatur hierzu verdeutlicht eine geringe Forschungsdichte. Besonders augenfällig ist die weiterhin bestehende Abgrenzung der Hilfesysteme Psychiatrie und Sucht, welche meiner Ansicht nach eine weitere Entwicklung von Behandlungsmanualen hierzu erschwert.

Durch das vorliegende Modul ist eine Behandlungsmöglichkeit entwickelt worden, die gerade in der Einstiegsphase der Entwöhnungsbehandlung ihre Wirkung entfalten kann. Dies gelingt ihr nur bei einer institutionell unterstützten Motivation der Teilnehmer sowie einer generellen Verortung des Moduls in einem integrativen Behandlungskonzept. Dieser Herausforderung muss sich jede Einrichtung stellen, um fachlich fundierte psychotherapeutische Unterstützung leisten zu können.

Durch die Eingrenzung der Themenvielfalt sowie der komprimierten Wissensvermittlung ist ein fordernder, aber leistbarer Anfang zur Behandlung beider Krankheitsbilder gelegt. Durch die zeitliche Positionierung am Anfang der Therapie kann somit eine Hilfestellung für weiterführende Themen und Behandlungsansätze für den weiteren Therapieverlauf gegeben werden.

Es bleibt zu wünschen, dass mit weiteren Therapieansätzen gerade für komorbide junge Menschen eine Entwicklung von Behandlungsmanualen ermöglicht wird. So kann eine frühzeitige Behandlung die negativen Lebensverläufe behandelt, abgeschwächt oder sogar verbessert werden.

Gerade in der aktuellen Thematisierung innerhalb der deutschen Gesellschaft bezüglich der möglichen Straffreiheit für Cannabiskonsum, einem erkannten Faktor bei der Entwicklung von depressiven Symptomen, ist ein weiterer Anstieg der Fallzahlen bezüglich Komorbidität zu befürchten.

So ist zu wünschen, dass sich die Gesellschaft dieser herausfordernden Frage annimmt.

8. Verzeichnisse und Quellenangaben

8.1 Literaturverzeichnis

Aasland, O. G. (2002): Die Europäische Gemeinschaft und ihr Einfluß auf die Suchtpräventionspolitik. In: Gudrun Richter (Hg.): "Alkohol, Nikotin, Kokain ... und kein Ende?". Lengerich: Pabst, S. 28–52.

Arenz-Greiving, Ingrid (2000): Kinder suchtkranker Eltern. In: Franz Stimmer und Petra Andreas-Siller (Hg.): Suchtlexikon. München: Oldenbourg, S. 349–353.

Baacke, Dieter (2009): Die 13- bis 18-Jährigen. Einführung in die Probleme des Jugendalters. 10. Aufl. Weinheim: Beltz (Beltz Taschenbuch Pädagogik, 106).

Bader, T. (2009): Suchthilfe. In: Rainer Thomasius, Michael Schulte-Markwort, Udo J. Küstner, Peter Riedesser, Sabine Bätzing-Lichtenthäler, Dietrich Wersich et al. (Hg.): Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Das Handbuch ; Grundlagen und Praxis ; mit 98 Tabellen und 30 Fallbeispielen. Stuttgart: Schattauer, S. 425–428.

Barth, Volker (2011): Sucht und Komorbidität. Grundlagen für die stationäre Therapie. Heidelberg, Hamburg: Ecomed Medizin Verl.-Gruppe Hüthig Jehle Rehm (Sucht-Therapie Special).

Batra, Anil (2014): Tabakabhängigkeit und komorbide psychische Störungen. In: Marc Walter und Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank (Hg.): Psychische Störungen und Suchterkrankungen. Diagnostik und Behandlung von Doppeldiagnosen. 1. Aufl. s.l.: Kohlhammer Verlag, S. 159–169.

Beck, Aaron Temkin; Lindenmeyer, Johannes; Beck-Wright-Newman-Liese (Hg.) (1997): Kognitive Therapie der Sucht. Weinheim: Beltz.

Beesdo-Baum, K.; Wittchen, Hans-Ulrich (2011): Depressive Störungen: Major Depression und Dysthymie. In: Hans-Ulrich Wittchen und Jürgen Hoyer (Hg.): Klinische Psychologie & Psychotherapie. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Berlin: Springer (Springer-Lehrbuch), S. 879–914.

Behrendt, K. (2009): Psychiatrie. In: Rainer Thomasius, Michael Schulte-Markwort, Udo J. Küstner, Peter Riedesser, Sabine Bätzing-Lichtenthäler, Dietrich Wersich et

al. (Hg.): Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Das Handbuch ; Grundlagen und Praxis ; mit 98 Tabellen und 30 Fallbeispielen. Stuttgart: Schattauer, S. 421–424.

Bilke, Oliver (2007): Psychosen und Sucht bei Jugendlichen - zwischen Evidenz und Versorgungsrealität. In: Karl Mann (Hg.): Jugendliche und Suchtmittelkonsum. Trends - Grundlagen - Maßnahmen. Freiburg im Breisgau: Lambertus, S. 178–195.

Bilke, Oliver (2008): Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Michael Klein, Susanne al Wiswasi und Sabine Bätzing-Lichtenthäler (Hg.): Kinder und Suchtgefahren. Risiken - Prävention - Hilfen ; mit 40 Tabellen. Stuttgart: Schattauer, S. 435–440.

Bogner, Alexander; Littig, Beate; Menz, Wolfgang (Hg.) (2002): Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Bornhäuser, Annette (2008): Tabakkonsum. In: Michael Klein, Susanne al Wiswasi und Sabine Bätzing-Lichtenthäler (Hg.): Kinder und Suchtgefahren. Risiken - Prävention - Hilfen ; mit 40 Tabellen. Stuttgart: Schattauer, S. 190–199.

Brüsemeister, Thomas (2008): Qualitative Forschung. Ein Überblick. 2., überarbeitete Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Bühringer, Gerhard; Behrendt, Silke (2011): Störungen durch Substanzkonsum: Eine Einführung. In: Hans-Ulrich Wittchen und Jürgen Hoyer (Hg.): Klinische Psychologie & Psychotherapie. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Berlin: Springer (Springer-Lehrbuch), S. 697–714.

Burlon, M.; Huber, C. G. (2009): Suchtstörung und Psychose. In: Rainer Thomasius, Michael Schulte-Markwort, Udo J. Küstner, Peter Riedesser, Sabine Bätzing-Lichtenthäler, Dietrich Wersich et al. (Hg.): Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Das Handbuch ; Grundlagen und Praxis ; mit 98 Tabellen und 30 Fallbeispielen. Stuttgart: Schattauer, S. 82–86.

Conrad, Evelin; Zumbeck, Sybille (2008): Ein integriertes kognitiv-verhaltenstherapeutisches Gruppenprogramm für die Doppeldiagnose "Sucht und Depression" : Untersuchung der Akzeptanz und Wirksamkeit ; Pilotstudie. In: *Sucht : Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis* 54 (Nr. 2), S. S. 101–107.

Cube, von Felix (2008): Verwöhnung - Aspekte der Verhaltensbiologie. In: Michael

Klein, Susanne al Wiswasi und Sabine Bätzing-Lichtenthäler (Hg.): Kinder und Suchtgefahren. Risiken - Prävention - Hilfen ; mit 40 Tabellen. Stuttgart: Schattauer, S. 14–20.

Dammann, Gerhard (2014): Psychodynamische Aspekte der Komorbidität. In: Marc Walter und Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank (Hg.): Psychische Störungen und Suchterkrankungen. Diagnostik und Behandlung von Doppeldiagnosen. 1. Aufl. s.l.: Kohlhammer Verlag, S. 26–38.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde; Bundesärztekammer; Kassenärztliche Bundesvereinigung (2013): S3-Leitlinie, Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression. Kurzfassung ; Version 1.3 ; Januar 2012, basierend auf der Fassung von November 2009. 1. Aufl., Mai 2013. Grünwald: Börm Bruckmeier-Verl.

Deutsche Rentenversicherung Bund (2015): Reha-TherapiestandardsDepressive Störungen. für die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung: Eigenverlag.

Dürsteler-MacFarland, Kenneth; Wiesbeck, Gerhard A. (2014): Therapeutische Grundprinzipien bei Doppeldiagnosen. In: Marc Walter und Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank (Hg.): Psychische Störungen und Suchterkrankungen. Diagnostik und Behandlung von Doppeldiagnosen. 1. Aufl. s.l.: Kohlhammer Verlag, S. 52–61.

Dziewas, Hartmut; Schwoon, Dirk (1986): Das Konzept der Gruppe in der Verhaltenstherapie. In: Hilarion Gottfried Petzold (Hg.): Modelle der Gruppe in Psychotherapie und psycho-sozialer Arbeit. Paderborn: Junfermann (Vergleichende Psychotherapie, 7), S. 7–32.

Essau, C. A.; Conradt, J. (2009): Komorbidität. In: Rainer Thomasius, Michael Schulte-Markwort, Udo J. Küstner, Peter Riedesser, Sabine Bätzing-Lichtenthäler, Dietrich Wersich et al. (Hg.): Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Das Handbuch ; Grundlagen und Praxis ; mit 98 Tabellen und 30 Fallbeispielen. Stuttgart: Schattauer, S. 69–74.

Farke, W. (2009): Einflüsse von Gleichaltrigen. In: Rainer Thomasius, Michael Schulte-Markwort, Udo J. Küstner, Peter Riedesser, Sabine Bätzing-Lichtenthäler, Dietrich Wersich et al. (Hg.): Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Das Handbuch ; Grundlagen und Praxis ; mit 98 Tabellen und 30 Fallbeispielen.

Stuttgart: Schattauer, S. 152–155.

Farke, W. (2009): Gruppen jugendlicher Subkulturen. In: Rainer Thomasius, Michael Schulte-Markwort, Udo J. Küstner, Peter Riedesser, Sabine Bätzing-Lichtenthäler, Dietrich Wersich et al. (Hg.): Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Das Handbuch ; Grundlagen und Praxis ; mit 98 Tabellen und 30 Fallbeispielen. Stuttgart: Schattauer, S. 75–77.

Feldmann, M.; Stolle, M. (2009): Somato-, Psycho-, Sozio- und Entwicklungsdiagnostik. In: Rainer Thomasius, Michael Schulte-Markwort, Udo J. Küstner, Peter Riedesser, Sabine Bätzing-Lichtenthäler, Dietrich Wersich et al. (Hg.): Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Das Handbuch ; Grundlagen und Praxis ; mit 98 Tabellen und 30 Fallbeispielen. Stuttgart: Schattauer, S. 177–191.

Fengler, Jörg (1986): Soziologische und sozialpsychologische Gruppenmodelle. In: Hilarion Gottfried Petzold (Hg.): Modelle der Gruppe in Psychotherapie und psychosozialer Arbeit. Paderborn: Junfermann (Vergleichende Psychotherapie, 7), S. 33–108.

Fiedler, Peter (2005): Verhaltenstherapie in Gruppen. Psychologische Psychotherapie in der Praxis. 2., vollst. überarb. Aufl. Weinheim: Beltz

Fischer, Carola (2000): 5 Jahre Modellstation SOMOSA (Sozialpädagogisch-psychiatrische Modellstation für schwere Adoleszentenstörungen). Normatives Konzept und Realisierung 1.1.1994 - 31.12.1998. Univ., Diss.--Zürich, 1999. Berlin: VWB Verl. für Wiss. und Bildung.

Gläser, Jochen; Laudel, Grit (2010): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen. 4. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag.

Gouzoulis-Mayfrank, Euphrosyne (2014): Psychotische Störungen und komorbide Suchterkrankungen. In: Marc Walter und Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank (Hg.): Psychische Störungen und Suchterkrankungen. Diagnostik und Behandlung von Doppeldiagnosen. 1. Aufl. s.l.: Kohlhammer Verlag, S. 75–87.

Graubner, Bernd (Hg.) (2015): Systematisches Verzeichnis. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme : 10. Revision - German Modification. Deutsches Institut für Medizinische

Dokumentation und Information. Version 2015, Stand: 19. September 2014. Köln: Dt. Ärzte-Verl. (ICD-10-GM, internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme; 10. Revision; German modification / hrsg. vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) ... Bearb. von Bernd Graubner ; Syst. Verz. 2015).

Grawe, Klaus (2004): Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe

Harrington, Richard C.; Jans, Thomas (2013): Kognitive Verhaltenstherapie bei depressiven Kindern und Jugendlichen. 2., aktualisierte Aufl. Göttingen: Hogrefe.

Hautzinger, Martin; Beck, Aaron T. (Hg.) (1986): Kognitive Therapie der Depression. 5. Aufl. Weinheim: Beltz Psychologie-Verl.-Union.

Hautzinger, Martin; Stark, Wolfgang; Treiber, Renate (1994): Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen. Behandlungsanleitungen und Materialien. 3. Aufl. Weinheim: Beltz Psychologie-Verl.-Union (Materialien für die psychosoziale Praxis).

Heinz, Andreas; Müller, Christian A. (2012): Neurobiologie der Abhängigkeit. Grundlagen und Konsequenzen für Diagnose und Therapie von Suchterkrankungen. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.

Hinsch, Rüdiger; Pfingsten, Ulrich; Hinsch-Pfingsten (2008): Gruppentraining sozialer Kompetenzen. GSK ; Grundlagen, Durchführung, Anwendungsbeispiele ; [CD-ROM]. Unter Mitarbeit von Tanja Albrecht. 5., vollst. überarb. Aufl., [Nachdr.]. Weinheim: Beltz PVU (Praxismaterial).

Horn, Wolf-Rüdiger (2008): Suchtgefahren aus Sicht des Kinder- und Jugendarztes. In: Michael Klein, Susanne al Wiswasi und Sabine Bätzing-Lichtenthäler (Hg.): Kinder und Suchtgefahren. Risiken - Prävention - Hilfen ; mit 40 Tabellen. Stuttgart: Schattauer, S. 5–11.

Hurrelmann, Klaus (2000): Jugend. In: Franz Stimmer und Petra Andreas-Siller (Hg.): Suchtlexikon. München: Oldenbourg, S. 340–347.

Ihle, W.; Jahnke, D.; Esser, G. (2009): Suchtstörung und Depression. In: Rainer Thomasius, Michael Schulte-Markwort, Udo J. Küstner, Peter Riedesser, Sabine Bätzing-Lichtenthäler, Dietrich Wersich et al. (Hg.): Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Das Handbuch ; Grundlagen und Praxis ; mit 98 Tabellen und 30

Fallbeispielen. Stuttgart: Schattauer, S. 78–81.

