Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

H o c h s c h u l e N e u b r a n d e n b u r g

Fachbereich Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung

Studiengang Soziale Arbeit

BACHELOR-ARBEIT

Zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Arts (B.A.)

Verhaltenstherapie in der Ambulanten Nachsorge bei Klienten mit einer Alkoholabhängigkeitserkrankung - Darstellung der therapeutischen Prozesse

Vorgelegt von: Bernadett Schimanek

Erstgutachter: Herr Prof. Dr. Andreas Speck

Zweitgutachter: Herr Prof. Dr. Roman Oppermann

Tag der Einreichung: 02.07.2019

urn:nbn:de:gbv:519-thesis2019–0324-06

Inhaltsverzeichnis

Verhaltenstherapie in der Ambulanten Nachsorge bei Klienten mit einer Alkoholabhängigkeitserkrankung

- Darstellung der therapeutischen Prozesse

Abbildungsverzeichnis IV
Tabellenverzeichnis IV
Abkürzungsverzeichnis V
1 Einleitung 1
2 Alkoholerkrankungen 3
2.1 Diagnose und Begriffsbestimmungen 3
2.2 Epidemiologie 4
2.3 Ätiologie und Anzeichen für Alkoholprobleme 6
2.4 Menschenbilder 8
3 Komorbidität 10
3.1 Begriffsbestimmung 10
3.2 Erklärungen zur Komorbidität „StressDepression“ 12
3.3 Phasen und Stressoren 15
3.4 Stress ≠ Stress 18
3.5 Alltagsbelastungen versus Lebensereignisse 19
4 Suchtnachsorge 21
4.1 Definitionen und Statistik 21
4.2 Inhalte und Themen 23
4.3 Durchführung 25
4.4 „Doing Social Problems“ im Suchthilfesystem 25
5 Verhaltenstherapie 27
5.1 Vorstellung und Inhalte 27
5.2 Grundannahmen 27
5.3 Kognitive Techniken und Ziele bei Alkoholabhängigkeitserkrankungen 29
5.4 Therapieprozesse 32
5.5 Grenzen der Verhaltenstherapie 33

6 Falldarstellung einer Alkoholabhängigkeitserkrankung 37
6.1 Fallvorstellung Klientin C 37
6.2 Beschreibung der Nachsorge und Vergleich mit der Theorie 38
7 Diskussion 42
8 Quellenverzeichnis 44
Anhang 54
Eidesstattliche Erklärung

In dieser Arbeit wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit ausschließlich der männlichen Form verwendet. Selbstverständlich sind immer die weibliche, die männliche und die diverse Form gleichermaßen gemeint.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Alkoholatlas 2017, DKFZ (Deutsches Krebsforschungszentrum in der Helmholtz-Gemeinschaft) 5
Abbildung 2: Modell: Stressreaktionen (eigene Darstellung) 13
Abbildung 3: Kernanzeichen einer Depression 14
Abbildung 4: Karikatur 15
Abbildung 5: Stressoren-Modell (eigene Darstellung) 16
Abbildung 6: Kaskade Stress (eigene Darstellung) 17
Abbildung 7: Mensch im depressiven Zustand 19
Abbildung 8: Hauptdiagnosen der Beratungsstelle für Abhängigkeitserkrankungen Gadebusch/Grevesmühlen 23
Abbildung 9: SORKC-Modell 28
Abbildung 10: Teufelskreis von Lebensproblemen am Bsp. von Klientin C (eigene Darstellung in Anlehnung an Beck) 39

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Hauptdiagnose der Suchtnachsorge in Mecklenburg-Vorpommern 2017 22
Tabelle 2: Psychotherapie alkoholbezogener Störungen 33

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BRD	Bundesrepublik Deutschland
BstA	Beratungsstelle für Abhängigkeitserkrankungen
BzgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
bzw.	beziehungsweise
d.h.	das heisst
DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.
DRV	Deutsche Rentenversicherung
DVSG	Deutsche Vereinigung im Gesundheitswesen e.V.
ebd.	Ebenda
et al.	et alii, mehrere Autoren als drei sind Verfasser
FVS	Fachverband Sucht e.V.
GDB	Gadebusch
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
Hrsg.	Herausgeber
ICD	Internationale Klassifikation psychischer Störungen
i.d.R.	in der Regel
ICF	Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
KVT	Kognitive Verhaltenstherapie
LAKOST	Landeskoordinationsstelle für Suchtthemen
S.	Seite
(s.)	Verweis auf weitere Unterpunkte
Tbl.	Tabelle
u.a.	und andere/ und anderem
vgl.	vergleiche
WHO	Weltgesundheitsorganisation
z.B.	zum Beispiel
zit.	Zitat

„Niemand kann einen andern dadurch stark machen, daß er für diesen andern arbeitet. Niemand kann ihn dadurch zum Denken veranlassen, dass er für den andern denkt. Das Glück daß ein Mensch sich erwirbt, hängt im wesentlichen von ihm selbst ab. Alle Möglichkeiten, die sich uns bieten, alle Ratschläge, die wir erhalten, nutzen uns nichts, sofern wir sie nicht nutzen wollen“ (zit. Salomon, 1926, S. 55).

1 Einleitung

Der Konsum von Alkohol ist in Überlieferungen aus von vielen Kulturkreisen der Geschichte als differenziertes Phänomen beschrieben worden. Das Spektrum reicht von der Produktion, dem Genuss bis zu hin zum Kontrollverlust durch den Alkoholkonsum. Alkohol ist ein Phänomen der Sucht und als psychoaktive Substanz in fast allen Kulturen weltweit anerkannt (vgl. Müller/Tretter, 2001, S. 22). In seiner Form ist Alkohol zeitnah und preiswert zu erwerben, unterstützt durch die Öffentlichkeitswerbung bei politischen Veranstaltungen oder kulturellen Festlichkeiten (vgl. Schwoon, 2004, S. 9).

Ergebnisse des Statistischen Bundesamtes zeigen, in Deutschland waren 2017 insgesamt 3,38 Mio. Erwachsene von einer alkoholbedingten Störung in den letzten zwölf Monaten betroffen. In Suchtberatungsstellen von Mecklenburg-Vorpommern ist der Alkoholkonsum im Zusammenhang mit der Nachsorge weiterhin die Hauptdiagnoseform (in Anlehnung an LAKOST MV, 2017, o. S.).

Menschen, die dem Alkohol nicht entsagen können, sind keinesfalls asoziale Minderheiten unserer Gesellschaft, denn sie leben in ihrer Mitte. Es ist der junge Vater, der morgens im Frühhort seine Tochter in Eile abgibt und sich alsbald abwendet, wenn ihm die Individualdistanz zu eng wird. Oder die Nachbarin, die nach dem Tod ihres Mannes nur selten das Haus verlässt. Sie gehören genauso dazu wie die Hausärztin, die sich jeden Abend bei einer Flasche Rotwein entspannt und der Gast an der Theke, der die Anzahl der getrunkenen Gläser Whiskey nicht benennen kann (vgl. Schwoon, 2004, S. 9 f.).

Die sozialen und volkswirtschaftlichen Folgen der Selbstverständlichkeit des Alkoholkonsums in der Gesellschaft erfordern einen ganzheitlichen Ansatz in der Versorgungssituation für Menschen mit alkoholbedingten Störungen. Versorgungsstandards wie regionale Beratungsangebote im Suchthilfesystem, der individuelle personenzentrierte und bedarfsgerechte Teilhabeplan, die Interdisziplinarität zwischen den Professionen der Handlungsfelder sowie die Optimierung der Transition der Menschen mit alkoholbezogenen Störungen, gilt es zu etablieren (vgl. AWMF, 2016, S. 360 ff.).

Je nach persönlichem Bedarf stehen dem Klienten nach Abschluss der Entwöhnungsbehandlung vielfältige Suchtnachsorgeangebote zur Disposition, die den Erfolg der Therapie sichern und die Wiedereingliederung ins alltägliche Leben ermöglichen können. Zu unterscheiden ist die Nachsorge von den zuvor durchlaufenen Maßnahmen wie Akutbehandlung (Entzug) und Rehabilitation (Entwöhnung), in der aber die Maßnahmen nicht exakt beschrieben sind (vgl. DHS, 2017, S. 160).

Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen unterliegen bei der Mehrzahl der Erkrankten Komorbiditäten, die beispielsweise verhaltenstherapeutischer Interventionen bedürfen. So wird im Fachkollegium ein individuelles und passgenaues Therapieschema für die Betroffenen unter Beachtung der kausalen Beziehung zwischen der Abhängigkeitserkrankung und den psychischen Problemlagen diskutiert (vgl. Bachmeier et al. In FVS, 2018).

