

## Integrierte Mitbehandlung komorbider psychischer Erkrankungen

Indikationen laut -Grundkonzept- I.4.2.

### Inhaltsverzeichnis

#### II. Therapie von Doppeldiagnosen und komorbiden Störungen

<b>1. Diagnosenübergreifende Aspekte</b>	<b>3</b>
1.1 Definition, Phänomenologie, Epidemiologie	3
1.2 Versorgung innerhalb stationärer medizinischer Rehabilitation: Integrierte Behandlung	4
1.3 Bedeutung von Motivationsbehandlung, Arbeitsbündnis und Compliance in der Rehabilitation komorbider Störungsbilder	6
1.4 Bedeutung des ICF-Modells in der Rehabilitation komorbider Störungsbilder	10
1.5 Behandlungsprinzipien der integrierten Mitbehandlung komorbider Störungsbilder	12
1.5.1 Umfassende ICF-geleitete Diagnostik	13
1.5.2 Psychopharmakotherapie	13
1.5.3 Gewichtung der Einzelpsychotherapie	13
1.5.4 Indikative Kleingruppentherapie	14
1.5.5 Containingzentrierte Intakephase	15
1.5.6 Mobilisierung, Automatismenaufbau und Alltagsbewältigung	16
1.5.7 Psychoedukation für den Patienten	17
1.5.8 Psychoedukation für die Angehörigen	18
1.5.9 Skillsaufbau und Fertigkeitentraining	19
1.5.10 Milieuthherapie und strukturelle Stabilität des Behandlungsmilieus	21
1.5.11 Arbeitstherapie, Kreativität, Sporttherapie und Erlebnispädagogik	24
1.5.12 Sicherung der akutmedizinischen Versorgung	25

1.5.13	Sozialdienst und Casemanagement	26
1.5.14	Ganztägig ambulante Behandlung	27
<b>2.</b>	<b>Diagnosespezifische Rehabilitationsleistungen</b>	<b>29</b>
<b>2.1</b>	<b>Schizophreniespektrische -substanzinduzierte- psychotische Störungen</b>	<b>31</b>
2.1.1	Vorgehensweise des mehrdimensionalen u. multimodalen Diagnostikprozesses	32
2.1.2	Spezifische psychopharmakologische Therapie	33
2.1.3	Schwerpunkte der Psychoedukation in Verbindung mit den Angehörigen	34
2.1.4	Foci und Inhalte von kognitiver Einzel- und Gruppenpsychotherapie	37
2.1.5	Ausgestaltung von Skillstraining und Training sozialer Fertigkeiten	40
2.1.6	Matrix Symptombild und Therapieangebot	42
<b>2.2</b>	<b>Hyperkinetisches Syndrom und instabile Störungen</b>	<b>43</b>
2.2.1	Die spezifische multidimensionale Diagnostik umfasst folgende Untersuchungsinhalte und Instrumentarien	44
2.2.2	Erwägung einer spezifischen psychopharmakologischen Therapie bei hyperkinetischen Störungen	45
2.2.3	Foci und Inhalte von kognitiver Einzel- und Gruppenpsychotherapie	46
2.2.4	Schwerpunkte der Psychoedukation in Verbindung mit den Angehörigen	47
2.2.5	Ausgestaltung von Skillstraining und Training sozialer Fertigkeiten	50
2.2.6	Matrix Symptombild und Therapieangebot	51

Quellen: siehe Basiskonzept - I. -

Kopien -auch auszugsweise- oder anderweitige Verbreitung ist nur mit ausdrücklicher Zustimmung des Autors zulässig.

Verfasser des Rehabilitationskonzeptes:  
© Georg Mirus  
Dipl. Sozialpäd. Dipl. Psychologe (Univ.)  
Psychotherapeut  
Gesamt- u. psychotherapeutischer Leiter

## II. Therapie von Doppeldiagnosen und komorbiden Störungen

### 1. Diagnoseübergreifende Aspekte

#### 1.1 Definition, Phänomenologie, Epidemiologie

Im Gebiet der Abhängigkeitserkrankungen bezeichnet der Begriff ‚komorbide Störung‘ das gemeinsame Auftreten eines (in der Regel) substanzbezogenen Abhängigkeitssyndroms und mindestens einer weiteren psychischen Erkrankung. Die Begrifflichkeit an sich, trifft dabei natürlich keinerlei Aussage über Ausprägung, Form, Art der Störung oder etwa Kausalzusammenhänge. Im Grundsatz umfasst der Begriff der ‚komorbiden Störung‘ zwei klinisch relevante Phänomene:

Zum einen sind darunter psychopathologische Belastungen zu verstehen, die im Zuge oder Folge des Abhängigkeitssyndroms entstehen und bei denen, bei erfolgreicher Therapie der Abhängigkeitserkrankung und anhaltender Abstinenz, eine durchaus stabile (Teil-) Remission erwartet werden kann. So werden z.B. durch den Substanzkonsum bedingte, auftretende (schizophreniespektrische) psychotische Episoden als substanzinduzierte Psychosen klassifiziert. Zugrunde liegt hierbei die Hypothese, dass das Auftreten der psychotischen Symptome durch den bestehenden Substanzkonsum, wie etwa bei Halluzinogen-, Cannabinoid- Amphetamin- oder Kokainexposition, bedingt oder ausgelöst wird (Exacerbationsmodell).

Zum anderen umfasst die Begrifflichkeit ein Krankheitsbild, das sich durch mindestens eine bereits primär bestehende psychische Erkrankung und im Verlauf eine hinzutretende pathologische Substanzstörung charakterisiert, die bei einem durchaus unter ätiologischer Perspektive anzunehmenden common pathway (z.B. bei Schizophrenie eine mesolimbisch-kortikale dopaminerge Dysfunktion), ein eigenes interindividuell sehr variables und inhomogenes Krankheitsbild ausprägt und auch unter betäubungsmittelabstinenten Lebensbedingungen in, zumindest, Residuen fortbesteht und damit auch u. U. behandlungsbedürftig bleibt. Am Beispiel von schizophreniespektrischen Erkrankungen kann sich das derart charakterisieren, dass Menschen unter Betäubungsmittel, im Sinne einer Selbstmedikation, eine Verringerung der psychotischen Symptomatik, d.h. damit konditionale Verstärkung erfahren (Enhancement Modell). Zudem kann bei Patienten mit diesen Krankheitsbildern auch eine erhöhte Vulnerabilität, -oder ‚Anfälligkeit‘- für den Konsum psychotroper Substanzen bestehen (Sensitivity Modell). Dieses Störungsspektrum wird gegenwärtig unter der Bezeichnung ‚Doppeldiagnose‘ zusammengefasst.

Die Interaktion und das Zusammenwirken einer oder mehrerer psychischer Erkrankungen prägen ein ganz eigenes Krankheitsbild mit erheblicher klinisch-phänomenologischer Variabilität aus, charakterisiert durch spezifische Symptom-, Syndrom- und Verlaufsbilder in überzufällig häufig schwerer Ausprägung. Gemeinsam ist diesen Krankheitsbildern ein mehrjähriger Verlauf mit großteils erheblicher Symptombelastung, gravierenden Auswirkungen auf die Aktivitäten des Alltags, deutlich reduziertem Funktionsniveau, weitreichenden sozialem Dropout und dem tiefgreifenden Verlust von Partizipation und

Teilhabe sogar bis hin zur Nichtsesshaftigkeit. Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen verbunden mit einhergehender komorbider Belastung müssen damit -konsonant zu allen relevanten Studien- als schwere psychische Erkrankung gelten, wie auch durch die ‚Leitlinie für psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen‘ (AWMF-038/020, 2012) definiert.

Ein Blick auf die Epidemiologie zeigt einen Umfang dieser Patientengruppe von 30% bei Metastudien, bis zu 50% in klinische Stichproben (Max Plank Institut München 2007) an. Um nur einzelne bedeutsame Aspekte hier beispielhaft anzuführen: Menschen mit schizophreniespektrischen Erkrankungen weisen einen sechsmal höheren Konsum von Betäubungsmitteln (Hype bei Cannabinoiden) auf (Gouzoulis-Mayfrank LVR Köln 2007), vermutlich könnte dabei nahezu jede zehnte Erkrankung an Schizophrenie auf den Konsum von Cannabinoiden zurückgehen. Bei Frauen mit vorliegenden Komplextraumafolgestörungen muss ein damit einhergehender pathologischer Substanzkonsum größer 70% angenommen werden. Betrachtet man darüber hinaus die rasant zunehmende Anzahl von Amphetamin- und Methamphetaminkonsumenten, den sowohl von Prävalenz wie Wirkstoffkonzentration ansteigenden Konsum von Cannabinoiden (und gerade in Kombination mit Alkohol) sowie die sich auf dem Vormarsch befindlichen aggressiven Substanzen der chemical researches wie Ethyl- Methylphenidate oder MDPV dann erscheint die Hypothese durchaus begründet, dass diese von Abhängigkeitserkrankung und erheblichen komorbiden Störungsbild betroffene Patientengruppe auch in Zukunft epidemiologisch ansteigen wird.

## **1.2 Versorgung innerhalb stationärer medizinischer Rehabilitation: Integrierte Behandlung**

Will man nun, auf der Basis obiger Erkenntnisse, die beschriebene Personengruppe mit schweren psychischen Erkrankungen eben nicht der sukzessiven Versandung, der drohenden Verelendung und der gesellschaftlichen Randständigkeit oder Isolation -schon im jungen Lebensalter- preisgeben, sondern über Aufbau und Förderung eines weitgehend selbstbestimmten Lebensvollzugs (Empowermentansätze), Partizipation und Teilhabe ein gesellschaftlich integriertes Leben ermöglichen, so sind hierzu stationäre medizinische Rehabilitationsleistungen dringend geboten. Diese hat insbesondere zum Ziel, dem Patienten eine wichtige, sein Selbstwertgefühl stabilisierende, Erfahrung zu ermöglichen, den Lebensunterhalt weitgehend aus eigener Ressource bestreiten zu können und letztlich von Sozialhilfe oder anderen existenzsichernden Leistungen unabhängig zu werden (Grundsatz: Rehabilitation vor Berentung). Zur Erreichung dieses Ziels ist eine ressourcenorientierte und -fördernde Herangehensweise an vorhandene sowie noch zu entwickelnden oder aufzubauenden Arbeitsfähigkeiten (spezifisch wie unspezifisch) von ausschlaggebender Bedeutung, genauso wie ein individuelles Heranführen an die Arbeitswelt, Ausloten von erreichbaren Ausbildungs- oder Qualifikationsmöglichkeiten und der kontinuierlich angelegten Verbesserung von beruflicher oder arbeitsbezogener Belastbarkeit. Im Zusammenwirken der verschiedenen angebotenen Rehabilitationselemente und -leistungen können nachhaltig Berufs- oder Ausbildungschancen erhöht und somit eine wichtige Voraussetzung zu Teilhabe und Partizipation geschaffen werden.

Für die rehabilitatorische Versorgung dieser Krankheitsbilder ergeben sich spezifische Anforderungen in Hinblick auf psychologisch/medizinisch-psychiatrische Untersuchungen, Diagnosenbildung, Behandlungsplanung und -strategie, Ausgestaltung individueller Behandlungsmilieus sowie den konkret therapeutischen Leistungen der Rehabilitationsbehandlung bis hin zur Erarbeitung einer adäquaten Weiterbehandlungsperspektive.

In der Fachklinik Tauwetter wird diesen Behandlungserfordernissen durch eine integrierte Mitbehandlung des komorbiden Störungsbildes, auch diagnoseübergreifend, Rechnung getragen. Die Strategie der integrierten Mitbehandlung erscheint doch bei allen relevanten Studien einer sequentiellen und parallelen Behandlungsstrategie überlegen. Integrierte Mitbehandlung bedeutet dabei in der Fachklinik, dass die umfassende Behandlung des klinisch-therapeutisch relevanten Phänomens in einem Behandlungsmilieu stattfindet und die mehrdimensionalen Behandlungsbedürfnisse der komorbiden Patienten durch ein spezialisiertes Behandlungsteam erkannt und darauf therapeutisch eingegangen wird.

Die integrierte Mitbehandlung komorbider Störungsbilder bedeutet also nicht wie oft verkürzt ausgedrückt eine ‚Therapie aus einer Hand‘ sondern vielmehr eine umfassende Behandlung durch viele, auf die Schwere der psychischen Erkrankung eingestellte ‚spezialisierte Hände‘ die in interdisziplinärer Qualität im Sinne des biopsychosozialen Krankheitsmodells zusammen wirken.

Auf der Ebene konkret therapeutischer Leistungen bildet sich dies in der Fachklinik Tauwetter wie folgt ab:

- Abgestimmte Aufnahmesituation, die auf initiale Ängste und Vermeidungsimpulse beruhigend und auf ambivalente Behandlungsbereitschaft stabilisierend wirkt, begrenzte Möglichkeiten der Reizverarbeitung berücksichtigt und Problemen im Holding des Patienten mit Transparenz sowie adäquater Bindungsintensität begegnet.
- Aktivierung der Haltekräfte unter Nutzung des multipersonalen Beziehungsraumes und die Schaffung eines günstigen Behandlungsmilieus mit dem Ziel den Patienten weitgehend zu stabilisieren, für die Rehabilitationsbehandlung zu motivieren und im Behandlungskontext zu halten.
- Traditionell therapeutische Zugangsweisen der ‚Suchttherapie‘ (eher aufdeckend, konfrontativ, gruppenbezogen) werden in Hinblick auf die Einschränkungen des Patienten mit empathischen, supportiven, entlastenden, motivierenden und stressreduzierenden Behandlungsstilen modifiziert gestaltet, situationsangepasst gewichtet und abgestimmt.
- Spezifische, auf die Verwobenheit und Interaktion von Abhängigkeitserkrankung und komorbiden Störungsbild ausgelegte Therapieelemente werden mit Blick auf die klinisch-therapeutisch relevanten Dimensionen individuell geplant, aufeinander bezogen und sind miteinander verzahnt. Eine besondere Bedeutung bekommt dabei die Partizipation des Patienten an seinem Behandlungsprozess zu. Er wird bei der kontinuierlichen Erarbeitung und Herausbildung von realistischen Behandlungszielen und -schritten als aktiver Partner angesehen. (siehe I.4.5.)
- Für akutbehandlungspflichtige Rezidive, erneuten Betäubungsmittelkonsum, adäquate poststationäre Weiterbehandlung, Zugang zu niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten werden für die Behandlung dieser Patientengruppe verlässliche Kooperationen vorgehalten. (siehe II.1.5.12)

Diese Behandlungsbedingungen sind darauf ausgerichtet, einen Dropout aus dem Behandlungsmilieu zu vermeiden, erforderliche Akutversorgungen oder weitere stationäre Aufenthalte zu reduzieren, Betäubungsmittelabstinenz nachhaltig zu stabilisieren und eine soziale Integration und Partizipation zu befördern.

### **1.3 Bedeutung von Motivationsbehandlung, Arbeitsbündnis und Compliance in der Rehabilitation komorbider Störungsbilder**

Für jeden Kliniker ist die Erkenntnis, dass die Motivation eines Patienten zur Rehabilitationsbehandlung keine selbstverständliche Gegebenheit darstellen kann, evident. Sie kann eben nicht einmal (z. B. vor Zuweisung) sozusagen erarbeitet werden und bleibt dann konsistent erhalten. Vielmehr ist gerade die Motivationslage schwerer psychisch kranker Menschen zur Behandlung hoch ambivalent, oftmals labil, die Bündnisfähigkeit ist oftmals eingeschränkt und brüchig. Behandlungsmotivation und Behandlungsbereitschaft hängen zudem von einer Vielzahl von Faktoren ab, wie z. B.: Qualität der therapeutischen Allianz, Transparenz und Grad der Einwilligung in das Behandlungsmodell, Aufbau von Krankheitseinsicht und Problemzugang, Entwicklung eines Krankheitsmodells, Nutzen des Btm-Konsums in Relation zu den ‚Kosten‘ beabsichtigter Veränderung u. ä..

In der Versorgung dieser Patientengruppe kommt gerade die Qualität der therapeutischen Beziehung besonderer Bedeutung zu. Sie ist stets darauf ausgelegt ein stabiles Arbeitsbündnis zu erarbeiten, aufrechtzuhalten und Patienten zu ermöglichen auch in Krisen und Phasen hoher Instabilität darin zu verbleiben und zu ankern. Eine hohe Kohäsion, Vermittlung von Verbindlich- und Verlässlichkeit, ein Ort der Sicherheit und des Schutzes sind zu den Basisvariablen des Behandlungsbündnisses hoch bedeutsam. Es ist immer geleitet von der Erkenntnis, dass eine stets stabilisierende und nachgehende Qualität eines Behandlungsbündnisses nicht nur eine wichtige Voraussetzung für weiterführende therapeutische Maßnahmen darstellt sondern auch, für sich genommen, ein zentrales therapeutisches Agens darstellt. Um es nochmal zu verdeutlichen: im Bild einer ökonomischen Relation, darf der durch die Bündnisqualität erworbene ‚Beziehungskredit‘ des Therapeuten nie durch konfrontierende, begrenzende, aversive oder schwer annehmbarer Interventionen vollständig abgeschmolzen werden (Sachse, 2001), wenn der Patient im Behandlungsbündnis verbleiben soll. Gerade mit Hinblick auf die oft immensen Risiken, die für Patienten durch eine irreguläre Behandlungsbeendigung entstehen, wird die hohe Relevanz dieses Aspektes deutlich.

Befördert wird diese therapeutische Haltung durch ein in der Kapazität überschaubares Behandlungsmilieu. Ebenso auch durch eine systematisch angelegte Kontrolle der therapeutischen Beziehungs- und Bündnisqualität durch engmaschige (in der Regel tgl.) kontinuierliche Supervision von ltd. Arzt und ltd. Psychologen.

Für eine ausreichende Stabilisierung und Motivierung des Patienten nicht weniger bedeutsam wie das therapeutische Bündnis ist eine, über die gesamte Behandlungsdauer hinweg angelegte Motivationsbehandlung. Wie einführend dargestellt ist die Behandlungs-

motivation nicht als eine Voraussetzung oder gar etwas Lineares zu verstehen, sondern weißt eine Schwankungsbreite bedingt durch von Krankheitstiefe und Behandlungsprozess, aktuell anstehenden Therapiethemen und Abwehrdynamik, Grad der Betäubungsmitteldistanzierung und Handling von Auslösereizen und -situationen, Selbstmanagement- und Regulationsfähigkeiten und vielem mehr auf. Motivationale Schwierigkeiten in der Rehabilitationsbehandlung gehen häufig auf Krankheitsabwehr und unzureichende Krankheitsverarbeitung zurück und führen zu verringerter Aktivität (oder gar Verweigerung), unterstützen Ich-syntone Verarbeitung, und reduzieren den Partizipationsgrad am Behandlungsprozess erheblich. Die klinische Erfahrung zeigt, verschiedene motivationale Zustände können immer wieder, auch wiederholt, zu unterschiedlichen Zeitpunkten im Behandlungsgeschehen auftreten. Genau deshalb erfordern sie unsere hohe therapeutische Aufmerksamkeit und die gezielte Intervention des Behandlungsteams.

Für die therapeutische Operationalisierung sowie als Richtlinie für eine abgestimmte Interventionsplanung in Hinblick auf unsere, die gesamte Rehabilitation begleitende Motivationsbehandlung bietet sich hier das transtheoretische Modell nach Prochaska&DiClemente an: Jede Stufe ist hierin durch unterschiedliche motivationspsychologische Zustände mit entsprechenden emotionalen, kognitiven und behavioralen Merkmalen charakterisiert. Dementsprechend sind für die jeweiligen Phasen auch daraufhin angepasste Foci und Interventionen ableitbar, durch die Patienten in den unterschiedlichen motivationalen Stadien therapeutisch in stabilisierender oder festigender Art und Weise beeinflusst werden und von einer Motivationsbehandlung profitieren können.