Jelinek, Lena; Hauschildt, Marit; Moritz, Steffen (2015): Metakognitives Training bei Depressionen (D-MKT). Mit E-Book-inside und Trainingsmaterial. 1. Aufl. Weinheim: Beltz.

Jordan, Susanne; Sack, P.-M. (2009): Schutz- und Risikofaktoren. In: Rainer Thomasius, Michael Schulte-Markwort, Udo J. Küstner, Peter Riedesser, Sabine Bätzing-Lichtenthäler, Dietrich Wersich et al. (Hg.): Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Das Handbuch ; Grundlagen und Praxis ; mit 98 Tabellen und 30 Fallbeispielen. Stuttgart: Schattauer, S. 127–138.

Junge-Hoffmeister, J. (2011): Operante Verfahren. In: Hans-Ulrich Wittchen und Jürgen Hoyer (Hg.): Klinische Psychologie & Psychotherapie. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Berlin: Springer (Springer-Lehrbuch), S. 511–527.

Kanfer, Frederick H.; Reinecker, Hans; Schmelzer, Dieter (2012): Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis. 5., korrigierte und durchgesehene Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag Berlin Heidelberg.

Klein, Michael (2008): Kinder und Alkohol in der Kultur- und Sozialgeschichte. In: Michael Klein, Susanne al Wiswasi und Sabine Bätzing-Lichtenthäler (Hg.): Kinder und Suchtgefahren. Risiken - Prävention - Hilfen ; mit 40 Tabellen. Stuttgart: Schattauer, S. 21–26.

Klein, Michael; Wiswasi, Susanne al; Bätzing-Lichtenthäler, Sabine (Hg.) (2008): Kinder und Suchtgefahren. Risiken - Prävention - Hilfen ; mit 40 Tabellen. Stuttgart: Schattauer.

Koglin, Ute; Petermann, Franz (2008): Vorläufersyndrome von Suchtstörungen. In: Michael Klein, Susanne al Wiswasi und Sabine Bätzing-Lichtenthäler (Hg.): Kinder und Suchtgefahren. Risiken - Prävention - Hilfen ; mit 40 Tabellen. Stuttgart: Schattauer, S. 61–71.

Küfner, H.; Metzner, C. (2011): Drogenmissbrauch und -abhängigkeit. In: Hans-Ulrich Wittchen und Jürgen Hoyer (Hg.): Klinische Psychologie & Psychotherapie. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Berlin: Springer (Springer-Lehrbuch), S. 715–742.

Lamnek, Siegfried; Krell, Claudia (2010): Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch ;

[Online-Materialien]. 5., überarb. Aufl. Weinheim: Beltz

Lashlee, A.; Schlieckau, J. (2009): Sport- und Bewegungstherapie in der Postakutbehandlung. In: Rainer Thomasius, Michael Schulte-Markwort, Udo J. Küstner, Peter Riedesser, Sabine Bätzing-Lichtenthäler, Dietrich Wersich et al. (Hg.): Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Das Handbuch ; Grundlagen und Praxis ; mit 98 Tabellen und 30 Fallbeispielen. Stuttgart: Schattauer.

Lashlee, A.; Schlieckau, J. (2009): Sport- und Bewegungstherapie in der Postakutbehandlung. In: Rainer Thomasius, Michael Schulte-Markwort, Udo J. Küstner, Peter Riedesser, Sabine Bätzing-Lichtenthäler, Dietrich Wersich et al. (Hg.): Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Das Handbuch ; Grundlagen und Praxis ; mit 98 Tabellen und 30 Fallbeispielen. Stuttgart: Schattauer, S. 271–279.

Laucht, Manfred (2007): Besondere Wirkungen des Substanzkonsums auf junge Menschen. In: Karl Mann (Hg.): Jugendliche und Suchtmittelkonsum. Trends - Grundlagen - Maßnahmen. Freiburg im Breisgau: Lambertus, S. 42–57.

Lieb, R.; Isensee, B. (2007): Häufigkeit und zeitliche Muster von Komorbidität. In: Franz Moggi, Werner K. Strik und Meinrad Perrez (Hg.): Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht. 2., vollst. überarb. und erg. Aufl. Bern: Huber (Klinische Praxis), S. 27–56.

Lindenmeyer, Johannes (Hg.) (2015): Offene Gruppen 1. 2., neu ausgestattete Auflage. Weinheim: Beltz.

Lindenmeyer, Johannes (Hg.) (2011): Offene Gruppen 2. Weinheim: Beltz.

Loeber, Sabine; Dinter, Christina; Mann, Karl (2011): Psychotherapie von Patienten mit Depression und Abhängigkeitserkrankung. In: *Sucht : Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis* (57 (5)), S. 373–381.

Lott, Friederike (1986): Die Bedeutung der Gruppe in der Therapie mit Kindern. In: Hilarion Gottfried Petzold (Hg.): Modelle der Gruppe in Psychotherapie und psychosozialer Arbeit. Paderborn: Junfermann (Vergleichende Psychotherapie, 7), S. 273–288.

Mann, Karl (Hg.) (2007): Jugendliche und Suchtmittelkonsum. Trends - Grundlagen - Maßnahmen. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Mann, Karl; Hoch, Eva; Batra, Anil (Hg.) (2016): S3-Leitlinie Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen. 1. Aufl. 2016. Berlin, Heidelberg, s.l.: Springer Berlin Heidelberg.

Martell, Christopher R.; Dimidjian, Sona; Hermann-Dunn, Ruth; Lewinsohn, Peter M. (2015): Verhaltensaktivierung bei Depression. Eine Methode zur Behandlung von Depression. Unter Mitarbeit von Lotta Winter. 1. Aufl. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

Mayer, Reinhardt (2008): Kinderbezogene Interventionen. In: Michael Klein, Susanne al Wiswasi und Sabine Bätzing-Lichtenthäler (Hg.): Kinder und Suchtgefahren. Risiken - Prävention - Hilfen ; mit 40 Tabellen. Stuttgart: Schattauer, S. 407–413.

Mayring, Philipp (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. 5., überarb. und neu ausgestattete Aufl. Weinheim: Beltz

Mayring, Philipp (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 11., aktualisierte und überarb. Aufl. Weinheim: Beltz.

Meyer, Thomas D.; Hautzinger, Martin (2004): Manisch-depressive Störungen. 1. Aufl. Weinheim: BeltzPVU (Materialien für die klinische Praxis).

Miller, William R.; Rollnick, Stephen (2015): Motivierende Gesprächsführung. Deutsch von Jürgen Reuß und Christoph Trunk. [4. Auflage], Motivational interviewing, 3. Auflage des Standardwerks in Deutsch. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Moggi, Franz (2007): Ätiologiemodelle zur Komorbidität von Angst- und Substanzstörungen sowie von Depression und Substanzstörungen. In: Franz Moggi, Werner K. Strik und Meinrad Perrez (Hg.): Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht. 2., vollst. überarb. und erg. Aufl. Bern: Huber (Klinische Praxis), S. 83–108.

Moggi, Franz (2007): Integrative Psychotherapie bei komorbiden Angst- und Substanzstörungen sowie Depression und Substanzstörungen. In: Franz Moggi, Werner K. Strik und Meinrad Perrez (Hg.): Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht. 2., vollst. überarb. und erg. Aufl. Bern: Huber

(Klinische Praxis), S. 179–196.

Moggi, Franz (2007): Problemstellung Doppeldiagnose - eine artifizielle odere reale Komorbidität? In: Franz Moggi, Werner K. Strik und Meinrad Perrez (Hg.): Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht. 2., vollst. überarb. und erg. Aufl. Bern: Huber (Klinische Praxis), S. 15–26.

Moggi, Franz (2014): Theoretische Modelle bei Doppeldiagnosen. In: Marc Walter und Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank (Hg.): Psychische Störungen und Suchterkrankungen. Diagnostik und Behandlung von Doppeldiagnosen. 1. Aufl. s.l.: Kohlhammer Verlag, S. 13–25.

Moggi, Franz; Donati, Ruth (2004): Psychische Störungen und Sucht. Doppeldiagnosen. Göttingen: Hogrefe (Fortschritte der Psychotherapie, 21).

Moggi, Franz; Strik, Werner K.; Perrez, Meinrad (Hg.) (2007): Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht. 2., vollst. überarb. und erg. Aufl. Bern: Huber (Klinische Praxis).

Mühlig, S.; Poldrack, A. (2011): Kognitive Therapien. In: Hans-Ulrich Wittchen und Jürgen Hoyer (Hg.): Klinische Psychologie & Psychotherapie. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Berlin: Springer (Springer-Lehrbuch), S. 543–564.

Müller, Kai W.; Ammerschläger, Marcella; Freisleder, Franz Joseph; Beutel, Manfred E.; Wölfling, Klaus (2012): Suchtartige Internetnutzung als komorbide Störung im jugendpsychiatrischen Setting. In: *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 40 (5), S. 331–339.

Petzold, Hilarion Gottfried (Hg.) (1986): Modelle der Gruppe in Psychotherapie und psycho-sozialer Arbeit. Paderborn: Junfermann (Vergleichende Psychotherapie, 7).

Ravens-Sieberer, U.; Erhart, M.; Dettenborn-Betz, L.; Cronjäger, H.; Möller, B. (2011): Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter. In: Hans-Ulrich Wittchen und Jürgen Hoyer (Hg.): Klinische Psychologie & Psychotherapie. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Berlin: Springer (Springer-Lehrbuch), S. 643–672.

Richter, Gudrun (Hg.) (2002): "Alkohol, Nikotin, Kokain ... und kein Ende?". Lengerich: Pabst.

Rist, Fred (2009): Psychologische Modelle. In: Rainer Thomasius, Michael Schulte-Markwort, Udo J. Küstner, Peter Riedesser, Sabine Bätzing-Lichtenthäler, Dietrich

Wersich et al. (Hg.): Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Das Handbuch ; Grundlagen und Praxis ; mit 98 Tabellen und 30 Fallbeispielen. Stuttgart: Schattauer, S. 113–126.

Rommelspacher, H. (2009): Neurobiologische Modelle. In: Rainer Thomasius, Michael Schulte-Markwort, Udo J. Küstner, Peter Riedesser, Sabine Bätzing-Lichtenthäler, Dietrich Wersich et al. (Hg.): Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Das Handbuch ; Grundlagen und Praxis ; mit 98 Tabellen und 30 Fallbeispielen. Stuttgart: Schattauer, S. 97–112.

Rost, Wolf-Detlef (2008): Süchtige Grundhaltung - fact oder fiction? In: Michael Klein, Susanne al Wiswasi und Sabine Bätzing-Lichtenthäler (Hg.): Kinder und Suchtgefahren. Risiken - Prävention - Hilfen ; mit 40 Tabellen. Stuttgart: Schattauer, S. 40–48.

Ruland, Franz (2004): Selbstkompetenz. Weg und Ziel der Rehabilitation vom 8. bis 10. März 2004 in Düsseldorf. Bad Homburg: WDV Wirtschaftsdienst (DRV-Schriften, 52).

Sack, P.-M.; Krüger, A. (2009): Störungsspezifische diagnostische Verfahren. In: Rainer Thomasius, Michael Schulte-Markwort, Udo J. Küstner, Peter Riedesser, Sabine Bätzing-Lichtenthäler, Dietrich Wersich et al. (Hg.): Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Das Handbuch ; Grundlagen und Praxis ; mit 98 Tabellen und 30 Fallbeispielen. Stuttgart: Schattauer, S. 192–204.

Sack, P.-M.; Küstner, U. J.; Thomasius, R. (2009): Behandlungsverlauf und -ergebnisse. In: Rainer Thomasius, Michael Schulte-Markwort, Udo J. Küstner, Peter Riedesser, Sabine Bätzing-Lichtenthäler, Dietrich Wersich et al. (Hg.): Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Das Handbuch ; Grundlagen und Praxis ; mit 98 Tabellen und 30 Fallbeispielen. Stuttgart: Schattauer, S. 337–346.

Sack, P.-M.; Petersen, K. U.; Thomasius, R. (2009): Der Suchtbegriff. In: Rainer Thomasius, Michael Schulte-Markwort, Udo J. Küstner, Peter Riedesser, Sabine Bätzing-Lichtenthäler, Dietrich Wersich et al. (Hg.): Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Das Handbuch ; Grundlagen und Praxis ; mit 98 Tabellen und 30 Fallbeispielen. Stuttgart: Schattauer, S. 3–7.

Sack, P.-M.; Thomasius, R. (2009): Klassifikation der Suchtstörung. In: Rainer Thomasius, Michael Schulte-Markwort, Udo J. Küstner, Peter Riedesser, Sabine

Bätzing-Lichtenthäler, Dietrich Wersich et al. (Hg.): Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Das Handbuch ; Grundlagen und Praxis ; mit 98 Tabellen und 30 Fallbeispielen. Stuttgart: Schattauer, S. 8–20.

Sarrazin, Doris; Doll, Sandy (2007): Praxis der Verhaltenstherapie in der Suchthilfe: LWL-Koordinationsstelle Sucht.

Schindler, Raoul (1986): Klinische Gruppenarbeit mit psychiatrischen Patienten. In: Hilarion Gottfried Petzold (Hg.): Modelle der Gruppe in Psychotherapie und psychosozialer Arbeit. Paderborn: Junfermann (Vergleichende Psychotherapie, 7), S. 289–308.

Schlieckau, J. (2009): Pädagogische Ansätze in der Postakutbehandlung. In: Rainer Thomasius, Michael Schulte-Markwort, Udo J. Küstner, Peter Riedesser, Sabine Bätzing-Lichtenthäler, Dietrich Wersich et al. (Hg.): Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Das Handbuch ; Grundlagen und Praxis ; mit 98 Tabellen und 30 Fallbeispielen. Stuttgart: Schattauer, S. 260–270.

Schönell, H.; Closset, J. (2002): Behandlung von Patienten mit Doppeldiagnosen in der psychiatrischen Regelversorgung. In: Gudrun Richter (Hg.): "Alkohol, Nikotin, Kokain ... und kein Ende?". Lengerich: Pabst, S. 473–479.

Schuhler, Petra (2006): Psychotherapie der Sucht. Methoden, Komorbidität und klinische Praxis. Lengerich: Pabst Science Publ.

Schulte-Markwort, M.; Stolle, M. (2009): Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. In: Rainer Thomasius, Michael Schulte-Markwort, Udo J. Küstner, Peter Riedesser, Sabine Bätzing-Lichtenthäler, Dietrich Wersich et al. (Hg.): Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Das Handbuch ; Grundlagen und Praxis ; mit 98 Tabellen und 30 Fallbeispielen. Stuttgart: Schattauer, S. 418–420.