Wie wird die verhaltenstherapeutische Beratung bei alkoholbezogenen Problemlagen beziehungsweise Komorbiditäten im Einzelfall umgesetzt?

Komorbiditäten bei Menschen mit einer alkoholinduzierten Abhängigkeitserkrankung werden in der Ambulanten Nachsorge ganzheitlich in verhaltenstherapeutische Prozesse eingebunden. Salomons Zitat verdeutlicht diesen Aspekt und unterstützt als Einstieg in die vorliegende Arbeit den Ausgangspunkt - den hilfesuchenden Klienten.

Die Ausarbeitung klärt zunächst die Bedeutung der Alkoholabhängigkeitserkrankungen hinsichtlich der Diagnose, der epidemiologischen Fakten und der ätiologischen Entwicklung der Alkoholproblematik im Zusammenhang mit dem diakonischen Menschenbild. Das dritte Kapitel thematisiert Komorbidität im Kontext ausgewählter Problemlagen und zeigt einen Exkurs zur zusätzlichen Störung „StressDepression“. Im vierten Kapitel zeigt die Darstellung das Handlungsfeld der Ambulanten Nachsorge mit relevanten Daten und Inhalten der Transition der Klienten. Anschließend steht die Verhaltenstherapie im Fokus der Betrachtung. Nach Vorstellung der Inhalte, der Grundannahmen sowie des therapeutischen Prozesses, folgt die Darstellung von Ansätzen der kognitiven Verhaltenstherapie bei Klienten mit einer Alkoholabhängigkeitserkrankung. Das Kapitel schließt mit der Fragestellung nach den Grenzen dieser Therapieform. Dem folgt im sechsten Kapitel der Analyse die Kasuistik der Klientin C im Setting der Suchtnachsorge.

Die Ausarbeitung wird auf Basis der wissenschaftlich erarbeiteten Erkenntnisse im siebten Kapitel diskutiert.

2 Alkoholerkrankungen

2.1 Diagnose und Begriffsbestimmungen

Die Definition und Begriffsbestimmung zum alkoholkranken Konsumenten im therapeutischen Kontext galt über viele Jahre dem langjährig exzessiv Abhängigen bei gleichzeitig schweren somatischen Folgeschäden. 2017 konstatiert die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) „Die Vielfalt der alkoholbedingten Störungen mit ihren Begleit- und Folgeerkrankungen ist jedoch erheblich breiter und die Mehrzahl aller alkoholbedingten Folgeschäden beruht auf weniger schweren Störungsformen“ (zit. DHS, 2017, S. 10). Entwickelt wurden im fachlichen Diskurs neue, ausdifferenzierte Begriffe, die auch interdisziplinär angewendet werden. Im Kern löst in der Definition der Begriff „Alkoholabhängigkeit“ den traditionellen Begriff „Alkoholismus“ ab. Restriktiver unterschieden wird die Alkoholabhängigkeit in Bezug auf die diagnostische Einteilung der ICD-10 der WHO oder der Amerikanischen Psychiatrischen Association (APA), in schädlichen Gebrauch (ICD-10) oder Missbrauch (DSM-IV) (vgl. DHS, 2017, S. 10). Unterstützt wird dies durch die Ausführungen von Bühringer, der „Abhängigkeit“ und „schädlichen Gebrauch“ als Definitionen des missbräuchlichen Umgangs mit psychoaktiven Substanzen bezeichnet (zit. Bühringer, 2003, S. 269). Konkret ist es hier der Alkohol und die stetige Zuführung von weiteren Mengen Alkohol. Dies beeinflusst das zentrale Nervensystem und gleichzeitig das subjektive, körperliche und emotionale Befinden. Alkoholmissbrauch liegt laut Bühringer vor, wenn der Konsum trotz markanter – „und auch subjektiv wahrgenommener – körperlicher und emotionaler Störungen sowie sozialer Probleme mit hoher Frequenz fortgeführt wird“ (vgl. u. zit. Bühringer, 2003, S. 269).

Leitsätze der Abhängigkeit

Laut diagnostischen Leitlinien der Alkoholabhängigkeit nach ICD-10:

„Die sichere Diagnose „Abhängigkeit“ sollte nur gestellt werden, wenn irgendwann während des letzten Jahres drei oder mehr der folgenden Kriterien gleichzeitig vorhanden waren:

1. *Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren.*
2. *Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums.*
3. *Ein körperliches Entzugssyndrom (siehe F1x.3 und F1x.4) bei Beendigung oder Reduktion des Konsums, nachgewiesen durch die substanzspezifischen Entzugssymptome oder durch die*

Aufnahme der gleichen oder einer nahe verwandten Substanz, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden.

4. *Nachweis einer Toleranz. Um die ursprünglich durch niedrigere Dosen erreichten Wirkungen der psychotropen Substanz hervorzurufen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich (eindeutige Beispiele hierfür sind die Tagesdosen von Alkoholikern und Opiatsabhängigen, die bei Konsumenten ohne Toleranzentwicklung zu einer schweren Beeinträchtigung oder sogar zum Tode führen würden).*
5. *Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums, erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen.*
6. *Anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen, wie z.B. Leberschädigung durch exzessives Trinken, depressive Verstimmungen infolge starken Substanzkonsums oder drogenbedingte Verschlechterung kognitiver Funktionen. Es sollte dabei festgestellt werden, dass der Konsument sich tatsächlich über Art und Ausmaß der schädlichen Folgen im Klaren war oder dass zumindest davon auszugehen ist. " (zit. ICD-10, 2015, S. 115).*

2.2 Epidemiologie

National sind es 8,5 Millionen Menschen (mit Schwankungen im Bereich 7,8 Mio. - 9,2 Mio. im Konfidenzintervall), deren Konsum von Alkohol im Riskanten Konsum, Gefährlichen Konsum bzw. im Hochkonsum kategorisiert wird (vgl. DHS, 2017, S. 18). In Deutschland greifen laut Benkert 30 Millionen Menschen regelmäßig zum Suchtmittel Alkohol. Ursächlich für die Abhängigkeit von der Substanz sieht der Psychopharmakologe Benkert in genetischen Vorbelastungen und Dauerstress, welches in Kapitel 3 näher betrachtet wird (vgl. Benkert, 2005, S. 197).

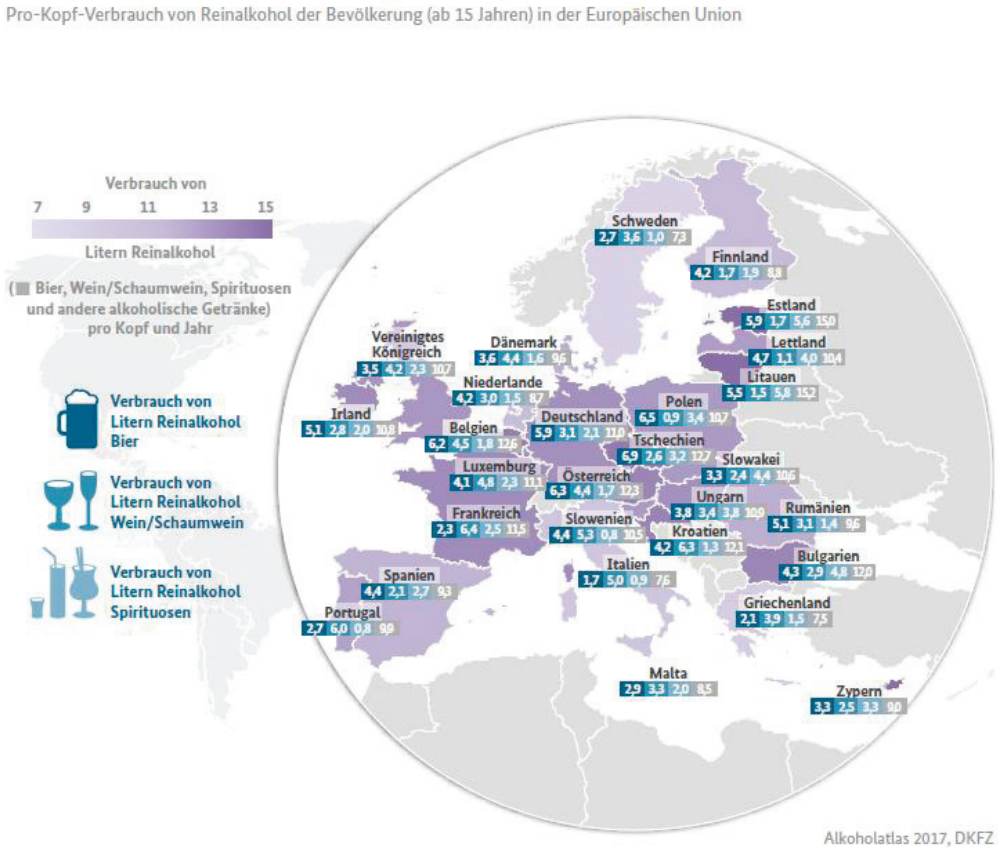
Die statistische Erhebung der Prävalenzen ist auf Grund der Tendenz zur Verleugnung im Zusammenhang mit den Störungen und der partiell nicht legalen Lebensweise und des daraus resultierenden Verhaltens schwierig. Datenerhebungen und Berechnungsmodelle basieren auf mehreren Verfahren. Im Bereich des Alkoholkonsums beziehen sich die Daten zusätzlich auf die Unfallstatistik, auf Verkaufsstatistiken von Spirituosen sowie auf klinisch-epidemiologische Untersuchungen, aus Therapieeinrichtungen (vgl. Bühringer, 2003, S. 272).

