

Manual für Patienten mit Substanzkonsumstörungen nach belastenden Lebenserfahrungen

**Diagnostisch-therapeutisches Programmodul
für Patienten mit Störungen durch Konsum psychotroper Substanzen
und komorbiden psychischen Störungen
nach belastenden und potentiell traumatisierenden Lebenserfahrungen**

PRO-SU-TRA

Manual

Oktober 2018

Michael Müller-Mohnssen

**Waltraud Heiserer-Trautmann, Renate Guthardt, Bernhard Widmann,
Thomas Fritschi**

**Tagesklinik Sucht Weissenau
Im Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg**

88214 Ravensburg

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	3
2. Suchtverhalten und traumatisierende Lebenserfahrungen	4
3. Die Tagesklinik Sucht Weissenau	5
4. Das Behandlungsprogramm: Entwicklung und Ergebnisse	6
5. Übersicht über das Behandlungsprogramm	8
6. Diagnostik	10
7. Durchführung	12
7.0. Patienteninformation und Aufklärung	12
7.1. Modul 1	15
7.2. Modul 2	18
7.3. Modul 3	24
7.4. Modul 4	26
7.5. Ergänzende therapeutische Angebote	30
8. Fazit	31
9. Anhang	32
1. Handout Modul 1	32
2. Handout Modul 2	33
3. Handout Modul 3	36
4. Handout Modul 4	37
5. Evaluationsbogen Gesamtprogramm	40
10. Literatur	41
11. Diagnostische Instrumente	41
12. Beteiligte Mitarbeiter	41

1. Einleitung

Das „**Diagnostisch-therapeutische Programm für Patienten mit Substanzkonsumstörungen nach belastenden Lebenserfahrungen**“ wurde in den letzten 10 Jahren in der Tagesklinik Sucht an der Abteilung für Suchterkrankungen der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Weissenau entwickelt. Die Klinik ist gleichzeitig Abteilung Psychiatrie I der Universität Ulm und Teil des Zentrums für Psychiatrie Südwürttemberg.

Unser Programm wurde aus zunächst noch wenig systematisierten Anfängen fortwährend weiterentwickelt und in einem Projektzeitraum über 5 Gruppendurchgänge in der Zeit von Dezember 2016 (Einschluss der ersten Gruppe) bis März 2018 (letzter Katamnese-Zeitpunkt) evaluiert. Im Projektzeitraum nahmen jeweils alle zur Durchführungszeit in der Tagesklinik behandelten Patienten unabhängig vom Ausmaß ihrer biografischen Vorbelastung am Behandlungsprogramm teil. Die Patienten wurden nach jeder Gruppensitzung während der Moduldurchführung, am Ende des Gesamtmoduls und in einem postalisch zugesandten Katamnese-Fragebogen 6 Monate nach Behandlungsende befragt. Ebenso wurden Erfahrungen und Rückmeldungen aller an der Durchführung beteiligten therapeutischen Mitarbeiter einbezogen.

Aufgrund unserer Erfahrungen bei der Durchführung und Rückmeldungen der Patienten haben wir das Behandlungsprogramm im Jahr 2018 noch weiterentwickelt und die Entwicklungen auf mehreren Kongressen vorgestellt. Das hier vorgestellte Manual entspricht dem Entwicklungsstand im Oktober 2018.

Dieses Behandlungsprogramm dient

- Der Aufdeckung möglicher traumatisierender oder belastender Lebenserfahrungen, ihrer psychischen Folgesymptomatik und ihrer diagnostischen Einordnung
- Der Entwicklung eines Verständnisses bei unseren Patienten über Zusammenhänge zwischen belastenden oder traumatisierenden Lebenserfahrungen und der Entwicklung ihrer psychischen Folgesymptome und ihres Suchtverhaltens
- Der Erarbeitung von Möglichkeiten der psychischen Stabilisierung unter Abstinenzbedingungen
- Der Weichenstellung und ggf. Vermittlung in eine dem individuellen Störungsbild angemessenen Weiterbehandlung (suchtspezifische Rehabilitation, psychotherapeutische und/oder psychiatrische Weiterbehandlung)

Das hier vorgestellte Behandlungsprogramm kann für alle Patienten der Tagesklinik unabhängig vom Ausmaß ihrer psychischen Vorbelastung durch belastende oder traumatisierende Lebenserfahrungen angeboten werden. Es stellt aber kein für eine Behandlung posttraumatischer Störungen ausreichendes Behandlungsprogramm dar.

Es wurde von den Patienten als überwiegend hilfreich bis sehr hilfreich bewertet, die Belastung dabei als bewältigbar („etwas belastend“). Bei der Durchführung des Behandlungsprogramms wurden keine gravierenden Komplikationen (vermehrte Behandlungsabbrüche, suizidale Krisen) registriert.

Weitere Daten zum Projekt und Projektergebnisse sind in unserem **Projektbericht** dokumentiert.

2. Suchtverhalten und traumatisierende Lebenserfahrungen

Ein Drittel der in Deutschland aufwachsenden Kinder sind von früher emotionaler Vernachlässigung oder emotionalem Missbrauch, von körperlicher Vernachlässigung oder körperlicher Gewalterfahrung oder von sexuellem Missbrauch betroffen. Dieses Ergebnis wird in einer repräsentativen deutschen Studie berichtet (Iffland B et al., 2013). Internationale Studien belegen den Zusammenhang von traumatisierenden Lebenserfahrungen in Kindheit und Jugend und frühem, exzessivem und problematischem Konsum von Suchtmitteln im Jugendalter. Auch im Erwachsenenalter zeigt sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen früher Traumatisierung und substanzbezogenen Störungen: Erwachsene mit Traumatisierungserfahrungen weisen ein stark erhöhtes Risiko für substanzbezogene Störungen auf, Erwachsene mit substanzbezogenen Störungen berichten signifikant häufiger über Traumatisierungserfahrungen (Wieland N, Klein M, 2018). Der Anteil früh traumatisierter Patienten unter behandelten Suchtpatienten liegt je nach Stichprobe und untersuchter Traumatisierungsform zwischen 30% und 90% (Schäfer I et al., 2015).

Patienten mit substanzbezogenen Störungen und Traumatisierungserfahrungen weisen häufig komplexe komorbide psychische Störungen auf. Bei den frühen Traumatisierungserfahrungen in Kindheit und Jugend handelt es sich häufiger um anhaltende Belastungen über einen längeren Zeitraum in der Regel im Kontext der Familie oder im sozialen Nahfeld (Heime, Nachbarschaft, Bekanntenkreis). Häufig sind die Eltern in diesen Familien ebenfalls belastet durch Suchterkrankungen oder andere psychische Störungen. Im Sinne der Einteilung der Traumata nach Maercker (Maercker A, 1997, 2003) handelt es dabei um Typ-II – Traumatisierungen. Die psychischen Folgestörungen weisen ein breites Spektrum an Störungen auf: neben den substanzbezogenen Störungen und den posttraumatischen Belastungsstörungen entwickeln sich häufig affektive Störungen, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen, Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und andere Störungen, die mit Störungen der Impulskontrolle und der Emotionsregulation verbunden sind (Wieland N, Klein M, 2018). Erhöht ist bei diesen Patienten auch das Risiko für suizidales Verhalten und die Entwicklung von Anpassungsstörungen in aktuellen Belastungssituationen. Für die Komorbidität bei Patienten mit alkoholbezogenen Störungen in Behandlung werden in europäischen Studien Punktprävalenzen von 15% bis 25% für komorbide posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) berichtet (Driessen M et al., 2008).

Zwischen dem Vorliegen einer komorbiden PTBS und wichtigen Outcome-Parametern einer substanzbezogenen Behandlung (weiterer Substanzkonsum, Lebensqualität) konnte in klinischen Studien ein Zusammenhang dargestellt werden (Evren C et al., 2011). Ebenso konnte gezeigt werden, dass die Behandlung einer PTBS die Prognose einer komorbiden Alkoholabhängigkeit verbessert (Back SE et al., 2006). Nach der S3 – Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ (Mann K, Hoch E, Batra A, 2016) sollte daher für Patienten mit alkoholbezogenen Störungen und komorbider PTBS „eine integrierte psychotherapeutische Behandlung angeboten werden, die sowohl PTBS- als auch alkoholbezogene Interventionen beinhaltet“. Evidenz besteht für die Wirksamkeit der Behandlung von Patienten, die diese Komorbidität aufweisen, mit PTBS-spezifischen Ansätzen der Kognitiven Verhaltenstherapie zur Reduktion von PTBS-Symptomen.

3. Die Tagesklinik Sucht Weissenau

Die Tagesklinik Sucht Weissenau wurde 2008 eröffnet. Im Jahr 2017 wurden dort 175 Patienten mit einer mittleren Anzahl von 14,8 Behandlungstagen (5-Tage-Woche) innerhalb von ca. 3 Wochen behandelt. 56,9% der Patienten kamen aus einer ambulanten Behandlungssituation (Institutsambulanz, Suchtberatungsstelle, niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten) zur Aufnahme in die Tagesklinik, 43.1% aus der vollstationären qualifizierten Entzugsbehandlung der Weissenauer Suchtabteilung.

Aufgabe der akutpsychiatrischen Tagesklinik Sucht ist die Behandlung von Patienten mit substanzbezogenen und verwandten Störungen, soweit diese in einem tagesklinischen Behandlungssetting behandelt werden können (Indikation für tagesklinische Behandlung). Dazu gehört auch die Diagnostik und ggf. integrative Mitbehandlung komorbider psychischer Störungen gemäß der jeweiligen S3 – Behandlungsleitlinie. Weitere Behandlungsaufgabe ist die Weichenstellung und ggf. Vermittlung in eine dem jeweiligen Störungsbild angemessene psychiatrische, psychotherapeutische oder suchtspezifisch rehabilitative Weiterbehandlung.

Behandelt werden Patienten mit substanzbezogenen Störungen (in der Regel mit alkoholbezogenen Störungen, aber auch mit cannabisbezogenen Störungen incl. Konsumstörungen hinsichtlich Partydrogen, Amphetaminen, synthetischen Cannabinoiden oder Amphetaminen/Methamphetaminen) oder mit einer verwandten Störung wie pathologisches Glücksspiel, pathologisches Onlineverhalten („Internetsucht“) oder Kaufsucht. Die Mehrzahl der Patienten leidet zusätzlich unter komorbiden psychischen Störungen. Für die Behandlung stehen (ggf. incl. Vorbehandlung in unserer Entzugsstation) in der Regel 28 Tage für Patienten ohne psychische Komorbidität oder bis zu 60 Behandlungstage für Patienten mit psychischer Komorbidität zur Verfügung.

Es wird eine multimodale Behandlung durch ein multiprofessionales Behandlungsteam angeboten:

- Tägliche Morgenrunden (45min - 60 min) und Abschlussrunden (30 min)
- Themenzentrierte Gruppen (2mal wöchentlich je 90 min)
- mind. 1 therapeutisches Einzelgespräch pro Woche (25 min oder 50 min)
- Ergotherapie und Gestaltungstherapie
- Bewegungstherapie
- Erlebnispädagogik
- Entspannungstherapie und Achtsamkeitsübungen
- Raucherberatung
- Selbstarbeit und selbstorganisierte Freizeit

Das Behandlungsteam besteht aus einem/r Psychologen/-in bzw. einem/r Psychologischen Psychotherapeuten/-in, Stationsärztin, Sozialpädagogin/Suchttherapeutin, 3 Krankenschwestern/Fachschwestern Psychiatrie, Ergotherapeut (anteilig), Bewegungstherapeut (anteilig) und einem Oberarzt als fachärztlicher Supervisor.

Das Therapieprogramm der Tagesklinik basiert auf Methoden und Interventionen der Kognitiven Verhaltenstherapie, ergänzt um Interventionen aus der systemischen Psychotherapie. Das gesamte Team wurde zusätzlich fortgebildet in Grundlagen der Schematherapie. Einzelne

Mitarbeiter des therapeutischen Teams sind fortgebildet in Methoden der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT), Motivational Interviewing, Entspannungsverfahren, Erlebnispädagogik und Gestaltungstherapie.

4. Das Behandlungsprogramm: Entwicklung und Ergebnisse

Patienten brachten in den letzten Jahren häufig traumatisierende Lebenserfahrungen (z.B. aus den Bürgerkriegssituationen des zerfallenden Jugoslawien, Bundeswehr-Einsätzen in Afghanistan, Erfahrungen während der Flucht aus Nahost, aber auch aus ihrer Kindheit und Jugend in Deutschland) in die Therapie ein. Schon zuvor hatte in Psychotherapie und Psychiatrie das Fachinteresse an Traumatisierungen und ihren Folgestörungen deutlich zugenommen.

Besonders wichtig für die Entwicklung des Behandlungsprogramms war das Erscheinen des Buches „Seeking Safety“ von Lisa M. Navajits (2002) in der deutschen Übersetzung von Ingo Schäfer et al. „Posttraumatische Belastungsstörung und Substanzmissbrauch – Das Therapieprogramm „Sicherheit finden““ (2009). Techniken und Übungen zur psychischen Stabilisierung und Vermittlung von entsprechenden Fertigkeiten (Skills) waren in der Tagesklinik bereits aus der Arbeit mit Borderline – Patienten auf der Grundlage der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) nach Marsha Linehan bekannt. In regionaler Nachbarschaft in Konstanz und im Zentrum für Psychiatrie Reichenau wurde gleichzeitig von Peter Semrau und Michael Odenwald ein psychoedukatives Programm (TARGET) für traumatisierte Patienten einer Suchtaufnahmestation entwickelt. Dieses zweiwöchige Programm war die zunächst auch bei uns eingesetzte Grundlage für die Entwicklung eines eigenen Behandlungsmoduls, das auf die Möglichkeiten unserer Tagesklinik Sucht und die Bedürfnisse unserer Patienten zugeschnitten war.