Schwarzer, Wolfgang; Trost, Alexander (Hg.) (1999): Psychiatrie und Psychotherapie für psycho-soziale und pädagogische Berufe. Dortmund: Borgmann.

Seiffge-Krenke, Inge (2008): Depression und Depressivität. In: Michael Klein, Susanne al Wiswasi und Sabine Bätzing-Lichtenthäler (Hg.): Kinder und Suchtgefahren. Risiken - Prävention - Hilfen ; mit 40 Tabellen. Stuttgart: Schattauer, S. 245–261.

Soyka, Michael (2014): Affektive Angststörungen und komorbide Suchterkrankungen. In: Marc Walter und Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank (Hg.): Psychische Störungen und Suchterkrankungen. Diagnostik und Behandlung von Doppeldiagnosen. 1. Aufl. s.l.: Kohlhammer Verlag, S. 88–104.

Stachowske, Ruthard (2008): Drogenabhängigkeit. In: Michael Klein, Susanne al Wiswasi und Sabine Bätzing-Lichtenthäler (Hg.): Kinder und Suchtgefahren. Risiken - Prävention - Hilfen ; mit 40 Tabellen. Stuttgart: Schattauer, S. 329–337.

Stimmer, Franz; Andreas-Siller, Petra (Hg.) (2000): Suchtlexikon. München: Oldenbourg.

Stolle, M.; Thomasius, R. (2009): Differenzialdiagnostik. In: Rainer Thomasius, Michael Schulte-Markwort, Udo J. Küstner, Peter Riedesser, Sabine Bätzing-Lichtenthäler, Dietrich Wersich et al. (Hg.): Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Das Handbuch ; Grundlagen und Praxis ; mit 98 Tabellen und 30 Fallbeispielen. Stuttgart: Schattauer, S. 205–210.

Strohm, Maren (2008): Stationäre Jugendhilfe. In: Michael Klein, Susanne al Wiswasi und Sabine Bätzing-Lichtenthäler (Hg.): Kinder und Suchtgefahren. Risiken - Prävention - Hilfen ; mit 40 Tabellen. Stuttgart: Schattauer, S. 473–481.

Strübing, Jörg (2013): Qualitative Sozialforschung. Eine komprimierte Einführung für Studierende. München: Oldenbourg.

Thomasius, R. (2009): Therapieprinzipien. In: Rainer Thomasius, Michael Schulte-Markwort, Udo J. Küstner, Peter Riedesser, Sabine Bätzing-Lichtenthäler, Dietrich Wersich et al. (Hg.): Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Das Handbuch ; Grundlagen und Praxis ; mit 98 Tabellen und 30 Fallbeispielen. Stuttgart: Schattauer, S. 211–221.

Thomasius, R.; Stolle, M. (2009): Postakutbehandlung. In: Rainer Thomasius, Michael Schulte-Markwort, Udo J. Küstner, Peter Riedesser, Sabine Bätzing-Lichtenthäler, Dietrich Wersich et al. (Hg.): Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Das Handbuch ; Grundlagen und Praxis ; mit 98 Tabellen und 30 Fallbeispielen. Stuttgart: Schattauer, S. 245–259.

Thomasius, R.; Stolle, M.; Sack, P.-M. (2009): Entwicklungspsychopathologisches Modell. In: Rainer Thomasius, Michael Schulte-Markwort, Udo J. Küstner, Peter Riedesser, Sabine Bätzing-Lichtenthäler, Dietrich Wersich et al. (Hg.):

Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Das Handbuch ; Grundlagen und Praxis ; mit 98 Tabellen und 30 Fallbeispielen. Stuttgart: Schattauer, S. 139–146.

Thomasius, R.; Thoms, E.; Zenker, C. (2009): Herausforderungen und Perspektiven in der Jugend-Suchthilfe. In: Rainer Thomasius, Michael Schulte-Markwort, Udo J. Küstner, Peter Riedesser, Sabine Bätzing-Lichtenthäler, Dietrich Wersich et al. (Hg.): Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Das Handbuch ; Grundlagen und Praxis ; mit 98 Tabellen und 30 Fallbeispielen. Stuttgart: Schattauer, S. 541–550.

Thomasius, Rainer; Schulte-Markwort, Michael; Küstner, Udo J.; Riedesser, Peter; Bätzing-Lichtenthäler, Sabine; Wersich, Dietrich et al. (Hg.) (2009): Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Das Handbuch ; Grundlagen und Praxis ; mit 98 Tabellen und 30 Fallbeispielen. Stuttgart: Schattauer.

Tossmann, Peter (2008): Früher Substanzkonsum. In: Michael Klein, Susanne al Wiswasi und Sabine Bätzing-Lichtenthäler (Hg.): Kinder und Suchtgefahren. Risiken - Prävention - Hilfen ; mit 40 Tabellen. Stuttgart: Schattauer, S. 181–189.

Tretter, Felix; Braun, Max (Hg.) (2012): Suchtmedizin kompakt. Suchtkrankheiten in Klinik und Praxis ; mit 114 Tabellen. 2., aktualisierte und erw. Aufl. Stuttgart: Schattauer.

Walter, Marc; Gouzoulis-Mayfrank, Euphrosyne (Hg.) (2014): Psychische Störungen und Suchterkrankungen. Diagnostik und Behandlung von Doppeldiagnosen. 1. Aufl. s.l.: Kohlhammer Verlag

Walter, Marc; Sollberger, Daniel; Euler, Sebastian (2016): Persönlichkeitsstörungen und Sucht. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer (Sucht).

Weichold, K. (2009): Epidemiologie des Substanzkonsums im Jugendalter. In: Rainer Thomasius, Michael Schulte-Markwort, Udo J. Küstner, Peter Riedesser, Sabine Bätzing-Lichtenthäler, Dietrich Wersich et al. (Hg.): Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Das Handbuch ; Grundlagen und Praxis ; mit 98 Tabellen und 30 Fallbeispielen. Stuttgart: Schattauer, S. 21–33.

Wiesbeck, Gerhard A.; Dürsteler-MacFarland, Kenneth (2014): Medikamentöse Rückfallprophylaxe bei Doppeldiagnosen. In: Marc Walter und Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank (Hg.): Psychische Störungen und Suchterkrankungen. Diagnostik und Behandlung von Doppeldiagnosen. 1. Aufl. s.l.: Kohlhammer Verlag,

S. 62–72.

Wittchen, Hans-Ulrich; Hoyer, Jürgen (Hg.) (2011): *Klinische Psychologie & Psychotherapie*. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Berlin: Springer (Springer-Lehrbuch).

Wrege, Johannes; Borgwardt, Stefan (2014): *Neuropsychiatrische Grundlagen der Komorbidität*. In: Marc Walter und Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank (Hg.): *Psychische Störungen und Suchterkrankungen. Diagnostik und Behandlung von Doppeldiagnosen*. 1. Aufl. s.l.: Kohlhammer Verlag, S. 39–51.

Yalom, Irvin D.; Leszcz, Modyn (2012): *Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie*. Ein Lehrbuch. 11. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta (Leben lernen, 66).

Zenker, C. (2009): *Gendertypische Aspekte*. In: Rainer Thomasius, Michael Schulte-Markwort, Udo J. Küstner, Peter Riedesser, Sabine Bätzing-Lichtenthäler, Dietrich Wersich et al. (Hg.): *Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Das Handbuch ; Grundlagen und Praxis ; mit 98 Tabellen und 30 Fallbeispielen*. Stuttgart: Schattauer, S. 55–68.

Zumbeck, Sybille; Conrad, Evelin (2008): *Ein integriertes kognitiv-verhaltenstherapeutisches Gruppenprogramm für die Doppeldiagnose >>Sucht und Depression<<. Untersuchung der Akzeptanz und Wirksamkeit. Pilotstudie*. In: *Sucht : Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis* (54 (2)), S. 101–107.

Zweyer, Karen (2008): *Eltern-Kind-Bindung - Auswirkungen auf die psychische Gesundheit*. In: Michael Klein, Susanne al Wiswasi und Sabine Bätzing-Lichtenthäler (Hg.): *Kinder und Suchtgefahren. Risiken - Prävention - Hilfen ; mit 40 Tabellen*. Stuttgart: Schattauer, S. 90–102.

Internet-Quellen

<http://www.bw-lv.de/fachkliniken/fachklinik-haus-weitenau/#c2049> (zuletzt geprüft am 30.03.2016)

Behandlungsstrategien: Psychische Störungen und Sucht (Doppeldiagnosen) | universimed.com. Online verfügbar unter <http://neurologie-psychiatrie.universimed.com/artikel/behandlungsstrategien-psychische-st%C3%B6rungen-und-sucht-doppeldiagnosen>, zuletzt geprüft am 23.01.2016.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2012): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2011. Der Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends. Hg. v. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Online verfügbar unter <http://www.bzga.de/forschung/studien-untersuchungen/studien/suchtpraevention/>, zuletzt geprüft am 22.02.2016.

Depressionshilfe, Stiftung Deutsche (2016): FAQ. Stiftung Deutsche Depressionshilfe. Online verfügbar unter <http://www.deutsche-depressionshilfe.de/stiftung/faq.php>, zuletzt aktualisiert am 22.01.2016, zuletzt geprüft am 22.01.2016.

Infodrog: SuchtMagazin - Information - Infodrog. 1/2014 KOMORBIDITÄT, Online verfügbar unter <http://www.infodrog.ch/index.php/suchtmagazin.html>, zuletzt geprüft am 18.01.2016.

Jellinek - Drugs in de hersenen (2015). Online verfügbar unter http://www.jellinek.eu/brain/index.html?KeepThis=true&TB_iframe=true&height=588&width=672, zuletzt aktualisiert am 16.07.2015, zuletzt geprüft am 18.01.2016.

Kemper, Ulrich (2011): Depression und Sucht. 62. Gütersloher Fortbildungstage, 20. - 22.09.2011. Hg. v. LWL-Rehabilitationszentrum Ostwestfalen Bernhard-Salzmänn-Klinik. Online verfügbar unter https://www.lwl.org/527-download/pdf/Vortraege/Depression_und_Sucht_Kemper.pdf, zuletzt geprüft am 18.01.2016.

LIVIVO - Suchergebnisse - sucht und depression. Online verfügbar unter <https://www.livivo.de/app/search/search/192572175693b63e2e85437c72a60c50>,

zuletzt geprüft am 14.01.2016.

LWL - Doppeldiagnosen - LWL-Klinik Warstein (2014). Online verfügbar unter https://www.lwl.org/LWL/Gesundheit/psychiatrieverbund/K/lwl_klinik_warstein/Info-Center/Krankheitsbilder/Drogenabhaengigkeit/doppeldiagnosen, zuletzt aktualisiert am 13.03.2014, zuletzt geprüft am 23.01.2016.

Troesken, Anne Kathrin (2010): Das Berner Ressourceninventar. Ressourcenpotentiale und Ressourcenrealisierung aus konsistenztheoretischer Sicht. Online verfügbar unter <http://www.troesken.eu/inventory.html>, zuletzt aktualisiert am 03.02.2010, zuletzt geprüft am 25.01.2016.

Verslaving | Jellinek | De expert op het gebied van verslaving (1970). Online verfügbar unter <https://www.jellinek.nl/>, zuletzt aktualisiert am 01.01.1970, zuletzt geprüft am 18.01.2016.

8.2 Abkürzungsverzeichnis

AB	Arbeitsblatt
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V.
BATD	Brief Behavioral Activation Treatment for Depression
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Auflage 5
D-MKT	Metakognitive Training bei Depressionen
ETM	Evidenzbasierte Therapiemodule
E-DIN EN ISO	Entwurf einer deutschen Norm, die von einer europäischen (EN) und internationalen (ISO) Norm übernommen wurde
FKHW	Fachklinik Haus Weitenau
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
ICD – 10 GM	ICD in der 10. Revision German Modification
KKP	Klinischer Konsensuspunkt (Empfehlungsqualität in den S3-Richtlinien)
KTL	Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Reha
KVT	Kognitive Verhaltenstherapie
MI	Motivierende Gesprächsführung nach Miller u. Rollnick
TN	Teilnehmer
VT	Verhaltenstherapie
WHO	Weltgesundheitsorganisation
z. B.	zum Beispiel

8.3 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: **S. 10**

Entwicklungsaufgaben und Funktionen des Substanzkonsum (nach Reese u. Silbereisen 2001) zit. aus Thomasius, Stolle et al. (2009, S. 143)

Tabelle 2: **S. 61**

Therapeutische Leistungen im Wochentherapieplan (Fachklinik Haus Weitenau)

8.4 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 **S. 86**

Erklärungsstrategien und Methodeneinsatz in der empirischen Sozialforschung nach Gläser und Laudel (2010, S. 28)

Abbildung 2 **S. 93**

Allgemeines inhaltsanalytisches Ablaufmodell nach Mayring (2010, S. 60)

Abbildung 3 **S. 95**

Prinzip der qualitativen Inhaltsanalyse nach Gläser und Laudel (2010, S. 200)

Abbildung 4 **S. 96**

Ablauf der qualitativen Inhaltsanalyse nach Gläser und Laudel (2010, S. 203)

9. Eidesstattliche Versicherung

Versicherung selbständiger Arbeit

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit zum Thema:

„Entwicklung und Evaluation eines Indikationsmoduls für depressive Störungen in der stationären Suchtbehandlung von jungen Menschen“

selbständig und ohne unerlaubte Hilfe verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe.

Die Stellen der Arbeit, die anderen Quellen im Wortlaut oder dem Sinn nach entnommen wurden, sind durch Angabe der Herkunft kenntlich gemacht.

Rheinfelden den 30.10.2016

Peter Ackermann

10. Anhang

Anhang 1	Manualstruktur der kognitiven Verhaltenstherapie nach Hautzinger, Strak, Treiber (1994)
Anhang 2	Manual Indikationsgruppe DEPRESSION Sitzungen 1 – 5 Arbeitsblätter (AB) 01 – 18
Anhang 3	Ablaufplan der Sitzungen 1 - 5
Anhang 4	Interview – Fragebogen
Anhang 5	Interview – Anschreiben
Anhang 6	Interview – Einverständniserklärung
Anhang 7	Interview – Expertenbefragung Kategorienbildung
Anhang 8	Interview – Expertenbefragung Zusammenfassung der Antworten

Anhang 01	Manualstruktur	der	Kognitiven
Verhaltenstherapie nach Hautzinger, Stark, Treiber (1994)			

Sitzungsanzahl:

allg. 30 - 40 als Obergrenze, wobei zunächst 2x wöchentlich und dann einmal wöchentlich, zum Ende hin sogar 14-tägig günstig ist.