Diesen Ausführungen folgt die DHS, die konstatiert, dass in Deutschland die vom Statistischen Bundesamt jährlich publizierte „Produktions-, Außenhandels-, Biersteuer- und Schaumweinsteuerstatistiken, sowie Schätzungen und Berechnungen der Herstellerverbände

(Deutscher Brauerbund, Deutscher Weinbauverband) als Datengrundlage dienen“ (zit. DHS, 2017, S. 13). Im internationalen Zusammenhang veröffentlicht die Weltgesundheitsorganisation (WHO - Global Alcohol Database) die Verbrauchsdaten (vgl. DHS, 2017, S. 13).

Ein bedeutender Indikator für alkoholbezogene Problemlagen ist der Pro-Kopf-Konsum von Alkohol. Es zeigt sich, dass das Risiko der Entstehung alkoholbedingter Probleme (bspw. Psychische Erkrankungen) bei massiverem Konsum überproportional ansteigt. Der Pro-Kopf-Konsum von Alkohol hat sich laut der Datenlage für Deutschland in den letzten Jahren sukzessive vermindert. Im Jahr 1990 lag der Konsum Pro Kopf noch bei 12,1 Liter und im Jahr 2000 bei 10,5 Liter. Im Ländervergleich befindet sich Deutschland weiterhin unter der „Spitzengruppe aller Länder“ und zeigt einen Rückgang beim Bier- und Spirituosenkonsum, jedoch ist der Weinkonsum kaum zurückgegangen (zit. DHS, 2017, S. 13). Im europäischen Vergleich zeigt sich bildhaft im Alkoholatlas, dass sich Deutschland beim Wein- und Spirituosenkonsum im mittleren Bereich befindet. Im Ländervergleich belegt Deutschland Platz 6 beim Verbrauch von Bier (vgl. Abb. 1 Alkoholatlas, 2017, S. 102).

Abbildung 1: Alkoholatlas 2017, DKFZ (Deutsches Krebsforschungszentrum in der Helmholtz-Gemeinschaft)



Die Kosten für die Volkswirtschaft, die auf Grund des Alkoholkonsums Morbidität und Mortalität verursachen, betrugen 2018 in Deutschland knapp 40 Mrd. Euro (vgl. BMG, 2018, S. 1). Der Alkoholkonsum der Menschen innerhalb der Europäischen Regionen ist weltweit am höchsten. Dies bestätigen Forschungen der WHO aus dem Jahr 2011, aus denen hervorgeht, dass 20% der Erwachsenen Europäer sich regelmäßig betrinken. Im Sachstandsbericht konstatieren die Mitglieder wie die DHS den Rückgang des Alkoholkonsums in den letzten 15 Jahren. Die WHO ruft zu einem Aktionsplan (Laufzeit 2012-2020) auf, der u.a. Alkoholsteuern, Verkaufsstellendichte, Altersbegrenzungen, Herabsetzen der Promillegrenzen im Straßenverkehr sowie die Kurzbehandlung bei Alkoholmissbrauch reglementiert (vgl. WHO, 2011). Dieser „Europäische Aktionsplan zur Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums“ setzt sich fünf Ziele:

- „das Bewusstsein hinsichtlich Ausmaß und Art der gesundheitlichen, gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Belastungen durch Alkohol schärfen,
- die Wissensgrundlage stärken bzw. erweitern,
- die Kapazitäten zur Handhabung und Behandlung alkoholbedingter Störungen aus-weiten,
- mehr Mittel für abgestimmtes Handeln mobilisieren,
- die epidemiologische Überwachung und die Überzeugungsarbeit verbessern“ (zit. WHO, 2011).

2.3 Ätiologie und Anzeichen für Alkoholprobleme

Es besteht ein wissenschaftlicher Konsens über die Heterogenität bei Alkoholabhängigkeitsproblematiken. Daher ist es erforderlich, die bio-psycho-soziale Ätiologie differenziert abzubilden und die Einzelkomponenten zu gewichten. Biologische Prozesse, wie genetische Prädispositionen, zeigen vorrangig verschiedene Ausprägungen. Substanzabhängige, die Traumatisierung im Kindesalter erfahren haben, sollten schwerpunktartig auf die Entwicklung der Abhängigkeit in Bezug zur psychischen Dimension betrachtet werden. Aspekte der sozialen Dimensionen wie u.a. Arbeitslosigkeit, Altersarmut, (sexualisierte) Gewalt, Erfahrung mit kritischen Lebensereignissen „daily hassles“ (vgl. 2.5 Kanner in Benkert, 2004, S. 56 f.), sind der Grund, weshalb Menschen im jeweiligen sozialen Kontext dem Suchtdruck nachgeben (siehe Kapitel 6 Klientin C). Dies bildet verschiedenartige Entwicklungen und divergente Erscheinungsbilder von Menschen mit einer Alkoholabhängigkeitserkrankung ab. Die DHS stellt fest, dass sich die Heterogenität der dargelegten Entstehungsbedingungen der Alkoholabhängigkeit in den Therapieprozessen widerspiegelt (vgl. DHS, 2017, S. 41).

Vom „risikoreichen Konsum“, über die „Entwicklung der Abhängigkeit“ bis zur „schweren Abhängigkeit“, lassen sich Anzeichen der drei Stadien ausmachen, wie folgend beschrieben (zit. Müller/Wisbeck, 2014):

*„Stadium **1: Anzeichen für risikoreichen Konsum:***

- *gezieltes Einsetzen von Alkohol (Wirkungstrinken) zum Umgang von Gefühlen oder Stress*
- *vermehrte Gedanken an Alkoholkonsum*

*Stadium **2: die Entwicklung einer Abhängigkeit***

- *Zunahme der psychischen Abhängigkeit*
- *Trinken mit schlechtem Gewissen*
- *Bagatellisieren der Konsumgewohnheiten*
- *Interessensverschiebung zu Gunsten des Konsums*
- *Kontrollverlust bezüglich des Konsums*
- *Heimliches Trinken*

*Stadium **3: schwere Abhängigkeit***

- *Morgendlicher Konsum, um Entzugssymptome zu lindern*
- *Schwere alkoholbedingte körperliche Folgeschäden (Leberzirrhose, Polyneuropathie)*
- *Schwerwiegende soziale Folgeprobleme (Verlust Arbeit, Verlust Partnerschaft)“.*

Die Autoren fügen hinzu, dass die Grenzen zwischen den einzelnen drei Stadien fließend verlaufen und „Konsummuster nicht immer erkennbar“ sind (zit. Müller/Wisbeck, 2014). Der Fachverband Sucht e.V. bestätigt die nicht immer klar abzugrenzenden Übergänge (vgl. FVS, 2019).

Ebenso attestieren Tretter und Müller im „Suchtdreieck“ das Zusammenwirken der drei Pole: Person, Droge und Umwelt (zit. Tretter/Müller, 2001, S. 37). Sie erläutern, dass durch die Dreiecksbeziehung die Möglichkeit abhängig zu werden, faktoriell im Zusammenhang steht. Laut seiner Theorie ist dies auch dann der Fall, wenn eine genetische Disposition besteht und eine suchtfreie Bevölkerung ist seiner Ansicht nach Wunschdenken. Konkret beinhaltet dies das hohe Potenzial des Suchtmittels zur Abhängigkeit, das individuelle Risiko von Menschen innerhalb der Person sowie die (berufliche) Lebenswelt für die Entwicklung der Sucht (vgl. Tretter, 2017, S. 14f.).