Folgende Foci und Inhalte stehen in unserer kontinuierlich angelegten Motivationsbehandlung mit Blick auf die verschiedenen motivationalen Stadien im Vordergrund:

Precontemplation: -häufig bei Aufnahme mit stark extrinsischer Motivationslage, hoher juristischer Strafandrohung oder auch unmittelbar nach Rückfällen-

- Abwehr bedeutet auch therapeutische Herausforderung, einen möglichen Zugang zu finden
- Beziehungskontinuität auch bei „dünnem Eis“
- „roll with resistance“ (MI)
- Keine Missionierung und Schreckgespenster
- Stand by for emergency (**Noteingang**)
- Krankheitsinformation und psychoedukativer Support für Angehörige
- Problemeinsicht fördernder Umgang mit sekundären Suchtfolgen

Contemplation: -Wagnis und Bilanzierung-

- Stabilisierung der Bindung
- Aufbau von Haltekräften
- Bildung der therapeutischen Allianz
- Aufbau von Introspektion
- Beeinflussung der Ambivalenz zugunsten des Verbleibs im Behandlungsmilieu
- Bilanzierungsprozess mittels Bewertung negativer Konsumfolgen und zu erwartender Vorteile einer Behandlung

Action: -Verstärkende Erfahrung der Betäubungsmittelfreiheit-

- Förderung und Aufbau eigeninitiativer, selbstverantwortlicher Betäubungsmitteldistanzierung
- Ermöglichung, Beförderung von Visionen und Zielvorstellungen
- Stabilere Übertragungsqualitäten
- Compliance in einen weiterführenden Psychotherapieprozess
- Aufarbeitung lebensgeschichtlicher Zusammenhänge zum Betäubungsmittelkonsum
- Zugang zur Funktion des Betäubungsmittelkonsums
- Kompetenzaufbau
- Stärkung der Selbstwirksamkeit
- Verstärkende Dynamik des Skillseinsatzes
- Förderung von Verantwortlichkeit im Behandlungsmilieu
- Positive Bewertung des Veränderungsprozesses

Maintenance: -Zurückgewinnung positiver Kontroll- und Beziehungserfahrungen als identitätsstiftende Faktoren-

- Resilienzstärkung
- Deutliche Zunahme an Außenorientierung
- Erproben drogenfreier protektiver Sozialkontakte
- Förderung positiver Bewertungen des eigenen Wachstumsprozesses bzw. der Ressourcenzunahme
- Unterstützung der Entscheidung zur Fortführung der Betäubungsmittelabstinenz
- Aufbau positiver Konnotation zu integriertem und selbstverantwortlichem Lebensvollzug
- Motivation zu Erfolg: Klärung von Zielen, Teilschritten, Zeitspanne, Umsetzung
- Repertoire zur Vermeidung von Rückfälligkeit
- Aufbau von Problemlösefähigkeiten und Krisenbewältigung
- Gesicherte Weiterbehandlung

Relaps: -ein nach Abstinenzphase erneuter Betäubungsmittelkonsum stellt eine Herausforderung für alle Beteiligten dar-

- Ggf. Einleitung von Akutversorgung
- Einsetzen bestehender therapeutischer Bindung
- Entkatastrophisieren des Rückfallgeschehens
- Intensive Analyse der Rückfalldynamik
- Therapeutische Wachsamkeit und Kontakt
- Zeitnahe Vorstellung in der Rehabilitationsplanung
- Ggf. Angebot der Aufnahme in Stabilisierungsbehandlung
- Unterstützung der Angehörigen durch Auffrischung diesbezüglichem in der Psychoedukation Erlernten

Von hoher Bedeutung für einen gelingenden Rehabilitationsverlauf und ein nachhaltiges Rehabilitationsergebnis ist die Einwilligung des Patienten in therapeutische Maßnahmen, Vereinbarungen, Verschreibungen, Verordnungen etc. Diese Einwilligung und die Bereitschaft zur aktiven Mitgestaltung seiner Behandlung stellen wichtige Prädiktoren für

einen Behandlungserfolg dar. Besonders bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen ist die Frage nach therapeutischen Möglichkeiten zu Aufbau und Verbesserung der Compliance relevant, denn gerade bei langjährigen und schweren Verläufen ist die Compliance oftmals auf Grund vorangegangener Therapiemisserfolge, beeinträchtigter Auffassungsgabe oder Merkfähigkeit, syndromal bedingter Limitierungen, wie geringer Leidensdruck (Profit der Betäubungsmittelwirkung) oder starkem Betäubungsmittelverlangen, herabgesetzt. Auch die einschneidenden Verhaltensänderungen die eine Behandlung erfordert, Angst und ‚Mythen‘ in Hinblick auf Medikation oder antizipierten Nebenwirkungen stellen hierbei ebenso Compliance erschwerende Faktoren dar. Die Konsequenzen hieraus zeigen sich in reduzierter Absprache- und Bündnisfähigkeit, Ablehnung der Behandlung als Ganzes oder einzelner wichtiger Elemente mit der Folge eines erhöhten Komplikationsrisikos, möglicherweise sogar Krankheitsverschlechterung und hierüber wiederum die Gefahr eines erneuten Behandlungsabbruches oder Therapiemisserfolges. Diesem therapieschädlichen Circulus wird in der Fachklinik durch spezielle auf Complianceprobleme abgestimmte Interventionen begegnet:

Ein partnerschaftlich-integrativer Behandlungsstil, durch Wertschätzung und Förderung von Selbstbestimmung sowie von Achtung vor der Autonomie des Patienten geprägt, ist Grundvoraussetzung für den Aufbau einer guten Compliance.

Complianceproblem	Strategie
Defizite in der Wahrnehmung der Symptomatik	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Aufbau von Interozeption</li> <li>◦ Wahrnehmungsübungen für körperinterne Vorgänge</li> <li>◦ Förderung von Introspektion</li> <li>◦ Symptomwahrnehmung und -erleben Ichsyn -dystonie und soziale Auswirkungen</li> </ul>
Informationsdefizite bezüglich Erkrankung und Behandlung	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Ausführliche Diagnoseaufklärung und -besprechung</li> <li>◦ Patient als Co-Diagnostiker</li> <li>◦ Wissensvermittlung – ärztliche und psychologische Aufklärung und Patientenschulungen</li> </ul>
Unangemessenes oder fehlendes individuelles Krankheitskonzept	Kognitive Therapie: <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Aufbau eines Krankheitsverständnisses</li> <li>◦ Disputing ungünstiger Überzeugungen und Erarbeitung neuer Sichtweisen und Erkennen von Verhaltensweisen, die den Krankheitsverlauf vertiefen</li> </ul>
Zweifel an Therapiezielen, Erfordernissen, Behandlungserfolg und negativen Konsequenzen bei Nichtbehandlung	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Arbeit an Krankheits- und Behandlungsabwehr</li> <li>◦ Intensivierte Patientenaufklärung</li> <li>◦ Gemeinsame Erarbeitung und Entscheidung des Therapieplanes</li> <li>◦ Verschriftlichung von Vereinbarungen, Anleitungen</li> </ul>
Fehlende Selbstwirksamkeitserwartung	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Spezifische kognitive Therapiestrategien zum Aufbau von self efficiency</li> <li>◦ Vermittlung von Selbstmanagementmethoden</li> <li>◦ Hoffnung geben</li> </ul>

#### 1.4 Bedeutung des ICF-Modells in der Rehabilitation komorbider Störungsbilder

Wie bereits im Basiskonzept unter **1.4.1. und 1.4.3.** ausführlich dargestellt, ist für die medizinische Rehabilitationsbehandlung das Bio-Psycho-Soziale Krankheitsmodell von hoher Relevanz. Es geht dabei nicht nur um den Einsatz der daraus abgeleiteten Klassifikation (ICF) sondern weit darüber hinaus um eine diagnostische **und** therapeutische Haltung, die für den gesamten Rehabilitationsprozess handlungsleitend ist. Die ICF legt dem Anwender den Blick auf die ‚realen‘ Lebensbedingungen des Patienten nahe, im steten Bemühen diese in allen relevanten Lebensbereichen möglichst vollumfänglich abzubilden. Das bedeutet, wie im Basiskonzept dargestellt, eine im Rehabilitationsprozess notwendigerweise querschnittlich angelegte Handhabung des ICF:

ICF-geleitete Diagnostik, aktive Partizipation des Patienten bei Therapiezielfindung, -modifizierung und -evaluation, interdisziplinäre Rehabilitationsplanung, individuelle und indikative Ausgestaltung des Behandlungsmilieus und vieles mehr (siehe auch 1.4.5.).

All diesen Bemühungen liegt die Erkenntnis zu Grunde, dass alleine aus der nosologisch orientierten Klassifikation (ICD/DSM) keine ausreichende Aussage dahingehend abgeleitet werden kann, welche Maßnahmen zu einer möglichst weitreichenden Verbesserung der Lebensqualität des Patienten erforderlich werden. Unter Verbesserung der Lebensqualität ist im Sinne des ICF (auch gesetzlich verankert) die Partizipation und Teilhabe am gesellschaftlichen und sozialen Leben zu verstehen, auch unter Nutzbarmachung der hier vorhandenen Ressourcen oder Kulturgüter. Klinisch-therapeutisch relevante Aussagen darüber, welche Behandlungsziele diesbezüglich nun gebildet werden und auf welche Art und Weise diese im Rehabilitationsprozess erreicht werden können, gelingen nur dann, wenn sich der therapeutische Blick von einer Krankheitsattribution des Individuums (ICD) hin zum Attribut einer beeinträchtigten Person-Umwelt-Interdependenz (ICF) weitet.

Bei Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen und komorbiden Störungen, insbesondere auch bei psychotischen Störungen, wird deutlich, wie stark der Zusammenhang von Krankheitsverlauf einerseits und sozialem Drift, gesellschaftlicher Isolation und weitreichender Atrophie der individuellen Lebenswelt andererseits, ausgeprägt ist.

Menschen mit beschriebenen Krankheitsentwicklungen weisen somit weitreichende und tiefgreifende Folgen und Auswirkungen auf allen Dimensionen des ICF auf, auf Organsystemebene (körperliche Funktionen(b) und Strukturen(s)), personaler Ebene (Aktivity(a)) hier auch besonders in Hinblick auf Leistungsfähigkeit und Leistung und sozialer Ebene (Teilhabe(p)), bei einer Häufung der Barriere- und wenigen günstigen Faktoren in den Kontextfaktoren(e).

Um dieser Krankheitsdynamik entgegenzuwirken, den Grad der funktionalen Gesundheit zu verbessern, Krankheitsfolgen auszugleichen und die Lebensqualität nachhaltig zu verbessern werden in der Fachklinik Tauwetter diagnoseübergreifend -in Hinblick auf eine ICF-geleitete Rehabilitationsbehandlung- folgende Aspekte besonders gewichtet:

- Kenntnis über Krankheit und Behandlung, Motivation zu und Einwilligung in die Therapie, Aufbau von stabiler Medikationscompliance und Vertrauen in das

Behandlungsbündnis stellen zentrale Prädiktoren in Hinblick auf das Reha-Ergebnis dar. Alle Rehadisziplinen erkennen diese Priorität an und bieten diesbezügliche therapeutische Leistungen redundant und ineinander verzahnt an.

- Das Erleben von Selbstwirksamkeit und das hierüber sukzessive aufgebaute Vertrauen in das eigene Handeln stellt die Voraussetzung für eine selbstbestimmte Lebensführung dar. Darüber hinaus besteht eine nachhaltige Stabilisierung von Selbstwerterleben und positivem Selbstkonzept durch die kontinuierliche Erfahrung seinen Lebensunterhalt aus eigener Ressource und Möglichkeit bestreiten zu können. Deshalb kommen nachhaltig erworbenen Arbeitsfähigkeiten sowie trainierten Alltagsfähigkeiten zum Aufrechterhalten-können einer möglichst eigeninitiativen und unabhängigen Lebensführung eine Schlüsselqualität für Inklusion und Partizipation psychisch kranker Menschen zu.
- Die soziale Dimension der Erkrankung ist insbesondere unter Teilhabeaspekten bedeutsam. Soziale Hürden und Barrieren werden erkannt und möglichst abgebaut, Entwicklungsbedürfnisse des Patienten in Hinblick auf soziale Fähigkeiten, Kommunikation und Konfliktbewältigung systematisch trainiert und der soziale Entlassraum frühzeitig geplant und vorbereitet.
- Kontinuierliche Mobilisierung, Systematisches Training von Alltagsbewältigung und der Aufbau von Automatismen und Routinen, die Aktivierung zu Elaboration und Bereicherungen des Erlebens durch Sport, Kunst, Kultur und Natur helfen die Krankheitsfolgen auszugleichen.
- Der für Abhängigkeitserkrankungen empirisch entwickelte ICF-coreset erfährt -um das Risiko der inadäquaten Selektion auszuschließen- immer eine individuelle Erweiterung in Hinblick auf das komorbide Störungsbild. Die ICF-geleitete Rehabilitationsplanung bezieht sich in besonderer Weise auf das Krankheitsgeschehen indem spezifische, auf das komorbide Störungsbild ausgelegte, Rehabilitationsleistungen durch alle Disziplinen der Fachklinik gleichermaßen und auf einander abgestimmt erfolgen. Evaluation und Modifikation von Behandlungszielen erfolgen regelmäßig und zeitnah. Stabilität und Compliance im Behandlungsbündnis unterliegen der täglichen Einschätzung.
- Die Entlassungssituation des Patienten ist auf eine nachhaltige Sicherung des Rehabilitationsergebnisses hin ausgerichtet. Hierunter ist zu verstehen: Förderung und Aufrechterhaltung eines selbstbestimmten Lebensvollzugs, Arbeit und Tagesstruktur, fortschreitende soziale Reintegration und verbesserte Partizipation, die Weiterführung medizinischer-psychotherapeutischer Behandlungserfordernisse (z.B. Medikation, Skillstraining), Zugang zur Akut- oder Krisenversorgung. Diese Erfordernisse werden über den Behandlungsverbund des SKM-Köln und die kooperativen Partner realisiert.

## 1.5 Behandlungsprinzipien der integrierten Mitbehandlung komorbider Störungsbilder

Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen und einer oder mehreren psychischen Erkrankungen (Doppeldiagnosen, Komorbidität) blicken in der Regel auf langjährige Krankheitsentwicklungen und -verläufe zurück, leben mit erheblicher Symptombelastung und weisen vielschichtige Beeinträchtigungen und Limitierungen auf. Insbesondere zeigt sich das Funktionsniveau dieser Patienten oftmals kritisch herabgesetzt, sie erleiden einen - hin bis zu Arbeitslosigkeit und Obdachlosigkeit- weitreichenden sozialen und gesellschaftlichen Dropout und sie haben oft umfangreiche und wechselhafte Erfahrungen mit dem Hilfe- und Versorgungssystem.

Diese hohe Ausprägung des Krankheitsgeschehens erfordert selbstredend eine dementsprechend mehrdimensional angelegte und auch intensive therapeutische Betreuung des Patienten. Jedes Krankheitsgeschehen weist ja bekanntlich eine oszillierende Qualität auf, deswegen müssen auch alle therapeutischen Leistungen der unterschiedlichen Rehabilitationsdisziplinen stets an die aktuelle Behandlungssituation adaptiert und abgestimmt sein. Das betrifft Stil und Ausgestaltung des Behandlungsbündnisses genauso, wie angepasste Therapiezielplanung, Reizreduzierung, Maß der therapeutischen Anforderungen in den Funktionsbereichen oder Außenorientierung und Aufbau von sozialen Kontakten. Jedes therapeutische Bemühen in der Fachklinik erarbeitet und berücksichtigt dabei die interagierenden Besonderheiten der vorgefundenen Krankheitsbilder. Die angezeigten und in der Rehabilitationsplanung vereinbarten Therapieleistungen der Fachklinik entsprechen stets der vorgefundenen Vielschichtigkeit der klinisch relevanten Problemlagen in Anpassung an die aktuellen Behandlungsbedürfnisse des Patienten.

Die in der Fachklinik Tauwetter zur Anwendung kommenden Behandlungselemente werden nachfolgend diagnoseübergreifend dargestellt und korrespondieren mit den AWMF-Leitlinien zur Behandlung von

- Psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (1)
- Psychischen und Verhaltensstörungen durch Kokain, Amphetamine, Ecstasy und Halluzinogene (S2)
- Cannabis-bezogene Störungen (S2)
- Schizophrenie, Langfassung (S3)
- Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (1)
- Posttraumatische Belastungsstörung, Langfassung (S3)
- ADHS im Erwachsenenalter (1)
- Hyperkinetische Störungen (S1)
- Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (S3)

sowie den daraus ableitbaren klinischen Konsenspunkten.

Die in der Behandlung zum Tragen kommenden diagnosespezifischen Behandlungselemente werden unter Punkt II. 2. ‚Diagnosespezifische Rehabilitationsleistungen‘ detailliert dargelegt.

### **1.5.1 Umfassende ICF-geleitete Diagnostik**

Die Diagnostik des komorbiden Störungsbildes erfolgt mehrdimensional und multimodal. Sie erfasst gleichermaßen die suchtspezifischen Aspekte wie die der weiteren Krankheitsbilder als auch deren Verwobenheit und Interaktion. Sie ist ICF-geleitet, im Bestreben eine möglichst weitreichende und valide Abbildung der realen Lebensbedingungen, insbesondere der strukturellen und funktionalen Folgen des gesamten Krankheitsbildes zu erzielen. Sie erfolgt stets nach den unter I.4.7.2 ‚Rehabilitationsdiagnostik‘ dargestellten Prinzipien des Diagnostikprozesses auf allen disziplinären Ebenen der Fachklinik. Die dargelegte umfassende Diagnostik ist status- wie änderungssensitiv ausgelegt und ist die verbindliche, handlungsleitende Grundlage der ICF-Rehabilitationsplanung und damit einjeder therapeutischen Aktivität.

### **1.5.2 Psychopharmakotherapie**

Die psychopharmakologische Therapie erfolgt in Hinblick auf die Erfordernisse der Abhängigkeitserkrankung und des komorbiden Störungsbildes gleichermaßen, unter Berücksichtigung der spezifischen Dynamik der Wechselwirkung und ist als hohe suchtmmedizinische Herausforderung anzusehen. Sie ist stets an den definierten Therapiezielen der Rehabilitationsbehandlung ausgerichtet, und kann als Erhaltungstherapie angelegt sein, wie auch die initiale Behandlungsphase unterstützend oder stabilisierend in Krisensituationen. Die gezielte pharmakologische Therapie wirkt sich förderlich auf die Compliance aus und unterstützt oder stabilisiert ggf. den psychotherapeutischen und rehabilitatorischen Zugang zum Patienten. Sie ist dabei stets an einer nachhaltigen Verbesserung des Funktionsniveaus ausgerichtet. Psychopharmakologische Therapie und psychologische Psychotherapie und Psychoedukation sind in der Fachklinik engstes verzahnt und abgestimmt und stellen ein Grundelement individuell gestalteter Behandlungsmilieus dar. Die entsprechenden Wirkungsgrade in Hinblick auf die therapeutische Beeinflussung des Patienten werden kontinuierlich miteinander eingeschätzt und stets den Behandlungsbedürfnissen angepasst.

### **1.5.3 Gewichtung der Einzelpsychotherapie**

Wie unter I.4.7.4 dargelegt liegt die integrierte psychotherapeutische Versorgung des gesamten Krankheitsbildes (Komorbidität, Doppeldiagnose) im Schwerpunkt bei der psychologischen Psychotherapie. Sie berücksichtigt die maligne Verschränkung aller Krankheitsbilder und bezieht psychotherapeutisch, sowohl hinsichtlich der Abhängigkeitserkrankung als auch des komorbiden Störungsbildes, validierte oder klinisch erprobte Behandlungsmanuale mit ein. Ein bislang traditionell mit der Suchtherapie verbundener konfrontativer, gruppenbezogener und aufdeckender Stil tritt zu Gunsten supportiver, orientierender und reizschützender Einzelsitzungsqualität zurück (siehe II.2.1.). Die entsprechende Einzelpsychotherapie weist in Angebot und Häufigkeit in der Fachklinik eine deutliche Gewichtung auf. Sie verzahnt Kognitive Therapie (CBT) und systemische Therapie mit Inhalten der Psychoedukation, Maßnahmen zur Verbesserung (insbesondere der Medikations-) Compliance und stellt

die notwendige Ressource zur Stabilisierung in der Initialphase als auch bei erforderlicher Krisenversorgung. Sie umfasst dabei Kurzzeitinterventionen genauso wie eine kontinuierlich angelegte Sitzungsfrequenz. Bei hoher Instabilität oder anderweitiger Indikation kann die Sitzungsfrequenz bis zu täglich erfolgen. Die Einzelpsychotherapie erfolgt bei hohem Stützungs- oder Integrationsbedarf auch nachgehend. Psychologische Einzeltherapie nutzt immer die günstigere Übertragung und bietet einen Schutz- und Entspannungsraum genauso an, wie die Möglichkeit zur Dissonanz und Disput(ing) und stellt hierüber einen geschützten und angeleiteten emotionalen und kognitiven Experimentierraum dar. Die Einzelpsychotherapie ist über gemeinsame Befundintegration eng mit dem Leistungsspektrum psychiatrischer und psychopharmakologischer Therapie abgestimmt.