In zwei multizentrischen Studien wurde in 8 Wochen 3 Sitzungen wöchentlich ==> 24 Sitzungen im stat. Rahmen angeboten.

Sitzungsdauer:

je 60 Minuten

Diagnostik (Verhaltensanalyse)

Basiselemente therapeutischen Handelns

Therapeutenverhalten, Struktur der Sitzung (Planung, Effizienz, Zusammenfassung, Hausaufgaben geben) Hausarbeiten Krisenumgang

Behandlungselemente:

I. Aufbau positiver Aktivitäten

1. Thematische Einführung

Was sind positive Aktivitäten? (sehr individuell!)

Beziehung zwischen angenehmen Tätigkeiten und Depression

Kurz- versus langfristige Konsequenzen

Zielplanung und Bewertung

Zielsetzung (S. 57)

Verhältnis zu anderen Therapieelementen

Probleme beim therapeutischen Vorgehen /Inaktiv, Rückzug, Vermeidung, nicht beenden von Aufgaben

2. Selbsteinschätzung und Sammlung der Ausgangsdaten

Die objektivierende Selbstbeobachtung

Durchführung (Liste angenehmer Ereignisse, Selbstbeobachtungsbögen)

Liste angenehmer Ereignisse

3. Verstärkung und Selbstverstärkung

Das Prinzip der Verstärkung (S. 72)

Aufbau von Verstärkerplänen

Durchführung

4. Planung und Durchführung positiver Aktivitäten

Planung von Aktivitäten

Die Festlegung von Zielen

Ausgewogenheit zwischen unangenehmen und angenehmen Aktivitäten

Durchführung

5. Reduzierung depressionsfördernder Aktivitäten

Was sind depressionsfördernde Aktivitäten (sind sehr individuell!)

Analyse auslösender und aufrechterhaltender Bedingungen

Reduktion depressionsfördernder Aktivitäten

6. Zusammenfassung

Zielkriterien (1. Verhalten selbst beobachten können, und Stimmung nachvollziehen können und für persönliche Situation verarbeiten können. 2. Grund für Depression erkennen und mehr Aktivierung und pos. Verstärker suchen 3. befriedigendes Aktivitätsniveau herstellen durch eigene Zielsetzung und Operationalisierung, Erfolg/Misserfolg realistisch einschätzen, kann Verstärkerpläne erstellen und einsetzen 4. Auslöser erkennen können Kontrollmaßnahmen einsetzen und diese durch positive Aktivitäten ersetzen

II. Veränderung von Kognitionen

1. Merkmale und Ziele kog. Komponenten

Reflektiertes Denken

die kognitive Triade (neg. Selbstbild, neg. Interpretation von Erfahrungen, neg. Zukunftserwartung)

automatische Gedanken

Kognitive Grundannahmen

Ziele der Kognitiven Behandlungselemente (Erkennen, Korrektur, Ersetzen, Grundannahmen verändern, mehr Selbstkontrolle durch Techniken)

2. Sokratische Gesprächsführung

3. Beobachten und Erkennen von automatischen Gedanken (Selbstbeobachtung zB Tagesprotokoll neg. Gedanken, Rollenspiel,...)

4. Tagesprotokoll negativer Gedanken

5. Benennen von kognitiven Fehlern (10 Gedankenverzerrungen)

6. Kognitives Neubenennen

Überprüfung und Realitätstest automatischer Gedanken

Reattribution

Finden von "rationalen" Alternativen

7. Identifikation und Modifikation von Grundannahmen

Identifikation von dysfunktionalen Grundannahmen

Veränderung der fehlangepaßten Überzeugungen

III. Verbesserung sozialer Fertigkeiten

1. Thematische Einführung

Begriff soziale Kompetenz

Zusammenhang Depression und soziale Kompetenz (wenig Interaktion, Selbstunsicher, negative Verstärkung pos. Erfahrung nur durch gelingende Interaktion)

Zielsetzung dieses Behandlungselements (eigene Wünsche artikulieren und durchsetzen können in sozial verträglicher Weise, soziale Kontakte selbst initiieren, Problemlösefähigkeiten, ...)

2. Vorbereitung, Methoden, Hilfsmittel

Verhaltensbeobachtung

Rollenspiel

Verhaltensübung in Realsituation

Hilfsmittel

3. Einschränkung individueller sozialer Kompetenz und die Vermittlung sozialer Grundfertigkeiten

Depression und Äußern von Gefühlen

Nonverbale Aspekte sozialen Verhaltens

4. Bearbeitung individueller Problembereiche

Erkennen individueller sozialer Schwächen und Stärken

Soziale Wahrnehmung

Kontakte aufbauen und aufrechterhalten

Interaktion mit wichtigen Sozialpartnern

Die partnerschaftliche Konfliktlösung

Umgang mit Belastungssituationen

IV. Beibehaltung des Therapieerfolgs

1. Das frühzeitige Erkennen von Depressionen

2. Aufrechterhaltung bzw. Erhöhung positiver Aktivitäten

3. Hilfen zur Stabilisierung veränderter Kognitionen

4. Rechtzeitiges Erkennen depressionsauslösender Ereignisse (Rückfallrisiko)

A. soziale Trennungen

B. gesundheitliche Faktoren

C. neue Verpflichtungen und Anpassungen (Heirat)

D. berufliche Ereignisse (Berufswechsel)

E. Finanzielle und materielle Ereignisse

5. Planung der Zukunft

Anhang 02	Manual: Indikationsgruppe DEPRESSION der Fachklinik Haus Weitenau
------------------	--

Sitzungsanzahl: 5 Sitzungen

Sitzungsdauer: 75 - 90 Minuten (incl. Vor- und Nachbereitung)

Einführung und Informationsvermittlung

- A. Begrüßung und Skalierung der aktuellen Stimmung
- Einführung in die Indikationsgruppe mit Gruppenregeln (AB 02) und Ablaufrahmen des Moduls (wöchentliche Treffen, Trainingsaufgaben)
- B. Abfrage der Vorbereitung der aktuell bekannten Beschwerden und bisherigen Erklärungsmuster für depressive Stimmungen (wurde vorab durch Bezugstherapeut ausgegeben und mit ihm besprochen und bearbeitet) (AB 01)
- C. Heutiger Inhalt Psychoedukation zu:
- Depressionsentstehung und Einfluss von negativen Gedanken und Stimmungen auf die Aktivität (AB 03, 04, 05, 06)
 - Selbstmanagement in Hinblick auf Selbstbeobachtung, Selbstverpflichtung, Selbstverstärkung, Selbstkontrolle und Selbstaktivierung als Basis für Verhaltensveränderung
 - Einführung der Wochenplanung von Aktivitäten mit der Differenzierung auf Planung und Durchführung, sowie Erfolg und Vergnügen. (AB 07)
- D. Besprechung der aktuellen / neuen Trainingsaufgaben
- Wochenplan Aktivitäten (AB 07) führen. Jeder Teilnehmer hat zum Ende der Sitzung bereits mindestens 3 Aktivitäten geplant, die nicht schon durch den Therapieplan vorgegeben sind.
 - Hinweis auf tägliche Unterstützung durch Pädagogischen Dienst (eigenes Setting)
- E. Abschlussrunde mit Schwerpunkt auf die Nachfrage nach neuen Erkenntnissen oder noch offene Fragen der Teilnehmer und eine abschließende Skalierung der aktuellen Stimmung

Denken und Schlussfolgerungen

- A. Begrüßung und Skalierung der aktuellen Stimmung
- B. Durchsprechen der Trainingsergebnisse aus der letzten Gruppenstunde
- C. Heutiger Inhalt Psychoedukation zu:
- Kernprinzipien zur Verhaltensaktivierung (nach Martell, AB 08), Rückbezug zu den Trainingsergebnissen der einzelnen Teilnehmer, mit folgenden Fragestellungen:
 - welches Prinzip gelingt ihnen bereits gut / sehr gut?
 - welches ist ihrer Meinung nach am schwierigsten umzusetzen?
 - Automatische Gedanken unter Zuhilfenahme des Stroop-Tests und Doppelbilder zur Verdeutlichung wie Automatismus funktioniert und wie die Erinnerung und Gestimmtheit die Wahrnehmung beeinflussen kann (AB 09)
 - A-B-C-Schema nach Beck zur Identifizierung von automatischen und alternativen (rationalen) Gedanken und Einführung des Beobachtungstagebuch (AB 10 a)
- D. Besprechung der aktuellen / neuen Trainingsaufgaben
- Weiterführung des Wochenplan Aktivität (AB 07)
 - Ausfüllen des Beobachtungstagebuch (AB 10 b) mit mindestens 5 Situationen bis zur nächsten Sitzung
 - Hinweis auf tägliche Unterstützung durch Pädagogischen Dienst (eigenes Setting)
- E. Abschlussrunde mit Schwerpunkt auf die Nachfrage nach neuen Erkenntnissen oder noch offene Fragen der Teilnehmer und eine abschließende Skalierung der aktuellen Stimmung

Denkverzerrungen (dysfunktionale Kognitionen) 1

- A. Begrüßung und Skalierung der aktuellen Stimmung
- B. Durchsprechen der Trainingsergebnisse aus der letzten Gruppenstunde
- C. Heutiger Inhalt Psychoedukation zu:
- Denkverzerrungen / Fehlerinnerung / Denkfehler; Mithilfe des Arbeitsblattes möglichst konkrete eigene Beispiele finden lassen (AB 11, 12, 13 a, 13 b)
 - Methoden gegen negative Gedanken, Sammlung mit den Patienten was ist bereits bekannt und hilfreich? Ggf. Vorstellung konkreter Techniken (AB 14) (z. B. Grübelstopp)
- D. Besprechung der aktuellen / neuen Trainingsaufgaben
- Weiterführung des Wochenplan Aktivität (AB 07)
 - Weiterführung des Beobachtungstagebuch (AB 10 b) mit mindestens 5 Situationen bis zur nächsten Sitzung
 - Hinweis auf tägliche Unterstützung durch Pädagogischen Dienst (eigenes Setting)
- E. Abschlussrunde mit Schwerpunkt auf die Nachfrage nach neuen Erkenntnissen oder noch offene Fragen der Teilnehmer und eine abschließende Skalierung der aktuellen Stimmung

Denkverzerrungen (dysfunktionale Kognitionen) 2 /**Soziale Kompetenz / Genussregeln**

- A. Begrüßung und Skalierung der aktuellen Stimmung
- B. Durchsprechen der Trainingsergebnisse aus der letzten Gruppenstunde
- C. Heutiger Inhalt: Förderung der sozialen Kompetenz
- Kurze Einführung auf die Indikationsgruppe „soziales Miteinander“, welche im Anschluss an dieses Modul erfolgt und somit weiteren Übungsraum bietet.
 - Vertiefung von Rückmeldungen aus den Trainingsergebnissen mittels der Methode „Rollenspiel“ zur weiteren Entwicklung von „hilfreichen“ Gedanken.
 - Brainstorming in der Gruppe zu rationalen Alternativen für automatische Gedanken (Beispiele aus dem Teilnehmerkreis)
 - Psychoedukation zu Genuss (AB 15)
- D. Besprechung der aktuellen / neuen Trainingsaufgaben
- Weiterführung des Wochenplan Aktivität (AB 07) unter besonderer Berücksichtigung ein „genussvolles“ Erlebnis einzuplanen und umzusetzen (mindestens 3 Erlebnisse bereits in der Sitzung erarbeiten)
 - Weiterführung des Beobachtungstagebuch (AB 10 b) mit mindestens 5 Situationen bis zur nächsten Sitzung
 - Hinweis auf tägliche Unterstützung durch Pädagogischen Dienst (eigenes Setting)
- E. Abschlussrunde mit Schwerpunkt auf die Nachfrage nach neuen Erkenntnissen oder noch offene Fragen der Teilnehmer und eine abschließende Skalierung der aktuellen Stimmung

- A. Begrüßung und Skalierung der aktuellen Stimmung
- B. Durchsprechen der Trainingsergebnisse aus der letzten Gruppenstunde
- C. Heutiger Inhalt:
- Erarbeitung individueller Warnsignale und Erstellung eines Notfallplans bei Erkennen von depressiver Stimmung (AB 16, 18)
 - Auswertung des Moduls (AB 17) mit den Fragestellungen:
 - was habe ich für mich (neu) gelernt,
 - was hab ich bereits umsetzen können,
 - was ist für mich noch offen,
 - wo habe ich noch Schwierigkeiten
- D. Besprechung der aktuellen / neuen Trainingsaufgaben
- Angebot die Trainingsübungen weiter zu führen (ggf. Absprache mit Bezugstherapeut)
- E. Abschlussrunde mit Schwerpunkt auf die Nachfrage nach neuen Erkenntnissen oder noch offene Fragen der Teilnehmer und eine abschließende Skalierung der aktuellen Stimmung

Patientenfragebogen zur Vorbereitung

Name: _____

Depressive Patienten leiden häufig unter einer Vielzahl ganz unterschiedlicher Beschwerden körperlicher und seelischer Art. Oft befürchten die Betroffenen daher, an immer neuen Krankheiten zu leiden, die aber trotz vieler Untersuchungen keine organische Erklärung hierfür finden können. Am Ende sind viele Betroffene ratlos und ihre Stimmung sinkt noch tiefer in den Keller.

Eine Depression kann sich in vielerlei Beschwerden äußern:

- **Körperliche Beschwerden**, z. B. Schlafstörungen, Appetit- oder Gewichtsverlust, Druck- und Engegefühl in der Herzgegend, Schmerzen im Kopf und Bauch, Magen- und Darmbeschwerden, Libidoverlust.
- **Motorische Beschwerden**, z. B. Agitation, Verlangsamung, Hemmungen, Inaktivität, Jammern und Klagen, erhöhte Ermüdbarkeit, Gehezttheit.
- **Emotionale Beschwerden**, z. B. Angst, Niedergeschlagenheit, Verzweiflung, Leeregefühl, Freudlosigkeit, Neigung zum Weinen, trübsinnige Stimmung.
- **Motivationale Beschwerden**, z. B. Interessenverlust, Antriebslosigkeit, Entschlussunfähigkeit, Gleichgültigkeit, Suizidgedanken, suizidales Verhalten.
- **Kognitive Symptome**, z. B. Gedächtnisschwäche, Konzentrationsmangel, Selbstvorwürfe, Schuldgefühle, Pessimismus, Grübeln, Sorgen um die eigene Gesundheit, die eigenen Fähigkeiten und die Zukunft.
- **Interaktive Beschwerden**, z. B. sozialer Rückzug, leise Stimme, geringer Blickkontakt, Einengung kommunikativer und sozialer Fertigkeiten.