Im Handlungsfeld der hier näher beschriebenen Nachsorge (Kapitel 4) ist die Gesprächssituation geprägt von Menschenbildern. Biographisch immer wieder angepasst und determiniert durch den Berufskodex, Wissensvermehrung, kritisches Hinterfragen und Anpassen an Modell- und Wertevorstellungen der Sozialen Arbeit. Die Facetten reichen von subjektiven über politische Vorstellungen bis zu religiösen Menschenbildern, die im Beratungskontext handlungsleitend sein

können. Psychotherapeutische Verfahren haben meist ein Menschenbild zur Grundlage, welches „einen unabhängigen Individualismus“ vertritt (zit. Widulle, 2012, S. 52).

2.4 Menschenbilder

„Wenn Du einem geretteten Trinker begegnest, dann begegnest Du einem Helden. Es lauert in ihm schlafend der Todfeind. Er bleibt behaftet mit seiner Schwäche und setzt seinen Weg fort durch die Welt der Trinkunsitten, in einer Umgebung, die ihn nicht versteht, in einer Gesellschaft, die sich berechtigt hält, in jämmerlicher Unwissenheit auf ihn herabzuschauen, als auf einen Menschen zweiter Klasse, weil er es wagt, gegen den Alkoholstrom zu schwimmen. Du sollst wissen: Er ist ein Mensch erster Klasse!“(zit. Friedrich von Bodelschwingh in Schneider, R., 1988, S. 146).

Im Gedicht von Bodelschwingh zeigt sich der Transitionsprozess vom Alkoholabhängigen zum „geretteten Trinker“ (zit. Friedrich von Bodelschwingh in Schneider, R., 1988, S. 146). Als `gerettet` versteht sich der Wandel vom nassen zum trockenen Alkoholiker. Dieser trockene Alkoholiker muss zeitlebens seinen in ihm lauernden Totfeind kontrollieren. Die Sucht beinhaltet die physische und psychische Abhängigkeit von einem Suchtmittel. Die psychische Abhängigkeit („Totfeind“) dauert bis zum Lebensende. Diesen alltäglichen Kampf zu bestehen "durch die Welt der Trink-Unsitten" ist vermutlich das heldenhafte, was der Dichter hervorhebt (zit. Friedrich von Bodelschwingh in Schneider, R., 1988, S. 146).
Widulle schreibt, wenn die Soziale Arbeit über ein ressourcenorientiertes und optimistisches Menschenbild verfügt, ist sie in der Lage, die Klienten in Lebenskrisen bzw. bei abweichenden Verhaltensweisen handlungsleitend wahrzunehmen. Defizitorientierte Menschenbilder lassen die Soziale Arbeit „skeptisch, pessimistisch und defizitorientiert […] agieren“ (zit. Widulle, 2012, S. 52). Die Profession der Sozialen Arbeit versteht sich als eine emanzipierte und handlungsorientierte Wissenschaft. Eine weltweit gemeinsame Definition wurde 2014 vereinbart, die internationale Anerkennung innerhalb der Sozialen Arbeit erfährt und die Grundlage der Disziplin und Profession bildet (vgl. DBSH, 2014). Diese gilt somit auch für die Suchthilfe. Ihr liegt ein bestimmtes Menschenbild zugrunde. Grundlegend im humanistischen Menschenbild und Werteverständnis zu nennen ist die UN-Behindertenrechtskonvention (BRK), in deren Artikel 3 die Allgemeinen Grundsätze verankert sind: „a) die Achtung der dem Menschen innewohnenden Würde, seiner individuellen Autonomie, einschließlich der Freiheit, eigene Entscheidungen zu treffen, sowie seiner Unabhängigkeit; b) die Nichtdiskriminierung; c) die volle und wirksame Teilhabe an der Gesellschaft und Einbeziehung in die Gesellschaft; d) die Achtung vor der Unterschiedlichkeit von Menschen mit

Behinderungen und die Akzeptanz dieser Menschen als Teil der menschlichen Vielfalt und der Menschheit; (…)“ (UN-BRK, Artikel 3).

Widulle bezeichnet Menschenbild als „ein wesentlicher Bezugspunkt sozialkommunikativen Handelns“ (zit. Widulle, 2012, S. 52).

Ried argumentiert, dass das Menschenbild im Bezug zum Denken und Handeln der Sozialen Arbeit keine neuen Forschungserkenntnisse hervorbringt. Nicht selten wird in der Fachwelt das Menschenbild für nicht „begründungsbedürftig“ gehalten (zit. Ried, 2017, S. 483). „Vorsicht, Vielfalt!“ tituliert Scheule den Beitrag und unterstreicht das von ihm erörterte „Vielfaltproblem“ im kontextuellen Zusammenhang der Bedeutung von Menschenbildern (zit. Scheule, 2008, S.1.). Scheule favorisiert im Diskurs der Menschenbildervielfalt die Strategie des Entschärfens von Konflikten durch Konkretion. Er schreibt, „wenn es so etwas gibt wie einen ethischen Imperativ des Managements von Menschenbilder-Vielfalt in der Sozialen Arbeit, dann müsste er aus den folgenden drei Teilimperativen bestehen:

- „Werde dir deines eigenen Menschenbildes und seiner normativen Implikationen bewusst!
- Erfasse das Menschenbild deines Interaktionspartners und dessen normative Implikationen!
- Fühle dich verantwortlich dafür, dass die Schnittmenge der normativer Implikationen möglichst groß ist!“ (zit. Scheule, 2008, S. 15f.).

In der vorliegenden Arbeit ist der Schwerpunkt auf das christliche Menschenbild gesetzt, dem die Evangelische Suchtkrankenhilfe Mecklenburg-Vorpommern gGmbH (ESM) folgt. Dies spiegelt sich im Leitbild wider (zit. ESM Leitbild, 1994):

„Die ESM leitet ihr Menschenbild vom christlichen Glauben ab.

- Wir sehen und akzeptieren jeden Menschen in seiner Ganzheit.
- Wir nehmen jeden so an wie er ist unabhängig von seiner Herkunft und seines sozialen Standes.
- Wir fördern jeden Menschen nach seinen Möglichkeiten und respektieren seine Grenzen.
- Wir arbeiten nach dem Grundsatz Hilfe durch Selbsthilfe.
- Wir fördern und unterstützen ehrenamtliches Engagement.“

Substanzabhängige Störungen sind nicht selten begleitet von psychischen Erkrankungen, wie im Kapitel drei näher beschrieben. Zusätzliche psychische oder physische Krankheiten können das Behandlungsergebnis beeinträchtigen, die Prognose der einzelnen Erkrankungen ist schlechter und die Lebensqualität insgesamt könnte erheblich geschwächt sein, sodass ein passgenaues individuelles Behandlungsschema gefordert wird (vgl. Bachmaier et al. In FVS, 2018).

3 Komorbidität

3.1 Begriffsbestimmung

Das zusätzliche Auftreten von Krankheit im Kontext einer Grunderkrankung bezeichnet der Begriff der Komorbidität. Dabei weist die Zusatzerkrankung ein souveränes, diagnostisch abzugrenzendes Krankheitsbild auf, welches vielfach in einem kausalen Zusammenhang mit der Grunderkrankung steht. Doppel- und Mehrfachdiagnosen sind möglich. Liegen bspw. eine Suchterkrankung und gleichzeitig eine psychische Erkrankung vor, ist eine Mehrfachabhängigkeit zu diagnostizieren. Doppeldiagnosen sind eine Form der Komorbidität (Moggi, 2007). Die WHO definiert die Doppeldiagnose als das gleichzeitige Auftreten von psychoaktiven substanzbedingten Störungen sowie weiteren psychiatrischen Störungen (WHO, 1995). Gemäß der United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) beschreibt der Begriff Personen, die an Alkohol- oder Drogenproblemen leiden und zudem eine psychiatrische Diagnose gestellt bekommen, wie bspw. Schizophrenien (UNODCCP, 2000). Zusammenfassend konstatiert die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA) in Ihrem Jahresbericht von 2004: „bezieht sich die Komorbidität in diesem Kontext auf das gleichzeitige Auftreten von zwei oder mehreren psychiatrischen Störungen oder Persönlichkeitsstörungen, einschließlich des Konsums problematischer Substanzen (zit. EMCDDA, 2004).“