#### **1.5.4 Indikative Kleingruppentherapie**

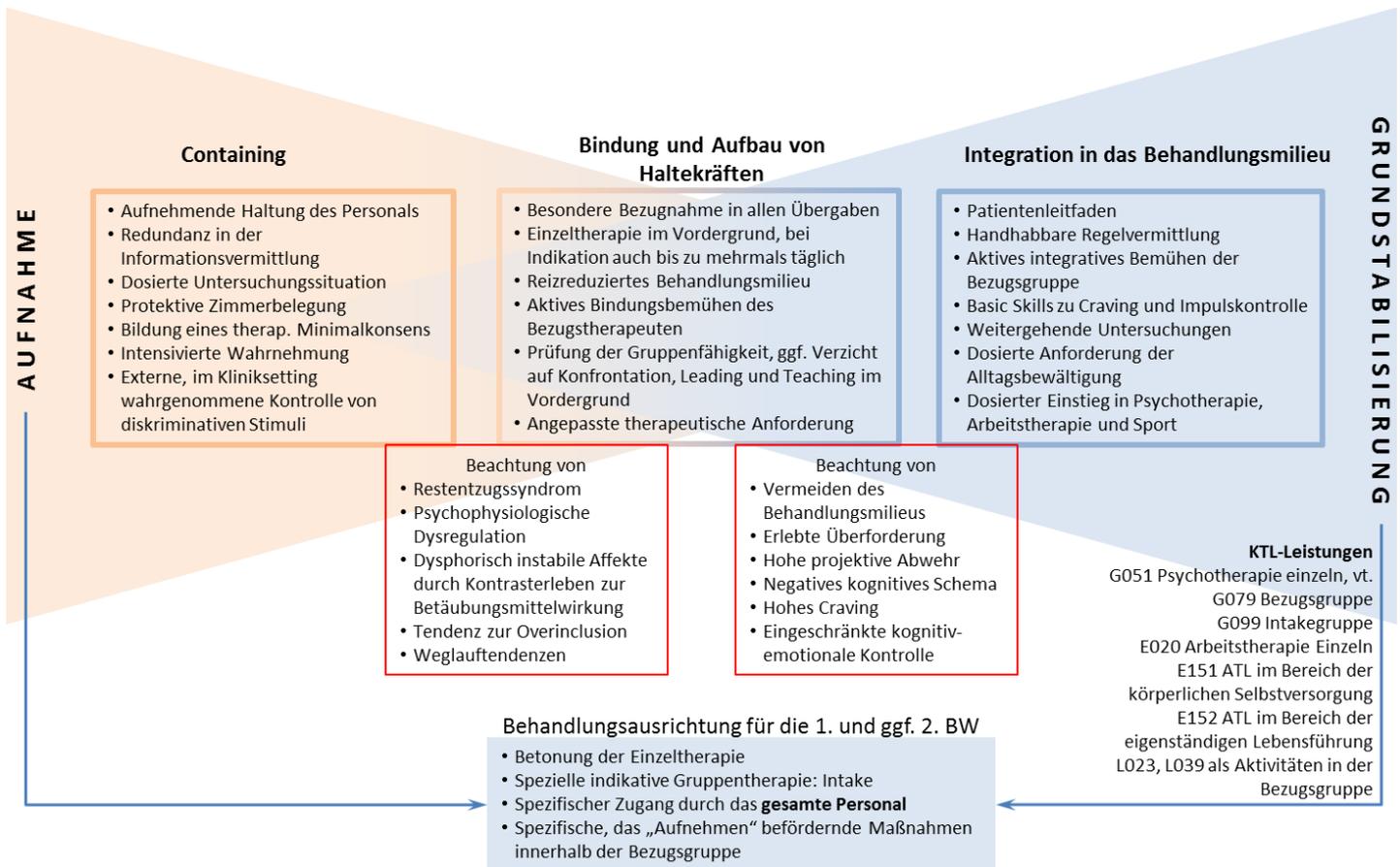
Die Kleingruppen sind indikationsspezifisch ausgelegt und gestalten darüber wesentlich ein auf die Wachstums- und Reifungsbedürfnisse des Patienten zugeschnittenes protektives Behandlungsmilieu mit. Die bezugstherapeutische Qualität vermittelt Kohäsionserfahrungen, Kontinuität und Verlässlichkeit im interpersonalen Geschehen und wird darüber zum Ort der emotionalen und beziehungsbezogenen Ankerung des Patienten. Hier bildet sich gleichermaßen die soziale Dimension des Krankheitsgeschehens ab und führt diese einer therapeutischen Reflektion und Modifikation zu. Im Gruppentherapieprozess findet die Bearbeitung der biographischen Aktualisierungen wie auch der Primärbeziehungserfahrungen statt und stellt hierfür Korrektive bereit. Im Behandlungsgeschehen wird im Gruppenprozess ein besonderes Gewicht auf den Auf- und Ausbau des sozialen und kommunikativen Repertoires und sozial-adäquater Konfliktlösungsstrategien gelegt. Selbstvertrauen und Hoffnung, Selbstwirksamkeitserfahrungen und das Erkennen und Erarbeiten neuer Ziele, Selbstwertregulation und Selbstachtung sind zentral bedeutsame Dimensionen in der Gruppenarbeit.

Die indikativ angelegte Gruppentherapie nimmt in vielfältiger Art und Weise auf das komorbide Störungsbild Bezug. Die Gruppenfähigkeit des Patienten ist maßgeblich von der Ich-Stärke abhängig. Hier ist eine sorgfältige Einschätzung in Hinblick auf den möglichen ‚therapeutischen Profit‘ der Gruppentherapie erforderlich, soll diese eine für das Behandlungsgeschehen günstige und protektive Qualität entfalten können. Berücksichtigung finden dabei die Zusammensetzung der Gruppenteilnehmer, Gruppengröße und zeitliche Dauer der Sitzungen. Ebenso werden krankheitsbedingte Limitierungen, evtl. die Neigung zu Overinclusion und Reizüberflutung oder Einschränkungen bei der Reizselektion, Ausprägung der Ich-Störungen sowie Beeinträchtigungen der Aufmerksamkeits- oder Konzentrationsspanne mit einbezogen. Die indikativ gestaltete Gruppentherapie bezieht sich mit gleicher Priorisierung sowohl auf die Abhängigkeitserkrankung als auch das komorbide Störungsbild dergestalt, dass immer auch Foci und Inhalte validierter oder klinisch erprobter Manuale aller Störungsbilder miteinbezogen werden. Der indikative Gruppentherapieprozess erfolgt abgestimmt zu den Ergebnissen der ICF-Rehaplanung und in enger Bezogenheit zum Leistungsspektrum des psychologischen und medizinischen Dienstes.

### 1.5.5 Containingszentrierte Intakephase

Die zu Beginn der Rehabilitation vom Patienten vorgefundene Qualität in der Fachklinik stellt -wie aus der Psychotherapieforschung wohlbekannt- einen erheblichen Prädiktor für Verlauf der Behandlung und sogar für die Art der Entlassung dar. Wir sprechen hier von einem ‚therapeutischen Empfangsraum‘, der gerade bei schwer psychisch kranken Menschen wohlbedacht und ausgestaltet sein will. Diese in die Fachklinik zur Aufnahme kommenden Patienten weisen häufig eine hohe Verunsicherung, aversiv erlebte Ich-Störungen, antizipierte Ängste, Reaktanzen und Vermeidungsimpulse auf. Die Motivationslage zeigt sich brüchig, die neue Situation wirkt stressgenerierend und damit auch potentiell symptomverschärfend. Die Aufnahmesituation wird dementsprechend oft überfordernd erlebt, mit wiederum negativen Auswirkungen auf die Behandlungserwartung und damit die Motivationslage. In der Fachklinik Tauwetter begegnen wir diesen, den Behandlungsbeginn riskierenden Faktoren, durch gezielte Gewichtung protektiver Einstiegsfaktoren:

Das beginnt bereits vor Aufnahme mittels einer -wenn durch Patient oder Zuweiser gewünscht- Vorbesprechung mit dem Ltd. Psychologen, ein Kennenlernen des vermutlich übernehmenden Bezugstherapeuten und eine kurze Führung durch Räumlichkeiten und das zur Klinik gehörige Naturschutzgebiet. In der Folgezeit bis zur Aufnahme besteht ein telefonischer oder email-Kontakt mit dem Therapeuten, auch nachgehend. Darüber hinaus laden wir behandlungsinteressierte Patienten zu den monatlichen offenen Informationstreffen in die Fachklinik ein, bei denen die Möglichkeit zum Einzelgespräch für Patient, Angehörige oder betreuendes Fachpersonal vorgehalten wird. Auch hier wird auf Wunsch der Kontakt telefonisch oder per email möglichst bis zu einer Aufnahme aufrechterhalten. Zum Aufnahmetag setzen sich diese beziehungsfördernden, Ängste reduzierenden und Zuversicht in die Behandlung vermittelnden Bemühungen intensiv fort. Ziel ist die komplexe Aufnahmesituation vom ersten Tag an für den Patienten verarbeitbar und perspektivisch positiv konnotiert zu gestalten. Der ‚therapeutische Empfangsraum‘ ist darauf angelegt eine Geborgenheit, Schutz und Angenommen-Sein vermittelnde Erfahrung anzubieten, die sich auch durch die Intakephase in den initialen Behandlungsverlauf hinein fortsetzt. Damit hierüber eine Konsistenz Erfahrung für den Patienten entsteht und Haltekräfte sich entfalten können, sind diese Aktivitäten auf allen Ebenen der Fachklinik und die aufnehmende Haltung des gesamten Personals erforderlich. Der auf das Containing zentrierte Intakezeitraum umfasst die ersten zwei bis drei Behandlungswochen bis hin zu einer zufriedenstellenden Grundstabilisierung des Patienten, auf der die unterschiedlichen Rehabilitationsangebote dann auch ihren Wirkungsgrad entfalten können. Die operationale Ausgestaltung hinsichtlich der wichtigsten Foci und Inhalte sind aus der Graphik ersichtlich und unter I.4.7.1 detailliert dargestellt.

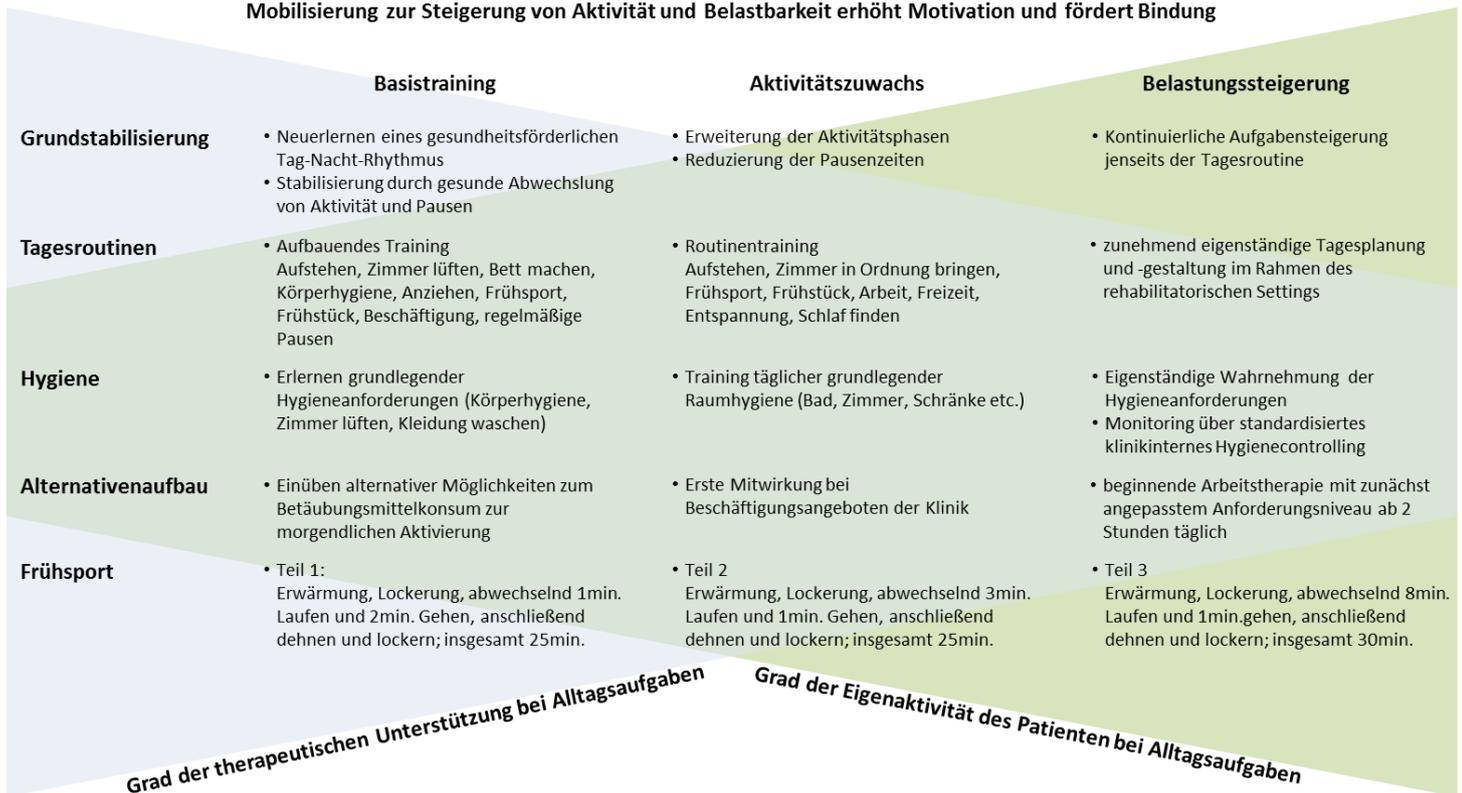


### 1.5.6 Mobilisierung, Automatismenaufbau und Alltagsbewältigung

Patienten der behandelten Indikationsgruppen weisen oftmals -krankheitsimmanent- eine deutliche Minderung des Antriebs auf, Alltagsverrichtungen gelingen nur mehr reduziert und normalerweise eingeübte und selbstverständlich ausgeübte -automatisierte- Handlungsabläufe erfolgen verlangsamt und erschwert. Eine Verbesserung ist hier nur durch systematischen Aufbau von Aktivität, Routinen und kontinuierlichen Training zu erzielen (nicht durch Regelwerk oder Sanktionen).

Die Fachklinik Tauwetter hält hierfür -modulhaft- ein abgestuftes Vorgehen vor, bei dem in einer Matrixform auf den Dimensionen Grundstabilität, Tagesroutinen, Hygiene, Alternativenaufbau und körperliche Betätigung in den ansteigenden Rubriken Basistraining, Aktivitätszuwachs und Belastungssteigerung eine individuelle, auf die psychische und körperliche Belastungsfähigkeit des Patienten angepasste, Planung und Feedback erfolgt. In der beigefügten Grafik sind nur, der besseren Veranschaulichung wegen, die Zellen exemplarisch mit Inhalten gefüllt und selbstredend nicht generalisierbar.

**Mobilisierung zur Steigerung von Aktivität und Belastbarkeit erhöht Motivation und fördert Bindung**



Beispielhaft zur besseren Veranschaulichung

### 1.5.7 Psychoedukation für den Patienten

Im Behandlungsprogramm der Fachklinik kommt den psychoedukativen Angeboten eine hohe Bedeutung zu. Alle klinisch relevanten Studien zur Psychoedukation weisen eine hohe Effektstärke in Hinblick auf eine ganze Reihe von behandlungsrelevanten Aspekten aus, die Leitlinien der behandelten Indikationen sehen durchgängig psychoedukative Angebote vor und jeder Kliniker kennt die positiven Wirkungen auf Krankheitsbewältigung und -einsicht und die damit einhergehende Stärkung der Compliance in die Behandlungselemente. Die psychoedukativen Leistungen in der Fachklinik nehmen, übergreifend wie spezifisch, sowohl auf die Abhängigkeitserkrankung als auch auf das komorbide Krankheitsgeschehen Bezug. Die psychoedukativen Inhalte zur Abhängigkeitserkrankung sind unter 1.4.7.6. dargestellt. Die prinzipiell didaktische Vorgehensweise (Einsatz von Flipchart, Medien, Broschüren, Infomaterial, Arbeitsblätter etc.) ist hierin ebenso kurz skizziert.

Die spezifisch, auf das mitbehandelte Krankheitsbild ausgerichtete Psychoedukation ist in Foci und Inhalten unter Punkt II.2. ausgeführt. Auch die dort vorhandenen grundsätzlichen Aspekte der Psychoedukation können durchaus auch in der Behandlung anderer psychischer Erkrankungen Eingang finden, wie z.B. bei instabilen Störungen mit impulsiver Ausprägung oder vom Borderlinetypus (II.2.2). Als grundsätzliche und übergreifende Aspekte können hierbei gelten: Darlegung eines Krankheitskonzepts, Entwicklung eines individuellen Krankheitsmodells, Symptome und Selbstmanagementmethoden zur deren positiver Beeinflussung, Medikamenten-

Compliance und -management, Verlauf der Erkrankung mit Blick auf protektive und riskante Faktoren, zur Verfügung stehende therapeutische Möglichkeiten, u. ä..  
Spezifisch hingegen sind Inhalte wie krankheitsbezogener Wissenserwerb, das Erkennen von Frühwarnzeichen, individuelle Bewältigungsstrategien, Rückfallvorbeugung oder Notfallpläne etc..

Auch auf das Prinzip der erwünschten Redundanz in der Fachklinik im Zusammenhang mit psychoedukativen Inhalten sei an dieser Stelle kurz eingegangen. Die Wirksamkeit der psychoedukativen Einflussnahme auf den Patienten hängt selbstredend mit seiner Aufnahmebereitschaft zusammen, die wiederum verschiedenen Faktoren wie der Aufmerksamkeitsspanne, Grad der Krankheitsabwehr oder -verleugnung, kognitiver Leistungsfähigkeit oder motivationalen Zuständen u.ä. unterliegt. Nur von einer wiederholten und über die gesamte Behandlungszeit angelegten Darbietung kann eine nachhaltige Wirkung erwartet werden. Dies betrifft sowohl den Ablauf innerhalb einer Einheit (Wiederholungen und Bezugnahme auf zurückliegende Inhalte) als auch auf die gesamte Behandlungsspanne angelegten Einheiten bis hin zu einer engen Verwobenheit mit einzel- und gruppenpsychotherapeutischen Angeboten oder auch Kurzinterventionen.

Die Psychoedukation von Menschen mit erheblichem komorbiden Niveau priorisiert stets die Stabilität des Patienten insbesondere bei der Fokussierung emotional hoch besetzter Inhalte wie z.B. negativen Affekten, Scham- und Schuldgefühlen, Enttäuschung und Hilflosigkeit etc.. Psychoedukation vermittelt immer auch lebenswerte Perspektive! Besondere Aufmerksamkeit und hohe therapeutische Wahrnehmung gilt den individuellen Besonderheiten des Patienten auf dem Hintergrund seiner Erkrankung wie Belastungsvermögen, Grad der Durchlässigkeit, formale Denkstörungen, ggf. psychosenahe oder produktive psychotische Symptomatik genauso, wie etwa die Belastung und Depressivität generierende Einsicht in den eigenen Krankheitsverlauf oder Life-events. Gerade unter diesen Aspekten ist die Psychoedukation bei schwer kranken Menschen in der Fachklinik Tauwetter eine grundsätzlich psychologische und ärztliche und keine pädagogische Leistung.

Die Psychoedukation in der Fachklinik erfolgt, wie bereits erwähnt, in enger Verwobenheit zu Psychotherapie und findet initial im Einzelsetting statt, erst bei ausreichender Gruppenfähigkeit und Krankheitseinsicht in halboffener Gruppe. Sie integriert kognitiv therapeutische, informationsvermittelnde, themenzentrierte und übende Elemente. Sie erfolgt strukturiert und manualgestützt und bezieht hierbei Bewährtes wie KomPAkt (Gouzoulis-Mayfrank 2007;) oder GOAL (Dámelio 2007) mit ein. Sie ist in den Foci eng verknüpft mit der Psychoedukation bei Angehörigen (siehe unten) und findet mindestens einmal wöchentlich statt.

#### **1.4.8 Psychoedukation für die Angehörigen**

Angehörige (unabhängig vom Verwandtschaftsverhältnis) von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen und komorbiden Störungen oder Doppeldiagnosen weisen aller klinischen Erfahrung nach ein ähnlich hohes Belastungsniveau auf, wie das der

behandelten Patienten. Scham, Schuldgefühle oder -zuweisungen, Angst vor sozialer Entwertung oder Ausgrenzung, unbefriedigende Unterstützung im Hilfesystem sowie die oftmals missglückten Ablösungsprozesse (u.U. auch eigene Betroffenheit von psychischer Erkrankung) bestimmen ihre Lebensgestaltung oftmals über viele Jahre hinweg. Der Leidensweg ist dabei geprägt durch einen labilen Wechsel von Hoffnung und Enttäuschung, Auflehnung und Erschöpfung.