Als Vorbereitung für die Indikationsgruppe benennen Sie bitte alle Beschwerden, unter denen Sie derzeit leiden:

Unterstreichen Sie nun bitte jene Beschwerden, die sie und ihr Therapeut als Teil ihrer Depression betrachten und durch die Indikationsgruppe bessern möchten.

(nach Lindenmeyer (Hrsg.) 2010)

GRUPPENREGELN und ABLAUF der Gruppe



GRUPPENREGELN:

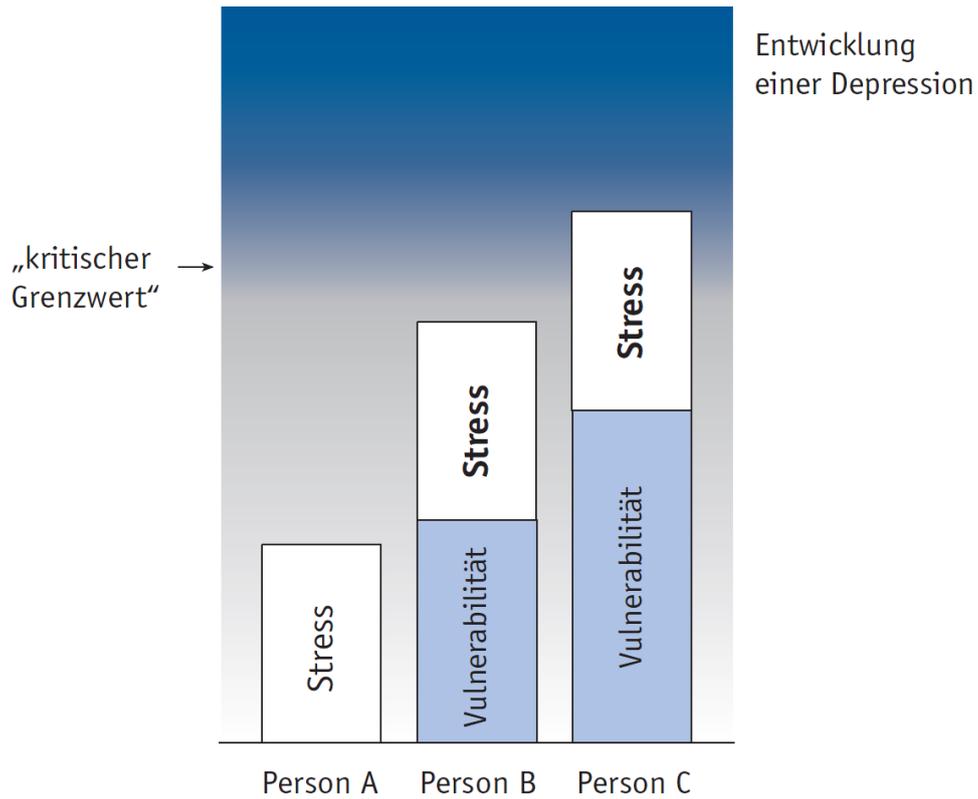
- **Vertraulichkeit** Alles was in der Gruppe besprochen wird, wird nicht mit anderen Patienten besprochen.
Die einzelnen Bezugstherapeuten bekommen ein kurzes Protokoll über den Verlauf der Stunde.
- **Verantwortung** Jeder Teilnehmer ist mitverantwortlich für den Verlauf der Gruppe, dabei ist es hilfreich, in der ICH-Form zu reden, andere direkt anzusprechen und nacheinander zu reden gegenüber jedem Teilnehmer und seinen Gedanken und Gefühlen
- **Respekt**

ABLAUF der Gruppe

- wöchentliche Treffen am: xx.xx um xx.xx Uhr im Gruppenraum

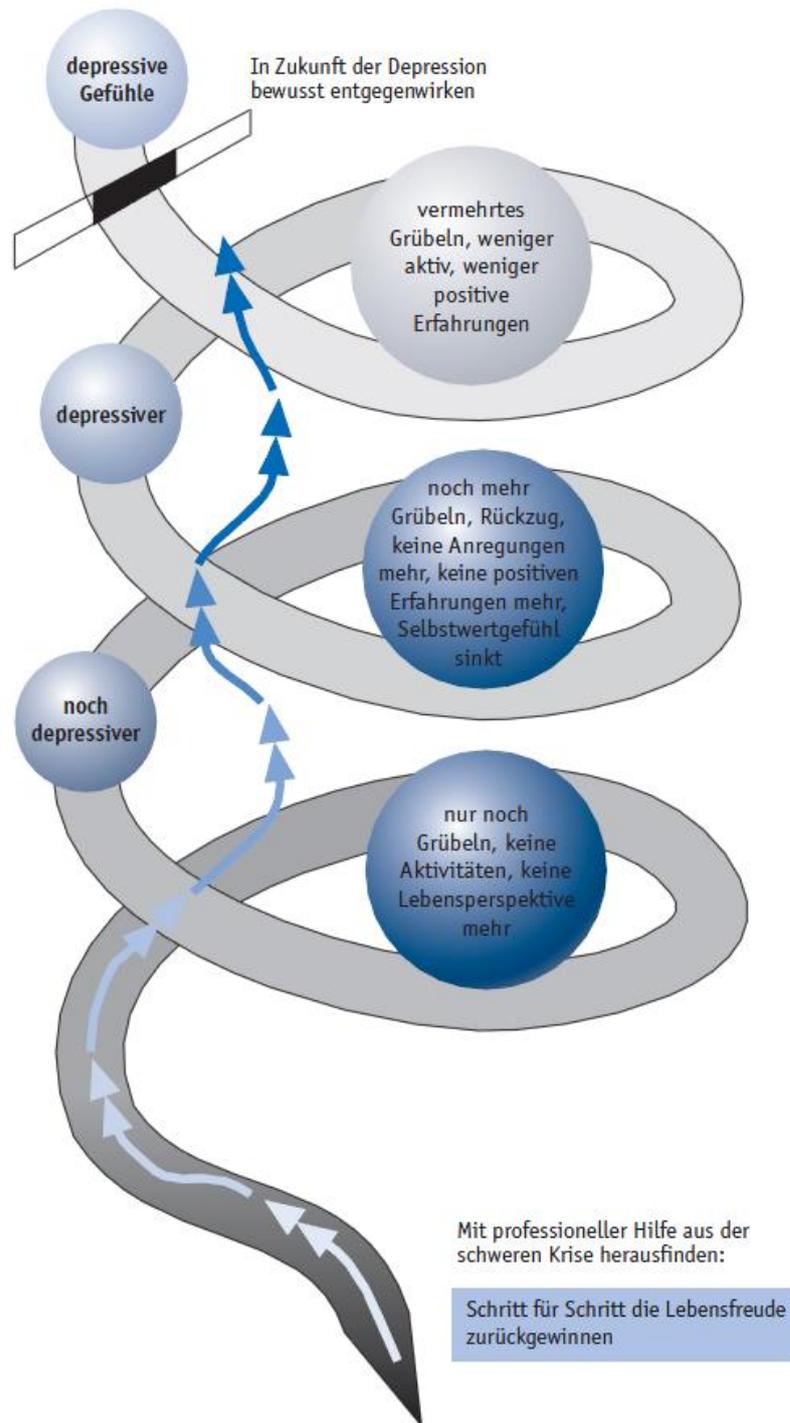
Vulnerabilitäts-Stress-Modell

Vulnerabilität = „Verwundbarkeit“ oder „Verletzbarkeit“



Aus: Pitschel-Walz/Bäuml/Kissling, Psychoedukation bei Depressionen, © 2003 Urban & Fischer Verlag München
 G. Pitschel-Walz, J. Bäuml & W. Kissling, 2002 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der TU München

DEPRESSIONSSPIRALE



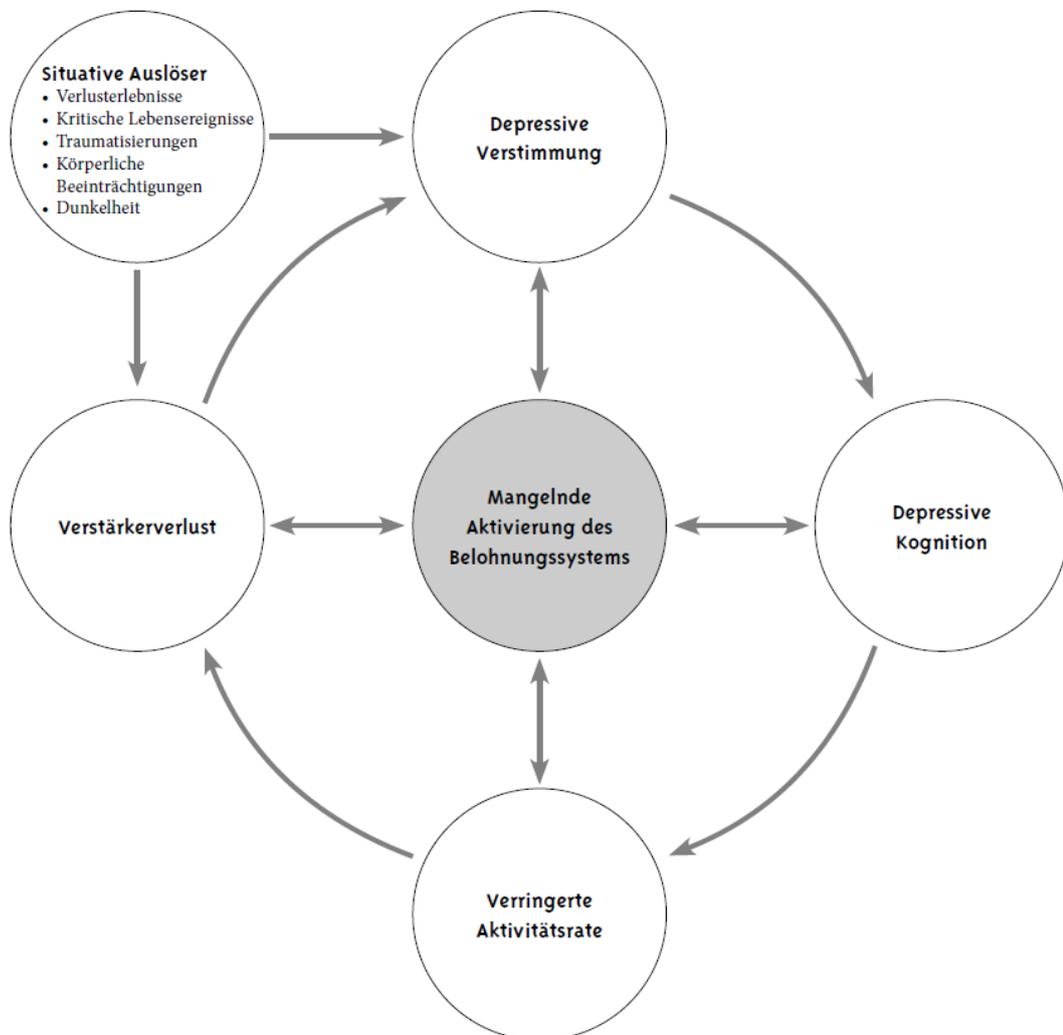
Aus: Pitschel-Walz/Bäuml/Kissling, Psychoedukation bei Depressionen, © 2003 Urban & Fischer Verlag München
G. Pitschel-Walz, J. Bäuml & W. Kissling, 2002 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der TU München

Die Entstehung einer Depression ist erklärbar

Mittlerweile weiß man eine Menge über die Entstehungsmöglichkeiten einer Depression. Im Zentrum aller Erklärungsansätze steht eine

mangelnde Aktivierung des menschlichen Belohnungssystems im Gehirn.

Folgende Faktoren können hierbei prinzipiell eine Rolle spielen und die Depression in Form eines Teufelkreises verfestigen.



Nach Lindenmeyer (Hrsg.) Therapie-Tools Offene Gruppen 1. Beltz, 2010

Positiver Kreislauf der Aktivierung

Die externen Auslöser einer Depression lassen sich in der Regel nicht verändern: Sie liegen entweder weit in der Vergangenheit oder ausserhalb des Einflussbereichs der Betroffenen. Eine Depression kann man daher nur dadurch überwinden, dass man den Teufelskreis der mangelnden Aktivierung des Belohnungszentrums durchbricht. Um das Belohnungssystem wieder anzukurbeln, geht man wie folgt vor:

(1) Aktivierung

Sie nehmen sich für jeden Tag eine Reihe von Aufgaben und Tätigkeiten vor und protokollieren deren Erledigung sowie die dabei erlebte Stimmung. Das mag am Anfang mühsam sein, aber dadurch können Sie Ihr Belohnungssystem am wirkungsvollsten aktivieren.

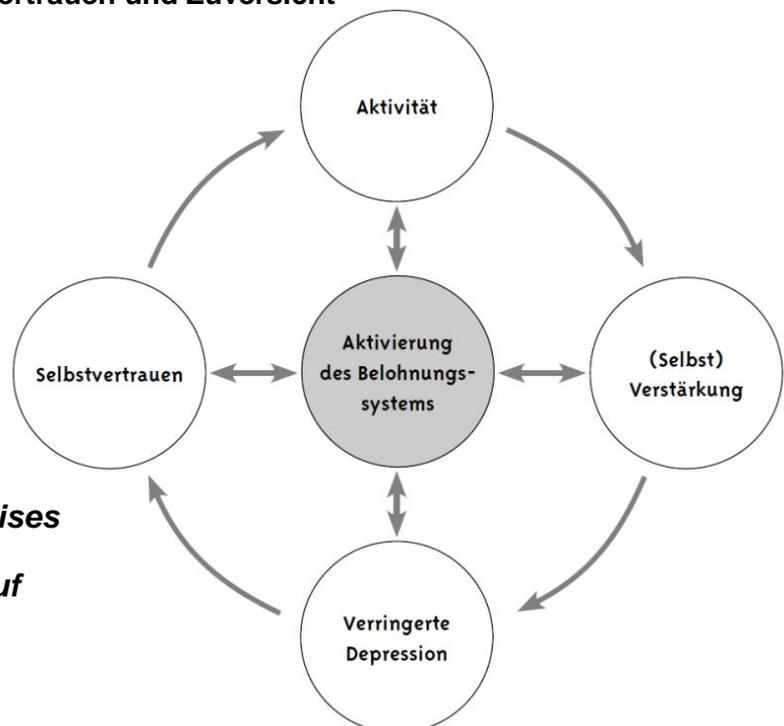
(2) Gegebenenfalls medikamentöse Unterstützung

Manchen Betroffenen ist eine Aktivierung nur bei medikamentöser Unterstützung möglich. Hierbei ist allerdings entscheidend, dass die Medikamente genau nach ärztlicher Verordnung eingenommen werden und dass sie zu einer Verhaltensaktivierung genutzt werden. Ohne Letztere sind auch Medikamente nutzlos.