„Zahlreiche Studien konnten zeigen, daß Alkoholabhängige eine Lifetimeprävalenz zusätzlicher psychiatrischer Störungen in Höhe von 78-80% und eine akuelle Prävalenz von ca. 65% aufweisen“ (zit. Lindenmeyer, 1999, S. 14). Lindenmeyer weist darauf hin, dass Unterschiede hinsichtlich der Geschlechterspezifik bestehen. Frauen, die alkoholabhängig sind, „zeigen eine höheres Komorbiditätsniveau bei Angst- und affektiven Störungen, während alkoholabhängige Männer häufiger eine Antisoziale Persönlicheitsstörung aufweisen“, so Lindenmeyer (zit. Lindenmeyer, 1999, S. 14). Eine Sonderauswertung zur differenzierten Wirksamkeit der Entwöhnungsbehandlung und die Korrelation zwischen Sucht und Komorbidität zeigen Ergebnisse der Katamnesedaten um die Forschungen von Bachmaier aus Jahrgängen der Entlassung von 2012-2015. Hierfür wurde eine Totalerhebung beteiligter Fachkliniken für Alkoholabhängige durchgeführt. Die repräsentative Stichprobengröße beträgt gesamt 47.541 Personen, bei der sich die Erfolgsquoten auf die jeweiligen Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Suchtfragen und Suchttherapie (DGSS) beziehen. Die Antwort der Rehabilitanden erfolgte 12 Monate nach ihrer Rehabilitationsmaßnahme. In den Ergebnissen zeigt die Studie eine Ausschöpfungsquote von 54,1%, während die Erfolgsquote nach

DGGS 3 bei 75,3% liegt. Anteilsmäßig liegen die Patienten mit Minimum einer psychischen Diagnose bei 46,8% (psychische Komorbidität gruppiert: Depression 31,0%, Angststörung 5,4%, Persönlichkeitsstörungen 9,7%), hingegen mindestens eine körperliche Diagnosestellung bei 78,9% (s. Anhang 1, S. 55 ff.). Die Autoren konstatieren für die Auswertung insgesamt, dass sowohl psychische als auch somatische Komorbiditäten bei den Rehabilitanden häufig existieren. Sie fordern ein individuelles und spezifisches Behandlungsschema für die Betroffenen und mahnen zur Beachtung der wechselseitigen Beziehung zwischen der Abhängigkeitserkrankung und den psychischen Problemlagen. Folglich bewerten die Verbandsmitglieder des Fachverband Sucht e.V. (FVS) die Gesamtstudie als reliabel, nicht zuletzt vor dem Hintergrund der somatischen und psychischen Zusatzerkrankungen (vgl. Bachmaier et al. In FVS, 2018). Die Studienlage zur gesundheitlichen Versorgungssituation für Menschen mit einer Alkoholabhängigkeitserkrankung und einer Komorbidität ist gering. Eine weitere Studie ist in Zusammenarbeit des Instituts für Therapieforschung in München (IFT), der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie an der Universität in München und dem Zentrum für Sozialforschung über Alkohol und Drogen (SoRAD) der Universität Stockholm entstanden. Eine deskriptive Datenanalyse mit einem Datensatz des deutschen Drogenmissbrauchs Behandlungssystem (N=194.406), zeigt in den Ergebnissen, dass die Kenntnis über die Zusatzdiagnose entscheidenden Einfluss auf die Gesundheitsversorgung nehmen kann und deshalb als bedeutende Voraussetzung für eine ganzheitliche Behandlung anerkannt wird. Die Forscher fügen hinzu, dass ein umfassendes Diagnostik- und Assessmentverfahren im gesamten Suchtbehandlungsprozess zur weiteren Optimierung der gesundheitlichen Versorgungssituation der komorbiden Patienten notwendig ist (vgl. Dauber et al., 2018, S. 66f.). Im Artikel beschreiben die Autoren eindrücklich, dass der integrierte Behandlungsansatz aus ihrer Sicht der effektivste bei einer zusätzlichen Störung ist. Zudem betonen sie, dass die Studie Erkenntnisse verdeutlicht, dass theoretisch strukturelle Ressourcen für passgenaue Behandlungen der Menschen mit komorbiden Störungen sowohl im stationären als auch im ambulanten Setting zur Verfügung stehen, um von der Behandlung letztlich zu profitieren. Letztlich ist laut den Autoren der Ausbau von Netzwerkarbeit in der Suchtbehandlung mit Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung sinnvoll und zielführend, um gemeinsame Hindernisse abzubauen und ein wirkungsvolles Behandlungsergebnis für den Menschen zu garantieren (vgl. Dauber et al., 2018, S. 77ff.).

3.2 Erklärungen zur Komorbidität „StressDepression“

Die wechselseitige Beziehung zwischen der Abhängigkeit und den psychischen Problemlagen wurde in 3.1 hinreichend beschrieben. In den weiteren Ausführungen konzentriert sich die Darstellung auf eine komorbide Störung. Die Depressionen sind eine der größten weltweiten Gesundheitsgefahren des 21. Jahrhunderts (vgl. WHO, 1986). Dabei ist es aus gesundheits- und sozialwissenschaftlichen Gesichtspunkten und möglichen Interventionen nicht unerheblich, welchen Einfluss der Faktor Stress in Bezug auf die Depression einnimmt bzw. einnehmen kann. Eine Stresshypothese stellt hierzu der Psychopharmakologe Benkert auf “ […] Stress und Depression (sind) auf vielen Ebenen verbunden […]“ (zit. Benkert, 2005, S. 9). Somit eröffnen sich neue Perspektiven zur Diagnostik und Therapie der Depression sowie der Prävention dieses Krankheitsbildes. Benkert fordert des Weiteren ein interdisziplinäres Cross-over vor dem Hintergrund, dass viele Forschungsdisziplinen die direktionale Beziehung zwischen Stress und Depression gesehen haben, jedoch immer aus der eigenen Spezifizierung heraus und nicht im Kontext zu den benachbarten Wissenschaftsgebieten.
Hieraus ergibt sich der Neologismus (vgl. Duden, 2017, S.789): „StressDepression“. Anschließend führt Benkert weiter aus, dass dieses Krankheitsbild vergleichbar mit einem Massenleiden ist, denn sowohl die Zusammenhänge zwischen Stress und Depression, dessen Konsequenzen, als auch die Auftrittshäufigkeit der „StressDepression“ in der heutigen Arbeitswelt mit zunehmender Zukunftsangst und psychosozialem Druck der Bevölkerung, weisen auf eine epidemiologische Krankheit hin, der sich die Menschheit stellen muss (vgl. Benkert, 2005, S. 9 ff.). Hierzu ein Beispiel:

- *„[…] Ich hatte nie Zeit […].“In meiner Arbeit wollte ich nie negativ auffallen; ich gönnte mir kein Kranksein, obwohl es mir häufig nicht gut ging; ich nahm mir Arztbriefe mit nach Hause, weil ich die tägliche Routine in der Klinik einfach nicht schaffte. Mittagspausen gab es nicht, ich aß mein geschmiertes Brot am Computer. Es gab keine Minute Ruhe. Die Termine lagen übereinander, manchmal habe ich sie auch einfach vergessen. Ich konnte keinem Patienten gerecht werden. Vor der Tür drängte immer schon der nächste. Ein ruhiges Gespräch gab es nicht. Und ständig klingelte das Telefon zwischendurch. Und die Bürokratie: Ich brauchte mehr Zeit zum Ausfüllen der Formulare als für die Untersuchung des Patienten.“* (zit. Benkert, 2005, S. 15)

Da gesundheitsschädlicher Stress und die Depression gleichsam zu schwerwiegenden körperlichen Erkrankungen führen können und sie laut Studienergebnissen (WHO) in der Häufigkeitsstatistik 2002 neben Herz-Kreislauferkrankungen vorderste Ränge belegen, bezeichnet Benkert die „StressDepression“ als die „Gesundheitsgeißel Nr. I“, welche zu einem gesellschaftlichen Problem anwächst (zit. Benkert, 2005, S. 22ff). Diese besorgniserregende Tendenz bestätigt eine Umfrage aus

2002 in Deutschland, bei der jeder dritte deutsche, erwachsene Bürger unter Stress leidet (vgl. Allensbach Archiv, 2002).

Benkert schreibt, dass es ein finanzielles „Desaster“ darstellt, wenn er in Bezug zu möglichen Folgekrankheiten allein an die Folgekosten der beiden Auslöser Dauerstress und Depression denkt, auf die zu einem späteren Zeitpunkt noch einmal eingegangen wird.

Er appelliert an die Öffentlichkeit, dass das Massenleiden „StressDepression“ endlich wahrgenommen und in die Krankheitskonzepte mit aufgenommen wird. Benkert appelliert:

- „Die „StressDepression“ ist heilbar.“
- „Es gibt gute Strategien, dem Stress und der Depression vorzubeugen.“ (zit. Benkert, 2005, S. 22).