Aus diesem Grund heraus besitzen psychoedukative Angebote für Angehörige in der Fachklinik Tauwetter denselben Stellenwert wie für die Patienten selbst, wenngleich auch Umfang und Frequenz geringer ausfallen müssen. Nur das sinnvolle Zusammenwirken beider psychoedukativer Prozesse (Patient und Angehöriger) verspricht Nachhaltigkeit und dauerhaftere Stabilität. Sollen die Angehörigen Entlastung erfahren und hierüber auch als Partner der Behandlung gewonnen werden, so erfordert dies einen, zu den oben beschriebenen psychoedukativen Arbeitsprinzipien, analogen Prozess. Auch hier erfolgt in der Fachklinik Tauwetter die Psychoedukation strukturiert in spezifischer, auf das komorbide Krankheitsbild ausgerichteter Art und Weise (siehe II.2.). Als diagnosenübergreifende Foci und Themenstellungen in Psychoedukation Angehöriger treten hinzu:

- Informative Aufklärung über die Erkrankung, die medikamentöse Behandlung und anderer Behandlungselemente
- eigene Abgrenzung und das Recht auf eigene Lebensgestaltung,
- Entlastung von Schuld- und Schamgefühlen,
- protektive Funktion des Familien- Partnerschaftsklimas,
- aggressive Gefühle gegenüber dem Patienten,
- Erfahrungsaustausch untereinander,
- Erarbeitung von Problemlösestrategien,
- ‚Burn-out‘
- mangelnde Anerkennung der Versorgungsleistung der Angehörigen.

Die Psychoedukation für Angehörige (nach Einverständniserklärung des Patienten zum Einbezug seiner Angehörigen!) erfolgt dabei in der Fachklinik im Rahmen von Angehörigenseminaren, psychotherapeutischen Familien- oder Angehörigensitzungen oder auch von therapeutisch angeleiteten Angehörigenbesuchen.

### 1.5.9 Skillsaufbau und Fertigkeitentraining

Der Aufbau von Skills (i.S.v. Fähigkeiten; Coping-Skills) und die Einübung zu deren nachhaltiger Aufrechterhaltung stellt einen unverzichtbaren, diagnosenübergreifenden Bestandteil in der Rehabilitation von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen und schweren komorbiden Störungsbildern wie Doppeldiagnosen, instabilen Persönlichkeitsniveaus, Traumafolgestörungen und auch Persönlichkeitsstörungen, dar. Das Skillstraining in der Fachklinik Tauwetter ist darauf ausgelegt, Patienten mit ihren weitreichenden, die ganze Persönlichkeit betreffenden Auswirkungen der Erkrankung zu unterstützen, die Fähigkeiten und Fertigkeiten auszubilden und einzuüben, mit deren Hilfe sie krankheitsspezifische Folgen, Begrenzungen und Hürden erträglicher werden lassen und ausgleichen können und sie hierüber einer positiven Beeinflussung zugänglich machen. Das Skillstraining baut auf

einem Selbstmanagementansatz auf, der den locus of control dem Patienten wieder zunehmend mehr internal erleben und Selbststeuerung und Selbstbeeinflussung wieder sukzessive zurückgewinnen lässt. Das über die Behandlungszeit hinweg angelegte und störungsspezifisch ausgestaltete Skillstraining (siehe II.2.2.) vermittelt dem Patienten die Erfahrung zunehmender Selbstbestimmung sowohl nach innen (kognitiv, emotional, körperlich) als auch seine soziale Lebenswelt betreffend und ist damit als ein zentrales Behandlungselement für die individuelle Krankheitsbewältigung des Patienten anzusehen.

Das in der Fachklinik angebotene Skillstraining orientiert sich dabei am Ansatz der Dialektisch- Behavioralen Therapie, erweitert um Selbstmanagementaspekte und auf die Besonderheit von Abhängigkeitserkrankungen ausgerichtet. Diagnoseübergreifend stehen folgende sieben Schwerpunkte hierbei im Vordergrund:

- Basic-Skills zur Abhängigkeitserkrankung wie Cravingbewältigung (Dreischritt: Erkennen-Dialog-Ablenkung), Kontrolle von Auslösereizen (‚Themenwechsel‘ ‚aus dem Feld gehen‘), Kurzübungen zur Entspannung (Atemübung), diese werden vom Aufnahmetag an aufgebaut.
- Achtsamkeit: ‚Augenblickserleben‘, Selbstwahrnehmung und -reflexion, sensitive Übung (Introspektions- und Interozeptionsfähigkeiten), Wie/Was-Fertigkeiten.
- Emotionsregulation: eigene Emotionen erfühlen, benennen und verstehen können, psychophysiologische Wahrnehmung, Einfluss von Bewertungen und Bedürfnissen auf Handlungsimpulse, Steuerungsmöglichkeiten und Alternativaufbau, Emotionsbarometer.
- Kognitionsregulation: Bewertung-Gefühl-Handeln-Kontext, Wahrnehmung-Wirklichkeit, Dissonanzen und Inkongruenzen, Ambiguität- Ambivalenz- Rollenkonflikt, aktive Stimulikontrolle, Gedankentagebuch, Realitätsprüfung, Selbstinstruktion, Gedankenstopp.
- Stresstoleranz: Erkennen der Belastungsgrenze, internale und externale Stressanzeichen kennen, Stress aushalten, Wahrnehmung-Bewertung, Handlungsalternativen, ‚action-bias‘, ‚protektiver escape‘, Ressourcen aktivieren, Stressimpfung.
- Positive Symptombeeinflussung: Frühwarnanzeichen, Zusammenhang Stress-Symptomausprägung, Situative Entspannung, Kontextwechsel, Ressourcen-Risiko-Balance, Notfall- und Kontaktpläne, ‚doppelte Buchführung‘.
- Soziale Fertigkeiten: Wahrnehmung sozialer Reize und Situationen (receiving skills), kognitive Verarbeitung von Informationen (processing skills), adäquates Reagieren in sozialen Situationen (expressing skills), sozial angemessenes Ausdrücken von Empathie und Emotionen, Konversations-, Dialog und Kontaktaufnahmefähigkeiten,

soziale Durchsetzung, soziale Nähe- und Distanzregulation und interpersonelle Grenzen.

Gerade dem zuletzt genannten Aspekt der Social Skills kommt eine besondere Bedeutung zu und ist deshalb auch unter Punkt II.2. noch genauer spezifiziert. Die in der Fachklinik behandelten Patienten weisen häufig hohe Beeinträchtigungen und Limitierungen in den sozialen Funktionen auf, verbunden mit Erschwernissen in der Alltagskommunikation und mit zum Teil erheblichen Schwierigkeiten zwischenmenschliche Beziehungen aufrechterhalten oder soziale Rollen für sie zufriedenstellend ausfüllen zu können. Partizipation und Teilhabe an unserem gesellschaftlichen Leben ist jedoch unmittelbar mit kommunikativen, beziehungsrelevanten und allgemeinen sozialen Kompetenzen und Fertigkeiten verknüpft. Die soziale Dimension der psychischen Erkrankung kommt hier in seiner ganzen problematischen Auswirkung zum Tragen und birgt die große Gefahr von Isolation und Verelendung in sich. Genau hier ist unsere medizinische Rehabilitation im bio-psycho-sozialen Verständnis bei der Abwendung dieses Risikos gefordert, den Patienten mittels gezielter Förderung des sozialen Repertoires ein weitgehendes unabhängiges Leben auf der Basis gut funktionierender zwischenmenschlicher Beziehungen zu ermöglichen.

Das Fertigkeitentraining in der Fachklinik Tauwetter beschränkt sich nicht auf turnusmäßige Skillsgruppen. Es steht vielmehr in enger Korrespondenz zu den entsprechenden Foci und Inhalten von Psychoedukation und Psychotherapie, jeweils in Hinblick auf die verschiedenen Skillsbereiche. Eine nachhaltige Wirkung stellt sich nämlich nur dann ein, wenn die erlernten Fähigkeiten und Fertigkeiten eine individuell lebendige Anwendung finden, d.h. in Alltagssituationen erprobt, durch begleitende Interventionen unterstützt werden und darüber eine individuelle Modifizierung erfahren. Die konkrete, therapeutisch begleitete Erfahrung mit den erlernten Skills in Klinikmilieu und im Ausgang ermöglicht erst den, für Nachhaltigkeit notwendigen, Transfer in die Alltagsbedingungen. Nur das Zusammenwirken aller genannten Faktoren: das Erlernen und Einüben, das Erproben, Modifizieren und Individualisieren lassen aus dem Skillstraining innerhalb der Fachklinik, die ‚living skills‘ entstehen, die dem Patienten auch nach unserer Rehabilitationsbehandlung noch weiterhin zur Verfügung stehen können.

#### **1.5.10 Milieuthapie und strukturelle Stabilität des Behandlungsmilieus**

Die integrierte Mitbehandlung von Doppeldiagnosen und komorbiden Störungsbildern erfolgt in der Fachklinik Tauwetter auf Grund der Klinikkapazität von 32 vollstationären und fünf Ganztägig ambulanten Behandlungsplätzen in einem überschaubaren Behandlungsmilieu. Sie findet in auf das Krankheitsbild angepassten Gruppengrößen, themen- und situationsgebundenen Kleingruppen oder auch triadischen und dyadischen Dialogen statt und ermöglicht so eine kontingente Kontrolle der Malignität. Der Begriff der Milieuthapie ist vielerorts heterogen und oft mit unterschiedlichen Bedeutungsinhalten be- und umschrieben. In der Fachklinik Tauwetter verstehen wir unter Milieuthapie die konsequente Gestaltung des gesamten Behandlungsmilieus in

der Art, dass eine therapieadäquate Umgebung für einen möglichst erfolgsversprechenden Behandlungsverlauf geschaffen wird. Hier ist stets der Blick darauf zu richten, die entsprechend günstigen Einflüsse des Milieus zu stärken und zu vermehren und riskante oder destabilisierende Qualitäten zu vermeiden. Hier ist insbesondere die Balance zu halten zwischen möglicherweise initial therapieschädlichen oder auch dissozialen Verhaltensweisen von Patienten einerseits und andererseits den berechtigten Behandlungsinteressen anderer Patienten, ein veränderungs- und wachstumsförderndes Behandlungsklima vorzufinden. Ebenso ist als wichtige Einflussgröße anzuerkennen, dass das Behandlungsmilieu, sowohl von den Patienten als auch durch das Personal und bestehende klinische Strukturen etc. gestaltet wird. Dementsprechend ist der Blick immer auf alle Seiten zu richten, also sowohl auf die maligne Aktualisierung der Patientendynamik, als auch auf die strukturelle Qualität im Klinikalltag und auf die Interaktion von Beiden. Diese Aspekte finden in der Fachklinik Tauwetter kontinuierliche Berücksichtigung durch Reflektion in Übergabegesprächen, intra- und interprofessionellen Besprechungen, in Rehabilitationsbesprechung sowie interner und externer Supervision. Damit gewährleisten wir eine fortlaufende, in zeitlicher Kontingenz erfolgende, Regulation, Steuerung und klinisch-therapeutische Kontrolle unseres Behandlungsmilieus.

Gerade in Hinblick auf die in der Fachklinik behandelten Indikationen zeigt die klinische Erfahrung, dass je schwerwiegender sich die Krankheitsentwicklung und/oder deren Ich-syntone Verarbeitung darstellt, den milieuthérapeutischen Interventionen auch zunehmend mehr an Bedeutung zuzumessen ist. Aktivitäten und Maßnahmen aller Rehadisziplinen tragen zur Ausgestaltung der Milieuthérapie bei, damit letztlich davon ausgegangen werden kann, dass sie den Rehabilitationsprozess unserer Patienten auch positiv beeinflussen kann. Die Milieuthérapie in der Fachklinik Tauwetter zielt somit darauf ab, den geeigneten Rahmen auch für andere Therapieformen der Reha zu schaffen, über den die Entfaltung eines gemeinsamen Wirkungsgrades zur Wiedererlangung und Zurückgewinnung von Selbständigkeit, Autonomie, Selbstverantwortung und Eigeninitiative möglich wird (Prophylaxe der Spaltungsdynamik).

Im Milieu der Fachklinik bildet sich, therapeutisch erwünscht, die soziale Dimension der psychischen Erkrankung unserer Patienten ab und kann mittels gezielter sozialtherapeutischer Interventionen und dem Repertoire der klinischen Sozialarbeit von Patienten erkannt, reflektiert und hierüber auch modifiziert werden. Dieser Zusammenhang, auch unter dem Aspekt der Beziehungskontinuität und im Sinne einer familienähnlichen Nachreifung, kommt in der Fachklinik Tauwetter eine hohe Bedeutung zu. Sie fördert sozialadäquate Verhaltensweisen und Fertigkeiten gleichermaßen wie Beziehungskohäsion, Autonomie in Bezogenheit, begünstigt den Aufbau von Perspektiven und ermöglicht auch die Rückkehr auf sicheres Terrain in der Fachklinik.

Damit Milieuthérapie positive Behandlungsqualitäten ausbilden kann, ist folglich eine enge Verwobenheit von psychologischen und sozialen Aspekten erforderlich. Diesen wird in der Fachklinik Tauwetter in folgender Art und Weise Rechnung getragen:

Auf der Ebene der Therapieveranstaltungen, wie milieutherapeutische Gruppen, Bezugsgruppen, genauso wie auch auf der Ebene des Behandlungsteams bei Übergabegesprächen, Rehabesprechungen, Supervision etc., werden gemeinsam, zur zeitnahen klinisch-therapeutischen Kontrolle des Behandlungsmilieus, folgende zentrale Foki in den Blick genommen:

- Zur Sicherung des drogenfreien Behandlungsmilieus, basierend auf der -immer noch gültigen- Annahme, dass die Betäubungsmittelfreiheit das Therapeutikum Numero Eins darstellt, steht die intensive klinische Wahrnehmung der Patienten in Hinblick auf Veränderungen in Verhalten, Sprache, Motorik und Stimmungen, im Vordergrund. Gleichmaßen ist eine Sensibilität bzgl. der Dichte und Intensität von auftretenden Auslösereizen im Behandlungsmilieu von Bedeutung. Unterstützt wird diese klinische Wahrnehmung durch randomisierte Drogenfreiheitskontrollen mittels Labor- und Teststreifenuntersuchungen.
- Ein wertschätzendes Behandlungsmilieu bei Menschen mit selbstwertschädigenden Erfahrungen ist bei Leibe nicht selbstverständlich. Es stellt aber die Basis für einen, jedem Behandlungserfolg zugrunde liegende und erforderliche Förderung von Selbstwertgefühl und Selbstwirksamkeitserfahrung dar. Ebenso ist Gewaltfreiheit, psychisch wie physisch, für das Behandlungsmilieu unverzichtbar und erfordert die kontinuierliche Wahrnehmung hinsichtlich aggressiver Spannungen unterhalb der Patienten als auch einer möglichen Zunahme von subkulturellen Milieuqualitäten. Hierauf wird zeitnah, im interpersonellen Kontext, therapeutisch reagiert.
- Bekanntlich ist die Mitwirkung des Patienten bei allen Therapieelementen ein zentraler Prädiktor für den Behandlungserfolg dar. Dementsprechend ist der Mitwirkungsgrad kontinuierlich einzuschätzen, er stellt einen Indikator für Compliance, motivationale Lage aber auch Krisenentwicklungen und Symptomanstieg (z.B. Minussymptomatik) und bedarf der entsprechenden therapeutischen Intervention.

Diese wichtigen Kriterien des Behandlungsmilieus sind in der Fachklinik Tauwetter in der Folie Abstinence, Appreciation (Wertschätzung) und Activity zusammengefasst und unterliegen täglich der klinischen Einschätzung.

Die Stabilität der klinischen Strukturen wird auf der Ebene des Behandlungsteams anhand der folgenden Gesichtspunkte regelmäßig in intra- wie interdisziplinären Rehabesprechungen und Supervision reflektiert und eingeschätzt. Um hier nur die wichtigsten Aspekte zu nennen:

- Kongruenz und Wertschätzung des Personals gegenüber dem Patienten
- Verlässlichkeit der Strukturen und klinischen Abläufe
- Konzept-, Methoden- und Angebotskonsistenz
- Grad der Partizipationsmöglichkeit des Patienten
- Einsatz individuell relevanter Therapieeinheiten auf der Basis der prozessnahen Therapieplanung

- Intersubjektivität und komplementär-integrativer Umgang mit von einander abweichenden Einschätzungen
- Nosologische- und Methodenkompetenz sowie klinische Erfahrung im Behandlungsteam
- Partizipierende und symmetrisch gestaltete therapeutische Arbeitsbündnisse.

#### **1.5.11 Arbeitstherapie, Kreativität, Sporttherapie und Erlebnispädagogik**

In der integrierten Mitbehandlung von komorbiden Störungsbildern bei Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen kommt den arbeitstherapeutischen Angeboten, dem Rehabilitationssport und den erlebnis- und freizeitpädagogischen Maßnahmen ein hoher Stellenwert zu. Durch die regelmäßige, tägliche, über die gesamte Rehabilitationsdauer hinweg angelegte Angebotsstruktur helfen sie, das Funktionsniveau zu erhöhen, die Minussymptomatik zu verbessern, Körperempfinden und Kondition wieder aufzubauen, ein sinnstiftendes Erleben von Kultur und Natur wieder zu entdecken und zu einer elaborierten und befriedigenden Freizeitgestaltung zu finden.

Die arbeitsbezogenen Interventionen erfolgen, wie unter 1.4.7.7. bereits ausführlich dargestellt, in den Arbeitstherapiebereichen der Fachklinik in kleinen Gruppen, mit zum Teil klar umrissenen Projekten. Sie fördern berufsunspezifische wie spezifische Arbeitsfähigkeiten und nehmen dabei die Schnittstelle zu realen Arbeitsbedingungen in den Blick mit dem Ziel, Menschen über den eigenen Broterwerb gesellschaftliche Partizipation und ein weitgehend selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen.

Bei der Mitbehandlung von komorbiden Störungen wird dabei folgenden Besonderheiten Rechnung getragen:

Die Arbeitstherapie beginnt bei Aufnahme mit einer ‚baseline‘ des vorgefundenen Funktionsniveaus und richtet die Teilnahme an den Angeboten individuell darauf aus. Über einen in Rehaplanung und mit dem Patienten gemeinschaftlich entwickelten Stufenplan erfolgt die sukzessive Anhebung des arbeitstherapeutischen Anforderungsniveaus mit wöchentlicher Reflektion mit dem Arbeitstherapeuten und ggf. Psychologen oder Arzt. Die Ausgestaltung und Umsetzung dieses Förderungsprozesses wird grundsätzlich supportiv gehalten und berücksichtigt aktuelle Symptombelastung, Grad der Minussymptomatik, Leistungsschwankungen, kognitive Beeinträchtigungen und nicht zuletzt die medikamentöse Einstellung des Patienten.

Hinzutreten Angebote aus dem kreativen Bereich wie Farben, Grafik, Graffiti oder Collagen, Naturmosaik u. ä.. Auch schriftstellerische Ambitionen fördern wir zur Katharsis und Ausdrucksmöglichkeit des komplexen Erlebens unserer Patienten. Zur unmittelbar in der Nachbarschaft gelegenen Kunsthochschule bereiten wir derzeit geeignete Kooperationsmöglichkeiten vor.

Mit dem Symptombild unserer Patienten geht oftmals ein weitreichender Verlust der Alltagsbewältigung einher. Aus diesem Grund wird in der Fachklinik der Aufbau von Routinen zu Alltags- und lebenspraktischen Fähigkeiten im Behandlungsplan verankert

und systematisch eingeübt. Hierin ist ein zusätzlicher Teil zu den unter Skills- und Fertigkeitenaufbau (II.1.5.9.) beschriebenen Inhalte zu sehen. Dieses life-skills-training wird in der Fachklinik mit jedem Patienten zusammen geratet und ergibt somit eine Übereinkunft welche Routineaktivitäten auszubilden sind oder verbessert werden können. Eine selbstständige Alltagsbewältigung durch ausreichend eingeübte lebenspraktische Fähigkeiten stellt einen wesentlichen Förderfaktor für das Selbstwerterleben unserer Patienten dar.

Auch die Sport- und Bewegungstherapie, wie unter Punkt I.4.7.8 ausführlich beschrieben, richtet sich an der oben beschriebenen Systematik zum Aufbau des Funktionsniveaus aus. Der medikamentösen Einstellung des Patienten wird gerade in Hinblick auf die motorischen Einschränkungen und ggf. entstehenden Verletzungsrisiken Rechnung getragen. Der Rehabilitationssport ist also stets auf das gesamte Zustandsbild des Patienten hin angepasst.