(3) Gewinnen von Selbstvertrauen und Zuversicht

Es geht also darum,

*anstelle des
depressiven Teufelskreises
einen positiven Kreislauf
in Gang zu setzen.*



Nach Lindenmeyer (Hrsg.) Therapie-Tools Offene Gruppen 1. Beltz, 2010

Kernprinzipien der Verhaltensaktivierung (nach Martell et al. 2015)**Prinzip 1:**

Der Schlüssel zur Veränderung der Emotion ist die Veränderung des Verhaltens.

Prinzip 2:

Veränderungen im Leben können zu Depressionen führen. Kurzfristig wirksame Bewältigungsstrategien (Vermeidungsverhalten) können dazu führen, dass man in der Depression gefangen bleibt.

Prinzip 3:

Um herauszuarbeiten, welches Verhalten für einen bestimmten Patienten antidepressiv wirkt, ist es entscheidend, was wichtigen Verhaltensweisen vorausgeht und was auf sie folgt.

Prinzip 4:

Planen Sie Aktivitäten entlang einer zeitlichen Struktur und nicht nach Stimmung!

Prinzip 5:

Veränderung ist einfacher, wenn man klein anfängt.

Prinzip 6:

Aktivitäten betonen, die mit natürlichen Verstärkern verbunden sind!

Prinzip 7:

Die Rolle eines Trainers einnehmen!

Prinzip 8:

Einen empirischen Problemlöseansatz betonen und würdigen, dass alle Ergebnisse von Verhaltensexperimenten nützlich sind.

Prinzip 9:

Nicht nur reden, sondern machen!

Prinzip 10:

Hindernisse zur Aktivierung beheben.

Automatisierte Gedanken**1. Stroop-Aufgabe**

Lesen Sie zunächst Spalte 1

Danach benennen Sie jeweils die Farben in der Spalte 2

Abschließend benennen Sie die Textfarbe der Spalte 3

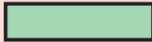
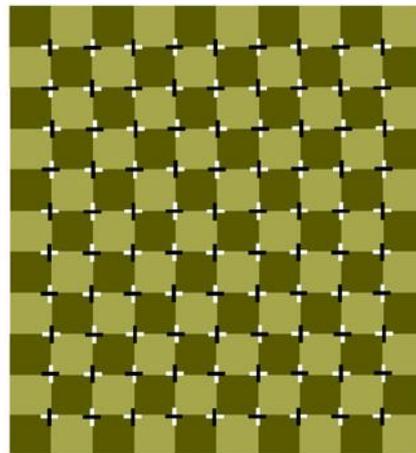
Spalte 1	Spalte 2	Spalte 3
Blau		Grün
Rot		Gelb
Grün		Blau
Rot		Rot
Blau		Grün

Tabelle aus Wittchen & Hoyer (2011) S. 126

2. Doppelbilder

Was sehen Sie auf den Bildern?



AB 10 a Indikationsgruppe DEPRESSION Beobachtungstagebuch – A-B-C-Schema

Erläuterung (zit. nach Wittchen&Hoyer 2011, S.508)

Tag	Situation	Automatischer Gedanke	Emotion	Rationaler Gedanke	Ergebnis
	Beschreiben Sie - das aktuelle Ereignis - den Gedanken oder die Erinnerung - oder eine Körperwahrnehmung, die das Gefühl ausgelöst hat	Beschreiben Sie den automatischen Gedanken, der dem Gefühl vorausging Bitte Schätzen sie die Richtigkeit dieses Gedankens auf einer Skala von 1-100 ein	Welches Gefühl haben Sie? Bitte schätzen Sie die Stärke auf einer Skala von 1-100 ein	Benennen Sie den rationalen Gedanken zu dem automatischen Gedanken auf Bitte Schätzen sie die Richtigkeit dieses Gedankens auf einer Skala von 1-100 ein	Bitte schätzen Sie nun nochmals die Richtigkeit des automatischen Gedanken auf einer Skala von 1-100 ein Spezifizieren Sie die resultierenden Emotionen und geben deren Stärke (1-100) an

BEISPIEL:

12.05.	Erinnerung an alte Zeiten, als ich noch Drogen genommen habe	„es gibt nichts zu tun“ (Skala 70)	Langeweile, Angst (Skala 95)	„Eigentlich gibt es viele Dinge, die ich tun könnte, z.B.“	Richtigkeit: 10% Langeweile 30% Angst 20%
--------	--	------------------------------------	------------------------------	---	---

Beispiele für Emotionen:

Interesse, Erwartung, Umsicht, Leid, Traurigkeit, Kummer, Widerwillen, Abneigung, Abscheu, Akzeptanz, Freude, Vertrauen, Bewunderung, Gelassenheit, Zorn, Wut, Groll, Überraschung, Erstaunen, Verstörtheit, Schamgefühl, Furcht, Angst, Besorgnis, Schrecken, Verachtung, Schuldgefühl, Langeweile, ...

AB 10 b Indikationsgruppe DEPRESSION Name: _____ Beobachtungstagebuch – A-B-C-Schema

Tag	Situation	Automatischer Gedanke	Emotion	Rationaler Gedanke	Ergebnis

Depressive Gedanken erkennen

Name: _____

Im Folgenden finden Sie eine Reihe von typischen Denkmustern bei depressiven Menschen. Tragen Sie bitte jeweils ein Beispiel von sich selbst ein:

Alles-oder-nichts-Denken.**Übertriebene Verallgemeinerung.**

Geistiger Filter. Ein einziges negatives detail wird für ein gesamtes Wirklichkeitsbild gehalten.

Abwehr des Positiven. Aus irgendeinem Grund zählen positive Erfahrungen nicht.

Voreilige Schlussfolgerungen.**Über- und Untertreibung.**

Emotionale Beweisführung. >>Ich fühle es, also muss es wahr sein.<<

Wunschaussagen. Man sollte, man muss oder es hätte sich gehört.

Etikettierungen. Ein Ereignis mit einer ungenauen und emotional aufgeladenen Sprache zu beschreiben.

Dinge persönlich nehmen.

10 Denkfehler nach Hautzinger

Alles-oder-nichts-Denken

übertriebene Verallgemeinerung

geistiger Filter

Abwehr des Positiven

voreilige Schlussfolgerungen

Über- und Untertreibung

emotionale Beweisführung

Wunschaussagen

Etikettierungen

Dinge persönlich nehmen



Negative Gedanken und hilfreiche Alternativen

Negative Gedanken	Hilfreiche Alternative
<p>Alles-oder-nichts Denken</p> <p>„Das wird nie mehr besser.“</p> <p>„Ich mache immer alles falsch!</p>	<p>„Es gibt immer eine Veränderung. Warum nicht auch zum Besseren?“</p> <p>„Ich habe schon einiges in meinem Leben gut gemacht.“</p>
<p>Übertriebene Verallgemeinerung</p> <p>„Das ging daneben. Ich bin und bleibe ein Tollpatsch.“</p> <p>„Dann ist der PC abgestürzt. Ich kann einfach nicht mit PC's umgehen.“</p>	<p>„Das ging diesmal daneben. Aus Schaden wird man klug. Das nächste Mal wird es schon wieder klappen.“</p> <p>„Der PC ist abgestürzt. Schon wieder! Ich ruf mal die Hotline an. Ich muss schließlich nicht alles können.“</p>
<p>Geistiger Filter</p> <p>„Als meine Tochter heute früh gemeint hat, ich sollte mich doch mal beeilen, war der Tag für mich schon wieder gelaufen.“</p> <p>„Diese Bemerkung ist mir noch den ganzen Abend durch den Kopf gegangen. Ich konnte das Essen gar nicht mehr genießen.“</p>	<p>„Da sag ich nur: Eile mit Weile. Jeder in seinem Tempo!“</p> <p>„Stopp, Grübeln hilft nichts. Das vermiest mir nur die Stimmung. Das Essen sieht doch lecker aus!“</p>
<p>Abwehr des Positiven</p> <p>„Das ist doch nichts Besonderes! Das kann doch jeder!“</p> <p>„Ja, aber früher ging mir alles viel schneller von der Hand!“</p>	<p>„Dieses Bild (dieser Brief,...) ist mir wirklich gut gelungen!“</p> <p>„Das ist mir schon wieder ganz gut geglückt. Allmählich werde ich auch mein altes Tempo wieder erreichen.“</p>
<p>Voreilige Schlussfolgerungen</p> <p>„Herr S. hat mich nicht begrüßt. Die mögen mich hier alle nicht.“</p> <p>„Ich spüre keine Wirkung des Medikaments. Mir können Medikamente einfach nicht helfen!“</p>	<p>„Herr S. hat mich nicht begrüßt. Vielleicht hat er einen schlechten Tag oder war in Gedanken versunken.“</p> <p>„Ich spüre keine Wirkung des Medikaments. Ich werde mal mit dem Arzt sprechen, ob es das richtige Medikament für mich ist, ob die Dosierung stimmt.“</p>
<p>Über- und Untertreibungen</p> <p>„Andere sind immer so gut drauf, nur ich bin so ein Miesepeter.“</p> <p>„Die Kuchen von Frau M. sind immer so perfekt, bei mir geht immer irgendwas schief.“</p>	<p>„Niemand ist vollkommen perfekt. Jeder hat Schwächen, aber auch Stärken!“</p>
<p>Emotionale Beweisführung</p> <p>„Ich fühle mich minderwertig, also bin ich auch minderwertig.“</p> <p>„Ich spüre keine Hoffnung in mir, da kann es auch keine Hoffnung für mich geben.“</p>	<p>„Ich besinne mich auf meine Stärken, die werden mir helfen, meine Selbstsicherheit wieder zu finden / selbstsicher zu werden.“</p> <p>„Also prüfe Hoffnung und Furcht, und sooft alles ungewiss ist, meine es gut mit dir: Glaube, was du lieber willst.“ Seneca</p>

Negative Gedanken und hilfreiche Alternativen

Negative Gedanken	Hilfreiche Alternative
<p>Wunschaussagen und unrealistische Ansprüche</p> <p>„Man muss mit allem alleine fertig werden.“</p> <p>„Der muss doch gemerkt haben, dass es mir schlecht geht!“</p>	<p>„Warum soll ich es mir schwerer machen als nötig? Ich hole mir die Hilfe, die ich brauche!“</p> <p>„Seine Reaktion war nicht sehr einfühlsam. Ich werde mit ihm darüber reden und ihm sagen, dass ich mich nicht gut gefühlt habe.“</p>
<p>Etikettierungen</p> <p>„Ich bin ein Idiot!“</p> <p>„Die ganze Welt ist ein Jammertal!“</p>	<p>„Es ist noch kein Gelehrter vom Himmel gefallen. Ich bin ein Mensch, der schon viel kann und noch viel dazulernen wird.“</p> <p>„Es gibt viele Probleme auf der Welt, aber auch sehr viele schöne Dinge. Ich will dazu beitragen, dass die schönen Dinge mehr Gewicht bekommen.“</p>
<p>Dinge persönlich nehmen</p> <p>„Ich vermiese den anderen nur die Stimmung. Ich bleibe besser daheim.“</p> <p>„Die schauen mich doch alle an und sehen, dass es mir nicht gut geht.“</p>	<p>„Ich halte mich an die Leute, die mich mögen und so akzeptieren, wie ich bin.“</p>
<p>Übertriebenes Verantwortungsgefühl</p> <p>„Ich hätte mich mehr um meine Mutter kümmern sollen. Jetzt ist es zu spät.“</p> <p>„Ich hätte nicht arbeiten gehen sollen, dann hätte mein Sohn den Quali geschafft.“</p>	<p>„Ich bin nicht für alles verantwortlich. Ich habe mein Bestes getan.“</p>
<p>Katastrophisieren</p> <p>„Ich werde sicher der Erste sein, der entlassen wird.“</p> <p>„Ich bin ein hoffnungsloser Fall!“</p>	<p>„Bisher war mein Chef doch zufrieden mit mir. Also ruhig Blut.“</p> <p>„Depressionen können sehr gut behandelt werden. Auch bei mir wird es wieder aufwärts gehen. Es gibt ein Licht am Ende des Tunnels.“</p>
<p>„Hoffentlich-ist-es-nichts Schlimmes“ - Stil</p> <p>„Hoffentlich stell ich mich nicht wieder so blöd an!“</p> <p>„Hoffentlich verlier' ich nicht wieder die Nerven und fang an zu heulen!“</p>	<p>„Das wird schon schief gehen! Und wenn, dann mache ich nächste Woche einen neuen Versuch. Übung macht den Meister!“</p>

Aus: Pitschel-Walz/Bäumli/Kisling, Psychoedukation bei Depressionen, © 2003 Urban & Fischer Verlag München
 G. Pitschel-Walz, J. Bäumli & W. Kisling, 2002 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der TU München

Methoden und Techniken gegen negative Gedanken

Grübelstopp

- Unterbrechen Sie den negativen Gedanken durch das laute aussprechen (oder die gedankliche Vorstellung davon) des Wortes „STOPP“
- Direkt im Anschluss schließen Sie die Augen und denken an etwas positives und/oder entspannendes

Gedankendistanzierung

- Stellen Sie sich ihren Gedankenstrom wie einen Verkehrsfluss vor. Da gibt es Gedanken die nicht weiter auffallen, also wie normale PKW's sind. Daneben gibt es aber auch LKW's die ihre Problemgedanken darstellen. Da sie den Verkehrsfluss nicht stoppen können, stellen Sie sich vor am Straßenrand zu stehen und die PKW's wie auch die LKW's vorbeifahren zu sehen. Unterstützen Sie diese Vorstellung mit dem Gedanken. „Aha, mal wieder ein LKW“. So können Sie sich vom Gedanken distanzieren.