Die Belastung der Klientel in der psychiatrischen Tagesklinik Sucht mit belastenden und potenziell traumatisierenden Lebenserfahrungen erwies sich in unserer Projekterhebung als hoch. Etwa die Hälfte unserer Patienten berichtete über moderat bis sehr stark belastende frühe Lebenserfahrungen in mindestens einem Belastungsbereich. Belastende Lebensereignisse wurden auch aus dem Erwachsenenalter von fast allen Patienten berichtet.

Bei den hier behandelten Patienten lag eine schwere, bei einem Teil der Patienten auch multiple Suchtproblematik vor. Zusätzlich wiesen fast alle Patienten eine behandlungsbedürftige komorbide psychische Störung auf, am häufigsten Neurotische und Belastungsstörungen (ICD-10: F4) und Affektive Störungen (ICD-10: F3). Bei der Gruppe der stärker durch potenziell traumatisierende Lebenserfahrungen belasteten Patienten wurde zwar nur bei wenigen Patienten das Vollbild einer Posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10: F43.1), besonders häufig aber eine spezifische (F60) oder kombinierte (F61) Persönlichkeitsstörung diagnostiziert.

Fast alle unsere Patienten waren bei Behandlungsende bereit zu einer Form der Weiterbehandlung: am häufigsten waren ambulante Weiterbehandlungen in unserer Institutsambulanz oder Weiterbetreuung durch die Suchtberatungsstelle, Beantragung einer medizinischen Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung) oder Direktverlegung dorthin, sowie der Anschluss an eine Selbsthilfegruppe.

Die Gruppe der stärker belasteten Patienten konnte deutlich seltener in eine medizinische Rehabilitation vermittelt werden und wurde dagegen häufiger mit Psychopharmaka behandelt. Patienten dieser Gruppe bedürfen u. E. einer besonderen Beachtung bei einer dem individuellen Störungsbild angemessenen therapeutischen Weiterbehandlung. Besonders die Weitervermittlung in eine indizierte ambulante oder stationäre psychotherapeutische Weiterbehandlung blieb schwierig wegen langer Wartezeiten, hohen Eingangsvoraussetzungen oder Schwierigkeiten bei der Kostenübernahme.

Bei der Durchführung des Behandlungsmoduls wurden keine gravierenden Komplikationen beobachtet. Weder kam es zu vermehrten Behandlungsabbrüchen noch zu schweren suizidalen Krisen. Stärker belastete Patienten wiesen aber eine höhere Rate an Suchtmittelrückfällen während der Behandlung auf.

Im Ergebnis der Evaluation erwies sich das Behandlungsprogramm als durchführbar: von den Patienten wurde es unabhängig vom Ausmaß ihrer psychischen Belastung oder Traumatisierung in der Vorgeschichte im Mittel als hilfreich bis sehr hilfreich bewertet, die subjektive Belastung der Patienten wurde als mittelschwer („etwas belastet“) erlebt. Die positive Bewertung blieb auch in der 6-Monats-Katamnese nahezu unverändert erhalten.

Für viele Patienten wurde erstmals der Zusammenhang zwischen ihren Lebenserfahrungen, ihren psychischen Problemen und ihrem Suchtverhalten deutlich, was von den meisten Patienten als entlastend und Orientierung gebend wahrgenommen wurde. Die gemeinsame Beschäftigung mit problematischen Lebenserfahrungen führte unserer Beobachtung nach zu einer sehr respektvoll-unterstützenden Interaktion innerhalb der Patientengruppe.

Aus Therapeutensicht führte die vertiefte Traumadiagnostik zu einer besseren Qualität der Komorbiditätsdiagnostik, die Beschäftigung mit individuell wichtigen Lebensereignissen zu einem verbesserten therapeutischen Zugang zum Patienten und zu einer vertieften Therapeut-Patient-Beziehung. Behandlungs- und Weiterbehandlungsplanung konnten besser individuell auf den Patienten abgestimmt werden. Für die Mitarbeiter bedeutete die Durchführung des Programms aber auch eine erhöhte Arbeitsbelastung durch den erhöhten diagnostischen Aufwand, intensivere Beschäftigung besonders mit den stärker belasteten Patienten und Abstimmungs- und Supervisionsaufwand im Mitarbeiterteam.

5. Übersicht über das Behandlungsprogramm

Das Behandlungsprogramm wird 5 – 6mal jährlich (also ca. alle 2 Monate) als zweiwöchiges Programm für alle im Durchführungszeitraum in der Tagesklinik in Behandlung befindlichen Patienten durchgeführt. Die Patienten werden bei Aufnahme aufgeklärt über die Durchführung des Behandlungsprogramms und erklären sich zur freiwilligen Teilnahme bereit. Patienten, die an diesem Programm nicht teilnehmen möchten, werden auf einen Anschlusstermin zur Aufnahme verwiesen.

Da die Durchführung Zeit- und Personalressourcen bindet, kann es im Rahmen unserer Tagesklinik nicht durchgängig angeboten werden; das würde auch die Ressourcen für die Auseinandersetzung mit anderen Themen, die wir in unserem durchgängigen Regel-Behandlungsprogramm anbieten, reduzieren. Einige im Behandlungsprogramm angebotene Themen (z.B. Grundbedürfnisse und Schematherapie, Emotionsregulation) werden aber auch außerhalb der eigentlichen Durchführungszeit in der Einzeltherapie und in den themenzentrierten Gruppen fortgeführt.

Die Durchführung beginnt mit der Jahresplanung der Zeiträume, in denen das Programm angeboten werden soll. Da alle therapeutisch am Patienten arbeitenden Mitarbeiter in die Programmdurchführung eingebunden sind, sollten in der Durchführungszeit möglichst alle Mitarbeiter anwesend sein, d.h., in den Haupturlaubs- und Feiertagszeiten wird das Programm nicht angeboten.

Vorbereitung: Neben den 2 Wochen der Durchführungszeit wird die Durchführung in der Vorwoche vorbereitet:

- Vorbereitung der Diagnostik und Aufgabenverteilung im Mitarbeiterteam
- Anlegen einer Tabelle der im Durchführungszeitraum anwesenden Patienten zum Anlegen einer Übersicht über die Ergebnisse der Diagnostik
- Über die 2-wöchige Durchführungszeit wird die Patientengruppe nach Möglichkeit stabil gehalten.
- Information der Patienten über das bevorstehende Behandlungsprogramm

Durchführung: Zu Beginn der Durchführung steht am Montag der ersten Durchführungswoche eine ausführliche Information der Patienten über Ziel und Zweck des Behandlungsprogramms, die Grenzen des Behandlungsprogramms und eine Aufklärung über mögliche Risiken und Nebenwirkungen.

In der ersten Programmwoche überwiegen diagnostische Fragestellungen und psychoedukative Elemente mit Bezug

- Auf den Zusammenhang von Suchtverhalten und Stress
- Auf die Unterscheidung von aktuellem (Alltags-) Stress, anhaltenden Belastungen und Traumatisierungen und
- Auf die Entwicklung psychischer Probleme auf dem Hintergrund nicht erfüllter Grundbedürfnisse in Kindheit und Jugend und belastender, potentiell traumatisierender Lebenserfahrungen.

In der zweiten Programmwoche werden dann mit den Patienten stärker die individuellen Belastungen und Ressourcen im Lebensverlauf („Lifeline“) und damit verbundene emotionale, kognitive und Verhaltensmuster (Schemata) erarbeitet. Den Abschluss bildet eine Einführung in Möglichkeiten der Verbesserung der Gefühlsregulation.

Während des gesamten Durchführungszeitraums werden die in der Diagnostik und in den Gruppenmodulen angesprochenen Themen in den übrigen Behandlungsangeboten aufgegriffen. Diese Themen können in den therapeutischen Einzelgesprächen vertieft werden.

Die ergänzenden Behandlungsangebote (Ergotherapie, Gestaltungstherapie, Bewegungstherapie, Erlebnispädagogik, Entspannung und Achtsamkeit, Skills-Übungen aus der DBT) dienen in der Zeit der Programmdurchführung überwiegend der psychischen Stabilisierung und Entlastung der Patienten: Skills-Übungen, Nordic-Walking nach jeder Gruppensitzung, eher spiel- und spaßbetonte Übungen in Bewegungstherapie und Erlebnispädagogik, Muskel- und Atementspannung, Body Scan in der Entspannungstherapie. Die Morgen- und Abschlussrunden dienen in besonders ausgeprägter Form der Aufmerksamkeit für die Befindlichkeit der Patienten, verbunden mit einem verstärkten Kontaktangebot der therapeutischen Mitarbeiter.

Nach jedem Gruppenmodul findet eine Nachbesprechung der Mitarbeiter statt.

Nachbereitung: in der Woche nach Durchführung werden die nach jeder Gruppensitzung am Ende des Handouts gestellten Evaluationsfragen („Wie hilfreich ...?“, „Wie belastend ...?“) ausgewertet und zusammen mit den Erfahrungen der Mitarbeiter in einer **Teamsitzung** nachbesprochen. Mit den Patienten wird im **Einzelgespräch** die weitere Behandlungsperspektive erörtert.

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
1. Woche	Einführung; Information, Aufklärung	Gruppenmodul 1 Suchtverhalten und aktueller Stress	Gestaltungstherapie Selbstarbeit	Gruppenmodul 2 Grundbedürfnisse, psychosozialer Stress & Traumatisierung	Ergotherapie
Diagnostik	CTQ und PCL-5: LEC-5 (Teil 1 und 2)	Evaluation Gruppe	SKID II – Fragebogen BDI-II	PCL-5 (Teil 3) Evaluation Gruppe	
2. Woche	Ergotherapie	Gruppenmodul 3 Lifeline In geteilter Kleingruppe	Gestaltungstherapie Selbstarbeit	Gruppenmodul 4 Gefühle und Emotionsregulation	Ergotherapie
Diagnostik		Evaluation Gruppen	H-FERST	Evaluation Gruppe und Gesamtmodul	
beide Wochen themen-spezifisch	Entspannung Einzelgespräch mind. 1/Woche	Achtsamkeit Bewegungstherapie	Entspannung	Erlebnispädagogik	Einzelgespräch
Beide Wochen	Morgen- und Abschlussrunde	Morgen- und Abschlussrunde	Morgen- und Abschlussrunde	Morgen- und Abschlussrunde	Morgen- u. Abschlussrunde Freizeitakt.

Abb. 1 Behandlungsprogramm

6. Diagnostik

Im Rahmen der Komorbiditäts- und Trauma-Diagnostik soll geklärt werden, ob und ggf. welche aktuell behandlungsbedürftigen psychisch komorbiden Störungen bei unseren Patienten vorliegen, wie hoch die Belastung unserer Patienten durch belastende, potentiell traumatisierende Lebenserfahrungen ist und, ob sich spezifische posttraumatische Folgestörungen zeigen.

Diese Diagnostik erfolgt zusätzlich zur suchtspezifischen Diagnostik und wird ggf. ergänzt durch spezielle diagnostische Instrumente bei Verdacht auf Vorliegen individuell spezifischer Störungen (z.B. ADHS-Diagnostik).

Es erschien uns notwendig, selbst eine systematische Diagnostik durchzuführen, da

- Bei Erstbehandelten oft noch keine entsprechende Diagnostik durchgeführt wurde, speziell auch keine Diagnostik zur Erfassung komorbider psychischer Störungen
- Während der primären Entgiftung, besonders bei ausgeprägten Intoxikationsfolgen oder ausgeprägter Entzugssymptomatik eine hohe Symptombelastung auch ohne eigenständige psychische Komorbidität auftreten kann („Exzess-Komorbidität“)
- Auch bei vorbehandelten Patienten bisher oft keine suffiziente Achse-II (Persönlichkeitsstörungs-)–Diagnostik und/oder Traumadiagnostik durchgeführt wurde

Die allgemeine Komorbiditätsdiagnostik wird mittels standardisierter Verfahren und strukturierter Fragebogen durchgeführt.

1. In Ablösung der ursprünglich eingesetzten Symptom Checkliste SCL-90 wird das **Depressions-Inventar BDI-II (nach BECK)** regelhaft eingesetzt, wodurch der Schweregrad der häufigsten komorbiden Achse-I – Störung besser erfasst werden kann.
2. Zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen verwenden wir den **Fragebogen zum Strukturierten Klinischen Interview für DSM-IV, Achse-II: Persönlichkeitsstörungen (SKID-II)**. Bei auffälligen Interviews im Sinne erhöhter Fragebogen-Scores in einer oder in mehreren Persönlichkeitsdimensionen wird ein Interview nach dem dazugehörigen Interviewheft durchgeführt.

Zur spezifischen Trauma-Diagnostik werden eingesetzt:

3. Der **Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)** in der deutschen Übersetzung (Wulff H, 2006) zur Erfassung von traumatisierenden Lebenserfahrungen (Emotionale Vernachlässigung, Emotionaler Missbrauch, Körperliche Vernachlässigung, Körperlicher Missbrauch, Sexueller Missbrauch) in Kindheit und Jugend. Dieses Verfahren wird regelhaft eingesetzt.
4. Zur Erfassung von Traumatisierungen in der gesamten Lebensspanne (Life-time-Traumatisierung) wird die **PTSD Checklist für DSM-5 PCL-5** (Life Event Checklist LEC-5, Teil 1 und 2 als Liste belastender Lebenserfahrungen, Teil 3 zur Symptombelastung durch posttraumatische Symptomatik) in der deutschen Version (Ehring et al., 2014) regelhaft bei allen Patienten eingesetzt
5. Neu eingeführt wurde 2018 der **Heidelberger Fragebogen zur Erfassung von Emotionsregulations-Strategien (H-FERST)** (Barnow S et al., 2016)

Manual für Patienten mit Substanzkonsumstörungen nach belastenden Lebenserfahrungen

Die diagnostischen Instrumente werden während des Durchführungszeitraums des Behandlungsprogramms in einem fest integrierten Zeitplan durchgeführt und ausgewertet.