Auch im Bereich des Skillstrainings kommt der Sport- und Bewegungstherapie eine vielseitige Bedeutung zu. Ein regelmäßig täglich angelegtes Lauftraining unterstützt die Herausbildung von Fähigkeiten zur Aggressionsbewältigung, wirkt stimmungsstabilisierend und nachweislich antidepressivisch. Übungen zum Erkennen der Zusammenhänge von Körperhaltung und Emotion sowie Atemübungen in der Kombination von Atmung und Bewegung unterstützen den Aufbau der Achtsamkeitsskills nachhaltig. Der sporttherapeutisch angeleitete Umgang z.B. mit Theraband u. ä. kann autoaggressive Spannungen alternativ kanalisieren und damit Selbstverletzungen vermeiden helfen.

Auch für alle erlebnispädagogischen Veranstaltungen -siehe I.4.7.9.- kommen oben genannte Aspekte zum Tragen. Die Zurückgewinnung eines intensiven Erlebens ohne Betäubungsmiteleinfluss auch bei anhedonischen oder asthenischen Zuständen setzt einen gezielten Lernprozess voraus, der oftmals zunächst viel Motivierung und Anleitung erfordert aber dann sukzessive, im Laufe des Rehabilitationsprozesses in Eigeninitiative und Selbstverantwortung übergeleitet werden kann. Das Gelingen dieses Lernprozesses hängt auch vom Grad des sozialen Repertoires des Patienten ab und bedingt sich gegenseitig. Dementsprechend geht die Förderung von social skills in der Fachklinik häufig mit erlebnis- und freizeitpädagogischen Aktivitäten Hand in Hand und ist eng aufeinander bezogen.

#### **1.5.12 Sicherung der akutmedizinischen Versorgung**

Besonders Menschen mit instabilen, psychosenahen oder psychotischen Störungsbildern bedürfen in Krisenentwicklungen, Rezidiven, zunehmender Symptombelastung oder Rückfälligkeitsgeschehen häufig auch der akutpsychiatrischen Versorgung. Dies tritt nicht nur vor Aufnahme in die Rehabilitationsbehandlung auf, sondern kann auch während deren Verlauf oder poststationär erforderlich werden. Die Fachklinik Tauwetter hat auf Grund der zentralen Lage zwischen den Metropolen Köln und Bonn große psychiatrische Versorgungseinrichtungen in unmittelbarer Umgebung. Zu diesen Kliniken besteht traditionell über viele Jahre eine enge reibungsfreie und

gelebte Kooperation, auch über die Fachklinik hinaus zum gesamten Behandlungsverbund. Hier sind insbesondere zu nennen:

- Alexianerkrankenhaus in Köln Porz, Fachkrankenhaus Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie, Fr. OÄ Dr. Klose
- LVR Klinik Köln Merheim, Abteilungen Allgemeine Psychiatrie und Abhängigkeitserkrankungen, Fr. Prof. Dr. Scheider
- LVR Klinik Bonn, Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen und Psychotherapie

Auch in Hinblick auf die poststationäre Weiterversorgung ist eine gute Anbindung der entsprechenden Patienten an akutmedizinische Versorgungseinrichtung zwingend erforderlich. Dies bedeutet eine entsprechende Kontaktaufnahme z.B. zu Institutsambulanzen und einen Kontakteintrag in individuell erstellte ‚Notfallpläne‘, darüber hinaus auch zu wichtigen Angeboten wie Ambulanzen, Skillsgruppen, Psychoedukation, angeleitete -auch thematische- Patientengruppen, Angehörigengruppen oder auch Selbsthilfekontaktstellen, die durch diese Kliniken vorgehalten werden oder dort angebunden sind.

#### **1.5.13 Sozialdienst und Casemanagement**

Patienten mit komorbiden Krankheitsbelastungen weisen, auf Grund der oftmals langjährigen Krankheitsentwicklung, einen sehr weitreichenden sozialen Dropout auf, der einen erhöhten Bedarf an Konsolidierung in Hinblick auf existenzsichernde Maßnahmen, Zugang zur Gesundheitsversorgung, Arbeitsplatz oder juristischen Problemen etc. in der medizinischen Rehabilitation erforderlich macht. Für einen nachhaltigen Behandlungserfolg ist deshalb hier von besonderer Bedeutung, dass die Entlassung in eine während der Behandlung vorbereitete, sozial weitgehend gesicherte, Situation erfolgt. Die Fachklinik Tauwetter entspricht diesem Erfordernis durch eine eigens für diese Problemlagen eingerichtete 50%-Stelle Sozialpädagogik. Hier ist der Ort, die soziale Entlassungssituation -auf die individuellen Patientenbedürfnisse zugeschnitten- langfristig vorzubereiten. Auch der oftmals hohe Bedarf an poststationären Hilfen und Weiterbehandlungserfordernissen wird an dieser Stelle frühzeitig geplant, koordiniert und bereits auch in die Wege geleitet. Hier werden die, durch den Behandlungsverbund des SKM-Köln vorgehaltenen differenzierten Angebote (siehe I.6.) intensiv genutzt mit dem Ziel, schwerkranke Patienten in einem weitangelegten Versorgungssystem zu halten und damit potentiell schwer verlaufenden Komplikationen vorzubeugen.

Diese komplexe Aufgabe wird im Sinne eines Case Managements in den Teilschritten des Engagements, Assessment, Planning, Intervention, Monitoring und Evaluation (nach Klug 2003) ausgefüllt. Um der Vielschichtigkeit der vorliegenden Problemlagen Rechnung tragen zu können ist dieser Prozess fester Bestandteil der interdisziplinären Rehabilitationsplanung. Damit können aus Sicht aller am Rehabilitationsprozess beteiligten Fachdisziplinen die entsprechenden Erfordernisse formuliert und in den Case Managementprozess eingebracht werden.

#### **1.5.14 Ganztägig ambulante Behandlung**

Die Fachklinik Tauwetter hält fünf ganztägig ambulante Behandlungsplätze zur Kombinationsbehandlung vor. Für Patienten mit Doppeldiagnosen oder komorbiden Störungsbildern ergibt sich dadurch eine weitere besondere Behandlungsmöglichkeit. Unter ganztägig ambulanten Behandlungsbedingungen erfolgt der Übergang zur eigenständigen oder ambulant betreuten Lebensführung in Teilschritten, die für diese Patientengruppe, insbesondere gegen Ende der Behandlung, eine Angst- und Unsicherheit reduzierende Qualität ermöglicht. In der ganztägig ambulanten Behandlung kann sich die, durch die vollstationäre Rehabilitation erreichte Stabilisierung unter biotischen Bedingungen festigen. Darüber hinaus können die, in dem neuen, noch zu erarbeitenden Lebensbereich auftretenden Probleme unter Realitätsbezug bearbeitet werden. Dieser Ansatz entspricht einem grundlegenden Prinzip psychischer Entwicklung, das besagt, dass der Rückbezug auf Sicheres die Voraussetzung für eine Erschließung von Neuem darstellt. Soziale Reintegration, Erarbeitung von und Adaption an neue oder veränderte Lebensweltbedingungen, arbeitsbezogene Aktivitäten und Inanspruchnahme externer Hilfen stellen die übergreifenden Foci aller Rehabilitationselemente der ganztägig ambulanten Behandlung dar und erleichtern damit diese Prozesse erheblich. Besondere Bedeutung kommen dabei den begleitenden, im realen Lebensraum stattfindenden Intervention zu, die erlernte Fertigkeiten wie social- oder life-skills entscheidend festigen können. Selbstverantwortung und Autonomie des Patienten erfahren über diesen Teil des Behandlungsprozesses eine nachhaltige Stärkung. Um es nochmal mit anderen Worten zu sagen: Die Rolle, Funktion und Arbeitsweise des Therapeuten wandelt sich in der ganztägig ambulanten Behandlung: Therapeutische Aktivitäten im engeren Sinn treten eher zurück und beratende und Coachingqualitäten kommen sukzessive mehr in den Vordergrund.

Eine Überleitung von vollstationärer zu ganztägig ambulanter Rehabilitation muss natürlich immer eine prognoseverbessernde Qualität darstellen. Voraussetzungen hierfür sind, dass der Patient die ganztägig ambulante Behandlung wünscht oder dafür motivierbar ist, der Behandlungsstand eine günstige Prognose erwarten lässt und eine Wiederaufnahme bei Verschlechterung des Krankheitsbildes in den vollstationären Modus auch wieder möglich ist. Zur Entscheidungsfindung bedarf es einer möglichst umfassenden klinische-therapeutischen Einschätzung durch das gesamte Rehabilitationsteam mit Blick auf Krankheitsbild, -verlauf und Rehabilitationsprozess. Diese Einschätzung ist mittels der nachfolgenden Kriterien operationalisiert, die auf einer Likertskala geratet und abgebildet werden:

<p><b>Behandlungsbündnis:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Stabilität des Behandlungsbündnisses</li> <li>◦ Absprache- und Bündnisfähigkeit</li> <li>◦ Compliance in die Behandlung</li> <li>◦ Mitwirkungsgrad bei Reha-Angeboten</li> <li>◦ Motivation: Action und Maintanance</li> </ul>	<p><b>Rehabilitationsverlauf:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Krankheitseinsicht</li> <li>◦ Introspektionsfähigkeit</li> <li>◦ Reflektionsfähigkeit</li> <li>◦ Grad der Betäubungsmitteldistanzierung</li> <li>◦ Cravingbewältigung</li> </ul>
<p><b>Stabilität:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Krankheitsakzeptanz und -wissen</li> <li>◦ Medikationscompliance</li> <li>◦ emotionale Stabilität</li> <li>◦ Stand des Skillstrainings</li> <li>◦ Handling von diskriminativen Stimuli</li> <li>◦ Regelrechter Verlauf von Ausgangs- und Wochenendheimfahrten</li> <li>◦ Stabilität im Behandlungsverlauf über mindestens sechs Wochen</li> <li>◦ Notfallplan</li> </ul>	<p><b>Lebenswelt:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Stabile Btm.-freie Wohnsituation</li> <li>◦ Adäquates Wohnumfeld</li> <li>◦ Vorbereitende Aktivitäten zu Arbeit &amp; Ausbildung</li> <li>◦ Erprobung durch Bewerbungsgespräche</li> <li>◦ Belastungserprobungen</li> <li>◦ Protektives drogenfreies soziales Umfeld</li> <li>◦ Elaboration des Freizeitverhaltens</li> <li>◦ Gute Verkehrsanbindung zur Klinik</li> </ul>

## 2. Diagnosespezifische Rehabilitationsleistungen

Im vorangegangenen Abschnitt wurden die grundlegenden und diagnoseübergreifenden Arbeitsprinzipien der medizinischen Rehabilitation bei bestehenden Doppeldiagnosen und komorbiden Störungen in der Fachklinik Tauwetter dargestellt und erläutert. Im zweiten Abschnitt dieses Kapitels wird nun auf die Aspekte und Inhalte der integrierten Mitbehandlung diagnosespezifisch Bezug genommen. Auf die grundlegenden Voraussetzungen der medizinischen Rehabilitation, wie in der Grundkonzeption unter den Punkten I.4.1 und I.4.3 ausführlich beschrieben, sei aber an dieser Stelle nochmal in Hinblick auf eine integrierte Mitbehandlung von komorbiden Störungsbildern verwiesen:

- Auch bei Erkennen einer bestehenden Rehabilitationsbedürftigkeit muss Schwere der Erkrankung und Zustandsbild erwarten lassen, dass der Patient den Anforderungen der Rehabilitation entsprechen und folgen kann und davon nicht überfordert wird (Rehabilitationsfähigkeit). Ebenso, prospektiv, muss sicherlich begründet davon ausgegangen werden können, dass sich der Patient in seiner Lebensqualität, besonders in Blick auf Partizipation und Teilhabe, über die Rehabilitationsmaßnahme auch verbessern kann (positive Rehabilitationsprognose).
- Die Rehabilitationsleistung schließt -möglichst nahtlos- an die Akutbehandlung an. Diese muss zur Aufnahme in zweierlei Hinsicht als abgeschlossen gelten, nämlich einmal mit Blick auf einen ausreichenden Entzugsstatus, zum Zweiten in Hinblick auf eine initiale stabilisierende medikamentöse Einstellung. Hierüber gestaltet sich eine patientenfreundliche und der Behandlungsmotivation förderliche Schnittstelle zwischen Akutversorgung und Rehabilitationsbehandlung.

An dieser Stelle soll aber auch nicht unerwähnt bleiben, dass aus klinischer Sicht der Begriff (nicht das Kriterium) der ‚Rehabilitationsfähigkeit‘ nicht nur in einer Richtung verstanden werden kann. Gerade Menschen mit komorbider Belastung weisen ein höheres Risiko zu und ggf. Grad von Chronifizierung auf. Diese Krankheitsbilder müssen auch als Long-Term-Diseases verstanden werden und machen erforderlich, Heilungsbegriff und Rehabilitationsverständnis auch daraufhin anzupassen.

Unter dieser Perspektive stehen das Verständnis fördernde, die Symptombelastung ausgleichende, bestehende Beeinträchtigungen und Limitierungen kompensierende Behandlungsinhalte und Rehabilitationselemente im Vordergrund unseres Rehabilitationsangebotes. Dies entspricht auch ganz den Gedanken des ICF-Modells, in dem, in Anbetracht der Krankheitsfolgen, Partizipation und Teilhabe als maßgeblicher Rehabilitationsanlass genannt ist, ganz im Gegensatz zu Anpassung an latent oder explizit gesellschaftlich definierten Leistungserwartungen.

Damit wird ein zentraler Rehabilitationszweck deutlich: Will man nun nicht Gefahr laufen diese Menschen zu verlieren oder in einem Behandlungssinne aufzugeben, gilt es, sie auf ihrem oftmals beschwerlichen Weg mit ihrer Erkrankung und den daraus resultierenden Folgen und Problemen leben zu lernen, in vielfältiger Art und Weise zu unterstützen, anzuleiten und zu begleiten.

Aus dieser Sicht wird in der Fachklinik Tauwetter ‚Rehabilitationsfähigkeit‘ nicht nur als ein Attribut des Patienten gesehen. Es muss Genauso als ein Attribut des Behandlungsteams, der Qualität des Arbeitsbündnisses und der bestehenden Kontextbedingungen aufgefasst werden. Unsere Rehabilitation, in der ihr eigenen Qualität, versteht sich als Prozess, von gegenseitigen Verstehen und Lernen, der qualitativen Gestaltung der Therapiebeziehung, einer individueller Passung von Planung und Durchführung der Rehabilitationselemente usw.. Es geht also darum die Fähigkeit des Rehabilitationsteams und die Qualität der gesamten Reheleistung immer (weiter-) zu entwickeln und auszubauen mit dem Ziel, diesen Menschen zu einer selbstbestimmten und menschenwürdigen Lebensführung zu verhelfen und durch Nachhaltigkeit ein evtl. drohendes Pflegeerfordernis oder gar Verwahrung abwenden zu können.

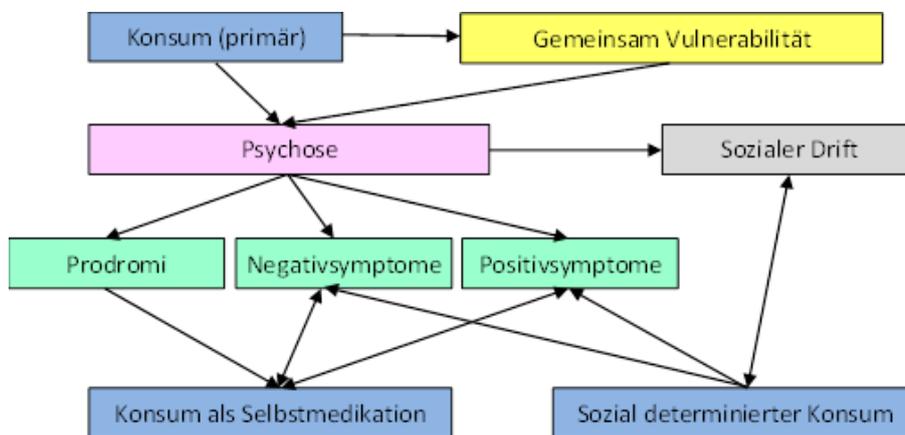
Im nachfolgenden Abschnitt wird die Ausgestaltung der Rehabilitationselemente in Hinblick auf diagnosenspezifische Vorgehensweisen, Foci und Inhalte charakterisiert, die -über die Grundkonzeption hinaus- zur Anwendung kommen. Hierbei wird im Schwerpunkt auf sogenannte Doppeldiagnosen und substanzinduzierte psychotische Störungen als auch auf instabile Störungen und hyperkinetische Störungen (incl. expansiver Verhaltensweisen) Bezug genommen. Für diese Bilder sind hier die relevanten Besonderheiten angeführt und werden zur besseren Übersichtlichkeit überwiegend in Aufzählung oder tabellarischer Form dargestellt. Sie beschreiben die konkret-therapeutische Ausgestaltung der diagnoseübergreifend dargestellten Behandlungsprinzipien und Rehabilitationselemente (II.1.5) und sind in der Fachklinik handlungsleitend für die Durchführung der jeweiligen Therapieleistungen. Die gewählten Abfolgen sind dabei keinesfalls als zwingend -oder für jeden Fall vollständig oder gar ausschließlich- anzusehen, sondern passen sich dem Behandlungsprozess des jeweiligen Patienten flexibel an. Die beschriebenen Vorgehensweisen und Inhalte verstehen sich in der Handhabung demnach eher im Sinne einer praxisnahen Leitlinie für die in der Fachklinik Tauwetter angebotenen Rehabilitationsleistungen und sind wie nachfolgend angeordnet:

- Vorgehensweise des mehrdimensionalen und multimodalen Diagnostikprozesses
- Spezifische psychopharmakologische Therapie
- Foci und Inhalte von kognitiver Einzelpsychotherapie und Gruppenpsychotherapie
- Schwerpunkte der Psychoedukation in Verbindung mit der Psychoedukation der Angehörigen
- Ausgestaltung von Skillstraining und Training sozialer Fertigkeiten
- Matrix Symptombild und Therapieangebot

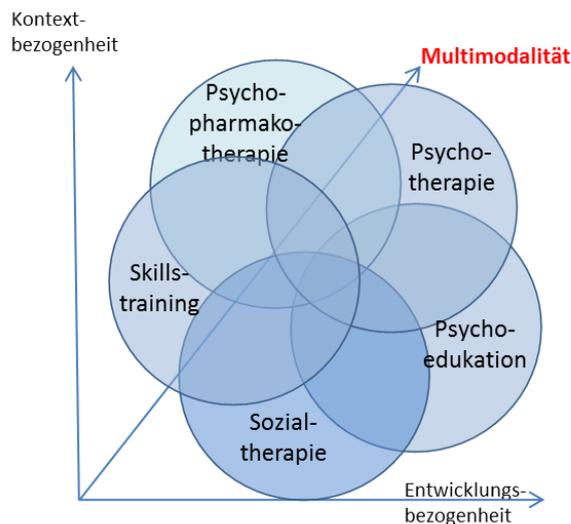
## 2.1 Schizophreniespektrische, -substanzinduzierte- psychotische Störungen

In Hinblick auf die mögliche Erklärung von Psychose und Sucht zeigen sich vielfältige Ätiologiemodelle. In Literatur und Klinik stehen gegenwärtig, abgesehen von einer sekundären Psychoseentwicklung (substanzinduzierte psychotische Störung), das Vulnerabilität-Stress-Modell, die neurobiologische Ätiologievorstellung im Sinne einer Dysfunktion des dopaminergen Systems und das bidirektionale Modell (Schizophrene Psychosen und Substanzstörung halten sich gegenseitig aufrecht) im Vordergrund. Die Vertiefung dieser Aspekte kann leider im Rahmen des Konzeptanliegens nicht weiter expliziert werden. Hilfreich für das ätiologische Verständnis ist jedoch das integrative Ätiologiemodell welches letzthin von Gouzoulis-Mayfrank (2007) vorgelegt wurde und wohl den größten gemeinsamen Nenner und die höchste Praxisrelevanz darstellt:

Integratives Modell



Die hieraus ableitbare erforderliche multimodale Qualität der Rehabilitationsbehandlung ist charakterisiert durch die enge Verzahnung, redundante Überlagerung und Abstimmung der einzelnen Rehabilitationselemente:



### 2.1.1 Vorgehensweise des mehrdimensionalen und multimodalen Diagnostikprozesses

Diese erfolgt auf der Ebene des Patienten durch vollständige internistische, neurologische, psychiatrische und psychologische Untersuchungen einschließlich der Erfassung von Differentialdiagnosen und Komorbiditäten. Sofern nicht in der Akutbehandlung bereits erfolgt, sollte zur Sicherung der Diagnose und zum Ausschluss von Begleiterkrankungen eine ausführliche Zusatzdiagnostik erfolgen.