  Es gibt Stressoren jeglicher Art (vgl. situative, personale), diese lösen „Stressreaktionen“ aus (siehe Abb. 2), d.h. sie führen zu einem bestimmten Muster von Symptomen, die für den Betroffenen als vorrangig wahrgenommen werden. Diese Stress-Symptome durch übermäßige Belastung zeigen sich nach Kaluza auf drei Ebenen:

Abbildung 2: Modell: Stressreaktionen (eigene Darstellung)

1. körperliche (Checkliste 1)
2. Verhaltensebene (Checkliste 2)
3. Gedanken und Gefühle (Checkliste 3)

(Kaluza, 2004 In Benkert 2005 S. 23-30)

Auf der körperlichen Ebene der Stressreaktionen steht das Erschöpfungsgefühl an oberster Stelle, da die Möglichkeit besteht, dass bei längerem Anhalten der Stressoren dieses Gefühl immer dominanter wird. Zudem besteht bei Disstress die Gefahr, dem Burnout-Syndrom, dem chronischen Erschöpfungssyndrom, zu verfallen (siehe auch Kapitel 5 Falldarstellung).

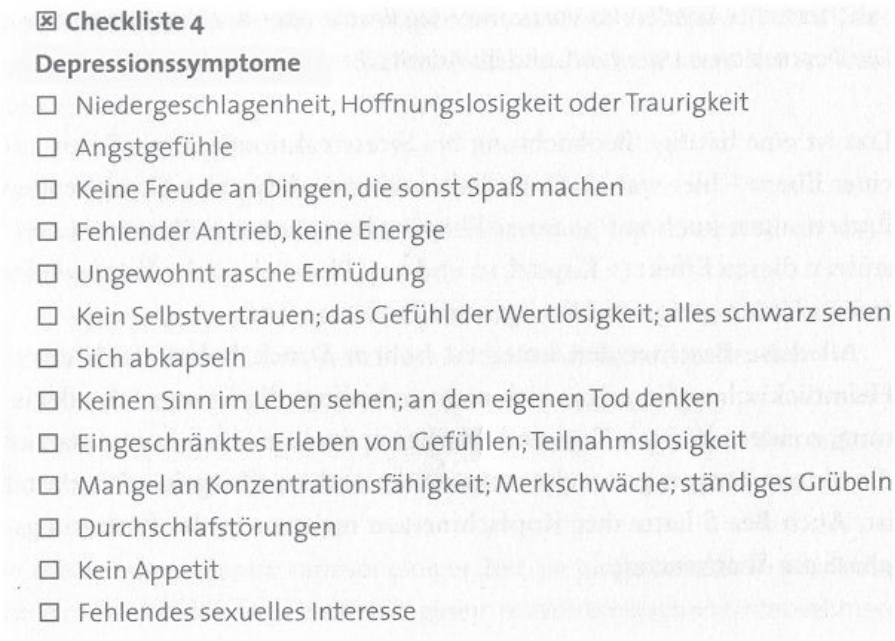
Der entscheidende Fakt der verhaltensbedingten (behavioralen) Stressreaktionen ist, dass diese für die Umwelt (vgl. Asendorpf, 1999, S. 266 ff.) sichtbar bzw. beobachtbar sind.

Die dritte Ebene der Gedanken und Gefühle („kognitiv-emotionale Ebene“, “verdeckten Ebenen“) ist bezeichnend für den Vergleich mit der zweiten Ebene, denn hier kann das Individuum die Stresssymptomatik lediglich selbst empfinden (vgl. Benkert, 2005, S. 23 ff.).

Wie im oberen Abschnitt der Arbeit beschrieben, sieht Benkert folgende Kardinalsymptome (siehe Abb. 3) als die Kernanzeichen einer Depression an. Er weist darauf hin, wenn bei der Selbstempfindung Anzeichen zutreffend sind und dieser Symptomkomplex auf den Zeitraum eines

ganzen Jahres gesehen zwei Wochen lang jeden Tag hintereinander auftritt, ist es ratsam, auf Grund der möglichen Schwere dieser Erkrankung, Fremdhilfe zu suchen. (vgl. Benkert, 2005, S. 27 ff.).

Abbildung 3: Kernanzeichen einer Depression



☒ **Checkliste 4**

Depressionssymptome

- ☐ Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit oder Traurigkeit
- ☐ Angstgefühle
- ☐ Keine Freude an Dingen, die sonst Spaß machen
- ☐ Fehlender Antrieb, keine Energie
- ☐ Ungewohnt rasche Ermüdung
- ☐ Kein Selbstvertrauen; das Gefühl der Wertlosigkeit; alles schwarz sehen
- ☐ Sich abkapseln
- ☐ Keinen Sinn im Leben sehen; an den eigenen Tod denken
- ☐ Eingeschränktes Erleben von Gefühlen; Teilnahmslosigkeit
- ☐ Mangel an Konzentrationsfähigkeit; Merkschwäche; ständiges Grübeln
- ☐ Durchschlafstörungen
- ☐ Kein Appetit
- ☐ Fehlendes sexuelles Interesse

(vgl. Benkert, 2005, S.27 ff.)

Im Folgenden wird die dritte Phase beschrieben, die sich mit dem Zusammenhang zwischen Körper und Geist beschäftigt und aufzeigt, bei welchen Krankheiten Dauerstress und Depression die Ursache sein können.

Prinzipiell, da sind sich die unterschiedlichen Wissenschaftsdisziplinen einig (vgl. Cross-over), kann die Ursache organischer Krankheiten in der Psyche liegen, hierzu folgendes Beispiel:

Situationssimulation:

„Frau H. ist 48 Jahre alt und Hausfrau. Ihre zwei Kinder sind erwachsen und leben weit weg. Sie ist bereits einmal Oma und liebt ihren Enkel sehr. Ihr Mann ist Ingenieur und beruflich viel unterwegs, da er Projekte in ganz Europa betreut. Seit Jahren macht Frau H. sich Sorgen […].“

„[…] Er könnte einen Autounfall haben, mit dem Flugzeug abstürzen, überfallen werden! „[…].“ „Werden sie ihren Job behalten? Verlässt der Partner sie auch nicht? Bleibt ihr Enkel gesund?“ „[…].“ „Was würde sein, wenn sie selbst ernstlich krank werden würde? Wer würde ihre Angehörigen benachrichtigen, den Hund versorgen?“

„[…]!“Sie fühlt ihr Herz rasen, Übelkeit aufsteigen und ihr wird dabei ganz schwindelig. Ist sie nachts allein, kann sie nicht schlafen, wird immer wieder zwischendurch wach. Jedes Geräusch lässt sie

aufschrecken. Am nächsten Morgen fühlt sie sich total gerädert, ist nicht erholt.“ „[…]?“ „All diese Gedanken machen Frau H. ruhelos und angespannt. Sie klagt über Kopfschmerzen und Schulter-Nacken-Verspannungen sowie einen Reizdarm. Sie lässt sich regelmäßig massieren, die Wirkung ist jedoch nur von kurzer Dauer. Bei der Behandlung ihrer Darmprobleme durch den Hausarzt ist auch keine Besserung in Sicht“ (zit. Roszinsky-Köcher, 2006, S. 61).

Die exemplarische Simulation zeigt, dass das „Cross-over“ zwischen den einzelnen medizinischen Fachdisziplinen nicht gegeben ist. Problematisch war und ist, so Benkert, dass in der Allgemeinmedizin oftmals der Betroffene nicht getreu dem Grundsatz der Ganzheitlichkeit beurteilt wird, der Mediziner die Nebendisziplinen vergisst oder das medizinische Problem als vorgetäuschtes Leiden abwertet und dem zu Folge die richtige Therapie fraglich ist (vgl. Benkert, 2005, S. 9ff.).

Ein Beispiel, welches diese Misere verdeutlicht, zeigt die Karikatur in Abb. 3. Die gestörte bilaterale Kommunikation (vgl. Schulz von Thun, 2013, S. 48ff.) zwischen dem Arzt und dem Patienten.