	Instrument	Zeitpunkt	Patienten	Verantwortl.
1	Patienteninformation und Aufklärung	Modulstart: Montag 1. Woche	alle	Therapeuten
2	Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)	Montag 1. Woche	alle	Psychologe/-in
3	PCL-5, Life Event Checklist LEC-5: Teil 1 und 2	Montag 1. Woche	alle	Psychologe/-in
	Gruppenaufteilung: stärker vs. schwächer belastet/traumatisiert	Mittwoch 1. Woche	alle	Therapeuten in der Kurvenvisite
4	Fragebogen zum Strukturierten Klinischen Interview zur Diagnose einer Achse II – Störung (SKID-II)	Mittwoch 1. Woche	alle	Psychologe/-in
5	BECK Depressions-Inventar BDI-II	Mittwoch 1. Woche	alle	Psychologe/-in
6	PTSD Checklist PCL-5: Teil 3 (Symptombelastung)	Donnerstag 1. Woche: nach Gruppenmodul 2	Nur Pat. mit pos. Befund in CTQ und/oder LEC-5	Psychologe/-in
7	Heidelberger Fragebogen zur Erfassung von Emotionsregulations-Strategien (H-FERST)	Mittwoch 2. Woche: vor Modul 4	alle	Psychologe/-in
8	Evaluationsfragebogen	Nach jedem Gruppenmodul und am Ende des Programms	alle	Therapeuten

Abb. 2: Ablaufplan Diagnostik

Die Fragebogen werden von den Patienten in einer Gruppensituation bearbeitet. Erforderlich ist eine gute Einführung durch einen Therapeuten. Für Rückfragen soll auch ein mit dem Instrument vertrauter Therapeut über den Bearbeitungszeitraum zur Verfügung stehen.

Die Fragebogen werden eingesammelt. Die Verantwortung für Auswertung und Interpretation liegt bei einem mit dem Verfahren vertrauten Psychologen oder Arzt. Einfache Vorauswertungen (Auszählungen) können auch durch andere geeignete Mitarbeiter erfolgen.

Nach Auswertung und Dokumentation in der Krankengeschichte werden die Fragebogen an die für die jeweiligen Patienten zuständigen Therapeuten zurückgegeben für die weitere therapeutische Arbeit und Einordnung in die Krankenakte.

7. Durchführung

Am ersten Durchführungstag (Montag der ersten Modulwoche) werden die Patienten in der Gesamtgruppe über die Durchführung des Programms in den kommenden 2 Wochen, über Behandlungsziele und Programminhalte informiert, sowie auf Risiken und mögliche Nebenwirkungen hingewiesen. Die Patienteninformation erfolgt mündlich durch einen Therapeuten, Rückfragen der Patienten werden besprochen. Anschließend wird die Patienteninformation in schriftlicher Form ausgeteilt und die Kenntnisaufnahme durch Unterschrift bestätigt.

Im Anschluss an die Patienteninformation werden die ersten Fragebogen (CTQ und LEC-5, Teil 1 und 2) ausgeteilt und in Anwesenheit eines therapeutischen Mitarbeiters ausgefüllt und eingesammelt.

Die Teilnahme an unserem Behandlungsprogramm ist freiwillig. Wenn der Patient der Teilnahme zugestimmt hat, ist die Teilnahme an den einzelnen Behandlungsangeboten jedoch verbindlich. Individuelle Abweichungen davon müssen mit dem zuständigen Therapeuten abgestimmt sein.

7.0. Patienteninformation und Aufklärung (Therapeuten)

1. Warum führen wir in unserer Tagesklinik Sucht ein Behandlungsmodul zum Thema „Suchterkrankung und traumatisierende Lebenserfahrungen“ durch?

Deutsche und internationale Studien haben gezeigt, dass sehr viele alkohol- und drogenabhängige Patienten über belastende oder traumatisierende Lebensereignisse in ihrer Kindheit und Jugend, aber auch im späteren Erwachsenenalter berichten.

Die häufigsten belastenden Lebensereignisse, über die Suchtpatienten in Deutschland berichten, sind Ereignisse, die mit dem Erleben von Vernachlässigung oder Gewalt in Kindheit und Jugend, meist im familiären Umfeld, verbunden sind. Sexueller Missbrauch, Gewalterfahrung oder andere bedrohliche Lebenserfahrungen können aber auch im späteren Erwachsenenleben zu Traumatisierungen führen. „Trauma“ ist das altgriechische Wort für „Wunde“. In der Psychiatrie und Psychotherapie versteht man unter traumatisierenden Lebenserfahrungen solche, die als so bedrohlich erlebt wurden, dass darauf akut mit intensiver Angst und Hilflosigkeit reagiert wurde.

2. Welches Ziel hat unser Behandlungsmodul?

Unser Behandlungsmodul kann in der Kürze der Behandlungszeit nicht das Ziel einer ausreichenden Behandlung von Traumatisierungsstörungen haben. Unser Behandlungsziel besteht vielmehr darin, dass Patienten die Zusammenhänge zwischen etwaigen traumatisierenden Lebenserfahrungen und ihrem Suchtverhalten erkennen und Möglichkeiten kennenlernen, wie sie sich und ihre Gefühle unter Abstinenz besser regulieren und stabilisieren können. Weiter werden wir mit den Patienten besprechen, welche Form der Weiterbehandlung wir ihnen empfehlen und sie ggf. unterstützen, eine solche Weiterbehandlung zu beantragen.

3. Was können die Folgen solcher Traumatisierungen sein?

Nicht jede belastende oder möglicherweise traumatisierende Lebenserfahrung führt zu dauerhaften psychischen Problemen. Gerade Traumatisierungen in Kindheit und Jugend führen

aber oft zu (manchmal lebenslang wirksamen) Problemen, eigene Gefühle wahrzunehmen und zu regulieren, führen zu einem negativen Selbstbild und zu Störungen in der Beziehungsfähigkeit. Je schwerer das traumatisierende Ereignis erlebt wird und je verletzlicher und „dünnhäutiger“ das Opfer eines solchen Ereignisses ist, desto ausgeprägter können die psychischen Folgen und körperlichen Reaktionen sein. Bei ausgeprägten psychischen Folgen spricht man dann von einer „akuten Belastungsreaktion“ (F43.0) oder einer „posttraumatischen Belastungsstörung“ (F43.1). Auch andere psychische Störungen können Folge von Traumatisierungserfahrungen sein.

4. Was haben Traumatisierungsfolgen mit Suchtverhalten zu tun?

Viele Menschen erleben diese Lebenserfahrungen und ihre Folgen als so schmerzlich und belastend, dass sie Suchtmittel konsumieren, um negative Gefühle wie Angst, Depressivität, Scham- und Schuldgefühle wenigstens zeitweise nicht mehr so stark zu spüren. Wird das Suchtmittel immer wieder oder dauerhaft dazu eingesetzt, kann sich abhängiges Suchtverhalten entwickeln.

5. Was erwartet die Patienten in unserem Behandlungsmodul?

Unser Behandlungsmodul erstreckt sich über einen Zeitraum von 2 Wochen. Zunächst werden wir den Patienten einige Fragebogen zu möglichen Belastungen in Kindheit/Jugend oder im Erwachsenenalter zur Beantwortung vorlegen.

Dann werden wir in den nächsten vier „Gruppenmodulen“ folgende Themen besprechen:

1. (1. Woche Dienstag): Welche Lebenssituationen belasten Sie oder lösen bei Ihnen Stress aus und wie kann diese Belastung Suchtverlangen und Suchtverhalten bei ihnen auslösen?
2. (1. Woche Donnerstag): Welche Formen von Traumatisierung und Belastung können wir unterscheiden und was sind mögliche Folgen?
3. (2. Woche Dienstag): Halbierte Gruppe: In beiden Teilgruppen (stärker oder schwächer belastete Patienten) können Sie Ihre „Lebenslinie“ mit ihren hilfreichen und belastenden Lebenserfahrungen darstellen und betrachten, welche davon in Ihrem gegenwärtigen Leben noch wirksam sind.
4. (2. Woche Donnerstag): Wie kann ich meine Gefühle besser regulieren und mich auch unter Belastung besser wieder in einen gefühlsmäßig und gedanklich guten Zustand bringen?

Auch in den anderen therapeutischen Behandlungsbereichen wie Gestaltungstherapie, Entspannung, Erlebnispädagogik und natürlich im Einzelgespräch mit dem/der Therapeutin/Therapeuten werden die Patienten während der Durchführung des Behandlungsmoduls die Möglichkeit haben, sich mit Ihren Belastungen auseinanderzusetzen und dabei unterstützt zu werden

Am Ende jedes Gruppenmoduls befragen wir die Patienten, wie hilfreich und/oder belastend sie das jeweilige Modul für sich erlebt haben.

6. Risiken und Nebenwirkungen

Wie jede wirksame Behandlung ist auch dieses Behandlungsmodul mit Risiken und Nebenwirkungen verbunden. Durch die Beschäftigung mit persönlichen Belastungen, aber auch mit den Belastungen von Mitpatienten können unangenehme, bei manchen durch die Sucht auch

bisher verdeckte Erinnerungen oder Gefühle auftauchen. Die Patienten werden gebeten, ihrer Therapeutin/ihrem Therapeuten oder den anderen Mitarbeitern des therapeutischen Teams mitzuteilen, wenn sie etwas stärker belastet und sie Hilfe benötigen. Wir unterstützen die Patienten gern bei der besseren Bewältigung belastender Gedanken und Gefühle.

7. Vertraulichkeit und Schweigepflicht

Besonders wichtig in dieser Zeit ist auch das gegenseitige Vertrauen zwischen Patienten und Mitarbeitern und in der Patientengruppe untereinander. Wir weisen daher hier noch einmal besonders auf die gemeinsame Verpflichtung aller zum vertraulichen Umgang mit allen personenbezogenen Informationen und auf die diesbezügliche Schweigepflicht hin. Alle müssen sicher sein können, dass nichts Persönliches, besonders auch keine Namen, nach außen getragen werden.

7.1. Modul 1: Einführung (Th)

Ziel: Zusammenhang zwischen Suchtmittelkonsum und Stress/Belastungen erkennen

Der Konsum psychoaktiver Substanzen wird häufig ausgelöst durch als negativ erlebte Gefühlszustände und/oder durch negative, als belastend erlebte Gedanken (Kognitionen). Dies trifft auch auf die Auslösung erneuten Suchtmittelkonsums nach zuvor erreichter Abstinenz (Rückfall) zu. Im Verlauf der Entwicklung einer Suchtmittelabhängigkeit nimmt die Häufigkeit und Intensität negativer gefühlsmäßiger Zustände in der Regel zu durch die suchtbedingte Zunahme negativer Lebenserfahrungen, durch abnehmende Kompetenz bei der Bewältigung des beruflichen und privaten Alltags und durch die direkten pharmakologischen Folgen des Suchtverhaltens (Intoxikationssymptome, Entzugssymptome, neurobiologische Langzeitveränderungen).

Der Zusammenhang wird aber besonders im fortgeschrittenen Verlauf der Suchterkrankung oft nicht mehr bewusst wahrgenommen. Ziel des Einführungsmoduls ist daher, den individuellen Zusammenhang zwischen subjektiven aktuellen oder anhaltenden Belastungen und dem eigenen Suchtverhalten für den Patienten bewusst zu machen.

Einführung des Gruppenleiters und Gruppenarbeit (20 min)

Suchtverhalten kann viele Auslöser haben:

- Manchmal können es positive, als angenehm erlebte Gefühlszustände sein, z.B. zur Belohnung nach einem Erfolg oder nach Trinkaufforderung in Gesellschaft mit anderen Menschen (**Beispiele aus der Gruppe**)
- Manchmal kann es auch nach einer Zeit der Abstinenz aus Leichtsinns oder Selbstüberschätzung („Ich habe das alles im Griff“) zu rückfälligem Suchtverhalten kommen (**Beispiele aus der Gruppe**)
- Oft sind es aber als negativ und unangenehm erlebte Gefühlszustände (z.B. Sorgen, Ängste, Niedergeschlagenheit, Ärger, „Stress“) oder belastende Gedanken (z.B. negatives Gedankenkreisen, belastende Erinnerungen, Zukunftsängste), die einen wieder zum Suchtmittel greifen lassen (**Beispiele aus der Gruppe**)

In der heutigen Gruppenstunde soll es darum gehen, dass die Patienten sich noch einmal bewusst machen, was sie individuell belastet und was bei ihnen auch immer wieder Suchtverhalten auslöst. In der Gruppe können sie erkennen, dass jeder von ihnen „seine“ individuell auslösenden Belastungen hat. Dazu können einige Übungen durchgeführt werden:

Übung 1 (15 min)

Zweierübung: jeweils 2 Gruppenmitglieder setzen sich zusammen und stellen sich gegenseitig nacheinander die Frage: „In welchen Situationen hast du getrunken oder hattest du den Wunsch zu trinken/Trinkverlangen (ggf. auch: sonstiger Substanzkonsum oder sonstiges süchtiges Verhalten wie Glücksspiel)?“ (Dauer: jeweils 5 Minuten)

Anschließend stellt jeder seinen Partner mit der für ihn typischen Trinksituation vor, indem er sich hinter ihn stellt und in dessen Namen spricht; der vorgestellte Partner kann anschließend ergänzen und ggf. korrigieren

Übung 3 (fakultativ) (10 min)

Die einzelnen Stichworte (Zettel) stehen unter den jeweiligen Überschriften/Kategorien an der Metaplan-Tafel.

Jeder Teilnehmer erhält 3 Klebepunkte. Nach der Frage des Gruppenleiters: „In welchen Bereichen erleben Sie am meisten Stress?“ sollen die Teilnehmer ihre Klebepunkte an die Situationen kleben, bei denen sie persönlich am meisten Stress erleben; die Punkte können auf verschiedene Situationen verteilt oder auch mit mehreren Punkten an einer Situation sortiert werden.