Gegebenenfalls ist die Einschätzung von Gefährdungsanzeichen an Hand der üblichen Prädiktoren vorzunehmen:

**Fremdgefährdung:** Kriminologische Anamnese; jüngeres Lebensalter; Höhere Anzahl an Krankenhausaufenthalten; antisoziale Persönlichkeitsstörung oder -züge; Ausgeprägte Positivsymptome, insbesondere Denkstörungen, paranoides Denken und Feindseligkeit.

**Selbstgefährdung:** Ausgeprägte depressive Symptome; Zwei oder mehr Suizidversuche in der Vorgeschichte; Schwere der Erkrankung, insbesondere Halluzinationen, Denkstörungen; Panikattacken und ausgeprägte Angstsymptomatik; Geringe Compliance; Wiederholte (auch) kurze Krankenhausaufenthalte (Ärztelobbying); Inadäquate antipsychotische Medikation; Hohe prämorbid Intelligenz; Größere Einsicht in die Erkrankung und ihre Konsequenzen.

klinisch explorativ wird weitergehend erhoben:

- Familienanamnese
- Drogenanamnese hins. Substanzen, Dosierungen, Wirkungen und sekundärer Folgen
- Vorbehandlungen (jeglicher Art), einschließlich Einholung von Befunden
- Aktuelle und im Entwicklungszeitfenster aufgetretene attenuierte oder transiente Symptome, ggf. Erfassung der Prodromal- vorpsychotischen Phase einschließlich der Kontaminierung in Schule/ Ausbildung und sozialem Umfeld in Bezug auf Auftretenshäufigkeit, Intensität und situativer Variabilität
- Einschätzung der Selbst- und Fremdgefährdung Instrumentell
- AMDP (regulär)
- Positive And Negative Syndroms Scale (PANSS)
- Bonner Skala für die Beurteilung von Basissymptomen (BSAB)
- Klinische Inventare
- Symptom checklist (SCL-90)
- Frankfurter Beschwerdefragebogen (FBF) (Screening)

Fremdanamnestisch sollte ggf. zusätzlich erhoben werden:

- Vollständige Krankheitsanamnese hinsichtlich peri- und postnataler Entwicklung und entwicklungspsychologischer Marker (motorische Entwicklung, Sprachentwicklung, Reinlichkeit, Auftreten von Primordialsymptomaten, Kindergarten, Einschulung, Adoleszenz etc.)
- Auffälligkeiten in Bezug auf die Krankheitsentwicklung (prodromal, vorpsychotisch, akut)
- Auftreten von attenuierten oder transienten Symptomen

- Von Angehörigen wahrgenommene Auffälligkeiten vor bzw. bei Eintritt des Konsums psychotroper Substanzen
- Exploration der Dimensionen des Konzeptes der „High expressed emotion“

### 2.1.2 Spezifische psychopharmakologische Therapie

Für den Einsatz einer wirksamen psychopharmakologischen Therapie müssen folgende Voraussetzungen gelten:

- gesicherte und valide Diagnosenstellung
- Pharmakotherapie als Baustein eines Gesamtbehandlungskonzeptes mit psychotherapeutischen, sozialtherapeutischen und ergotherapeutischen Maßnahmen unter psychiatrischer Behandlungsbegleitung
- Aufklärung des Patienten über Wirkungen und Nebenwirkungen
- Einbezug von Nebenwirkungserfahrungen des Patienten
- Spezifische individuelle Abklärung von Applikationsform und Dosierung
- Einbezug von Wechselwirkungen mit eventueller Begleitmedikation
- Laborchemische Routineuntersuchung vor Einsatz von Anitpsychotika

Als Präparate kommen in Betracht:

<b>Atypische Antipsychotika</b>	<b>Konventionelle Antipsychotika</b>	<b>Adjuvant zu antipsychotischer Medikation</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Amisulprid</li> <li>◦ Aripiprazol</li> <li>◦ Clozapin</li> <li>◦ Olanzapin</li> <li>◦ Quetiapin</li> <li>◦ Risperidon</li> <li>◦ Ziprasidon</li> <li>◦ Risperidon Depot</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Fluphenazin (auch Decanoat)</li> <li>◦ Flupentixol (auch Decanoat)</li> <li>◦ Haloperidol (auch Decanoat)</li> <li>◦ Perphenazin (auch Decanoat)</li> <li>◦ Pimozid</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Lithium und Antikonvulsiva wie Carbamazepin, Valproinsäure und Lamotrigin</li> <li>◦ Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) und trizyklische Antidepressiva (TCA) zur Behandlung depressiver Begleitsymptome der Schizophrenie</li> </ul>

Das Vorgehen der antipsychotischen Langzeitbehandlung in der Fachklinik Tauwetter erfolgt in Abhängigkeit zu den nachfolgenden Aspekten:

**Wahl des Neuroleptikums:**

- Dosis und Applikationsform mit möglichst günstigen Wirkungs- und Nebenwirkungsweisen zu Erreichung einer guten Compliance beim Patienten

**Dauer der Erhaltungstherapie:**

- Bei Erstmanifestation 12-24 Monate

**Dosierung:**

- Kontinuierliche Dosierung
- Doseinstellung über 4-6 Monate mit Dosissteigerung oder -reduzierung in 2-4 wöchigen Intervallen

**Therapiekontrolle:**

- Response in Hinblick auf die Entwicklung von Positiv- und Negativsymptomatik und Stabilität des Behandlungsbündnisses
- Berücksichtigung des gesamten Behandlungsprozesses in Hinblick auf Partizipation am Behandlungsgeschehen sowie der Compliance

- Strikte Kontrolle der Medikationsapplikation auch hinsichtlich Manipulationsversuchen (kontrollierte Ausgabe bis kontrollierte Einnahme)
- Drogenfreiheitskontrollen
- ggf. Blutbild

### 2.1.3 Schwerpunkte der Psychoedukation in Verbindung mit den Angehörigen

Das Wissen über die Erkrankung und die Partizipation am eigenen Rehabilitationsprozess soll Patienten helfen, ein „Experte“ der eigenen Erkrankung zu werden. Die ausreichende Transparenz in Sinn und Zweck des Behandlungsgeschehens und seinen Elementen erleichtert Einwilligung, erhöht Compliance und steigert den Wirkungsgrad der Behandlung.

Die psychoedukativen Inhalte sind angelehnt an KonPAKT, Gouzoulis-Mayfrank 2007, GOAL-Programm D'Amelio, 2006 und Konsensuspapier der Arbeitsgruppe Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen, Bäuml 2008.

Sitzungsdauer und -inhalte sind stets an das bestehende Niveau von kognitiver Ressource, ggf. produktiver und Minussymptomatik angepasst. Die Sitzungen finden in einem beruhigten und stressarmen Rahmen statt.

Spezifisch verarbeitete Wissensvermittlung:

- Ausführlicher patientenbezogener Dialog über Diagnose, Krankheitszeichen (Positiv-Negativ-Symptomatik), Phasen der Entwicklung und Verlauf unter dem besonderen Aspekt positiver Perspektive, Möglichkeiten der aktiven Beeinflussung und des Akzeptierens von Hilfebedarf.
- Individuelles Herausarbeiten der Erlebensdimension von Positiv- und Negativsymptomen, aktuellem Belastungserleben (z.B. negatives Selbstwertgefühl, Einsamkeit, Angst) und bestehenden sekundären Krankheitsfolgen (Soziale Desintegration, kein Schulabschluss, Hospitalisierung u. ä.).

Krankheitsmodell und Entwicklung des Vulnerabilitäts-Stress-Coping-Modells:

- Aufbereitung und Vermittlung des Vulnerabilitäts-Stress-Coping-Modells unter besonderer Gewichtung der Copingfaktoren, möglicher Abwehr und der Notwendigkeit von Compliance für die Entfaltung des Wirkungsgrades der Behandlung
- Problematisieren der Negativ-Interaktion zwischen der Abhängigkeitserkrankung und der Psychose, Wirkungen und Auswirkungen über Bilanzierung des Btm.-konsums, Btm.-konsum als auslösender und aufrechterhaltender Faktor für die Psychose, dysfunktionale Einstellungen, Erkennen und Handling diskriminativer Stimuli, Möglichkeiten der Cravingkontrolle.

Zugang zur medikamentösen Behandlung:

- Detaillierte Information zur medikamentösen Behandlung, „Übersetzen“ von Fachterminologie, Wirkungen und Nebenwirkungen, Thematisierung der Folgen von Non-Compliance bei indizierter medikamentöser Behandlung.

- Erkennen kritischer Bedingungen für die Auslösung bzw. Verstärkung von Symptomen sowie deren Abschwächung (z.B. Medikamentenwirkungen).

#### Zugang zu Behandlungsinhalten:

- Vermittlung eines Verständnisses des Zusammenwirkens und der Erfordernis verschiedener Behandlungsmodule (Psychoedukation, Kognitive Therapie, Skillstraining, Training sozialer Fertigkeiten sowie Sport und Erleben) mit der Betonung eigener Aktivität als hilfreiches Mittel im gemeinsamen Bemühen, in Hinblick auf aktive Beteiligung, der Erwartung einer Befindlichkeitsverbesserung und Reduzierung von Belastung.
- Rezidivprophylaxe: Analyse von Situationen und Stimmungen, die Rückfall gefährdend sind und Entwicklung von adäquaten Bewältigungsmaßnahmen. Identifikation von internen und externen Triggern für Drogenverlangen bzw. -konsum und Besprechung von Möglichkeiten zur Cravingkontrolle. Aufbau von Copingstrategien und Routinen zum Handling der eigenen Symptombelastung (z.B. Amotivation, Depressivität, Paranoidität u.a.) im Alltag des klinischen Settings.

#### Erkennen und Umgang mit:

- präpsychotischen Symptomen, Frühwarnsignale, chronischen Plussymptomen
- Negativsymptomatik und Depressionen
- Medikamentennebenwirkungen

#### Frühwarnzeichen erkennen und Krisenpläne erstellen:

- Ausführliche Erarbeitung der entsprechenden Symptomatik
- Erarbeitung eines Verhaltensrepertoires bei Anstieg von Warnsymptomen

#### Perspektiven:

- Erschließung erforderlicher und angezeigter weitergehender poststationärer Hilfen, wie weitergehende ambulante supportive und kognitive Psychotherapie, Sicherstellung der weiteren medizinisch-psychiatrischen Versorgung, ggf. betreute Anschlussmaßnahmen für Arbeit (Arbeitsassistenz) und Wohnen.
- Darlegung der weitreichenden Folgen eigenmächtigen Absetzens von Medikation und psychotherapeutischer Versorgung
- Information und Reflektion der Weiterentwicklung des Krankheitsgeschehens bei Ablehnen einer Behandlung, erneuten Betäubungsmittelkonsums sowie einhergehender Folgen und Risiken.
- Erstellung eines persönlichen Notfallkoffers:
  - Entwicklung eines persönlichen Warnkonzeptes
  - individuelle Maßnahmen zur Begrenzung bzw. Bewältigung von rückfallgefährdenden Momenten
  - Aufbau eines Netzwerkes an Bezugspersonen, die der Patient im Notfall erreichen kann
  - Adressen der Klinik, von Akutkrankenhäusern, ambulanter Psychotherapie und Beratungsstellen

## Psychoedukativer Einbezug der Angehörigen

Hier gilt als Grundvoraussetzung die Herstellung einer vertrauensvollen supportiven Bindung unter besonderer Berücksichtigung der durch die Erkrankung des behandelten Patienten bestehenden Belastung und lebensverändernden Qualität.

(„PEFI“ – Psychoedukative Familienintervention, Berger, H. et al.: 2004)

### Information über Psychosen

- Adäquate, angepasste Diagnoseaufklärung, Erscheinungsformen, vorsichtige bedingte Prognose unter dem Aspekt des Hoffnung Gebens,
- Zur Verfügung stellen von Quellen, Literatur, Fachforen
- Aufklärung über Substanzgebrauch und Wirkungsweisen

### Erarbeitung eines handhabbaren Krankheitskonzeptes

- Erarbeitung des Vulnerabilitäts-Stress-Coping-Modells mit seinen Elementen und deren Beziehungen untereinander
- Erklärung der Positiv- und Negativsymptomatik
- Bearbeitung von „Mythen“ zur Krankheitsentstehung

### Entlastung der eigenen Betroffenheit

- Verbalisierung der mit der Erkrankung des Angehörigen verbundenen Belastung
- Abwägung günstiger und ungünstiger Kognitionen (wie Scham- und Schuldgefühle), emotionalen Reaktions- und Verhaltensweisen

### Kenntnis über medikamentöse Behandlung

- Darlegung der zum Einsatz kommenden Präparate, deren Dosierungen und Einstellungen, Wirkungen und Nebenwirkungen
- Konsequenzen der Ablehnung medikamentöser Therapie

### Kenntnis über Behandlungsmethoden

- Ausführliche Darlegung weiterer zum Einsatz kommender Behandlungselemente: Skillstraining, KVT, Psychoedukation, Soziales Fertigkeitentraining, Sport und Erleben
- Zu erwartende Folgen bei Nicht-Behandlung

### Stressbewältigung

- Kommunikationstraining und Problemlösetraining unter Berücksichtigung der beiderseitigen kognitiven Ressourcen
- Angehörigenspezifisches Krisenmanagement inklusive Hilfemöglichkeiten

### Modifikation

- Erarbeitung der Möglichkeiten und insbesondere auch der Grenzen im Bestreben einer positiven Beeinflussung der Krankheit durch die Angehörigen
- Reflektion und Bearbeitung von „high expressed emotions“ -kritisch, abwertend, feindselig vs. Überversorgung, Bevormundung und Wachstumsverhinderung-

- In Hinblick auf die eigenen Belastungen Abwägung der eigenen Ressourcen und der ggf. erforderlichen Aufnahme eigener Psychotherapie.

Nachstationäre Behandlung und Betreuung

- Darlegung des Erfordernisses poststationärer Weiterversorgung des Patienten incl. Weiterführung der Medikation und ggf. Folgen eines eigenmächtigen Absetzens,
- Kontaktaufnahme zu Angehörigenselbsthilfegruppe
- Handlungsweisen bei notfälligen Situationen

Die Psychoedukation für Patient und Angehörige sind ineinandergreifend angelegt und können getrennt und auch mit den Angehörigen zusammen erfolgen. Sie verfolgen das Ziel ein gemeinsames, für alle Beteiligten annehmbares, gegenseitiges Verständnis über Wesen der Krankheit einschließlich ihrer Dynamik, der Symptombelastung und der damit verbundenen Lebensveränderung herzustellen. Auch die Einsicht in das Erfordernis der Medikation und das Wissen über die hochrisikohafte Verschränkung von Betäubungsmittelkonsum und Psychose wird hierüber aufgebaut. Gemeinsames Verstehen und Annehmen ist die wichtigste Voraussetzung für einen interaktiven Prozess von Einwilligung und Compliance und erleichtert den Umgang mit der Erkrankung im Behandlungsprozess wie auch im Familiensystem gleichermaßen.

**2.1.4 Foci und Inhalte von kognitiver Einzelpsychotherapie und Gruppenpsychotherapie**

**Einzelpsychotherapie**

In der Einzelpsychotherapie steht die Grundstabilisierung des Patienten im Vordergrund. Der Therapiestil orientiert sich also vorwiegend auf supportive, emotional entlastende und ‚leading‘ oder ‚teaching‘ Elemente und ist auf die Erleichterung des Therapiezugangs für den Patienten ausgelegt. Der Fokus der Krankheitseinsicht und Behandlungsmotivation ist dabei übergreifend. Einzelpsychotherapie bietet sinnvollen Reizschutz und -verarbeitungsmöglichkeiten und wird bei reduzierter Gruppenfähigkeit des Patienten mit angepasst höherer Sitzungsfrequenz angeboten.

<b>Foci</b>	<b>Inhalte</b>
Zugang und Beziehungsaufbau	Prinzip der Beziehungs- und Konzeptkontinuität. Vertrauensvolle Beziehung. selbstwertbefördernde Bindung. Respekt und Wertschätzung. glaubwürdige Hoffnung. maximal mögliche Selbstbestimmung. dialogisches Prinzip. aufrichtiges Interesse. spürbare Begleitung. Im Zentrum die Subjektivität des Patienten. Beziehungsqualität vor Technik oder Methode
Krankheitskonzept	Herstellung von Problemzugang und Aufbau von Krankheitseinsicht mittels Erarbeitung des individuellen Krankheitskonzeptes auf der Basis des VSCM, Reflektion der diesbezüglichen Einstellungen und Bewertungen. Betrachtung des individuellen Krankheitsverlaufes, auftretender Symptomqualitäten, riskanter Einflüsse und Folgen, aber auch Schutzfaktoren, Möglichkeiten der Verbesserung durch die Behandlung, Erfordernis von Mitwirkung und Partizipation
Psychotroper Substanzgebrauch	Reflektion der einerseits vulnerablen, andererseits aufrechterhaltenden Qualität des Konsums psychotroper Substanzen, Zusammenhang von Symptomen und Betäubungsmittelwünschen (Craving), negative Verschränkung beider Krankheitsbilder in gegenseitiger symptomverstärkender Inferenz, erheblichen

	sekundären Folgen. Reflektion der Entwicklung des Substanzgebrauchs, diesbezügliche Situationsanalyse, Reflektion von Wirkungserwartung und -erleben, Dosierungsverhalten und Konsummuster, herausarbeiten der Auslöserreize und Aufbau von Möglichkeiten zur Stimuluskontrolle und Reaktionsverhinderung
Vorhandene Potentiale und Ressourcen	Aufbau eines positiven Bewertungssystems eigener Fähigkeiten jenseits des Erlebens von Symptomen und Krankheitseinflüssen, Prozess des Erkennen Könnens der eigenen Ressourcen in Biographie und Gegenwart und deren Ausbau und Nutzbarmachung in der Zukunft. Wahrnehmung und sukzessiver Ausbau eigener Möglichkeiten zur Krankheitsbewältigung, deren Einübung zur Herausbildung einer salutogenetischen Erfahrung
Symptom-erkennung und -bewertung	gemeinsames Verständnis der Symptome, deren Benennen und Differenzierung, Häufigkeit und Ausprägung, Situations- und Kontextanalyse, Wahrnehmen und Einübung von Frühwarnsignalen, im Kontext der Erkrankung sehen lernen, Bedeutungsbeimessung, Aufzeichnungsroutine durch Einübung eines Symptomtagebuches
Reduktion persistierender Symptome	Reduktion der symptombedingten Einschränkungen im Alltag (Symptomen weniger Raum geben, was ist mit und trotz Symptomen möglich?), Schritte der Realitätsprüfung, Reframing, Entwicklung von Copingstrategien wie Ablenkung, bei Stimmen andere akustische Quellen wie Radio etc.
Kognitive Differenzierung	behutsame Erweiterung der Differenzierungsfähigkeit, gedankliche Flexibilität, Aufmerksamkeits- und Konzentrationsspannen. Reflektion von Bewertungssystemen, dosiertes Disputing dysfunktionaler Kognitionen, Attribuierungen und kausalen Vorstellungen.
Emotionsregulierung	Zusammenhang von Kognition und Emotion, Modifikation dysfunktionaler Kognitionen im Zuge depressiven Erlebens und Hoffnungslosigkeit, Aufbau günstiger Kognitionen („das Udenkbare denken“), Gedankenstopptechniken bei Grübeln und Gedankenperseveration, Aggressions- und Spannungsreduktion
Motivierung und Compliance	Hoffnung geben, Herausarbeitung der Bedeutung aktiver Mitarbeit als Voraussetzung für die Entfaltung des Wirkungsgrades bei therapeutischen Maßnahmen. Reflektion dysfunktionaler Einstellungskomplexe zur psychopharmakologischen Medikation, Wirksamkeit und Nebenwirkungen. Reflektion der Ambivalenzen zur Behandlungsbereitschaft unter Berücksichtigung der Betäubungsmittelaffinität
Selbststeuerung	Reflektion der Selbststeuerung in Alltagssituationen sowie diesbezüglicher Ressourcen, Möglichkeiten des Impulsaufschubs, Umgang mit aggressiven Spannungen, Aufbau von Ambiguitäts- und Frustrationstoleranzen
Realitätsprüfung	Im Zentrum steht die subjektive Erfahrung des Patienten, Aufbau mehrperspektivischer Sichtweisen („mehr sehen lernen“), Möglichkeiten der Überprüfung eigener Wahrnehmung durch Einbezug weiterer Personen, unterschiedliche Beurteilungen aushalten können
Stresserleben	Situationsanalyse bezüglich Stresserleben und Kontext, Techniken situativer Entspannung (Atemtechniken, Teile von PMR), Erkennen des Zusammenhangs zwischen Stresserfahrung und Symptomanstieg, Techniken der Vermeidung von Stress und Bewältigung von Stress
Familiäre Kontexte	Reflektierte Betrachtung der Herkunftsfamilie und eigener Familie, Erkennen von eigenen Positionen, emotionalen Beziehungsqualitäten aus biographischer Perspektive. Bedeutung der eigenen Erkrankung und diesbezüglicher Umgang, Nähe- und Distanzregulation, Wünsche und Erwartungen an und von Familienmitgliedern,
Soziale Kontexte und Stigmabearbeitung	Reflektion des sozialen Umfeldes (Peerebene, berufliche, arbeitsbezogene und Ausbildungskontexte) hinsichtlich protektiver und riskanter Qualitäten, Unterstützungsmöglichkeiten, Ausgestaltung von Freundschaften, Umgang mit dem anderen Geschlecht. Reflektion drogenspezifischer Kontakte, deren Auslösequalität, eigene szenebegogene Rollen und Erfahrungen, Möglichkeiten der Abgrenzung. Selbstwertbezogene Probleme im Kontaktaufbau zu drogenfreien sozialen Beziehungen, Reflektion diesbezüglich dysfunktionaler Einstellungen.