Sorgenstunde

- Wenn immer wiederkehrende notwendige Gedanken oder Grübeln Sie beschäftigen, führt dies durch das dauernde darüber nachdenken oftmals zu keiner Lösung. Planen Sie daher im Tagesverlauf eine feste Zeit ein, in der Sie in einer ruhigen Situation sich vornehmen konkret und ausschließlich das Problem zu durchdenken. Wichtig ist hierfür maximal 30 Minuten Zeit einzuplanen. Auf keinen Fall länger. Versuchen Sie eine Lösung zu finden und ihr (Teil-)Ergebnis festzuhalten. Zu jeder anderen Tageszeit wenden Sie die Technik „Grübelstopp“ an.

Realitätsprüfung

- Überlegen Sie REALISTISCH die schlimmste mögliche Form ihrer negativen Gedanken, was wäre das Ergebnis? Die realistische Sicht ist in der Regel deutlich weniger schwierig oder schlimm als ihre erste Vermutungen. Realistische Gedanken können helfen ruhiger zu werden.

Zeitverschiebung

- Versuchen Sie sich gedanklich in eine zukünftige Situation zu versetzen, in der ihre Probleme weniger schlimm oder gar weg sind. Auch wenn die Erinnerung vielleicht noch schmerzlich ist, so ist doch über die Zeit der Schmerz weniger geworden. Richten Sie ihren Blick auf eine befriedigendere Zukunft.

7 GENUSSREGELN**Name:** _____

Auch Genuss will gelernt sein. Bitte schreiben Sie zu jeder der folgenden 7 Regeln ein eigenes Beispiel auf, welches diese Regel bestätigt.

1) Genuss braucht Zeit

2) Genuss muss erlaubt sein

3) Genuss geht nicht nebenbei

4) Weniger ist mehr

5) Aussuchen, was mir gut tut

6) Ohne Erfahrung kein Genuss

7) Genuss ist alltäglich

KRISENPLAN - Notfallkoffer Name: _____

Meine **Frühwarnzeichen** für eine nahende Depression sind:

Folgende **Aktivitäten** will ich dagegen setzen:

Folgende **Gedanken** will ich mir vergegenwärtigen:

Folgendes **Medikament** kann mir zusätzlich helfen:

Name des Medikaments, Dosis (mit dem behandelnden Arzt abgesprochen)

Folgende **Angehörige/Verwandte/Freunde** will ich informieren:

Name, Adresse, Telefon

Name, Adresse, Telefon

Von folgenden **Professionellen** will ich Hilfe in Anspruch nehmen:

Name, Adresse, Telefon (des behandelnden Arztes bzw. Therapeuten)

Name, Adresse, Telefon (des behandelnden Arztes bzw. Therapeuten)

Folgenden örtlichen ärztlichen **Notdienst** kann ich anrufen:

Telefon

Eine stationäre Aufnahme soll – wenn nötig – in folgender **Klinik** erfolgen:

Name, Adresse, Telefon (der Klinik bzw. des Aufnahmearztes)

Aus: Pitschel-Walz/Bäumli/Kissling, Psychoedukation bei Depressionen, © 2003 Urban & Fischer Verlag München
G. Pitschel-Walz, J. Bäumli & W. Kissling, 2002 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der TU München

Rückfallvorbeugung

Name: _____

Zur Vorbereitung auf das Ende der Indikationsgruppe machen Sie sich bitte möglichst konkrete Gedanken zu den folgenden Fragen und notieren diese:

1 – Was habe ich über meine Probleme während der Gruppe gelernt?

2 – Über welche Fähigkeiten und Fertigkeiten (Einstellungen, Verhaltensmöglichkeiten) verfüge ich jetzt (im Vergleich zu vorher), die mir bei der Bewältigung depressiver Stimmungen helfen können?

3 – Was macht mich nach wie vor verwundbar?

4 – Gibt es Anzeichen, die auf eine Verschlechterung meiner Stimmung hindeuten?

5 – Woran möchte ich weiter arbeiten und wie will ich das tun?

6 – Was kann ich tun, wenn ich einen erneuten Rückschlag habe?

Nach Lindenmeyer (Hrsg.) Therapie-Tools Offene Gruppen 1. Beltz, 2010

Was kann man selbst zur Vorbeugung einer Depression tun? (nach Pitschel-Walz 2003)

GOLDENE REGELN

- Angenehme Aktivitäten im Alltag planen
- In Bewegung bleiben
- Sich etwas Gutes tun
- Entspannungsverfahren erlernen und in den Alltag einbauen
- Sich fordern, aber nicht überfordern
- Auf die eigene Gefühle achten
- Freundschaften pflegen
- Positive Lebenseinstellung gewinnen
- Problemlösen statt Grübeln
- Auf Warnzeichen achten und rechtzeitig Hilfe in Anspruch nehmen
- Medikamente regelmäßig einnehmen
- Hoffnung bewahren

GENUSSREGELN

1. *Genuss braucht Zeit*

Ein emotionaler Zustand, insbesondere ein positiver, muss sich entwickeln können. Nehmen Sie sich Zeit zu genießen, und schaffen Sie im Alltag gezielt Freiräume dafür.

2. *Genuss muss erlaubt sein*

Oft haben wir genussfeindliche Einstellungen verinnerlicht wie zum Beispiel „Erst die Arbeit, dann das Vergnügen“. Man muss sich Genuss aber nicht verdienen. Erteilen Sie sich immer wieder die Erlaubnis, sich etwas Gutes tun zu dürfen.

3. *Genuss geht nicht nebenbei*

Wer genießen will, darf nicht gleichzeitig noch etwas anderes tun, das ihn ablenkt. Ein Glas Rotwein während man abwäscht und mit einer Freundin telefoniert, ist kein Genuss. Schaffen Sie sich eine schöne Situation und richten Sie Ihre Aufmerksamkeit allein auf diese.

4. *Weniger ist mehr*

Genießen bedeutet nicht: „Je mehr, desto besser.“ Grenzenloser Konsum von Dingen, die uns gefallen, schließt Genuss aus. Eine gewisse Askese hingegen ist genusssteigernd.

5. *Aussuchen, was einem gut tut*

Nicht immer wissen wir, was uns überhaupt gut tut. Testen Sie Ihre persönlichen Vorlieben. Je nach Stimmung können ganz unterschiedliche Genüsse Ihr Wohlbefinden steigern.

6. *Ohne Erfahrung, kein Genuss*

Um herauszufinden, was uns wann gut tut, müssen wir Erfahrungen sammeln. Das heißt: Stellen Sie sich neuen Erlebnissen und erschließen Sie sich neue „Genussbereiche“.

7. *Genuss ist alltäglich*

Genuss sollte nicht nur besonderen Situationen vorbehalten sein, z. B. dem Urlaub, Feiertagen oder nach einer besonderen Leistung. Kleine Genüsslichkeiten sind überall um uns herum zu finden und können ohne große Mühe und ohne finanziellen Aufwand in den Alltag integriert werden. Gestalten Sie Ihre Umgebung und Ihren Zeitplan so, dass jeden Tag ein kleiner Genuss möglich ist.

Anhang 3 Ablaufplan der Sitzungen

Indikationsgruppe DEPRESSION

AKTION	Material	Zeit
A – Begrüßung und Skalierung der Stimmung Vortrag „Einführung“ und „Gruppenregeln“ incl. Sammlung aus TN-Gruppe ob etwas fehlt	Flipchart Bild ☺ ----- ☹ AB 02	3’ 10’
B – Jeder TN trägt seine Punkte des AB 01 vor und Möglichkeit für Verständnisfragen	AB 01 (bereits ausgefüllt Mitbringen!)	15’
C – Vortrag zu allgemeinen Depressionseinstehung „Vulnerabilitäts-Stress-Modell“	AB 03	5’
Vortrag Depressionsspirale mit TN-Abfrage des eigenen Erlebens	AB 04	10’
Verständnisfragen		3’
Vortrag Überleitung zur Aktivierung als Ursache und	AB 05	5’
Darstellung des positiven Kreislaufs der Aktivierung	AB 06	5’
Verständnisfragen		5’
Vortrag zu Selbstbeobachtung, Selbstmanagement		5’
Umsetzungsebene: Einführung des Wochenplans AKTIVITÄTEN	AB 07	5’
Mit Erklärung von erfolgreichen und vernünftigen Aktivitäten		5’
D – Trainingsaufgabe besprechen, Führung des AB 07	AB 07	10’
Konkrete Planung von 3 Aktivitäten für jeden einzelnen TN		
E – Abschlussrunde; Jeder TN wird gefragt plus Abschlussskalierung	Flipchart Bild ☺ ----- ☹	5
Sitzung 1	Summe	91’

AKTION	Material	Zeit
A – Begrüßung und Skalierung der Stimmung	Flipchart Bild ☺ ----- ☹	3´
B – Abfrage jedes TN zu den Trainingsaufgaben	AB 07 (bereits ausgefüllt von TN)	10´
C – Vortrag zu den Kernprinzipien mit jeweiliger Bezugnahme aus den vorherigen Trainingsergebnissen	AB 08	20´
Abfrage jedes TN „welches Prinzip gelingt bereits gut?“ (auf AB notieren ☺)	Stifte	5´
Abfrage jedes TN „welches Prinzip ist am schwierigsten umzusetzen?“ (auf AB notieren ☹)		5´
Übung: jeder TN macht nach einander im Kreis den Stroop-Test (ein TN wird getestet, vorheriger TN prüft)	Stroop-Test einzeln Lösungsspalte	10´
Vortrag automatische Gedanken und Ergänzung durch Doppelbilder (einzelne TN)	Doppelbilder – Beispiele, AB 09	5´
Vortrag über A-B-C-Schema und automatische / rationale Gedanken		5´
Erläuterung des AB 10 a vortragen lassen incl. Beispiel	AB 10 a	10´
Verständnisfragen		5´
D – Trainingsaufgaben besprechen,	AB 07, 10 b	5´
E – Abschlussrunde; Jeder TN wird gefragt plus Abschlusskalierung	Flipchart Bild ☺ ----- ☹	5´
Sitzung 2	Summe	88´

AKTION	Material	Zeit
A – Begrüßung und Skalierung der Stimmung	Flipchart Bild ☺ ----- ☹	3´
B - Abfrage jedes TN zu den Trainingsaufgaben	AB 07, 10 b (bereits ausgefüllt von TN)	15´
C – Wissensabfrage durch ausfüllen des AB 11 durch TN	AB 11	5´
Besprechen der TN-Antworten	AB 12 zur Veranschaulichung	5´
Vortrag über kognitive Umstrukturierung von negativen Gedanken	AB 13 a + b	5´
Sammeln von alternativen Gedanken als Gruppenarbeit (zunächst nur negative Gedanken aus dem AB 13 vorstellen und Alternativen benennen lassen)		15´
Überleitung zu allgemeinen Techniken und Methoden die helfen können		
Brainstorming in der Gruppe mit Kartenabfrage und clustern, abschließend AB 14 vorstellen	AB 14	10´
D – Trainingsaufgaben besprechen	AB 07, 10 b	5´
E – Abschlussrunde; Jeder TN wird gefragt plus Abschlusskalierung	Flipchart Bild ☺ ----- ☹	5´
Sitzung 3	Summe	83´

AKTION	Material	Zeit
A – Begrüßung und Skalierung der Stimmung	Flipchart Bild ☺ ----- ☹	3´
B - Abfrage jedes TN zu den Trainingsaufgaben	AB 07, 10 b (bereits ausgefüllt von TN)	15´
C – Vortrag zu Indikationsgruppe „soziales Miteinander“ Mittels Rollenspiel 1 – 2 Situationen aus Trainingsergebnissen durchspielen Kartenabfrage zu weiteren „hilfreichen“ Gedanken (jeder TN mind. 3 Karten) Überleitung zu Genuss	Moderationskarten	5´ 15´ 10´
Bearbeitung des AB 15 in Einzelarbeit	AB 15	3´
Ergebnisse zusammentragen in Gruppenarbeit		5´
Vortrag über Genussregeln	AB 18	10´ 5´
D – Trainingsaufgaben besprechen	AB 07, 10 b	5´
Vertiefung durch Planung in der Sitzung von 3 genussvollen Aktivitäten für die Woche		5´
E – Abschlussrunde; Jeder TN wird gefragt plus Abschlussskalierung	Flipchart Bild ☺ ----- ☹	5´
Sitzung 4	Summe	86´

AKTION	Material	Zeit
A – Begrüßung und Skalierung der Stimmung	Flipchart Bild ☺ ----- ☹	3´
B - Abfrage jedes TN zu den Trainingsaufgaben incl. genussvoller Aktivitäten	AB 07, 10 b (bereits ausgefüllt von TN)	15´ 5´
C – Krisenplan, Erarbeitung in Einzelarbeit Vorstellung der Ergebnisse in der Gruppe Vortrag über Abschluss der Indikationsgruppe Modalauswertung durch Einzelarbeit AB 17 Vorstellung der Ergebnisse in der Gruppe und Ergänzungen aus der Gruppe	AB 16 AB 17	10´ 10´ 5´ 10´ 10´
D – Vortrag über Angebot der weiteren Unterstützung beim Training Weitere Unterstützung durch Vorstellung der „Goldenen Regeln“	AB 18	3´ 5´
E – Abschlussrunde; Jeder TN wird gefragt plus Abschlussskalierung	Flipchart Bild ☺ ----- ☹	10´
Sitzung 5	Summe	86´

A: Inhaltliche Fragen zum Indikationsmodul

- A-1 Wie schätzen sie die psychoedukativen Elemente in Hinblick auf die Verständlichkeit und Sinnhaftigkeit ein?
- A-2 Halten Sie die Trainingsaufgaben qualitativ und quantitativ für angemessen?
- A-3 Wie bewerten Sie den jeweiligen Zeitrahmen sowohl für jede einzelne Sitzung, wie auch insgesamt für das ganze Modul ein?
- A-4 Wie schätzen Sie die generelle Mitwirkungsbereitschaft und die Akzeptanz der Zielgruppe (junge drogenabhängige Menschen von 15 – 30 Jahren in stationärer Rehabilitation) ein?
- A-5 Haben Sie inhaltliche Veränderungsvorschläge zu den einzelnen Sitzungen?

B: Allgemeine Fragen zum Indikationsmodul

- B-1 Wie schätzen Sie aufgrund ihrer Erfahrung die Umsetzbarkeit des Indikationsmoduls im klinischen Alltag ein?
- B-2 Mit welchen Schwierigkeiten ist ihrer Meinung nach zu rechnen?
- B-3 Welchen Nutzen erkennen Sie für die Zielgruppe?

C: Abschließende Ergänzungen

- C-1 Welche Veränderungen, Ergänzungen oder Weglassungen würden Sie zur Optimierung des Indikationsmoduls vornehmen?
- C-2 Haben Sie weitere Vorschläge und Ergänzungen über Themen die vielleicht noch gar nicht zur Sprache kamen?