Beendigung (15 min)

Am Ende der Gruppenstunde wird die Befindlichkeit in einer Blitzrunde abgefragt, ggf. mit einer kurzen Achtsamkeits- oder Stabilisierungsübung beendet. Die Patienteninformation wird ausgeteilt und die Evaluationsfragen beantwortet.

Patienten: Es folgt für die Patienten ein Nordic-Walking-Gang (ca. 30min) durch das Gelände.

Mitarbeiter: Die Mitarbeiter treffen sich zu einer kurzen Nachbesprechung

Die Zettel bleiben bis zum nächsten Gruppenmodul an der Metaplantafel hängen.

7.2. Modul 2: Grundbedürfnisse, Traumatisierung, Traumafolgen

Ziel: Zusammenhang erkennen zwischen Traumatisierungserfahrungen und Suchtmittelkonsum; unterscheiden zwischen Trauma, Belastung und Stress

Die Themen werden vom Gruppenleiter unter Verwendung von Flipchart und Metaplantafel in der Gruppe entwickelt. Die Patienten werden ermutigt, Fragen zu stellen und beispielhaft Erfahrungen aus ihrem Leben einzubringen.

Thema 1: Jeder Mensch hat Grundbedürfnisse (15 min)

Zu diesen Grundbedürfnissen gehören:



Abb. 4: Hierarchie der Grundbedürfnisse (vgl. MASLOW, YOUNG)

Werden diese Grundbedürfnisse in Kindheit und Jugend auf Dauer nicht oder unzureichend erfüllt, können sich Probleme für die weitere psychosoziale Entwicklung ergeben. In dieser Zeit werden die grundlegenden Erfahrungen gemacht,

- Wie man sich selbst und die Umwelt erlebt,
- Wie man mit sich und anderen und
- Wie man mit seinen Gefühlen, mit Problemen und Konflikten umgeht.

In dieser Zeit ist man als Kind sehr von der familiären und näheren sozialen Umwelt abhängig. Werden in dieser Zeit keine liebevollen, unterstützenden, aber auch Grenzen setzenden Erfahrungen gemacht, können im weiteren Verlauf Entwicklungsaufgaben schlecht bewältigt werden.

Negative Erfahrungen können führen

- Zu ungünstigen (dysfunktionalen) Schemata im gedanklichen und gefühlsmäßigen Erleben und im weiteren Verhalten („Lebensfallen“), die im weiteren Leben immer wieder Probleme machen
- Zu Schwierigkeiten in der Regulation von (meist negativen) Gefühlen
- Zu negativen gedanklichen Konzepten über sich („Ich bin nichts wert“) und die Welt („Die Welt ist schlecht“) und
- Zu Bindungs- und Beziehungsstörungen

Thema 2: Was versteht man unter einem „Trauma“? (10 min)

„Trauma“ ist das altgriechische Wort für „Wunde“ und wird sowohl in der Körpermedizin (z.B. Unfalltrauma) als auch in der Psychiatrie und Psychotherapie verwendet. In der Psychiatrie und Psychotherapie versteht man darunter Lebensereignisse, die als so bedrohlich und katastrophal erlebt wurden, dass darauf mit intensiver Angst und Hilflosigkeit reagiert wurde. In solchen Situationen können die psychischen und biologischen Bewältigungsmechanismen eines Menschen überfordert werden und Menschen erleben sich in solchen Situationen dann oft als handlungsunfähig.

Manchmal können der dadurch bedingte seelische Stress und die Ausschüttung von Stresshormonen im Gehirn so groß sein, dass die Situation gar nicht mehr genau erinnert werden kann, sondern nur noch bruchstückhaft oder ungenau in Alpträumen oder unerwartet auftretenden Gedanken, Gefühlen oder Körperreaktionen auftaucht (ggf. Hinweis auf Neurobiologie der Traumaexposition).

Thema 3: Welche Lebensereignisse können einen Menschen „traumatisieren“? (20 min)

	Unbeabsichtigte Traumen	Von Menschen verursachte Traumen
Typ I: Kurze Dauer	Schwere Verkehrsunfälle berufsbedingtes Erleben lebensbedrohlicher Situationen (Polizei, Feuerwehr, Rettungskräfte), Hausbrand, kurzdauernde Katastrophen	Erleben krimineller körperlicher Gewalt Überfall, Einbruch in die eigene Wohnung Vergewaltigung, sexuelle Nötigung Demütigung
Typ II: Langdauernd	Naturkatastrophen mit langdauernden Folgen: Erdbeben/Tsunami/Überschwemmungen technische Katastrophen mit langdauernden Folgen: z.B. Atomkraftwerksunfälle	Andauernder sexueller Missbrauch Bedrohung durch körperliche Gewalt Abwertung und Vernachlässigung in der Kindheit Andauernde oder wiederkehrende lebensbedrohliche Situationen in Krieg/Bürgerkrieg Folter, Haft, Geiselhaft

Abb. 5: Trauma-Einteilung nach Maercker (1997, 2003)

Beispiele aus der Gruppe nennen lassen

Typ I-Traumatisierungen: In manchen Ländern werden Traumatisierungen häufiger erlebt durch (Bürger-) Kriegsereignisse, Haft und Folter oder infolge von Naturkatastrophen. Bei uns überwiegen als traumatisierende Ereignisse im Erwachsenenalter eher schwere Unfälle, lebensbedrohliche Erkrankungen oder der (nicht natürliche) Tod von nahen Angehörigen, Erlebnisse als Opfer von kriminellen Gewalttaten oder das Erleben traumatischer Ereignisse im beruflichen Einsatz (z.B. als Rettungssanitäter, Feuerwehr, Polizei, Lokführer, Bundeswehreinsatz).

Typ II-Traumatisierungen in Kindheit und Jugend, wie sie bei unseren Patienten überwiegen, können auch durch schwere und andauernde körperliche oder seelische Vernachlässigung oder seelischen Missbrauch (Erniedrigung, Abwertung, auch: Instrumentalisierung des Kindes für eigene Bedürfnisse) verursacht werden. Körperliche Gewalt (geschlagen werden) und sexueller Missbrauch (z.B. alle sexuelle Handlungen von Erwachsenen an Kindern) werden meist als traumatisierend erlebt. In der Kindheit spielen sich diese Ereignisse häufig im Umfeld der Familie oder der nahen sozialen Umgebung ab. Menschen, die in der Kindheit Traumatisierungen erlebt haben, haben auch im Erwachsenenalter ein höheres Risiko, erneut traumatisierende Lebenserfahrungen zu machen und verfügen über weniger Bewältigungsmöglichkeiten in Stress- und Belastungssituationen.

- Bei Bedarf kurze Pause (5 min)

Thema 4: Was können die Folgen solcher Traumatisierungen sein? (10 min)

Nicht jede Belastung wird als traumatisierend erlebt und nicht jede traumatische Erfahrung führt zu einer Trauma-Folgestörung. So überstehen manche Menschen eine traumatische Situation ohne anhaltende psychische Folgeprobleme, andere entwickeln eine depressive Störung oder Angststörung oder psychosomatische Störungen (z.B. Schmerzstörungen, Ess-Störungen), manche eine Posttraumatische Belastungsstörung. Traumatisierende Lebenserfahrungen in Kindheit und Jugend können auch so genannte „Persönlichkeitsstörungen“ zur Folge haben. Traumatisiert werden kann man aber nicht nur als direktes Opfer solcher Ereignisse, sondern auch durch das Miterleben als Zeuge solcher Ereignisse.

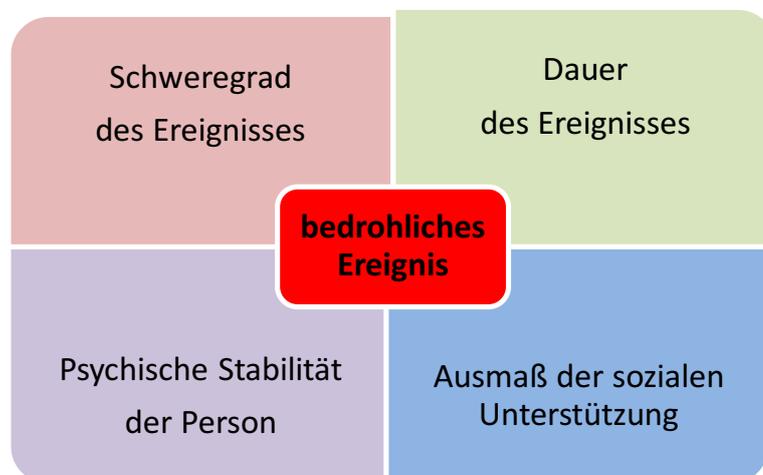


Abb. 6: Traumaerfahrung und mögliche Folgen

Die Folgen einer Traumatisierungserfahrung sind abhängig

- vom Schweregrad des Traumas: so entwickeln ca. 50% der Opfer von Vergewaltigungen oder lebensbedrohlichen Kriegsereignissen eine posttraumatische Belastungsstörung, Opfer von Verkehrsunfällen zu ca. 10%
- von der bisherigen psychischen Stabilität des Trauma- Opfers: so entwickeln Menschen, die als Kinder einer hohen Stressbelastung ausgesetzt waren, nach einem Trauma – Ereignis eher eine posttraumatische Belastungsstörung als Menschen, die in einer unterstützenden sozialen Umgebung aufgewachsen sind
- vom Ausmaß der zur Verfügung stehenden wirtschaftlichen (Abwesenheit wirtschaftlicher Sorgen) und sozialen Ressourcen (unterstützendes soziales Netzwerk in Familie und Freundeskreis)

Je schwerer und anhaltender das traumatisierende Ereignis erlebt wird und je „dünnhäutiger“ das Opfer eines solchen Ereignisses ist, desto ausgeprägter können die psychischen Folgen sein.

Thema 5: Was hat eine traumatisierende Erfahrung mit Sucht zu tun? (10 min)

Viele Menschen erleben ihre traumatisierende Lebenserfahrung und deren Folgen als so schmerzlich und belastend, dass sie Suchtmittel konsumieren, um diesen Schmerz und die seelischen Folgen (Angst, Depressivität) wenigstens zeitweise nicht mehr so stark zu spüren. Viele Suchtmittel (besonders Alkohol, Beruhigungsmittel und Opiate) wirken akut beruhigend, angstlösend, schmerzstillend oder stimmungsaufhellend - und damit entlastend und emotionsregulierend. Wird das Suchtmittel aber immer wieder oder dauerhaft dazu eingesetzt, lässt die als positiv erlebte Wirkung allmählich nach und abhängiges Suchtverhalten mit weiteren negativen körperlichen und psychosozialen Folgen kann sich entwickeln. Es ist daher nicht verwunderlich, dass Menschen mit traumatisierenden Lebenserfahrungen in einem früheren Lebensalter (in der Jugend oder im jungen Erwachsenenalter) ein problematisches und abhängiges Suchtverhalten entwickeln, eine höhere Belastung durch andere psychische Störungen haben, häufiger über Suizidversuche berichten und häufiger erneut Opfer von Gewalt werden. Auch auf Belastungen (s. unten) und akuten Stress wird dann meist mit Suchtverhalten als Vermeidungsverhalten zur Regulation unangenehmer Gefühle reagiert.

Wenn die Traumatisierungsstörung nicht in die Suchtbehandlung einbezogen wird, kann dies negative Auswirkungen auf den weiteren Behandlungs- und Krankheitsverlauf haben mit häufigeren Behandlungsabbrüchen und einem erhöhten Rückfallrisiko.

Thema 6: Was versteht man unter Belastung? (10 min)

Unter Belastung verstehen wir hier psychische oder soziale Belastungen, die nicht so außergewöhnlich oder katastrophal sind wie Trauma-Erfahrungen (auch wenn sie manchmal als sehr schwerwiegend erlebt werden) und die von der betroffenen Person beschrieben werden kann. Von solchen Belastungen sind viele Menschen im Laufe ihres Lebens betroffen. Hierzu gehören zum Beispiel:

- Trennung vom Partner, Scheidungskonflikte, anhaltende schwere Konflikte in der Familie, schwere Krankheit oder Tod eines nahen Familienangehörigen
- Ständige berufliche Überforderung („Burnout“) oder schwere berufliche Konflikte (z.B. „Mobbing“), Unerwartete Arbeitslosigkeit, wirtschaftliche Not, Strafverfahren

- Flucht, Umzug mit Verlust der vertrauten Umgebung und Kultur

Wie solche Belastungen bewältigt werden, hängt stark vom Ausmaß der erlebten Belastung, der Stabilität der eigenen Persönlichkeit und vom Vorhandensein ausreichend unterstützender sozialer Kontakte ab. Auf ausgeprägte und langanhaltende Belastungssituationen können Menschen mit (in der Regel vorübergehenden) depressiven Störungen oder Angststörungen reagieren; man spricht dann von einer Anpassungsstörung.

Thema 7: Was versteht man unter Stress? (10 min)

Stress bedeutet ganz allgemein die Reaktion eines Organismus (hier: des Menschen) auf eine Anspannungs- oder Drucksituation. Diese Reaktion dient der erhöhten Handlungsbereitschaft in solchen Situationen und damit der besseren Anpassung an die gegebene Situation. Stress ist also erst einmal nichts Negatives und gehört zu unserem Leben und zu unserem Alltag. Ohne Stress würden wir uns nicht weiterentwickeln. Eine typische Stress-Situation wäre eine, in der äußere Reize eine Gefahrensituation (z.B. ein wildes Tier, Feuer, Feinde) anzeigen, und der eigene Organismus darauf reagiert (z.B. Kampf: wenn die Situation bewältigbar erscheint, oder: Flucht: wenn die Erfolgsaussichten als gering eingeschätzt werden). Die Reaktion muss sehr schnell erfolgen, so dass hier mit Vorrang nicht das Großhirn (wahrnehmen, bewerten, entscheiden), sondern ältere Hirnareale aktiv werden. Das Hormon Adrenalin wird ausgeschüttet, so dass erhöhter Blutdruck, Blutzucker und Muskelspannung die Handlungsbereitschaft für Kampf oder Flucht erhöhen. Stress ist also wichtig für unser eigenes Überleben und unsere bessere Anpassung an eine fordernde Umwelt.