	Erarbeitung und Reflektion der Mitteilung eigener Erkrankung an wen, in welcher Situation, in welcher Ausführlichkeit, mit welchen Inhalten. Reflektion hierzu bestehender Erfahrungen, Beeinflussungsmöglichkeiten und Gestaltung zukünftiger Erfahrungen
--	--

## Gruppenpsychotherapie

Die Relation von Einzelpsychotherapie und Gruppentherapie im Behandlungsverlauf gestaltet sich unter optimaler Ausnutzung der für den Patienten jeweils günstigsten Settingsbedingungen.

Eine wichtige Voraussetzung für positive Wirkungen der Gruppentherapie auf den Patienten ist eine ausreichende Gruppenfähigkeit und damit auch Ich-Stärke. Dementsprechend sind aversive, das Bündnis beeinträchtigende oder labilisierende Interventionen kontraindiziert. Im Vordergrund steht hingegen die sukzessive Förderung der Gruppenfähigkeit durch positive Peererfahrungen und die stützenden Qualitäten der Gruppentherapie. Die Gruppenresonanz wird als protektiver Faktor für Krankheitseinsicht und gemeinsam erarbeitete Bewältigungsmöglichkeiten gestaltet und ist auch Übungsfeld für Aufbau und Stabilisierung von Social-Skills.

Foci	Inhalte
Arbeitsweise der Gruppe	Stets Transparenz und Orientierung für die Patienten, Diskussion von Zielstellungen und speziellen Fragen, Aufstellen von Gruppenregeln
Compliance und Behandlungsnutzen	Reflektion der Teilnehmererfahrungen in den Behandlungselementen Erarbeitung der Sinnhaftigkeit der Behandlungsangebote, Reflektion individueller Schwierigkeiten, Arbeit an der Abwehr
Krankheitskonzept	Teilnehmerbezogene Erarbeitung des Vulnerabilitäts-Stress-Modells. Erarbeitung der Ursachen für die individuellen Symptome, Erklärung der Symptomentstehung
Interaktion Btm. und Psychose	Erarbeitung des individuellen Bedingungsgeflechts zum Betäubungsmittelkonsum, dem Wirkungserleben auf dem Hintergrund biographischer Erfahrungen. Herausarbeiten der negativen sekundären Folgen des Betäubungsmittelkonsums. Erarbeitung des individuellen Zusammenhanges von Betäubungsmittelkonsum und Psychoseentwicklung
Symptomerleben	Gruppenbezogene Reflektion dysfunktionaler Einstellungen u. Bewertungen zur individuellen Symptombelastung. Aufbau u. Arbeit an stützenden Kognitionen unter Nutzung der Gruppenressource. Entwicklung individueller Copingstrategien u. Austausch mittels Gruppenresonanz.
Craving	Reflektion irrationaler Gedanken zum Betäubungsmittelkonsum z.B. „kleine Dosen sind keine Dosen“, Überschätzung der eigenen Distanzierungsmöglichkeiten. Erarbeitung der Dynamik und ‚Macht‘ von Craving auf dem Erfahrungshintergrund der Teilnehmer, Erarbeitung und Sammlung hilfreicher Strategien, Reflektion diesbezüglich individueller Erfahrungen sowie deren Modifikation in der Gruppe. Erarbeitung der Vielseitigkeit individueller internaler wie externaler Auslösereize aller Gruppenmitglieder, gemeinsame Listung, Herstellung der situativen Zusammenhänge, Sensibilisierung auf den Alltag, Restrukturierung diesbezüglich dysfunktionaler Kognitionen.

Psychopharmako- -therapie	Auf dem Hintergrund der Gruppenerfahrungen Erarbeitung der Erfordernisse der regelmäßigen Einnahme, Arbeit an den Irrationalismen der Selbstmedikation, unabgesprochener Dosierungsänderungen oder eigenmächtigen Absetzens.
Coping	Erläuterung der pharma-, psycho-, sozialtherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten. Spezifischer Umgang mit individuellen Belastungen und Problemen durch die Bearbeitung dysfunktionaler Kognitionen. Gemeinschaftlicher Aufbau kognitiver Regulationsmöglichkeiten wie Gedankenstopptechnik, gedankliches Reframing, in der Gruppe einüben, Erfahrungen in der Gruppe zusammenführen, gemeinschaftlicher Austausch, Pool hilfreicher Strategien schaffen, „am Ball bleiben“. Realistisches Einschätzen eigener Belastbarkeit in Relation zu bestehenden Belastungen. Erkennen und Erarbeiten der vorhandenen Ressourcen mittels gruppenbezogenem Austausch, visualisierter und sensorischer Verdeutlichung, Herstellung individuell verbesserten Realitätsbezugs der Teilnehmer durch gemeinsame Reflektion der vorhandenen Erfahrungen. Auf dem Hintergrund der Teilnehmererfahrungen Austausch von Umgangsweisen mit persönlichen Krisen, Reflektion der Angemessenheit und Nützlichkeit, gemeinsamer Aufbau adäquater Strategien, Notwendigkeit der Inanspruchnahme von Hilfe, Sammlung entsprechender Möglichkeiten,

### 2.1.5 Ausgestaltung von Skillstraining und Training sozialer Fertigkeiten

Foci	Inhalte
Symptom- belastung	Frühwarnzeichen und präpsychotische Symptome erkennen, Symptomen weniger Raum geben, alternative Reize entgegen setzen, Symptomtagebuch erstellen und kontinuierlich führen lernen
Medikation	Möglichkeit des Informationserhalts über die eigene Medikation (wo und wie). Medikationsmanagement: Anleitung und Hinweisgebung inkl. Risikokognitionen bearbeiten (z.B. „viel hilft viel“) – Monitorisierung – Einübung
Positive Selbstinstruktion	Aufbauen, denken, anwenden, ggf. modifizieren von positiver Selbstbeeinflussung durch Einbauen im inneren Dialog, gedankliche Fallen erkennen, auch durch visuelle und auditive Techniken möglich
Craving	Ablenkung, Karten mit Selbstinstruktionen, Auslösereize vermeiden, aus dem Feld gehen, Abbau durch Aktivitäten, Ablenkung, Dialog etc. Training von Genussfähigkeit, Erarbeitung rationaler Gegengedanken zum automatischen Gedanken, ausgewählte Entspannungstechnik PMR
Ablehnungs- training	Drogenangebote ablehnen lernen, an Alkoholständen vorbei gehen, in vivo Übungen
Selbstwert und Kontakt	Durchsetzen lernen, Augenkontakt halten, Selbstentwertende Kognitionen erkennen und stoppen. Positiven inneren Dialog fördern und einüben. Selbstbewusstsein stärken: sich wirkungsvoll abgrenzen, in Kontakt kommen, Klarheit über eigene innere Werte, Ziele, Motivation
Affektregulation	Üben: Emotionswahrnehmung und -differenzierung, Gefühle zulassen können, Beobachten, Beschreiben und Verstehen von Gefühlen, Verwundbarkeit akzeptieren, Schutzmöglichkeiten entwickeln, über Stimmungslagen reden, diese beeinflussen, emotionale Impulse aufschieben, Anzeichen (physisch/psychisch) aggressiver Spannung bemerken, Gegensteuern lernen, Möglichkeiten der Katharsis einüben. Ängste wahrnehmen, Möglichkeiten der Beruhigung erlernen und üben. Depressive Qualitäten wahrnehmen, der Krankheit zuordnen können, gedanklich beeinflussen lernen und üben.
Spannungs- regulation	Erregungskreislauf unterbrechen, Anspannung-Entspannung-Techniken, PMR, Isometrische Übungen, imaginative Techniken, Übungen zur Beruhigung, Atemtechniken

Alltagsfertigkeiten	Selbstversorgung, Wohnen. Ökonomische Ressourcen einschätzen lernen, Umgang mit Geld. Ernährung, persönliche Hygiene. die Benutzung von Verkehrsmitteln und Nutzen von sozialen Einrichtungen, in vivo Übungen
Krise und Notfall	Erkennung des Anstiegs von Betäubungsmittewünschen, Aufsuchen von Auslöserreizen, antizipatorische Verhaltensweisen und Cravinganstieg. Diesbezügliche Entwicklung von protektiven Qualitäten (z.B. Intensivierung der vereinbarten poststationären Therapie- oder Betreuungskontakte) Entwicklung und Einübung eines individuellen Warn-Konzeptes mittels Wahrnehmung, Bewertung und Aufzeichnung (Symptomtagebuch) der Frühwarnsignale, sowie eigener Situationsanalyse, Aktualisierung von Skills und Copingmöglichkeiten. Aufbau stufenweiser Inanspruchnahme von Hilfe (protektive Sozialkontakte – Selbsthilfe – Krisendienst – Arzt, Psychotherapeut – Notfallambulanz – Notarzt), Erstellung diesbezüglicher Notfallkarte

### Training sozialer Fertigkeiten, Freizeit, Sport & Erleben

Personale Kompetenz	Selbstwahrnehmung/ Selbstreflektion, Durchsetzungsvermögen
Kommunikation	Konversation und Diskussion üben, Umgang mit Feedback -annehmen und geben-, richtige Interpretation von Mitteilungen lernen. Training, Gesprächstraining als Regelkreis: analysieren, Feedback, modifizieren, Gesprächsregeln erarbeiten, einüben, auswerten
Soziales Training	Training von Durchsetzungsvermögen, Umgang mit Kritik und Lob, Soziales Kontakttraining
Soziale Wahrnehmung	Gruppen- und beziehungsorientiertes Verhalten Soziale Situationen erfassen und bewerten
Interpersonelles Problemlösen	Verringerung ‚aktiver Passivität‘; Erkennen und Beschreiben von Problemsituationen, Kognitive Problemaufarbeitung, Erarbeitung von Lösungsalternativen, Entscheidung für eine Lösung, Umsetzung in die Praxis, Feedback über Erfolg/Misserfolg
Aktivitäts- und Umsetzungsorientierte Kompetenzen	Fertigkeiten im Selbstmanagement (mit anderen kooperieren, Selbstsicherheit) Berufsfindung und Bewerbungstraining, selbstorganisiertes Handeln Planung von Arbeitsschritten
Interpersonell/ Teamfähigkeit	Konversationstraining, eigene Standpunkte vertreten, gemeinsames Planen und Organisieren, um Hilfe bitten, einem Verein beitreten, Mannschaftssport
Freizeitgestaltung, Hobbys, Erlebnisfähigkeit	Erschließen der Bedeutung von Freizeitaktivitäten. Informationsbeschaffung über Möglichkeiten. Übungen zur Realisierung, Reflektion, Aufrechterhaltung Trainieren über sportliche, kreative und Beschäftigungsangebote, Motivation und Unterstützung bei der Suche nach externen Aktivitäten. Eintägige oder mehrtägige erlebnispädagogische Maßnahmen in die Berge, an Seen, ans Meer, in den Schnee zum Wandern, sportlich betätigen Interessensfindung, Experimentieren, Festigung
Körpererleben	Beruhigungserfahrung durch Erleben und Natur, Steigerung des Körperempfindens durch Anstrengungssteigerung und Belastungssteigerung

### 2.1.6 Matrix Symptombild und Therapieangebot

Therapieebene		durch: Arzt - Psychologe								
		Psycho- pharmako- therapie	Psycho- edukation Patient	Psycho- edukation Angehörige	Kognitive Therapie einzeln	Kognitive Therapie Gruppe	Skills	Sozial- therapie	Arbeit Kreativität	Sport Erleben
Stabilisierung	<b>Zielebene</b>									
	Etablierung des Zugangs und der therapeutischen Beziehung									
	Stabilisierung der Remission & weitere Reduktion psychischer Symptome									
Motivation	Aufrechterhaltung der Drogenkarenz									
	Verhinderung und Behandlung von Selbst- und Fremdgefährdung									
	Festigung der therapeutischen Beziehung									
	Förderung der Partizipation, Krankheitseinsicht und Compliance									
	Intensivierte Aufklärung über Krankheits- und Behandlungskonzepte									
	Verständnis der individuellen Bedeutung der Erkrankung (Sinnggebung)									
Funktionalität	Verbesserung kognitiver Ressourcen									
	Erhöhung emotionaler Stabilität									
	Ausgleich sozialer Defizite									
	Spezifische Förderung zur Verbesserung der Negativsymptomatik									
	Reduzierung persistierender Symptome									
	Entwicklung individueller Coping-Strategien									
	Minderung der sekundären Krankheitsfolgen der Abhängigkeitserkrankung									
	Harmonisierung von Konflikten in der Familie und Umwelt									
	Stabilisierung und Erweiterung sozialer Konflikte									
	Internalisierung trainierter Fertigkeiten									
Adaption	Früherkennung drohender Rückfälle									
	Motivation zur Selbsthilfe									
	Rezidivprophylaxe, -früherkennung und -frühintervention									
	Prophylaxe erneuten Betäubungsmittelkonsums									
	Suizidprophylaxe									
	Stabilität trainierter Fertigkeiten									
Poststationär	Aufrechterhaltung der therapeutischen Beziehung									
	Stabilität der Medikationscompliance									
	Weitgehend funktionale Alltagsbewältigung									
	Weitgehend soziale Integration									
	Aufrechterhaltung unterstützenden Freizeitverhaltens									
	Weitere Aufrechterhaltung der Drogenkarenz									
Berufliche Rehabilitation										

## 2.2 Hyperkinetisches Syndrom und instabile Störungen

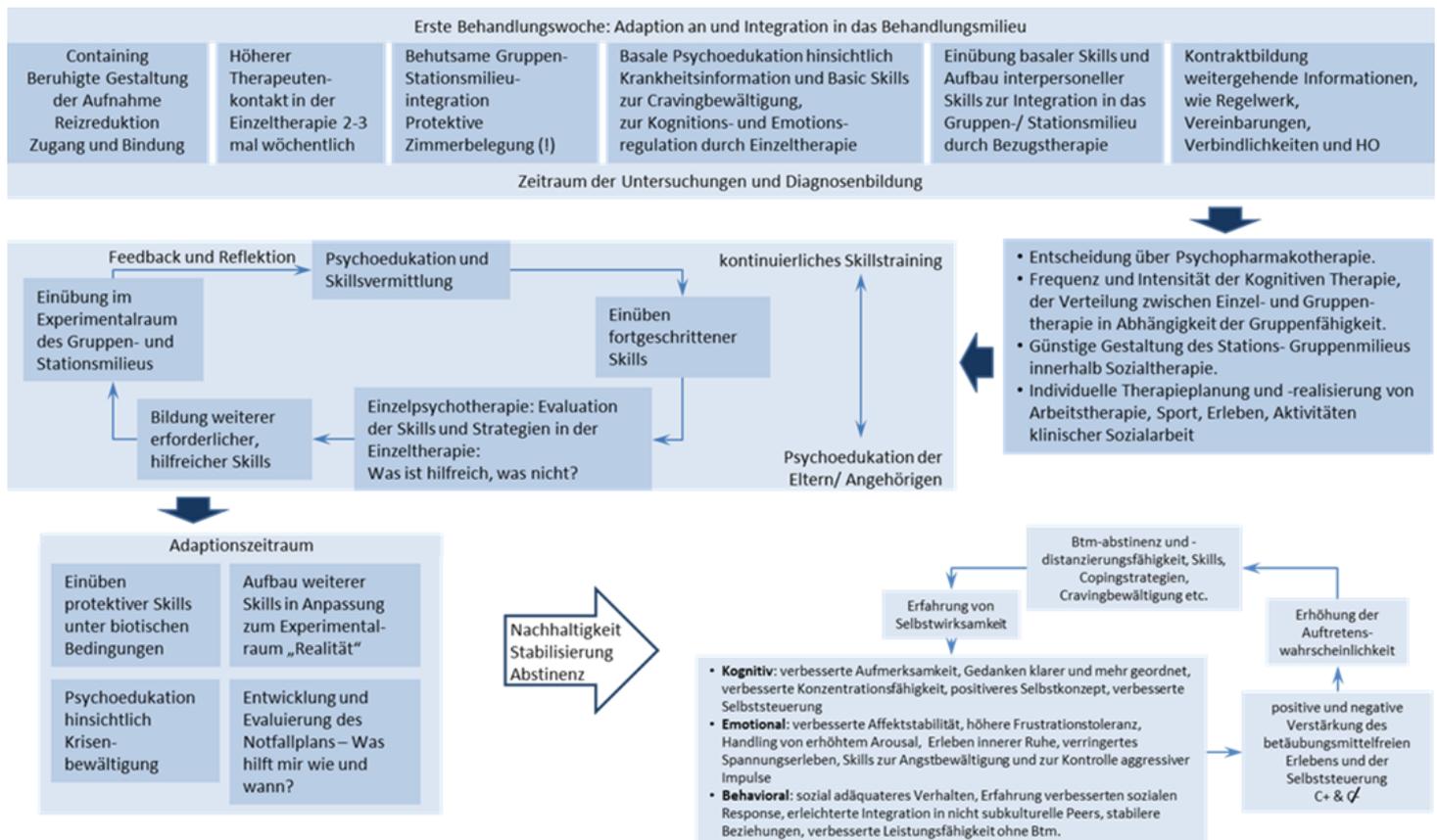
Der nachfolgende Abschnitt bezieht sich auf Strategien und Inhalte der integrierten Rehabilitationsbehandlung von Abhängigkeitserkrankungen bei instabilen Störungen einschließlich hyperkinetischer Krankheitsbilder. Beide Komplexe weisen phänomenologisch doch eine hohe syndromale Schnittmenge auf, bei denen die dargestellten Zugeweisen Anwendung finden können. Sie sind ebenfalls -aus oben genannten Gründen- weitgehend unabhängig von Ätiologieaspekten gehalten und umfassen dabei den Bereich der beginnenden oder frühen Cluster-B-Persönlichkeitsstörungen, aber auch instabile Persönlichkeitsniveaus durch schwere Anpassungs- oder Traumafolgestörungen. Auch hyperkinetische Bilder können phänomenologisch und psychopathologisch, wie auch in Hinblick auf das Derangement des sozialen Umfeldes, instabile Niveaus aufweisen. Besondere Anforderungen und Fragestellungen wirft gerade bei den zuletzt genannten hyperkinetischen Störungsbildern die psychopharmakologische Therapie auf. Die hierbei in Frage kommenden Möglichkeiten einer medikamentösen Stützung dieser Patienten in der Rehabilitationsbehandlung der Fachklinik werden im entsprechenden Unterpunkt dargelegt.

Die nachfolgend, im Anschluss daran, beschriebenen psychoedukativen und psychotherapeutischen Foci, Inhalte des Skillstraining und des sozialen Kompetenztrainings, sowie Erfahrungen mit Sport und Erlebnis sind stets auf einer grundlegenden Behandlungsstrategie zu verstehen, die letztlich darauf abzielt, den Patienten zu befähigen, stabile Zeiten des Erlebens weitgehend auszudehnen und zu verlängern, genauso wie instabile, labile Phasen weniger einschneidend, weniger häufig und so kurz wie möglich halten zu können. In einem gemeinsam verbindenden Wirkfaktor befördern sie damit Selbststeuerungsfähigkeiten und vermitteln Selbstwirksamkeitserfahrungen, die im Transfer zum Klinikmilieu eingeübt und internalisiert werden. Die Erfahrung der wirksamen Beeinflussbarkeit eigener Emotion und Gedanken von Volition und Verhalten, gerade in den sich so oft wiederholenden und zu erheblichen Problemlagen führenden, biographischen Situationen und Erfahrungen, bedeutet eine nachhaltige Stabilisierung des narzisstischen Regulationssystems und damit einen erfahrbaren Zuwachs an Selbstwertgefühl.