Expertenbefragung im Rahmen einer Masterthesis

Sehr geehrter Herr

Im Rahmen meines Masterstudiums zum Suchttherapeuten (M.Sc.) an der KatHO Köln entwickle ich ein Indikationsmodul für depressive Störungen in der stationären Suchtbehandlung von jungen Menschen.

Ziel ist es im vorgegebenen Rahmen der Fachklinik eine angemessene Unterstützung gerade in der Anfangsphase der Therapie bereitzustellen um so Behandlungswiderstände und Behandlungsabbrüche zu reduzieren und eine integrative Behandlung der vermuteten Komorbidität zu begünstigen.

Ich würde mich daher freuen, wenn Sie, als ausgewiesener Fachmann von Abhängigkeitserkrankung, Komorbidität, stationäre Behandlung, mein Forschungsvorhaben durch die Teilnahme an einer Expertenbefragung bereichern könnten.

In der Befragung geht es um Ihre fachliche Sicht und persönliche Bewertung des von mir entwickelten Indikationsmoduls in Hinblick auf Zweckmäßigkeit und fachlich vertretbarer psychotherapeutischer Unterstützung.

Auf Ihre Bereitschaft hoffend, werde ich mich in den nächsten Tagen telefonisch bei Ihnen melden.

Für Ihr Entgegenkommen im Voraus herzlichen Dank.

Mit freundlichen Grüßen

Peter Ackermann

Einverständniserklärung

Das vorliegende Manual wurde im Rahmen einer Masterthesis des postgradualen Masterstudiengangs Suchthilfe an der KathO NRW, Abteilung Köln, erarbeitet.

Es wird mit Hilfe eines leitfadenbasierten Experteninterviews evaluiert. Die Interviews werden auf Tonträger aufgezeichnet oder schriftlich dokumentiert, ausgewertet und nach Beendigung der Arbeit fünf Jahre lang aufbewahrt.

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

Ort und Datum:

Unterschrift:

A: Inhaltliche Fragen zum Indikationsmodul

A-1 *Wie schätzen sie die psychoedukativen Elemente in Hinblick auf die Verständlichkeit und Sinnhaftigkeit ein?*

KATEGORIE: Verständlichkeit und Sinnhaftigkeit der psychoedukativen Elemente

A-2 *Halten Sie die Trainingsaufgaben qualitativ und quantitativ für angemessen?*

KATEGORIE: Trainingsaufgaben qualitativ und quantitativ angemessen?

A-3 *Wie bewerten Sie den jeweiligen Zeitrahmen sowohl für jede einzelne Sitzung, wie auch insgesamt für das ganze Modul ein?*

KATEGORIE: Zeitliche Struktur und Rahmen

A-4 *Wie schätzen Sie die generelle Mitwirkungsbereitschaft und die Akzeptanz der Zielgruppe (junge drogenabhängige Menschen von 15 – 30 Jahren in stationärer Rehabilitation) ein?*

KATEGORIE: Mitwirkungsbereitschaft und Akzeptanz

A-5 *Haben Sie inhaltliche Veränderungsvorschläge zu den einzelnen Sitzungen?*

KATEGORIE: Inhaltliche Veränderungsvorschläge zu einzelnen Sitzungen

B: Allgemeine Fragen zum Indikationsmodul

B-1 *Wie schätzen Sie aufgrund ihrer Erfahrung die Umsetzbarkeit des Indikationsmoduls im klinischen Alltag ein?*

KATEGORIE: Umsetzbarkeit des Moduls im klinischen Alltag

B-2 Mit welchen Schwierigkeiten ist ihrer Meinung nach zu rechnen?

KATEGORIE: Schwierigkeiten bei der Umsetzung

B-3 Welchen Nutzen erkennen Sie für die Zielgruppe?

KATEGORIE: Nutzen für die Zielgruppe

C: Abschließende Ergänzungen

C-1 Welche Veränderungen, Ergänzungen oder Weglassungen würden Sie zur Optimierung des Indikationsmoduls vornehmen?

KATEGORIE: Optimierung des Moduls

C-2 Haben Sie weitere Vorschläge und Ergänzungen über Themen die vielleicht noch gar nicht zur Sprache kamen?

KATEGORIE: Ergänzende Hinweise

A: Inhaltliche Fragen zum Indikationsmodul**A-1 Wie schätzen sie die psychoedukativen Elemente in Hinblick auf die Verständlichkeit und Sinnhaftigkeit ein?**

- A:** gut durchdacht und wirken sinnhaft, generell ist Psychoedukation wichtig und gut.
- B:** Verständlichkeit durch Erklärungen gegeben;
- C:** knapp, verständlich und klar;
- D:** viele Fremdwörter; wo können Klienten eigene Erfahrungen erzählen und Fragen stellen;
- E:** gut strukturiert und viel Inhalt; Basic´s werden gut vermitteln;
- G:** Verständlichkeit ist anspruchsvoll, aber mit intensiver Unterstützung als adäquat; Sinnhaftigkeit ist gegeben

A-2 Halten Sie die Trainingsaufgaben qualitativ und quantitativ für angemessen?

- A:** Ja, jedoch ist auf Motivation und Compliance zu achten
- B:** Einzelaufgaben besser in der Gruppe erarbeiten;
- C:** qualitativ: angemessen; quantitativ: viel Thematik, Behandlungsbausteine auf das wesentliche fokussiert
- D:** qualitativ: diffus da Beispiele fehlen; quantitativ: zu viel
- E:** bei motivierten TN sicher, bei unmotivierten TN sehr fraglich; „Hausaufgabenhilfe“ ist wichtig;
- G:** qualitativ: angemessen; quantitativ: bei Sitzung 3 halte ich dies für bedenklich

A-3 *Wie bewerten Sie den jeweiligen Zeitrahmen sowohl für jede einzelne Sitzung, wie auch insgesamt für das ganze Modul ein?*

- A:** Sitzungen vormittags, eher 60 Minuten und 2 x pro Woche, maximal 5 Wochen lang, somit 10 Sitzungen
- B:** maximal 45 Minuten und 10 Sitzungen;
- C:** zeitlicher Rahmen knapp bemessen, besser mehr und kürzere Sitzungen
- D:** einzelne Sitzungen sind sehr voll gepackt; 86 Minuten sind zu lange; Pausen fehlen; Ausdehnung auf 6-7 Wochen wäre inhaltlich besser
- E:** Pausen einbauen; eher 2 x 45 Minuten bzw. 2 x 60 Minuten incl. Achtsamkeitsübung und 2 x pro Woche;
- G:** Zeitrahmen erscheint sinnvoll und machbar

A-4 *Wie schätzen Sie die generelle Mitwirkungsbereitschaft und die Akzeptanz der Zielgruppe (junge drogenabhängige Menschen von 15 – 30 Jahren in stationärer Rehabilitation) ein?*

- A:** Gefahr der Überforderung durch geforderter Eigenaktivität
- B:** geringe Frustrationstoleranz durch schnelle Ergebnisse entgegenwirken; Gefahr der geringen Erwartungshaltung
- C:** geht von Interesse der Patienten aus; zeitliche Verlagerung zum Ende der Therapie wäre förderlicher
- D:** Bereitschaft eher gering;
- E:** fraglich; Motivation zur Mitarbeit muss entwickelt werden; viel Inhalt fördert Störanfälligkeit durch passive und frustrierte TN; Heterogene Gruppe erschwert Umsetzbarkeit; Gefahr von Machtspielen zwischen TN und Therapeut; Klientel ist schwierig, daher Erwartungen reduzieren und über Praxisreflexion Modul anpassen;
- G:** Motivation muss unterstützt werden, was aber gut ins Modul integrierbar ist

A-5 *Haben Sie inhaltliche Veränderungsvorschläge zu den einzelnen Sitzungen?*

- A:** Stimmungsskalierung eher in der Sitzung und durch abwechselnde Methoden durchführen
- B:** Thematisierung der Medikation (Arten, Wirkweisen, Wirkspiegel etc.)
- C:** Formulierungen der AB insgesamt auf Ausschließlichkeit der Aussagen prüfen; einige Passagen sind irritierend
- D:** Viel Nachfragen nach eigenen Erfahrungen der Klienten zulassen; kleine Genusserlebnisse in der Gruppe einbauen; Pausen einplanen; 'Morgentief' als Symptom fehlt; Bedeutung von Training möglichst wenig erklären und Klienten selber drauf kommen lassen; AB 12 muß direkt mit AB 10a/b vorgestellt werden; aus der ersten Sitzung muß das Gefühl beim Klienten sein, daß das Modul gut für mich ist
- E:** Motivation zu Beginn der Stunde abfragen in Hinblick auf: aktiv, passiv, reine Anwesenheit und dies im Verlauf berücksichtigen; jede Sitzung mit einer Skalierung (offen/verdeckt) in Hinblick auf Teilnahmeaktivität der Gruppe sowie des einzelnen TN; Skalierung der Aktivität, der Stimmung sowie ob die Sitzung hilfreich war; wenn keine 2 Therapeuten möglich sind eine Form der Reflexion einbauen;
- G:** Nein, Gesamtkonzept höchst gelungen

B: *Allgemeine Fragen zum Indikationsmodul*

B-1 *Wie schätzen Sie aufgrund ihrer Erfahrung die Umsetzbarkeit des Indikationsmoduls im klinischen Alltag ein?*

- A:** genereller Umgang der Klinik mit Indikationsgruppen, Eingangsindikation und Verweigerung der Teilnahme ist zu klären; Die Einstiegsphase ist besonders zu beachten; Modul ist klar einsetzbar; klare Strukturierung hilft zur Orientierung der Patienten;
- B:** gut machbar; Einzelaufgaben reduzieren bzw. vermeiden
- C:** Pat könnten interessiert sein und mitarbeiten wollen; Problemfeld euthyme Hausaufgaben innerhalb des Schutzraums zu machen;

- D:** schwierig, da Motivation aufgebaut werden muss
- E:** schwierig, da passive Patienten und Motivation aufgebaut werden muss; Zwangskontext; Praxisreflexion ermöglicht eine Anpassung und Weiterentwicklung;
- G:** Umsetzung ist aufwendig aber machbar und sinnhaft, bedingt jedoch gute Organisation und konsequente Durchführung der Therapeuten

B-2 *Mit welchen Schwierigkeiten ist ihrer Meinung nach zu rechnen?*

- A:** Überforderung durch mangelnde Kompetenzen (Selbstaktivierung, Selbstreflexion); fehlende Motivation; fehlende Compliance; Verweigerung der Teilnahme
- B:** Reduktion der Teilnehmeranzahl durch Gruppen- bzw. Therapieabbrüche
- C:** Diagnostische Problematik bei der Abgrenzung Depression und anderer depressionsähnlicher Symptome;
- D:** Gruppe als zusätzliche Pflicht; für Depressive ist jede Anforderung schwer; wird das Gefühl von Selbstwirksamkeit ausreichend vermittelt?
- E:** Hoch depressive Patienten werden das Modul nicht schaffen; Compliance ist fraglich; Aufteilung der Teilnehmer in stark aktive und stark passive vorstellbar; Heterogene Gruppe; Anpassungsleistung bis hin zur reinen Anwesenheit;
- G:** verschiedenste Widerstände des Klientels; (Lösung: Sinnhaftigkeit der einzelnen Komponenten immer wieder betonen)

B-3 *Welchen Nutzen erkennen Sie für die Zielgruppe?*

- A:** genereller Nutzen ist gegeben; Aktivierung ist gut
- B:** Indikationsgruppe kann von Vorteil sein, muß aber nicht
- C:** positive Effekte auf das Selbstwirksamkeitsempfinden; positive Therapieeffekte durch eigene Arbeit (Hausaufgaben);
- D:** Psychoedukation mit den Bereichen: Verstehen entwickeln, eine Einschätzbarkeit und eigene Kompetenz aufbauen können, sowie einen Notfallkoffer

entwickeln können

E: Hilfreicher Ansatz; großer Nutzen erkennbar; Verhaltensmodifikation wird ermöglicht

G: Anwendbare und umsetzbare, theoretisch fundierte und umfassende Bewältigungsstrategien im Bereich von depressiven Störungen werden erlernt

C: Abschließende Ergänzungen

C-1 Welche Veränderungen, Ergänzungen oder Weglassungen würden Sie zur Optimierung des Indikationsmoduls vornehmen?

A: zeitlicher Rahmen ändern; Nachbesprechung 3 Wochen nach Beendigung, ggf. in Verbindung mit Genusserleben

B: 10 Sitzungen je 45 Minuten; Genuss eher praktisch und in der Gruppe erarbeiten;

C: Modellcharakter der Erklärungen betonen; alternative Erklärungsmodelle andeuten bzw. benennen; These der ausschließlich zu geringen Aktivierung bei Depression ist wissenschaftlich nicht haltbar; Handlungsansätze der 3.Welle der VT mit einbinden; auch ein späterer Zeitpunkt im Behandlungsverlauf ist hilfreich (Differenzialdiagnostik)

D: Raum für Rückgriff auf Erfahrungen der Klienten geben; weniger Text; weniger Fremdwörter

E: Attraktivität steigern, z.B. durch Belohnungssystem; kontinuierliche Motivationsabfrage mit Unterstützung durch Bezugstherapeuten zwischen jeder Sitzung;

G: Konzept ist überzeugend, evtl. eine Sitzung ausweiten

C-2 Haben Sie weitere Vorschläge und Ergänzungen über Themen die vielleicht noch gar nicht zur Sprache kamen?

A: Mitarbeiterverhalten in der Umsetzung ist von hoher Bedeutung für die erfolgreiche Umsetzung; 'Label' Depression im Titel kann hilfreich für

Teilnahmemotivation sein; Depression und Sucht als Thema könnte hilfreich sein

B: praktische Erarbeitung in der Gruppe am Beispiel Genuss

C: Insgesamt ist das Konzept in sich geschlossen, stimmig und gelungen; persönliche Skepsis bezüglich ausschließlich kognitiv-behaviorale ausgerichteter Behandlungskonzepte

D: Ziel veranschaulichen: „Sie können etwas tun“; Gruppenteilnahme darf nicht das Gefühl vermitteln, man sei passiv

E: persönliche Vorliebe für offene Gruppen und modularer Vorgehensweise; Aus meiner systemischen Sicht kann es hilfreich sein die Kaskade Problemopfer, Problemtäter und Lösungsoffer, Lösungstäter zu thematisieren

G: zentrale Themen wurden benannt, und der Umfang der Themen ist ausgereizt