Stress-Situationen sind aber in unserer Gegenwart häufig aktuelle Situationen von Überforderung, häuslichen oder beruflichen Konflikten, wirtschaftlichen Probleme, Zeitnot u.a. („Alltagsstress“). Diese Situationen dauern oft länger an und sind nicht durch unser schnelles „Kampf oder Flucht“-Programm zu lösen. Negative (psychische und körperliche) Folgen kann Stress aber dann haben, wenn keine rasche Entlastung von der Stress-Situation erfolgt, kein Ausgleich möglich ist und der Stress chronisch wird.

Ob eine Situation als Stress erlebt wird, hängt auch sehr stark davon ab, ob der Betreffende seine Möglichkeiten, die Situation zu bewältigen (Bewältigungsmöglichkeiten, Ressourcen), als hoch einschätzt und die Situation damit als lösbar bewertet. In diesem Fall treten erst bei sehr hohem Stress massivere Stress-Reaktionen auf. Wenn ich mich eher als hilflos erlebe, treten Stress-Reaktionen häufiger und früher auf.

Menschen, die in Kindheit und Jugend viel psychosozialen Stress erlebt haben, sind stressempfindlicher, nehmen Lebenssituationen eher als belastend wahr und verfügen über weniger Bewältigungsmöglichkeiten. Dann müssen neue Möglichkeiten der Stressbewältigung gelernt und eingeübt werden.

Beendigung (10 min)

Am Ende der Gruppenstunde wird die Befindlichkeit in einer Blitzrunde abgefragt, ggf. mit einer kurzen Achtsamkeits- oder Stabilisierungsübung beendet. Die Patienteninformation wird ausgeteilt und die Evaluationsfragen beantwortet.

Diagnostik: Anschließend wird der Fragebogen PCL-5, Teil 3 ausgefüllt (Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung).

Patienten: Es folgt für die Patienten ein Nordic-Walking-Gang (ca. 30min) durch das Gelände.

Mitarbeiter: Die Mitarbeiter treffen sich zu einer kurzen Nachbesprechung

Cave: Diese Einheit enthält viel Psychoedukation und ist für viele Patienten besonders anstrengend!

Zusatz-Information für Gruppenleiter: Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS: ICD-10: F43.1) und komplexe posttraumatische Belastungsstörung (KPBT):

Wenn die Folgesymptome nach einer Traumatisierungserfahrung ausgeprägt sind und dauerhaft oder immer wiederkehrend auftreten, spricht man von einer „posttraumatischen Belastungsstörung“. Das Störungsbild ist geprägt durch:

- unerwartetes und belastendes Erinnern oder Wiedererleben der traumatischen Situation (Alpträume, Flash-backs), Erinnerung oft unscharf oder bruchstückhaft
- intensives psychisches Leiden (Schreckhaftigkeit, Reizbarkeit, Konzentrationsstörungen, starke Gefühlsschwankungen) oder körperliche Reaktionen (Schlafstörungen, psychosomatische Reaktionen) auf Reize, die an das traumatisierende Ereignis erinnern oder die dieses Ereignis ganz oder teilweise symbolisieren
- Vermeidung von Situationen, die daran erinnern könnten
- oder ein insgesamt vermindertes Interesse und vermindertes gefühlsmäßiges Reagieren auf wichtige Aspekte des Lebens (Teilnahmslosigkeit) und sozialer Rückzug

Damit kann dann die Fähigkeit eingeschränkt sein, wichtige Lebensbereiche (Beziehungsfähigkeit, berufliche Leistungsfähigkeit, Funktionieren im Alltag) zu bewältigen.

Menschen, die früh in ihrer Lebensgeschichte (z.B. andauernde körperliche oder seelische Gewalt oder sexueller Missbrauch in der Kindheit/Jugend) oder von besonders schwerwiegenden oder langdauernden traumatischen Erfahrungen im Erwachsenenalter betroffen waren, können oft ein noch komplexeres Störungsbild entwickeln. Man spricht dann von einer „**Komplexen posttraumatischen Belastungsstörung**“. Zu den Symptomen der „Posttraumatischen Belastungsstörung“ treten dann noch hinzu:

- Probleme in der Regulation von Gefühlen (Emotionen) und Steuerung von Impulsen: Schwierigkeiten, eigene Gefühle wahrzunehmen, zu akzeptieren und angemessen zu regulieren
- Probleme in der Gestaltung von Beziehungen, Bindungsstörungen, wiederholte Beziehungsbrüche
- Störungen der Wahrnehmung und des Bewusstseins: Negative Selbstwahrnehmung, Dissoziationen
- negative Lebenseinstellungen

Diese Störungen können sich auch in nicht komplett ausgeprägter Form entwickeln, z. B. in der Form von depressiven Störungen, Angststörungen oder Persönlichkeitsstörungen.

7.3. Modul 3: Die Lebenslinie („Lifeline“)

Ziel: Das eigene Leben noch einmal mit seinen Höhen und Tiefen darstellen und (als Beobachter) wahrnehmen

Die Gruppe wird geteilt in 2 etwa gleich große Untergruppen von max. 6 Patienten (Gruppe 1: stärker belastete Patienten, Gruppe 2: weniger stark belastete Patienten), die in 2 ausreichend großen Räumen arbeiten sollten. Jeweils mind. 2 therapeutische Mitarbeiter zur Unterstützung der Patienten und zum Protokollieren der Lebenslinien und der Ausführungen der Patienten. Gruppenleiter und Patient nehmen Beobachterrolle ein. Diese Übung ist ein Bindeglied zwischen individueller Diagnostik und Psychotherapie.

1. Einleitung (ca. 10min)

Das Modul „Lebenslinie“ soll dem Pat. einen bildhaften Überblick über wichtige positive und negative Ereignisse und Veränderungen in seinem Leben geben.

Die Übung kann in der Einzeltherapie oder in einer kleinen Gruppe (4 – 6 Personen) durchgeführt werden

Die Lebenslinie beginnt mit der Geburt und folgt dann in der zeitlichen Reihenfolge (chronologisch) den weiteren Lebensabschnitten des Patienten bis heute - und darüber hinaus mit Wünschen und Erwartungen an die Zukunft.

2. Legen/Zeichnen der Lebenslinie (ca. 20 – 30 min)

Dazu wird die Lebenslinie von jedem Pat. individuell symbolisch auf ein großes Blatt Papier (zum Beispiel: Flipchart-Blatt) gezeichnet oder, wenn ausreichend Platz im Raum ist, als Schnur symbolisch für auf den Boden gelegt (etwa 2 – 3m, eingeteilt in gleich große Abschnitte für jeweils 10 Lebensjahre). Entlang der gezeichneten Linie oder der Schnur werden als Symbole gelegt oder geklebt

1. eine „Blume“ für positive, förderliche, erfolgreiche Lebensereignisse und glückliche Lebensabschnitte
2. einen „Stein“ für negative, belastende, schreckliche Lebensereignisse und unglückliche Lebensabschnitte

Bei jedem Ereignis, das mit einem Symbol versehen wurde, soll das Ereignis kurz mit einem Stichwort benannt werden und Jahr oder Lebensalter zum Zeitpunkt des Ereignisses angegeben werden. Das Ereignis und die Zeit werden auf einem Klebezettel („post-it“) neben das Symbol auf den Boden geklebt oder neben das Symbol auf das Papier geschrieben.

Am Ende bleibt ein Stück Schnur aufgerollt oder noch Platz auf dem Blatt Papier übrig für Erwartungen, Hoffnungen und Wünsche des Pat. für seine Zukunft, die ebenfalls kurz benannt und notiert werden soll.

3. Besprechung der Lebenslinie (min. ca. 15min je Lebenslinie)

Wenn die Lebenslinie gelegt ist, betrachten Therapeut (und in der Kleingruppe die anderen Gruppenmitglieder) nacheinander jede einzelne Lebenslinie als Ganzes mit Ihren Höhen und Tiefen, während der Autor der Lebensziele zu seinen Lebensereignissen berichtet. Es geht bei dieser Übung um Fakten, Namen, Daten - zu diesem Zeitpunkt noch nicht darum, einzelne Lebensereignisse zu vertiefen oder detailliert zu besprechen, auch noch nicht um begleitende Gefühle und Empfindungen. Therapeut, Patient und Mitpatienten bleiben zunächst in der Rolle eines „kühlen“ Beobachters, der sich von außen einen kurzen ersten Überblick über die jeweilige Lebenslinie verschafft.

4. Auswertung (ca. 10min)

Ziel dieses Moduls ist, dass der Pat. eine Landkarte seines Lebens mit seinen Höhen und Tiefen entwirft, an der er/sie in Einzelgesprächen, in der tagesklinischen Weiterbehandlung oder in einer anschließenden Behandlung weiterarbeiten kann.

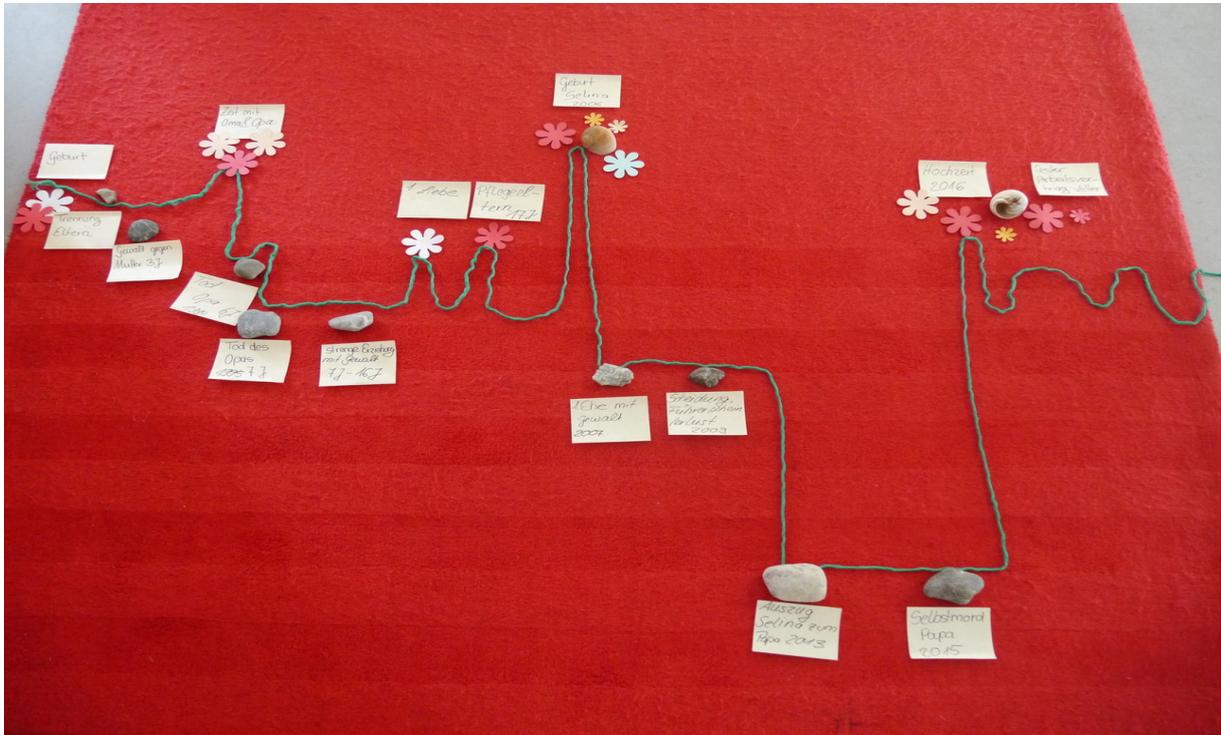


Abb.7: Lifeline

Dafür wird jede „Lebenslinie“ abfotografiert (von Pat. oder (bei Zustimmung des Pat.) vom Therapeuten). Das Foto oder das Blatt Papier bekommt der Pat. dann für seine Therapieunterlagen ausgehändigt.

Für die weitere therapeutische Arbeit an der Lebenslinie kann der Therapeut bei Zustimmung des Pat. eine Kopie anfertigen und/oder ein Kurzprotokoll anfertigen (Co-Therapeut).

Am Ende der Gruppenstunde wird die Befindlichkeit in einer Blitzrunde abgefragt, ggf. mit einer kurzen Achtsamkeits- oder Stabilisierungsübung beendet. Die Patienteninformation wird ausgeteilt und die Evaluationsfragen beantwortet.

Der Pat. soll auf seinem Handout aufschreiben, mit welchen Lebensereignissen er sich im weiteren Therapieverlauf auseinandersetzen möchte.

Patienten: Es folgt für die Patienten ein Nordic-Walking-Gang (ca. 30min) durch das Gelände.

Mitarbeiter: Die Mitarbeiter treffen sich zu einer kurzen Nachbesprechung

7.4. Modul 4: Regulierung von Gefühlen (Emotionsregulation)

*„Es sind nicht die Dinge, die uns beunruhigen, sondern das, was wir über die Dinge denken“ (Epiktet)
„Ein Mensch, der Sklave seiner Emotionen ist, ist nicht Herr seiner selbst, sondern wird oft dem nachgeben,
was ihm schadet, obwohl er einsehen mag, was besser für ihn wäre“ (Spinoza)
)*

Behandlungsziel:

In unserem abschließenden Modul 4 soll der Zusammenhang zwischen belastenden, bei manchen auch traumatisierenden Lebenserfahrungen, dysfunktionalen Schemata auf kognitiver, emotionaler und Verhaltensebene, ungünstigen Strategien der Emotionsregulation und Suchtverhalten für die Patienten deutlich werden. Dabei sollen die Patienten auch erfahren, dass sie ihre Emotionen beeinflussen und verändern können. Angemessene Strategien der Emotionsregulation, die eher der Problem- oder Konfliktlösung dienen und damit eher wieder zu einer positiven Befindlichkeit führen, können erlernt werden. Das ist aber oft ein längerer Lern- und Übungsprozess, besonders, wenn es um die Änderung alter und unflexibler Muster ungünstiger Strategien geht.