Abbildung 4: Karikatur

(vgl. Deutsche Krebshilfe e.V., 2006, S. 44)

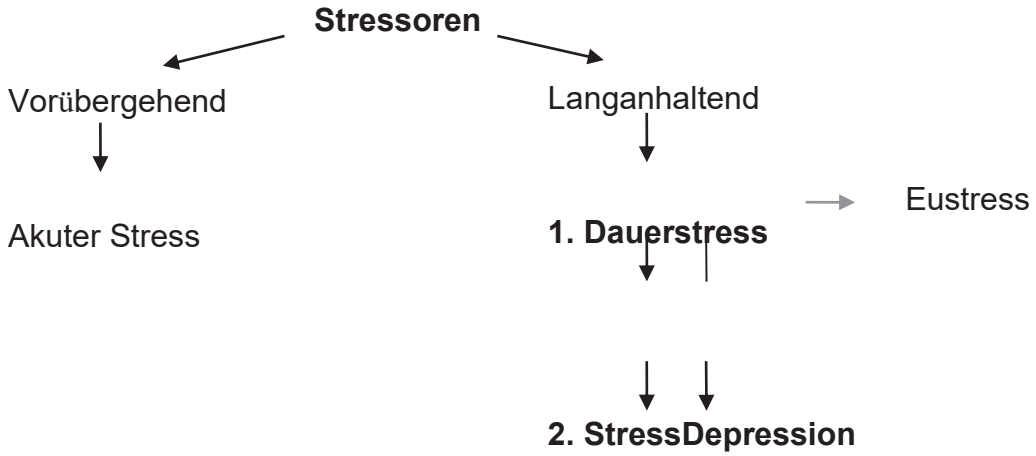
Bis in die 70er Jahre galten biologisch gesehen die psychoanalytischen Theorien über die Beziehung zwischen Körper und Seele als wegweisend. Der Einfluss der Psyche auf die Pathophysiologie der Organe bezeichnet Benkert als „black box“ (zit. Benkert, 2005, S.30). Mit der ständigen Erweiterung des nachweisbaren Wissens der medizinisch- naturwissenschaftlichen Forschung ist der Zusammenhang heute klarer.

3.3 Phasen und Stressoren

Entscheidend für die subjektive Bewertung eines Stressors ist der Umgang mit diesem, so weit, so trivial. *Den* Stressor gibt es faktisch nicht „[...] Die Vieldeutigkeit des Begriffes rührt von der

Vielschichtigkeit menschlicher Belastungen her […]“ (zit., dtv- Atlas, 2003, S.470f.). Die Vielzahl der Belastungsmomente (Stressoren Vielfalt), sowie die divergente Stressoren Bewertung, sprich das differierende Erleben des Individuums, sowie die Tatsache, dass jeder Mensch anders reagiert (divergente Stressreaktion) und wie der Mensch diese bewältigt (divergente Stressstrategien) lassen sich im Folgenden exemplarisch darstellen (vgl. Benkert, 2005, S. 19-21), wie im Stressoren-Modell (Abb.5) dargestellt:

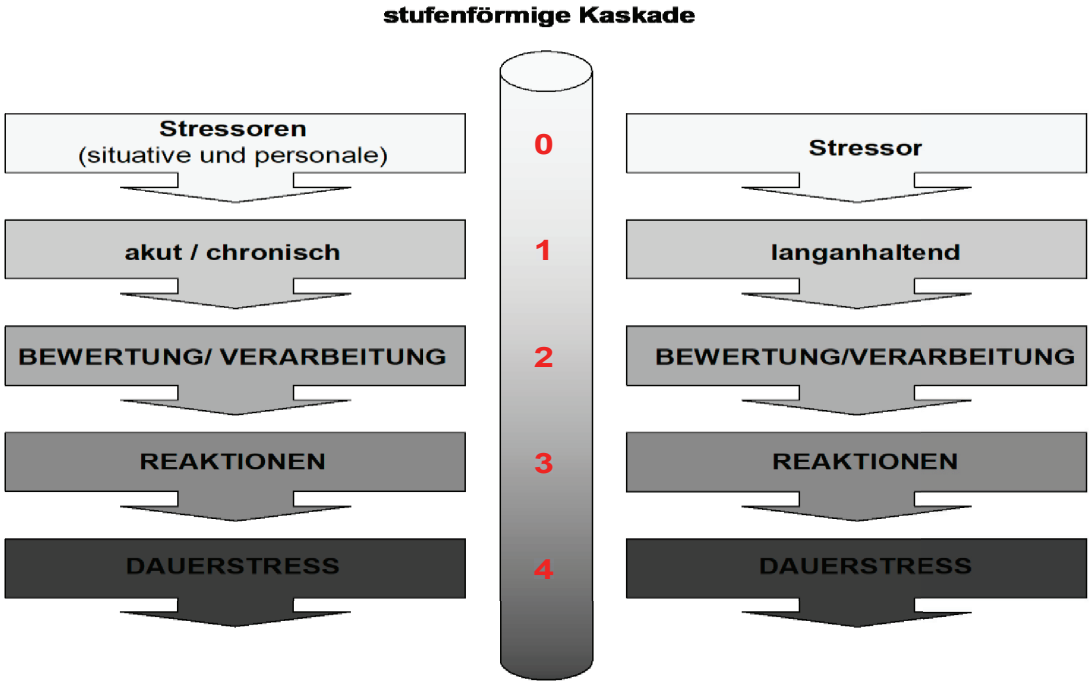
Abbildung 5: Stressoren-Modell (eigene Darstellung)



(In Anl. Benkert 2005, S.20, Abb. 1)

Für die Kaskade existieren in der Literatur eine große Zahl wissenschaftlicher Belege, wie z.B. die INTERHEARTSTUDIE der Arbeitsgruppe um Yusuf (vgl. Yusuf, et al., 2004), die im kanadischen Hamilton mit einer Erhebungsstichprobe (N=30.000), belegt, dass unter den Risikofaktoren für einen Myokardinfarkt der Alkoholkonsum dominiert. Rosengren (vgl. Rosengren, A. et al., 2004) belegte mit derselben Arbeitsgemeinschaft bei N=25.000, dass Stress und Depression gleich hohe Risikofaktoren darstellen, wie z.B. der Bluthochdruck und Adipositas (vgl. Waller, 2007, S. 37 ff.).

Abbildung 6: Kaskade Stress



(vgl. Kaluza, 1990 In Benkert, 2005) (In Anl. Benkert Abb.3, S.44)

0. Stressoren sind Belastungen mit unterschiedlicher Intensität und Dauer. Sie können z.B. unterschieden werden in personale (z.B. mitmenschliche Konflikte) und situative (z.B. Umwelt) Belastungen. Diese Gliederung ist nicht absolut und isoliert auftretend zu sehen, obwohl beide Belastungsformen eine sehr enge Beziehung aufweisen.
1. Akuter Stress ist z.B. ein Autoblitzerbild oder ein Vorstellungsgespräch. Hier stellt sich das biologische Gleichgewicht wieder ein, während es beim länger andauernden Stressor, nicht veränderlichen u./o. unverhofften (z.B. Partnerverlust) Stressoren, durchaus nicht mehr herzustellen ist. Neben der genetischen Disposition ist dieser Disstress die häufigste Ursache bzw. Auslöser der Depressionen. Ob und wie eine Chronifizierung der Belastung vorliegt ist noch zu klären. Allerdings fühlen sich manche Menschen unter phasischem Stress und auch unter Dauerstress aktiviert und sogar motiviert, Eustress ist das Phänomen.
2. „StressDepression“/BEWERTUNG/ VERARBEITUNG/REAKTION Dauerstress kann somit direkt eine „StressDepression“ auslösen und erst daraus resultieren körperliche Beschwerden.

3. körperliche Erkrankungen/REAKTION Durch Disstress können massive Stoffwechselverschiebungen ausgelöst werden, wie z.B. vermehrte Kortisonausschüttung o. die fehlende Balance des vegetativen Nervensystems.
4. Dauerstress können bspw. Doppelschichten arbeiten, damit der Verlust von Mitarbeitern kompensiert wird, sein. Hier *kann* sich im Gegenzug zum akut auftretenden Stress, der stimulierend wirkt, eine „StressDepression“ direktional oder eine somatische Erkrankung entwickeln (vgl. Benkert, 2005, S. 19 ff., S. 44 ff.).

3.4 Stress ≠ Stress

Der Begriff „Stress“ ist ein „Modewort“ unserer Zeit und meist in Verbindung mit negativen Aspekten belegt (zit. Benkert, 2005, S. 33). Dieses wird unterstützt von der Aussage „ursprünglich engbegrenzter Begriff der physischen Überlastung, heute verallgemeinert als Situation, durch die sich jemand belastet fühlt […]“ (zit. Benesch, 2003, S. 477). Die Stresssituation, in der sich ein Individuum überlastet fühlt, definiert der englische Stresspsychologe Lazarus wie folgt:

- „Stress tritt dann auf, wenn die Anforderungen aus der Umgebung oder die inneren Anforderungen die Reaktionsmöglichkeiten einer Person überfordern.“ (Lazarus, 1999 In Benkert, 2005, S. 33)

Dies ist als transaktionales Stressmodell Lazarus bekannt, was nicht zwingend bedeutet, dass übermäßige Anforderungen ein Sammelbecken physischer bzw. psychischer Reaktionen darstellt. Demzufolge bildet dieses Modell die Grundlage der Stressbewältigung.