Dieser für Patienten so wichtige Lernprozess des kontinuierlichen self-managements zieht sich als roter Faden durch alle nachfolgend beschriebenen Rehabilitationsangebote in der Qualität einer zunehmenden Selbstbefähigung hin zu Eigeninitiative, Unabhängigkeit und Selbstbestimmung (Empowerment-Ansatz in psychosozialen Therapien).

Die grundlegende Behandlungsstrategie bei instabilen und auch hyperkinetischen Störungen ist in einer möglichst nachhaltigen Stabilisierung des Patienten zu sehen, mittels eines beruhigten Kontextes (kontrolliertes Behandlungsmilieu), dem konsequenten Aufbau von Selbststeuerungs- und Selbstmanagement-fähigkeiten, Stabilisierung des narzisstischen Regulationssystems, und der Stärkung von Selbstwerterleben und Selbstwirksamkeitserwartung. Das Erzielen einer positiven

Verstärkerqualität in Hinblick auf betäubungsmittelfreies Erleben und der eigenständigen Regulation von inneren und äußeren diskriminativen Stimuli stehen im Vordergrund. Daraus ergeben sich besondere Entsprechungen für den -potenziell überfordernden- Aufnahmezeitraum, Untersuchung, Diagnose und Behandlungsplanung, Psychotherapie, Psychoedukation und Skillsaufbau/-training (Social-Skills!) sowie geeigneter Erprobungsmöglichkeiten. Details sind der nachfolgenden Skizzierung zu entnehmen:



### 2.2.1 Die spezifische multidimensionale Diagnostik umfasst folgende Untersuchungsinhalte und Instrumentarien

klinisch explorativ wird umfänglich erhoben:

- vollständige psychiatrische und psychologische Untersuchung einschließlich der Erfassung von Differentialdiagnosen und Komorbiditäten
- Aktuelle und im Entwicklungszeitfenster aufgetretene Leitsymptome einschließlich der Kontaminierung in Schule/ Ausbildung und sozialem Umfeld in Bezug auf Auftretenshäufigkeit, Intensität und situativer Variabilität
- Familienanamnese
- Drogenanamnese hins. Substanzen, Dosierungen, Wirkungen und sekundärer Folgen
- Vorbehandlungen (jeglicher Art) einschließlich Einholung von Befunden
- Forensische Anamnese

- Internistischer und neurologischer Befund einschließlich befundspezifischer Zusatz- und Differentialuntersuchungen

Verhaltensbeobachtung:

- im Stations-/ Gruppenmilieu, Arbeitsverhalten, Gruppenangebote, Sportangebote

Instrumentell:

- Klinische Inventare
- Strukturierte diagnostische Interviews
- Neuropsychologische Instrumente (mit vertretbarem Aufwand)
- Intelligenzverfahren (kulturbezogen/ -frei)
- Leistungsprüfsysteme

Fremdanamnestisch sollte ggf. zusätzlich erhoben werden:

- Vollständige Krankheitsanamnese hinsichtlich peri- und postnataler Entwicklung und entwicklungspsychologischer Marker (motorische Entwicklung, Sprachentwicklung, Reinlichkeit, Auftreten von Primordialsymptomen, Kindergarten, Einschulung etc.)
- Beginn oder Auffälligkeiten in Bezug auf die Leitsymptomatik (fluktuierend, persistierend, stressreagibel)
- Auftreten von depressiven oder Angstphänomenen
- Auffälligkeiten bzw. Eintritt des Konsums psychotroper Substanzen bei Patienten
- Erziehungsverhalten, kritische Erziehungssituationen
- Familiäre Wärme und Beziehungsmuster
- Eigene psychische Veränderung oder Belastetheit der Angehörigen, Exploration der diesbezüglichen Familienanamnese

### **2.2.2. Erwägung einer spezifischen psychopharmakologischen Therapie bei hyperkinetischen Störungen**

Voraussetzungen:

- gesicherte und valide Diagnosenstellung
- Therapeutische Bewusstheit über die Risiken des Einsatzes von Methylphenidat in Hinblick auf die selbstverstärkende Dynamik bei der Aufrechterhaltung der Abhängigkeitserkrankung
- Therapeutische Bewusstheit über die Risiken des Einsatzes von Methylphenidat in Hinblick auf die Dynamik im Stations-/ Gruppenmilieu durch substanzbezogene Auslösereize und damit Anstieg des Cravings
- Ausführliche Aufklärung des Patienten und ggf. der Angehörigen

Strenge Indikationsstellung:

- Basisstabilisierung des Patienten zur Ermöglichung des therapeutischen Zugangs und des Haltens im Rehabilitationsmilieu bei entsprechender Krankheitstiefe und Nichtausreichen bestehender psychotherapeutischen Maßnahmen
- Freiheit von jeglichem Beigebrauch oder Restsubstanzen
- Priorisierung von Retard-Präparaten
- Intensive Einzelpsychotherapie zur Cravingbewältigung
- Partizipation an intensivem Training zur Einübung von Skills

- Reduzierung der Dosierung mit Zunahme der Skillswirkung
- Berücksichtigung des Stations-/ Gruppenmilieus

Als Präparate kommen in Betracht:

Methylphenidat mit modifizierter Freisetzung	Atomoxetin	Bei weitergehender Indikationsstellung
<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Medikinet Retard</li> <li>◦ Concerta</li> <li>◦ Equasym Retard (Leitlinie Evidenzlevel A)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Strattera (Leitlinie Evidenzlevel B)</li> </ul>	Erwägen des Einsatzes von tricyklischen Antidepressiva (TCA) und selektiven Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmern (SSRI)

Therapiekontrolle:

- Response in Hinblick auf die Entwicklung der Leitsymptome
- Berücksichtigung des gesamten Behandlungsprozesses in Hinblick auf Partizipation am Behandlungsgeschehen sowie der Compliance, Bewältigungsstrukturen und Wirkungen auf das Behandlungsmilieu
- Strikte Kontrolle der oralen Einnahme hinsichtlich Manipulationsversuchen
- Drogenfreiheitskontrolle hinsichtlich Beigebrauch
- Regelmäßige Kontrolle des Methylphenidatspiegels
- Intensive Sicherung des Behandlungsmilieus zum Ausschließen subkultureller Qualitäten wie Aufsparen und Veräußern der Substanz sowie weiterer scenebezogener Verhaltensweisen

### 2.2.3 Foci und Inhalte von kognitiver Einzelpsychotherapie und Gruppenpsychotherapie

Die psychotherapeutischen Angebote im Einzel- oder Gruppensetting werden in Hinblick auf das Ich-funktionelle und Ich-strukturelle Niveau des Patienten abgestimmt. Bei schweregradiger Beeinträchtigung steht die Einzelpsychotherapie mit Frequenz und Umfang im Vordergrund und stellt ein nachgehendes, für Krisen und Notfälle auch präventiv wirksames, Setting bereit. Die Gruppentherapie trägt diesen Bedingungen durch Gruppengröße, zeitlicher Dauer und in thematischer Hinsicht Rechnung und bietet somit einen Ort des sukzessiven Aufbaus der Ich-Stärke als auch der Förderung von Aufmerksamkeits- und Konzentrationsspanne genauso wie der psychischen Toleranzen oder Impulskontrollfähigkeit. Bei verbesserter Gruppenfähigkeit wird das Gruppensetting intensiviert angeboten und die Einzelpsychotherapiefrequenz tritt sukzessive etwas zurück.

Der Wirkungsgrad kognitiver Therapie wird durch das beruhigte und gut kontrollierte Behandlungsmilieu in der Fachklinik unterstützt und optimiert, gekennzeichnet durch transparente und vereinbarte Regeln und Grenzen, im Team einheitlich gehandhabten Control of Reinforcement und gutem Kontingenzmanagement der Verstärkungen.

Foci	Inhalte
Achtsamkeit	Förderung von Introspektion und Interozeption Achtsamkeitstraining nach Linehan („Was- und Wie-Fertigkeiten“) Training der Wahrnehmung innerer und äußerer Signale, emotionale Expression im Verhalten, Sprache/ Alltagsintegration von

	Achtsamkeitsübungen
Chaos und Kontrolle	Reduktion desorganisierten Verhaltens und Aufbau von Alltagsstrukturierung Fremdbestimmtheit vs. Selbstkontrolle
Verhaltensanalyse	Wahrnehmen des Problemverhaltens, Differenzierung und Reflektion, Situationen, Trigger, Konsequenzen, Problemlösestrategie
Emotionsregulation	Differenzierung von Emotionen/ Emotionswahrnehmung/ Diskriminationserleben Reflektion der eigenen Expressivität/ Kontrolle von Wut und Ärger (Entladungsaufschub), Angst und Unsicherheit (Habituation) Kanalisation physiologischer Erregungszustände über Sport und Erleben
Impulskontrolle	Verhaltensanalyse/ Erkennen der Auslöserreize/ Erlernen des Aufschubs Aufklärung über kurz- und langfristige Konsequenzen/ Zielorientiertes verhalten erlernen/ Kanalisation physiologischer Erregungszustände über Sport und Erleben
Stressmanagement	Zusammenhang zwischen Desorganisiertheit und Stress An den Ressourcen des Patienten orientiertes Stressmanagement
Beziehung/ Selbstachtung	Information der Eltern und Angehörigen Folgen der Erkrankung für Biographie, Beziehungen, Selbstwertgefühl Vorteil von Menschen mit ADHS gegenüber Menschen ohne ADHS
Fertigkeiten zu Organisation und Struktur	Aufbau von Basisstrukturen in der Assimilation von Behandlungssettings u.a. auch zur Wahrnehmung der Einzeltherapie (Termine, Hausaufgaben, etc.) Training von Problemlösefertigkeiten Aufbau von Differenzierungen (wichtig/ unwichtig, vordringlich/ nachrangig, bedeutend/ unbedeutend)
Ablenkbarkeit	Erfassen der Aufmerksamkeitsspanne Anforderungen aufteilen und der Aufmerksamkeitsspanne anpassen Behebung von Aufmerksamkeits- und Motivationsproblemen Sukzessive Erweiterung von Konzentration und Aufmerksamkeit Erlernen von Zuhörtechniken
Kognitive Therapie	Reflektion der Realitätswahrnehmung, Fähigkeiten zur Realitätsprüfung und zum Ausgleich des Wahrnehmungsfehlers Reflektion des Selbstkonzepts Identifikation automatischer Gedanken Identifikation negativer Kognitionen Kognitive Restrukturierung durch Bearbeitung dysfunktionaler Kognitionen mit ABCDE (RET) Kognitionsmodifikation in stressreichen Situationen Erlernen von Impulskontroll- und Verzögerungstechniken

ientiert an Safren 2005 und an Hessler 2004

#### 2.2.4 Schwerpunkte der Psychoedukation in Verbindung mit den Angehörigen

Die Psychoedukation für Patient und Angehörige ist als ein gemeinsames Vorgehen angelegt in dem getrennte wie gemeinsame Sitzungen möglich sind. Neben den Basisinhalten (Krankheitsverständnis, -modell, Therapieerfordernisse und -wirksamkeit, Compliance etc.) zielt sie auf die Transparenz für die jeweilige Belastung des Anderen, Erarbeitung von günstigen und ungünstigen Bedingungen und darüber hinaus auf die Verbesserung intrafamiliärer Interaktions- und Kommunikationsqualitäten ab.

Transparente und beidseitig aufeinander abgestimmte Psychoedukationsprozesse tragen erheblich zur Erhöhung der Haltekräfte in der Rehabilitationsbehandlung bei und sind

geeignet, intrafamiliäre, das Krankheitsbild aufrechterhaltende Bedingungen zu reduzieren.

Die Anpassung der Sitzungsdauer und -inhalte orientiert sich an das bestehende Niveau von Aufmerksamkeit, Memorisierungskapazität und Konzentrationsvermögen:

Gegenwärtiger Problemzugang und Krankheitsakzeptanz:

- Therapeutisch verarbeitete Information über Krankheitszeichen (Unruhe, Anspannung, Craving etc.), aktuellem Belastungserleben (z.B. negatives Selbstwertgefühl, Aggressivität, Konflikte in Familie und Partnerschaft), bestehenden Krankheitsfolgen (fehlender Schulabschluss, Obdachlosigkeit, Polizeikontakte u.ä.) und Ambivalenz zur Behandlungsnotwendigkeit unter der Prämisse sukzessiver Problemaktualisierung und Aufbau der Behandlungsmotivation.
- Thematisieren des Vermeidungsimpulses und der Ängste einer betäubungsmittelfreien Selbstwahrnehmung und deren Akzeptanz.
- Erarbeitung des vielseitigen Bedingungsgeflechts der Krankheitsentstehung, deren Auswirkungen in Vergangenheit und Gegenwart, in Bezug setzen zur Betäubungsmittelwirkung, Information zu und Erarbeitung des individuellen Krankheitsverlaufes
- Vermittlung von basic-skills (z.B. Beruhigung, „aus dem Feld gehen“, Imaginationen, „3 Sekunden-Pause“)

Behandlungsinhalte:

- Verarbeitete Information, Darlegung und Transparenz zu den verschiedenen Behandlungselementen mit ihren Methoden, deren Wirkungsqualitäten unter der Voraussetzung der Einwilligung, in Hinblick auf aktive Beteiligung versus Passivität (z.B. Aufgreifen und Üben der skills), der Erwartung einer Zustandsverbesserung und Reduzierung von Belastung.
- Gegebenenfalls detaillierte Information zur medikamentösen Behandlung, „übersetzen“ von Fachterminologie, Wirkungen und Nebenwirkungen, Thematisierung von Non-Compliance gegenüber indizierter medikamentöser Behandlung.
- Information und Erläuterung von alternativen Behandlungsmöglichkeiten, deren Nutzen und Limitierung sowie den Vor- und Nachteilen in Bezug auf die eigene Krankheitsentwicklung.
- Fokussierung der eigenen Partizipation, verstehen und erfahren können der eigenen Beeinflussungsmöglichkeit und Mitgestaltung des individuellen Therapiemilieus zur Reduzierung von Ambivalenzen gegenüber der Behandlung und zu Aufbau, Förderung und Stabilisierung von Compliance.
- Aufbau von Copingstrategien und Routinen zum Handling der eigenen Symptombelastung (z.B. innere Unruhe und Anspannung, Gedankenflüchtigkeit, geringere Aufmerksamkeitsspanne, Stresserleben u.a.) im Alltag des klinischen Settings.

## Psychoedukativer Einbezug der Angehörigen

Im Vordergrund steht die Herstellung einer vertrauensvollen Bindung unter Berücksichtigung der durch die Erkrankung des behandelten Patienten bestehenden Belastungen und lebensverändernden Qualitäten.

Erarbeitung eines handhabbaren Krankheitsmodells:

- Informationsoverview über die phänomenologischen Qualitäten der Erkrankung, Symptome, Verlauf und sekundären Folgen.
- Ausführliche erlebensbezogene Bezugnahme auf weitergehende Fragen.
- In Abhängigkeit zum Differenzierungsgrad der Angehörigen detaillierte Darlegung der Ursachen, zur Verfügung stellen von Quellen, Bearbeitung von Mythen zur Krankheitsentstehung

Thematisierung der eigenen Betroffenheit:

- Verbalisierung der mit der Erkrankung des Angehörigen verbundenen Belastung
- Fokussierung der Eltern-Kind-Beziehung unter dem Aspekt belasten-der Situationen
- Reflektion struktureller Belastungen in der Familie
- Reflektion dysfunktionaler Erziehungsstile
- Abwägung günstiger und ungünstiger Kognitionen, emotionalen Reaktions- und Verhaltensweisen

Behandlungsmethoden und Einwilligung:

- Ausführliche Darlegung der zum Einsatz kommenden Behandlungselemente (Medikation, KT, Skills, etc.), Wirkungsweisen und beeinflussenden Bedingungen.
- Ggf. Thematisierung partieller oder gänzlicher Non-Compliance.

Modifikation

- Erarbeitung der Möglichkeiten und insbesondere Grenzen der Beeinflussung der Krankheit des Sohnes/ der Tochter/ des Partners
- Anleitung in der Begegnung mit dem Angehörigen in der Klinik
- Anleitung zu günstigen Interaktionsmustern im Rahmen von Heimfahrten bzw. Rückkehr in das familiäre Umfeld
- Aufbau von den Krankheitsverlauf günstig beeinflussender Verhaltensweisen
- Entwicklung eines Notfallrepertoires bei bevorstehenden Eskalationen oder exacerbativ expansiven Verhaltensweisen des Angehörigen
- In Hinblick auf die eigenen Belastungen Abwägung der eigenen Ressourcen und der ggf. erforderlichen Aufnahme eigener Psychotherapie.
- Kontaktaufnahme zu Angehörigenselbsthilfe, fachlich seriösen Foren etc.
- Verbesserung des intrafamiliären Interaktionsgeschehens in Hinblick auf unterstützende Qualitäten und Stressminderung
- Information über Unterstützungsmöglichkeiten

## 2.2.5 Ausgestaltung von Skillstraining und Training sozialer Fertigkeiten

Achtsamkeit	„Was-Fertigkeiten“ – wahrnehmen, beschreiben, teilnehmen; „Wie-Fertigkeiten“ – nicht wertend, fokussiert, wirkungsvoll diesbezügliche Hausaufgaben; Sensitive Übungen (visuell, akustisch, eufaktorisch)
Wahrnehmung	Realitätsprüfung; Ausgleich des Wahrnehmungsfehlers
Interpersonell	Konfliktmanagement, Akzeptanz, Toleranz, Ambiguität
Emotionsregulation	Emotionsmodell; Emotionstagebuch (Rating); Erkennen von Triggern; Psychophysische Wahrnehmung von Affekten und Emotionen; Reflektion expressiver Verhaltensweisen; Generalisierung in Bereiche des Erlebens und Verhaltens
Imaginativ	Psychophysiologische Beruhigung; Schutz und Grenzen; Positive Bilder der Erinnerung; Lösungsprojektion; Zukunftsprojektion
Stresstoleranz	Symptomtagebuch; Beruhigung; „aus dem Feld gehen“
Selbstmanagement	Selbstbestärkung, Selbstinstruktion, Problemlösetraining, Selbstkontrolltraining

### Soziales Kompetenztraining

Personale Kompetenz	Werthaltungen, Motive und Selbstbilder, Selbstwahrnehmung/ Selbstreflektion, Durchsetzungsvermögen, Emotionsmanagement
Aktivitäts- und Umsetzungsorientierte Kompetenzen	Frustrationstoleranz, Fertigkeiten im Selbstmanagement (soziale Regeln und Grenzen befolgen, Kompromisse schließen, Kritik akzeptieren, mit anderen kooperieren, Selbstsicherheit)
Fachlich-methodische Kompetenzen	selbstorganisiertes Handeln mit fachlichen und instrumentellen Kenntnissen, Teamfähigkeit, Steuern von Arbeitsprozessen Organisationskompetenz
Sozial-kommunikative Kompetenzen	Gruppen- und beziehungsorientiertes Verhalten; Soziale Situationen erfassen und bewerten; Kommunikationsfähigkeit; Sozialverhalten; Interaktionsfertigkeiten; Einfühlungsvermögen/ Rollenübernahme; Kompetenz in der Kommunikation mit neuen Medien

### Sport und Erleben

Körpererleben	Spannungsreduzierung, Aggressionsabbau durch Anstrengung und Bewegung, Beruhigungserfahrung durch Erleben und Natur
Teamfähigkeit	Mannschaftssport „Mannschaft ist mehr, als die Summe der Mitspieler“, gemeinsame Planungen, den Anderen als Unterstützung wahrnehmen Soziale Positionsfindung: Umgang mit Hierarchien, Aufgabenzuweisungen, Gruppenregeln
Förderung von Frustrations- und Ambiguitätstoleranzen	Andere Auffassungen tolerieren, verschiedene Rollen zulassen, Durchhaltevermögen trotz Schwierigkeiten oder Niederlagen

### 2.2.6 Matrix Symptombild und Therapieangebot

Modulebene	Medizin	Kognitive Therapie einzel	Kognitive Therapie Gruppe	Skills	Psycho- edu- kation	Soziales Kompe- tenz- training	Arbeit	Sport/ Erleben	Spezifisch Eltern/ Ange- hörige
<b>Syndromale Ebene</b>									
Aufmerksamkeit/ Konzentration									
Hyperaktivität									
Impulsivität									
Craving									
Affinität zum Betäubungsmittel									
Aufschieben									
Aggressive Spannung/ Frustration									
Emotionen									
Stresstoleranz									
Selbstachtung/ Selbstwert									
Dysfunktionale Kognitionen									
Motivation									
Störungen im Sozialverhalten									
Desorganisiertheit									
Beziehungen									

Für die Rehabilitationsbehandlung in unserer Fachklinik sei an dieser Stelle als Abschluss eine frei zitierte Äußerung von Prof. Dr. mult. Klaus Dörner gewählt:

**Wir erfüllen keine Wünsche. Wir übernehmen Verantwortung!**