Die Patienten sollen darauf hingewiesen werden, dass dieses Modul nicht dazu ausreichen wird, neue Strategien so gut zu erproben und einzuüben, dass sich sofort eine nachhaltige Änderung dysfunktionaler Schemata erreichen lässt. Das Modul soll als Einführung betrachtet werden und es kann als Wegweiser dienen, wie ein weiterer Weg zu einem besseren Umgang mit Gefühlen aussehen könnte. In der weiteren tagesklinischen Behandlung und in der suchtspezifischen oder psychotherapeutischen Behandlung sollen weitere Schritte zu einer Verbesserung der Emotionsregulation erfolgen.

Thema 1: Gefühl und Emotion

Es soll zunächst eine Klärung der Begriffe „Emotion“ und „Gefühl“ mit den Patienten und der dazu gehörenden kognitiven, physiologischen, subjektiven, kommunikativen und Verhaltenselemente erarbeitet werden

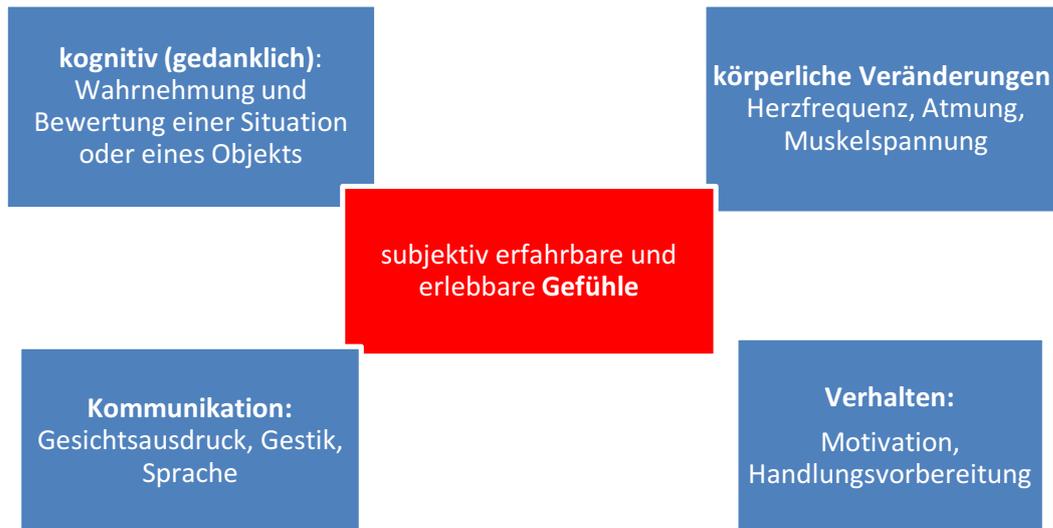
Was sind Gefühle?

Ein Gefühl ist das Element einer Emotion, das wir persönlich erleben und wahrnehmen können. Gefühle geben dem, was wir wahrnehmen, eine Bedeutung, können unseren physiologischen Zustand verändern, geben unserer Empfindung auch einen Ausdruck und motivieren uns zum Handeln. So dienen Gefühle dem schnellen Erfassen einer Situation und ermöglichen schnelles Handeln. Sie sind daher notwendig zum Erlernen neuen Verhaltens und dienen der besseren Anpassung an unsere soziale und natürliche Umwelt.

Welche Gefühle gibt es?

1. Gefühle, die wir als angenehm oder als unangenehm erleben
2. Gefühle, die stärker oder schwächer ausgeprägt sind
3. Gefühle, die uns dazu bringen, auf etwas oder jemand zuzugehen oder von etwas oder jemand Abstand zu halten oder davor wegzulaufen
4. Gefühle, die uns aktiv werden lassen oder eher passiv

Eine Emotion besteht aus verschiedenen Elementen:



Häufig werden die Gefühle den **8 Grundgefühlen** zugeordnet:

1. **Ärger/Wut:** z.B. aggressiv, feindselig, Hass, Neid
2. **Angst:** z.B. vorsichtig, hilflos, entmutigt, besorgt, ängstlich, panisch
3. **Ekel:** z.B. Abscheu
4. **Freude:** z.B. fröhlich, stolz, glücklich, gesellig, unbekümmert, zufrieden
5. **Liebe:** z.B. zärtlich, leidenschaftlich, Sympathie, verbunden, Vertrauen
6. **Scham:** z.B. peinlich, schuldig, reuevoll
7. **Traurigkeit:** z.B. unglücklich, betrübt, traurig, einsam, verzweifelt, enttäuscht, deprimiert

Überraschung: z.B. neugierig, fasziniert, interessiert, verwirrt

Hier können Übungen eingebaut werden:

Übung 1: In welchen Situationen fühle ich mich wohl und sicher? Welches Gefühl gehört dazu?

Situation	Gefühl
1.	
2.	
3.	

Übung 2: Welche Gefühle möchtest du gern besser in den Griff bekommen? (Einzelarbeit oder in der 2-er Gruppe oder in der Kleingruppe)

-
-

Thema 2: Emotionsregulation

Zeichen ungünstiger Strategien zur Gefühlsregulation:

Auf der **körperlichen Ebene** finden wir besonders bei Gefühlen, die uns unangenehm sind, häufig Anzeichen von Stress wie Herzklopfen, Muskelanspannung und schnellen, flachen Atem.

Auf der **gedanklichen (kognitiven) Ebene** finden wir häufig negative Bewertungen der eigenen Person und der Lebenssituation und gedankliches Kreisen um problematische Bereiche, ohne zu einem konstruktiven Ende zu kommen oder Lösungen zu finden („Grübeln“).

Auf der **gefühlsmäßigen (emotionalen) Ebene** treten dann oft Gefühle auf wie Angst, Ärger/Wut, Scham/Schuld, Traurigkeit oder Depressivität (Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Wertlosigkeit) auf. Manche versuchen, diese Gefühle zu unterdrücken, möglichst „nichts“ zu fühlen und diese Gefühle auch nicht nach außen zu zeigen.

Auf der **Verhaltensebene** versuchen dann viele, ungünstige, als zu schwierig erlebte Situationen zu vermeiden. **Suchtverhalten** (Substanzkonsum, aber auch Glücksspiel, exzessives Kaufen oder exzessive Internetnutzung) dient oft der Vermeidung oder Ablenkung von als unangenehm erlebten Gefühlen oder Gedanken.

Günstigere Strategien zur Gefühlsregulation:

Günstigere Strategien der Gefühlsregulation dienen eher dazu, Lösungen für die auslösenden Lebensprobleme zu finden. Dazu gehört, auch negative Gefühle erst einmal wahrzunehmen und zu akzeptieren, ohne sie negativ zu bewerten. Diese **Akzeptanz** kann helfen, zu einer positiven **Neubewertung** der Problemsituation zu kommen und neuen Lösungen für das Problem zu finden.

Auf der Verhaltensebene wirken sich oft sportliche Aktivitäten (Laufen, Fahrradfahren, Fitness-Übungen) oder Entspannungstechniken positiv aus. Eine andere wichtige Möglichkeit, wieder ins seelische Gleichgewicht zu kommen, ist die Kommunikation mit Menschen, die unterstützend sind (das Gespräch suchen, Treffen vereinbaren, telefonieren). Oder man kann sich einfach selbst etwas Gutes tun, sich etwas gönnen (aber kein Suchtmittelkonsum oder anderes Suchtverhalten!).

Um zu einer besseren Regulierung der Gefühle und des Selbstwerts zu kommen, benötigen wir Fertigkeiten auf der körperlichen Ebene (Muskelspannung, Atem), der kognitiven Ebene (Wahrnehmung, Bewertung) und auf der Verhaltensebene:



Übung 3. (Selbstarbeit am Ende der Gruppenstunde):

Welche neuen Ideen für die Regulierung unangenehmer Gefühle nehme ich für mich aus dem Modul 4 mit?

- **Bewegung:** Spaziergang, Sport, anderes:
- **Entspannung:** Musik hören, ein Bad nehmen, anderes:
- **soziale Unterstützung:** jemand anrufen, Treffen vereinbaren, Gespräch suchen

Am Ende der Gruppenstunde wird die Befindlichkeit in einer Blitzrunde abgefragt, ggf. mit einer kurzen Achtsamkeits- oder Stabilisierungsübung beendet.

Die Patienteninformation wird ausgeteilt und die **Evaluationsfragen beantwortet für Modul 4 und das Gesamtprogramm**

Patienten: Es folgt für die Patienten ein Nordic-Walking-Gang (ca. 30min) durch das Gelände.

Mitarbeiter: Die Mitarbeiter treffen sich zu einer kurzen Nachbesprechung

7.5. Abgestimmte ergänzende therapeutische Angebote

- **Einzelgespräch (zuständiger Therapeut)**

In den Einzelgesprächen beim zuständigen Therapeuten können die im Gruppenmodul angesprochenen Themen vertieft werden, Erinnerungen und damit verbundene Gefühle können bearbeitet und in Zusammenhang zueinander und zur aktuellen Lebenssituation gebracht werden. Als Erklärungsmodell hat sich das Modusmodell aus der Schematherapie (Jeffrey Young) als hilfreich und für die Patienten gut nachvollziehbar erwiesen. Das therapeutische Einzelgespräch ist der Rahmen, in dem der Patient über möglicherweise auftauchende Erinnerungen an traumatisierende Lebenssituationen sprechen kann. Dabei ist darauf zu achten, den Patienten (und die Struktur einer akutpsychiatrischen Tagesklinik) nicht zu überfordern. Die Stabilisierung des Patienten zum Abend und zum Wochenende hin ist von hoher Bedeutung. Auch die befristete Zeit der tagesklinischen Behandlung lässt in der Regel keine abgeschlossene Traumabehandlung zu. Daher ist frühzeitig mit dem Patienten zu erarbeiten, ob und in welchem Rahmen eine Weiterbehandlung stattfinden kann.

- **Pflege**

Die Mitarbeiter des Pflegeteams sind oft zentrale Ansprechpartner für die Patienten als Co-Therapeuten, als Gruppenleiter bei übenden Verfahren und „zwischen durch“. Auch in der Fachpflege steht die psychische Stabilisierung der Patienten in der Modulphase in besonderer Weise im Vordergrund.

- **Ergotherapie und Gestaltungstherapie**

Die Ergotherapie hat durch die Konzentration auf den Umgang mit Material eine psychisch entlastende Funktion. Bei Gruppenarbeiten kann im Miteinander der Zusammenhalt der Patientengruppe weiter gestärkt werden. In der Gestaltungstherapie können Themen aus den Gruppenmodulen aufgegriffen und nonverbal gestaltet werden.

- **Bewegungstherapie und Erlebnispädagogik**

In der Bewegungstherapie können Spannungen abgebaut werden. Spiel und Spaß haben in der Durchführungszeit des Moduls Vorrang. Auch in der Erlebnispädagogik haben hier spielerische und die Gruppe stabilisierende Übungen Vorrang.

- **Achtsamkeit und Entspannung**

In Übungen zur Achtsamkeit und zur Entspannung liegt der Fokus auf das unmittelbare Wahrnehmen und Erleben der Gegenwart. Atemübungen, „Body Scan“, Muskelentspannung, Atemübungen und Autogenes Training können verbunden werden mit Übungen zum Skills-Training aus der Dialektisch-Behavioralen Therapie zum Abbau von Spannungen und negativen Gefühlen.

8. Fazit:

Ein spezifisches Behandlungsprogramm für Patienten mit Störungen durch den Konsum psychotroper Substanzen und komorbiden psychischen Störungen nach belastenden und potenziell traumatisierenden Lebenserfahrungen ist in das Behandlungsprogramm einer akutpsychiatrischen Tagesklinik Sucht integrierbar. Das hier vorgestellte Behandlungsprogramm kann für alle Patienten der Tagesklinik unabhängig vom Ausmaß ihrer psychischen Vorbelastung durch belastende oder traumatisierende Lebenserfahrungen angeboten werden. Es stellt aber kein für eine Behandlung posttraumatischer Störungen ausreichendes Behandlungsprogramm dar.

Als wichtige **Voraussetzungen** für die Durchführung eines solchen Behandlungsprogramms erscheinen uns

- Eine ausreichende Personalausstattung der Station
- ein therapeutisch in den verschiedenen Bereichen ausreichend qualifiziertes und für die Durchführung motiviertes Mitarbeiterteam
- ein insgesamt psychotherapeutisch ausgerichtetes Stationskonzept und Stationsklima
- Möglichkeiten der Stationssupervision

In der 2-wöchigen Durchführungszeit des Behandlungsprogramms zuzüglich der Vor- und Nachbereitung kommt es für die Mitarbeiter zu einer **erhöhten Arbeitsbelastung**

- Durch vertiefte traumaspezifische Diagnostik
- Durch vermehrte Aufmerksamkeit hinsichtlich besonders belasteter Patienten
- Durch mögliche eigene emotionale Belastung infolge der Auseinandersetzung mit belastenden Themen

Insgesamt erfahren die Mitarbeiter durch die Einführung des Programms eine Bereicherung und Qualifizierung ihrer Arbeit und eine Vertiefung des therapeutischen Kontakts zu den Patienten sowie eine Intensivierung der Zusammenarbeit im Mitarbeiterteam.

Die Patienten erleben das Behandlungsprogramm als hilfreich, da es für die meisten die Zusammenhänge zwischen ihrer Biographie, ihren psychischen Problemen und ihrem Suchtverhalten erklärbarer und transparenter macht und neue Wege und Möglichkeiten der Veränderung eröffnet.

Bei der Durchführung des Behandlungsprogramms wurden keine gravierenden Komplikationen (vermehrte Behandlungsabbrüche, suizidale Krisen) registriert. Stärker durch traumatisierende Lebenserfahrungen belastete Patienten wiesen aber eine höhere Rate an Suchtmittelrückfällen während der Behandlung auf als weniger belastete Patienten

Das Behandlungsprogramm wurde von den Patienten als überwiegend hilfreich bis sehr hilfreich bewertet, die Belastung dabei als bewältigbar („etwas belastend“). Die gemeinsame Beschäftigung mit problematischen Lebenserfahrungen führte zu einer respektvoll-unterstützenden Interaktion innerhalb der Patientengruppe.

Fast alle unserer Patienten waren bei Behandlungsende zu einer Form der Weiterbehandlung motiviert (z.B. suchtspezifische Rehabilitation, Weiterbehandlung Institutsambulanz, Weiterbetreuung Suchtberatungsstelle, Selbsthilfegruppe, Psychotherapie).

9. Anhang

9.1. Handout zu Gruppenmodul 1: Einführung

Name:

Datum: __. __. 20__

Ziel des Einführungsmoduls (Modul 1) ist, für sich zu erarbeiten,

1. In welchen Situationen Sie (bezogen auf die letzten Monate) am meisten Stress oder Druck erleben
2. Welche Gefühle und Gedanken Sie in solchen Belastungssituationen bei sich wahrnehmen
3. In welchen Situationen Sie am meisten Suchtverlangen spüren bzw. Ihr Rückfallrisiko besonders hoch ist
4. inwieweit Sie solche belastenden Gedanken/Gefühle Sie aus Ihrer Lebensgeschichte kennen

Die Belastungen können dabei bestehen

5. in aktuellen Stress- oder Überforderungssituationen wie beruflichen Problemen, wirtschaftlichen Problemen, Führerscheinverlust, Wohnungsproblemen
6. in aktuellen zwischenmenschlichen Konflikten oder Belastungen in Partnerschaft, Familie oder im Bekanntenkreis
7. in Erinnerungen an belastende Erlebnisse aus der Vergangenheit

Am meisten Stress/Belastung erlebe ich in Situationen, wenn ich

Situation	Gefühle/Gedanken	Suchtverlangen hoch/niedrig
1		
2		
3		

Das Einführungsmodul war für mich (bitte ankreuzen)

Gar nicht hilfreich	Etwas hilfreich	Sehr hilfreich
---------------------	-----------------	----------------

Das Einführungsmodul war für mich gedanklich oder gefühlsmäßig (bitte ankreuzen)

Gar nicht belastend	Etwas belastend	Sehr belastend
---------------------	-----------------	----------------

9.2. Handout zu Gruppenmodul 2: Stress, Belastung, Trauma

Name:

Datum: _____.____.20__

Ziel: Zusammenhang erkennen zwischen Traumatisierungserfahrungen und Suchtmittelkonsum und unterscheiden lernen zwischen Trauma, Belastung und Stress

Jeder Mensch hat Grundbedürfnisse.

Werden diese Grundbedürfnisse in Kindheit und Jugend auf Dauer nicht oder unzureichend erfüllt, können sich Probleme für die weitere psychosoziale Entwicklung ergeben. In dieser Zeit werden die grundlegenden Erfahrungen gemacht, wie man sich selbst und die Umwelt erlebt, werden grundlegende Erfahrungen gemacht, wie man mit sich und anderen, mit seinen Gefühlen, mit Problemen und Konflikten umgeht. In dieser Zeit ist man als Kind sehr von der familiären und näheren sozialen Umwelt abhängig. Werden in dieser Zeit keine liebevollen, unterstützenden, aber auch Grenzen setzenden Erfahrungen gemacht, können im weiteren Verlauf Entwicklungsaufgaben schlecht bewältigt werden. Negative Erfahrungen können führen zu

- ungünstigen (dysfunktionalen) Schemata im gedanklichen und gefühlsmäßigen Erleben und im weiteren Verhalten („Lebensfallen“), die im weiteren Leben immer wieder Probleme machen
- Schwierigkeiten in der Regulation von (meist negativen) Gefühlen
- negativen gedanklichen Konzepten über sich („Ich bin nichts wert“) und die Welt („Die Welt ist schlecht“)
- Bindungs- und Beziehungsstörungen

Trauma

Was versteht man unter einem „Trauma“? „Trauma“ ist das altgriechische Wort für „Wunde“ und wird sowohl in der Körpermedizin (z.B. Unfalltrauma) als auch in der Psychiatrie und Psychotherapie verwendet. In der Psychiatrie und Psychotherapie versteht man darunter Lebensereignisse, die als so bedrohlich und katastrophal erlebt wurden, dass darauf mit intensiver Angst und Hilflosigkeit reagiert wurde. In solchen Situationen können die psychischen und biologischen Bewältigungsmechanismen eines Menschen überfordert werden und Menschen erleben sich in solchen Situationen dann oft als handlungsunfähig.

Manchmal können der dadurch bedingte seelische Stress und die Ausschüttung von Stresshormonen im Gehirn so groß sein, dass die Situation gar nicht mehr genau erinnert werden kann, sondern nur noch bruchstückhaft oder ungenau in Alpträumen oder unerwartet auftretenden Gedanken, Gefühlen oder Körperreaktionen auftaucht.

Welche Lebensereignisse können einen Menschen „traumatisieren“?

Typ 1-Traumatisierungen: In manchen Ländern werden Traumatisierungen häufiger erlebt durch (Bürger-) Kriegereignisse, Haft und Folter oder infolge von Naturkatastrophen. Bei uns überwiegen als traumatisierende Ereignisse im Erwachsenenalter eher schwere Unfälle, lebensbedrohliche Erkrankungen oder der (nicht natürliche) Tod von nahen Angehörigen, Erlebnisse als Opfer von kriminellen Gewalttaten oder das Erleben traumatischer Ereignisse im beruflichen Einsatz (z.B. als Rettungssanitäter, Feuerwehr, Polizei, Lokführer, Bundeswehreinsatz).

Typ II-Traumatisierungen in Kindheit und Jugend können auch durch schwere und andauernde körperliche oder seelische Vernachlässigung oder seelischen Missbrauch (Erniedrigung, Abwertung, auch: Instrumentalisierung des Kindes für eigene Bedürfnisse) verursacht werden. Körperliche Gewalt (geschlagen werden) und sexueller Missbrauch (sexuelle Handlungen von Erwachsenen an Kindern) werden meist als traumatisierend erlebt. In der Kindheit spielen sich diese Ereignisse häufig im Umfeld der Familie oder der nahen sozialen Umgebung ab. Menschen, die in der Kindheit Traumatisierungen erlebt haben, haben auch im Erwachsenenalter ein höheres Risiko, erneut traumatisierende Lebenserfahrungen zu machen und verfügen über weniger Bewältigungsmöglichkeiten in Stress- und Belastungssituationen.

	Unbeabsichtigte Traumen	Von Menschen verursachte Traumen
Typ I: Kurze Dauer	Schwere Verkehrsunfälle berufsbedingtes Erleben lebensbedrohlicher Situationen (Polizei, Feuerwehr, Rettungskräfte), Hausbrand, kurze	Erleben krimineller körperlicher Gewalt Überfall, Einbruch in die eigene Wohnung Vergewaltigung, sexuelle Nötigung
Typ II: Langdauernd	Naturkatastrophen mit langdauernden Folgen: Erdbeben/Tsunami/Überschwemmungen technische Katastrophen mit langdauernden Folgen: z.B. Atomkraftwerksunfälle	Andauernder sexueller Missbrauch Bedrohung durch körperliche Gewalt Abwertung und Vernachlässigung in der Kindheit Andauernde oder wiederkehrende lebensbedrohliche Situationen in Krieg/Bürgerkrieg Folter, Haft, Geiselhaft

Was können die Folgen solcher Traumatisierungen sein?

Nicht jede Belastung wird als traumatisierend erlebt und nicht jede traumatische Erfahrung führt zu einer Trauma-Folgestörung. So überstehen manche Menschen eine traumatische Situation ohne anhaltende psychische Folgeprobleme. Andere Menschen entwickeln eine depressive Störung oder Angststörung oder psychosomatische Störungen (z.B. Schmerzstörungen, Ess-Störungen), manche eine Posttraumatische Belastungsstörung. Traumatisierende Lebenserfahrungen in Kindheit und Jugend können auch so genannte „Persönlichkeitsstörungen“ zur Folge haben.

Was hat eine traumatisierende Erfahrung mit Sucht zu tun?

Viele Menschen erleben ihre traumatisierende Lebenserfahrung und deren Folgen als so schmerzlich und belastend, dass sie Suchtmittel konsumieren, um diesen Schmerz und die seelischen Folgen (Angst, Depressivität) wenigstens zeitweise nicht mehr so stark zu spüren. Viele Suchtmittel (besonders Alkohol, Beruhigungsmittel und Opiate) wirken akut beruhigend, angstlösend, schmerzstillend oder stimmungsaufhellend - und damit entlastend und emotionsregulierend. Wird das Suchtmittel aber immer wieder oder dauerhaft dazu eingesetzt, lässt die als positiv erlebte Wirkung allmählich nach und abhängiges Suchtverhalten mit weiteren negativen körperlichen und psychosozialen Folgen kann sich entwickeln. Es ist daher nicht verwunderlich, dass Menschen mit traumatisierenden Lebenserfahrungen in einem früheren Lebensalter (in der Jugend oder im jungen Erwachsenenalter) ein problematisches und abhängiges Suchtverhalten entwickeln, eine höhere Belastung durch andere psychische Störungen haben, häufiger über Suizidversuche berichten und häufiger erneut Opfer von Gewalt werden. Auch auf

Belastungen (s. unten) und akuten Stress wird dann meist mit Suchtverhalten als Vermeidungsverhalten zur Regulation unangenehmer Gefühle reagiert. Wenn die Traumatisierungsstörung nicht in die Suchtbehandlung einbezogen wird, kann dies negative Auswirkungen auf den weiteren Behandlungs- und Krankheitsverlauf haben mit häufigeren Behandlungsabbrüchen und einem erhöhten Rückfallrisiko.

Was versteht man unter „Belastung“?

Unter Belastung verstehen wir hier psychische oder soziale Belastungen, die nicht so außergewöhnlich oder katastrophal sind wie Trauma-Erfahrungen und von denen viele Menschen im Laufe ihres Lebens betroffen sind. Hierzu gehören zum Beispiel:

- Trennung vom Partner, Scheidungskonflikte, anhaltende schwere Konflikte in der Familie, schwere Krankheit oder (der natürliche) Tod eines nahen Familienangehörigen
- Ständige berufliche Überforderung („Burnout“) oder schwere berufliche Konflikte (z.B. „Mobbing“), unerwartete Arbeitslosigkeit, wirtschaftliche Not, Strafverfahren
- Emigration/Umsiedlung, Umzug mit Verlust der vertrauten Umgebung und Kultur

Auf ausgeprägte und langanhaltende Belastungssituationen können Menschen mit depressiven Störungen oder Angststörungen reagieren; man spricht dann von einer Anpassungsstörung.

Was versteht man unter „Stress“?

Stress bedeutet ganz allgemein die Reaktion eines Organismus (hier: des Menschen) auf eine Anspannungs- oder Drucksituation. Diese Reaktion dient der erhöhten Handlungsbereitschaft in solchen Situationen und damit der besseren Anpassung an die gegebene Situation. Stress ist also erst einmal nichts Negatives und gehört zu unserem Leben und zu unserem Alltag. Eine typische Stress-Situation wäre eine, in der äußere Reize eine Gefahrensituation (z.B. ein wildes Tier, Feuer, Feinde) anzeigen, und der eigene Organismus darauf reagiert (z.B. Kampf oder Flucht). Die Reaktion muss sehr schnell erfolgen, so dass hier mit Vorrang nicht das Großhirn (bewusstes wahrnehmen, bewerten, entscheiden), sondern ältere Hirnareale unbewusst aktiv werden.

Stress-Situationen sind in unserer Gegenwart aber häufig Situationen von Überforderung, häuslichen oder beruflichen Konflikten, wirtschaftlichen Probleme, Zeitnot u.a. („Alltagsstress“). Diese Situationen dauern oft länger an und sind nicht durch unser schnelles „Kampf oder Flucht“-Programm zu lösen. Negative (psychische und körperliche) Folgen kann Stress dann haben, wenn keine rasche Entlastung von der Stress-Situation erfolgt, kein Ausgleich möglich ist und der Stress chronisch wird. Ob eine Situation als Stress erlebt wird, hängt auch sehr stark davon ab, ob der Betreffende seine Möglichkeiten, die Situation zu bewältigen (Bewältigungsmöglichkeiten, Ressourcen), als hoch einschätzt und die Situation damit als lösbar bewertet. Menschen, die in Kindheit und Jugend viel psychosozialen Stress erlebt haben, nehmen Lebenssituationen eher als belastend wahr und verfügen über weniger Bewältigungsmöglichkeiten.

Das Gruppenmodul 2 war für mich (bitte ankreuzen)

Gar nicht hilfreich	Etwas hilfreich	Sehr hilfreich
---------------------	-----------------	----------------

Das Gruppenmodul 2 war für mich gedanklich oder gefühlsmäßig (bitte ankreuzen)

Gar nicht belastend	Etwas belastend	Sehr belastend
---------------------	-----------------	----------------

9.3. Gruppenmodul 3: Die Lebenslinie („Lifeline“)

Name:

Datum: __.__.20__

Das Modul „Lebenslinie“ soll Ihnen einen bildhaften Überblick über wichtige positive und negative Ereignisse und Veränderungen in Ihrem Leben geben. Die Lebenslinie beginnt mit Ihrer Geburt und folgt dann in der zeitlichen Reihenfolge (chronologisch) Ihren weiteren Lebensabschnitten bis heute und darüber hinaus mit Wünschen und Erwartungen an Ihre Zukunft.

Entlang der gezeichneten Linie oder der Schnur legen oder kleben Sie Symbole

- für positive, förderliche, erfolgreiche Lebensereignisse und glückliche Lebensabschnitte: als Symbol legen Sie eine „Blume“
- für negative, belastende, schreckliche Lebensereignisse und unglückliche Lebensabschnitte: als Symbol legen Sie einen „Stein“

und benennen jedes Ereignis, das Sie mit einem Symbol belegt haben, kurz mit einem Stichwort und der Jahreszahl oder Ihrem Alter zum Zeitpunkt dieses Ereignisses. Am Ende bleibt noch ein Stück Schnur oder noch Platz auf Ihrem Blatt Papier übrig für Ihre Zukunft: hier ist Platz für Ihre Erwartungen, Hoffnungen und Wünsche für Ihre weitere Zukunft, die Sie ebenfalls kurz benennen und notieren.

Ziel dieses Moduls ist, dass Sie eine Landkarte Ihres Lebens mit seinen Höhen und Tiefen entwerfen, an der Sie in Einzelgesprächen, in der tagesklinischen Weiterbehandlung oder in Ihrer anschließenden Behandlung weiterarbeiten können. Dafür wird Ihre „Lebenslinie“ abfotografiert oder Sie fotografieren diese selbst. Das Foto oder das Blatt Papier bekommen Sie für Ihre Therapieunterlagen ausgehändigt.

Aktuell möchte ich mich im Rahmen der tagesklinischen Behandlung weiter auseinandersetzen mit folgendem Lebensereignis/folgenden Lebensereignissen:

.....
.....
.....
.....
.....

Das Modul 3: „Lebenslinie“ war für mich (bitte ankreuzen)

Gar nicht hilfreich	Etwas hilfreich	Sehr hilfreich
---------------------	-----------------	----------------

Das Modul 3: „Lebenslinie“ hat mich gedanklich oder gefühlsmäßig (bitte ankreuzen)

Gar nicht belastet	Etwas belastet	Sehr belastet
--------------------	----------------	---------------

8.4. Gruppenmodul 4: Einführung in die Emotionsregulation

Name: Datum: __.__.20__

*„Es sind nicht die Dinge, die uns beunruhigen, sondern das, was wir über die Dinge denken“ (Epiktet)
„Ein Mensch, der Sklave seiner Emotionen ist, ist nicht Herr seiner selbst, sondern wird oft dem nachgeben,
was ihm schadet, obwohl er einsehen mag, was besser für ihn wäre“ (Spinoza)*

Behandlungsziel:

In unserem abschließenden Modul 4 geht es darum, wie Sie leichter mit negativen, belastenden Gefühlen und Stress umgehen und Ihr Selbstwertgefühl stärken können. Ungünstige - bei manchen von Ihnen auch traumatisierende - Lebenserfahrungen, können auch langfristig zu einer negativen Bewertung der eigenen Person, einer negativen Weltsicht und ungünstigen gefühlsmäßigen und psychosomatischen Reaktionen führen.

Je stärker eine Emotion ist, desto ausgeprägter sind auch Bewertungen, körperliche Empfindungen und Handlungsdruck, die mit der Emotion einhergehen. In manchen Situationen erleben wir Emotionen so intensiv, dass wir sie nicht aushalten zu können glauben und mit unangemessenem oder ungünstigem Verhalten reagieren. Wir können dann versuchen, diese Gefühle zu unterdrücken oder ihnen im Gegenteil impulsiv freien Lauf lassen. Manche Strategien im Umgang mit solchen Emotionen sind eher problematisch und verhindern Problemlösungen.

Wir können unsere Emotionen beeinflussen und verändern. Das ist aber oft ein längerer Lern- und Übungsprozess, besonders, wenn es um die Änderung alter und unflexibler Muster ungünstiger Strategien geht. Angemessene Strategien der Emotionsregulation, die eher der Problem- oder Konfliktlösung dienen und damit eher wieder zu einer positiven Befindlichkeit führen, können wir erlernen. Dieses Modul wird dazu nicht ausreichen, aber es kann als Wegweiser dienen, wie ein weiterer Weg zu einem besseren Umgang mit Gefühlen aussehen könnte

Thema 1: Was sind Gefühle?

Ein Gefühl ist das Element einer Emotion, das wir persönlich erleben und wahrnehmen können. Gefühle geben dem, was wir wahrnehmen, eine Bedeutung, können unseren physiologischen Zustand verändern, geben unserer Empfindung auch einen Ausdruck und motivieren uns zum Handeln. So dienen Gefühle dem schnellen Erfassen einer Situation und ermöglichen schnelles Handeln. Sie sind daher notwendig zum Erlernen neuen Verhaltens und dienen der besseren Anpassung an unsere soziale und natürliche Umwelt.

Häufig werden unsere Gefühle den **8 Grundgefühlen** zugeordnet:

1. **Ärger/Wut:** z.B. aggressiv, feindselig, Hass, Neid
2. **Angst:** z.B. vorsichtig, hilflos, entmutigt, besorgt, ängstlich, panisch
3. **Ekel:** z.B. Abscheu
4. **Freude:** z.B. fröhlich, stolz, glücklich, gesellig, unbekümmert, zufrieden
5. **Liebe:** z.B. zärtlich, leidenschaftlich, Sympathie, verbunden, Vertrauen
6. **Scham:** z.B. peinlich, schuldig, reuevoll
7. **Traurigkeit:** z.B. unglücklich, betrübt, traurig, einsam, verzweifelt, enttäuscht, deprimiert
8. **Überraschung:** z.B. neugierig, fasziniert, interessiert, verwirrt

Thema 2: Emotionsregulation

Zeichen ungünstiger Strategien zur Gefühlsregulation:

Auf der **körperlichen Ebene** finden wir besonders bei Gefühlen, die uns unangenehm sind, häufig Anzeichen von Stress wie Herzklopfen, Muskelanspannung und schnellen, flachen Atem.

Auf der **gedanklichen (kognitiven) Ebene** finden wir häufig negative Bewertungen der eigenen Person und der Lebenssituation und gedankliches Kreisen um problematische Bereiche, ohne zu einem konstruktiven Ende zu kommen oder Lösungen zu finden („Grübeln“).

Auf der **gefühlsmäßigen (emotionalen) Ebene** treten dann oft Gefühle auf wie Angst, Ärger/Wut, Scham/Schuld, Traurigkeit oder Depressivität (Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Wertlosigkeit) auf. Manche versuchen, diese Gefühle zu unterdrücken, möglichst „nichts“ zu fühlen und diese Gefühle auch nicht nach außen zu zeigen.

Auf der **Verhaltensebene** versuchen dann viele, ungünstige, als zu schwierig erlebte Situationen zu vermeiden. **Suchtverhalten** dient oft der Ablenkung von als unangenehm erlebten Gefühlen oder Gedanken.

Günstigere Strategien zur Gefühlsregulation:

Günstigere Strategien der Gefühlsregulation dienen eher dazu, Lösungen für die auslösenden Lebensprobleme zu finden. Dazu gehört, auch negative Gefühle erst einmal wahrzunehmen und zu akzeptieren, ohne sie negativ zu bewerten. Diese **Akzeptanz** kann helfen, zu einer positiven **Neubewertung** der Problemsituation zu kommen und neuen Lösungen für das Problem zu finden.

Um zu einer besseren Regulierung der Gefühle und des Selbstwerts zu kommen, benötigen wir Fertigkeiten auf der körperlichen Ebene (Muskelspannung, Atem), der kognitiven Ebene (Wahrnehmung, Bewertung) und auf der Verhaltensebene:



Manual für Patienten mit Substanzkonsumstörungen nach belastenden Lebenserfahrungen

Auf der Verhaltensebene wirken sich oft sportliche Aktivitäten (Laufen, Fahrradfahren, Fitness-Übungen) oder Entspannungstechniken positiv aus. Eine andere wichtige Möglichkeit, wieder ins seelische Gleichgewicht zu kommen, ist die Kommunikation mit Menschen, die für Sie unterstützend sind (das Gespräch suchen, Treffen vereinbaren, telefonieren). Oder Sie können sich einfach selbst etwas Gutes tun (aber kein Suchtmittelkonsum oder anderes Suchtverhalten!).

Übung:

1. In welchen Situationen fühle ich mich wohl und sicher?

.....
.....

2. Welche Gefühle möchte ich gern besser in den Griff bekommen?

.....
.....

Welche neuen Ideen für die Regulierung unangenehmer Gefühle nehme ich für mich aus dem Modul 4 mit?

- Bewegung: Spaziergang, Sport, anderes:**
- Entspannung: Musik hören, ein Bad nehmen, anderes:**
- Gefühle wahrnehmen und auch unangenehme Gefühle (zunächst) akzeptieren**
- soziale Unterstützung: jemand anrufen, Treffen vereinbaren, Gespräch suchen mit:**
- Situationen neu bewerten**
- Problemlösung suchen**

Beurteilung Modul 4:

Das Modul 4: „Regulierung von Gefühlen“ war für mich (bitte ankreuzen)

Gar nicht hilfreich	Etwas hilfreich	Sehr hilfreich
---------------------	-----------------	----------------

Das Modul 4: „Regulierung von Gefühlen“ hat mich gedanklich/gefühlsmäßig (bitte ankreuzen)

Gar nicht belastet	Etwas belastet	Sehr belastet
--------------------	----------------	---------------

9.5. Evaluationsbogen: Gesamtprogramm

Name:Datum:

Gesamtbeurteilung alle Module

Bitte beurteilen Sie abschließend noch einmal, wie Sie das gesamte Modul in den letzten 2 Wochen für sich erlebt haben:

- Insgesamt habe ich durch das Modul „Suchterkrankung und traumatisierende Lebenserfahrung“ über den Zusammenhang von meinen belastenden/traumatisierenden Lebenserfahrungen und meinem Suchtverhalten

Nichts lernen können	Nicht viel lernen können	Etwas lernen können	Viel lernen können	Sehr viel lernen können
----------------------	--------------------------	---------------------	--------------------	-------------------------

- Ein Ziel des Moduls „Suchterkrankung und traumatisierende Lebenserfahrung“ war es, Ihnen einen Weg zu zeigen, wie Sie besser mit Ihren Gefühlen umgehen können als zuvor. Dazu habe ich im Modul

Nichts lernen können	Nicht viel lernen können	Etwas lernen können	Viel lernen können	Sehr viel lernen können
----------------------	--------------------------	---------------------	--------------------	-------------------------

- Insgesamt war das Modul „Suchterkrankung und traumatisierende Lebenserfahrung“ für mich

Gar nicht hilfreich	Etwas hilfreich	Sehr hilfreich
---------------------	-----------------	----------------

- Insgesamt hat mich das Modul „Suchterkrankung und traumatisierende Lebenserfahrung“

Gar nicht belastet	Etwas belastet	Sehr belastet
--------------------	----------------	---------------

10. Literatur

1. Barnow S, Reinelt E, Sauer Ch. Emotionsregulation. Springer-Verlag. Berlin, 2016
2. Berking M. Training emotionaler Kompetenzen. Springer-Verlag. Berlin, 2015.
3. Krüger-Gottschalk A, Ehring T, Knaevelsrud Ch, Schäfer I. Deutsche Version der PTSD Checklist für DSM-5 (PCL-5), 2014. www.zep-hh.de/service/diagnostik
4. Lotzin A et al. Schwierigkeiten der Emotionsregulation bei alkoholabhängigen Patienten mit komorbiden posttraumatischen Belastungsstörungen. Suchttherapie 2018;19 :76-87
5. Maercker A. (Hrsg.). Therapie der posttraumatischen Belastungsstörung. Springer-Verlag. Berlin, Heidelberg 1997, 2003.
6. Navajits LM. Posttraumatische Belastungsstörung und Substanzmissbrauch – Das Therapieprogramm „Sicherheit finden“. (deutsch: Schäfer I, Stubenvoll M, Dilling A.) Hogrefe-Verlag. Göttingen, 2009
7. Schauer M, Neuner F, Elbert T. Narrative Exposure Therapy. Hogrefe-Verlag. Göttingen, 2011
8. Semrau P, Odenwald M. Manual zur Trauma-Sucht-Psychoedukationsgruppe TARGET. Unveröffentlichtes Manuskript. Konstanz, Reichenau.
9. Wulff H. Childhood Trauma Questionnaire - Entwicklung einer deutschsprachigen Version und Überprüfung bei psychiatrisch –psychotherapeutisch behandelten Patienten. Dissertation, Universität Lübeck, 2006

11. Traumaspezifische Diagnostische Instrumente

- Childhood Trauma Questionnaire (CTQ): Deutsche Version: Wulff H. (Lübeck, 2016) www.zhb.uni-luebeck.de/epubs/ediss318.pdf , S. 90 - 96
- PTSD Checklist für DSM-5 (PCL-5), Life Event Checklist (LEC-5): Deutsche Version: Zentrum für Psychotraumatologie (ZEP) Hamburg unter: www.zep-hh.de/service/diagnostik
- Heidelberger Fragebogen zur Erfassung von Emotionsregulations-Strategien (H-FERST) in Barnow S (2016), p 10 – 15. oder über: www.psychologie.uni-heidelberg.de/ae/hsa/emotionsregulation_H-FERST.html (Website noch im Aufbau)

12. Beteiligte Mitarbeiter der Tagesklinik Sucht Weissenau

- **Dipl.-Psych. Michael Müller-Mohnssen**, Psychologischer Psychotherapeut, Projektleiter
- **Waltraud Heiserer-Trautmann**, Dipl.-Sozialpädagogin, Therapeutische Leitung der Tagesklinik
- **Renate Guthardt**, Fachkrankenschwester, Pflegerische Leitung der Tagesklinik
- **Dr. Bernhard Widmann**, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Oberarzt
- **Thomas Fritschi**, Facharzt für Nervenheilkunde, Chefarzt der Abteilung Suchterkrankungen
- **Maria Hrabovszki**, Fachkrankenschwester
- **Evelyne Stumpp**, Fachkrankenschwester
- **Oliver Kristandt**, Ergotherapeut und Gestaltungstherapeut
- FSJ-ler, Praktikanten und Schüler
- Und die teilnehmenden Patientinnen und Patienten