Hierzu ein Beispiel von zwei Referenten (A/B):

„Zwei Personen müssen vor einer größeren Gruppe in ihrem Unternehmen einen Vortrag halten. Beide bereiten sich gründlich vor. Person A hat ein zugewandtes soziales Verhalten; sie nutzt die Gelegenheit sich gut darzustellen und hat Spaß an einem solchen Vortrag; in der Diskussion lebt sie auf. Person B ist eher zurückgezogen, unsicher; es macht ihr Angst, sich vor einer Gruppe zu erklären; sie kommt beim Reden ins Schwitzen, der Mund wird trocken, sie verspricht sich mehrfach und wird immer nervöser (zit. Benkert, 2005, S. 34).“

Person A empfindet die Situation als stimulierend, „befindet“ sich im Eustress, während Person B sich stark belastet fühlt, Disstresssituation, welches auf Selye (1973) zurückgeht (vgl. Benesch, 2006, S. 167). Nach dem „Yerkes-Dodson-Gesetz“ (Behaviorismus) wäre es günstiger ein mittleres Erregungsniveau zwischen Anspannung und Entspannung zu erreichen. (vgl. Benesch, 2006, S. 167)

In dieser Arbeit wurde bisher dargelegt, das komplexe Beziehungen und Verhaltensmuster entscheidend sind für den Umgang mit der Depression, speziell der „StressDepression“ im komorbiden Bezug. Des Weiteren folgt ein Einblick in die komplexe Persönlichkeitspsychologie und

ihr „Verdienst“ an den eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten, die das Individuum schützen, stärken und ausbauen. Die Abbildung 7 illustriert einen Menschen, der offenbar einen depressiven Zustand symbolisiert in Haltung, Mimik und Gestik und eher phlegmatisch wirkt.

Abbildung 7: Mensch im depressiven Zustand

(vgl. Benesch, 2006, Abb. D, S. 236)

Nach Beck, A. T. (1981) weist der Depressive eine negative Sicht auf „sein Selbst“, „seine Umwelt“ und „Zukunft“ auf, welches Herr Seligmann M. E. (1979) auf die „gelernte Hilflosigkeit“ zurückführt (vgl. Benesch, 2006, S. 237). Das Selbst bzw. „ICH“ wird in der Ich-Analyse differenziert betrachtet. Eriksson stellt die „Krise“ in den Mittelpunkt, „[…] bes. mit der „Identitätskrise“, die Schwierigkeiten des Ichs, zu sich selbst zu kommen.“ (zit. Benesch, 2006, S. 377).

3.5 Alltagsbelastungen versus Lebensereignisse

Nachdem im Abschnitt 3.3 die unterschiedlichsten Stressorarten definiert und die Beziehung zwischen den einwirkenden Belastungen und dem Individuum dargelegt wurden, soll nun die Frage beleuchtet werden, wie Alltagsbelastungen und Lebensereignisse jeglicher Art auf den Substanzabhängigen mit komorbid depressiven Menschen einwirken. Da der Rehabilitand nach der meist stationären Entwöhnungsphase sich in der Ambulanten Nachsorge im häuslichen Umfeld befindet, liegt der Fokus in alltäglichen Belastungen und Ereignissen der Menschen, die der Bewältigung bedürfen.

Beginnend mit den „daily hassles“ und „daily uplifts“ beweist die Arbeitsgruppe um Lazarus, die sich eingehend mit den Auswirkungen der Belastungen und Entlastungen des Alltags befasst hat, dass

„daily hassles“ zermürbender als die einmaligen Lebensereignisse, wie beispielsweise der Verlust eines geliebten Menschen, sind (zit. Kanner et al, 1981 in Benkert, 2005, S. 56). Unterstützend belegte die Forschung um Herrn Karasek, dass die Entlastungen des Alltags, wie z.B. einen Spaziergang durch die Natur oder einen Kinobesuch unternehmen, die Fähigkeit besitzen diese Sorgen des Alltags zu kompensieren (vgl. Karasek, et al. 1990 in Benkert, 2005, S. 57).

Benkert argumentiert, dass, um diese Kompensation der Alltagssorgen zu erreichen, es zielführend für den Einzelnen ist, wenn er entlastende Ereignisse im Rahmen seiner Möglichkeiten wahrnimmt, Psychohygiene betreibt (vgl. Benkert, 2005, S. 57).

In einer weiteren Studie, bei der es um das Krankheitsverhalten nach (kritischen) Lebensereignissen ging (z.B. Tod eines Familienangehörigen, Ärger im Job, s. Anhang 2, S. 70) wurde ein subjektiver Zusammenhang belegt. Es ergab sich eine Skala mit 43 Lebensereignislagen. Jedes Ereignis erhielt beim Auftritt einen Punktwert. Für den Einen gehört Ärger mit dem Chef zum Alltag, für den Anderen ist es ein „life event“. Mit steigender Anzahl (kritischer) Lebensereignissen, wächst der Punktwert und somit steigt das Erkrankungsrisiko (zit. Holmes/Rahe 1967 in Benkert 2005, S. 58.).

„Bei der Beurteilung der Wichtigkeit solcher life events ist nicht unbedingt das Auftreten des Ereignisses an sich entscheidend, sondern vielmehr die Bewertung und Verarbeitung durch die betroffene Person“ (zit. Benkert, 2005, S. 59). In der Nachsorge wird speziell diese Bewertung und Verarbeitung durch die systemische Gesprächsführung unterstützt und begleitet, um eine nachhaltige Verhaltensänderung zu implementieren, da das als eine wirkungsvolle Methode belegt ist.

4 Suchtnachsorge

„Sozialarbeit unterscheidet sich von anderen Hilfen für den Menschen dadurch, dass sie nicht einen Teilbereich menschlicher Existenzbedingungen in den Mittelpunkt stellt, sondern die Problematik von Einzelnen, Gruppen und Gemeinwesen in ihrem lebenstypischen und gesellschaftlichen Zusammenhang sieht und angeht (Künzel-Schön, 1995).

4.1 Definitionen und Statistik

Als spezielle Form der Rehabilitation erfordert die Nachsorge in der Sucht die Anpassung an den persönlichen Auftrag sowie ein spezifisches Leistungsspektrum der Sozialen Arbeit, wie in 4.2 näher beschrieben (vgl. DVSG, 2008, S. 2). Die Deutsche Rentenversicherung definiert Nachsorge als ein Einzel -oder Gruppengesprächssetting zum Sichern und Festigen von erlernten Verhaltensweisen und Einstellungen aus der zuvor durchgeführten medizinischen Rehabilitation für Abhängigkeitskranke. Der Fokus ist auf die Förderung der Eigenaktivität und die Sozialkontakte des Rehabilitanden gelegt, partielle Bedeutung wird den therapeutischen Elementen beigemessen. Die Nachsorge fußt auf dem bio-psycho-sozialen Modell der funktionalen Gesundheit der WHO, welches in der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) beschrieben ist. Im Anschluss an eine stationäre oder ganztägig ambulante Rehabilitation kommt mit Erreichen des Rehabilitationsziels für den Suchtkranken die Nachsorge in Frage. Ziel ist es, die dauerhafte Abstinenz zu erhalten und nachhaltig zu festigen (vgl. DRV u. GKV, 2012, S. 1-2). In der Literatur manchmal auch als Stabilisierungsphase definiert, beinhaltet es in Fachberatungsstellen „regelmäßige Gesprächstermine, Bewältigung der Abhängigkeitsproblematik, Schaffung neuer sozialer Kontakte, Schaffung neuer Perspektiven“ (zit. Mons et al., 2017, S. 98).

Laut DRV u. Gesetzliche Krankenversicherung wird dies „insbesondere durch Unterstützung in Krisenfällen, Verhinderung von Rückfällen sowie durch die Erhaltung der Abstinenzmotivation und ggf. der Erwerbsfähigkeit erreicht (zit. DRV u. GKV, 2012, S. 2).

Die Suchtnachsorge beginnt nach der Rehabilitation Abhängigkeitskranker und umfasst in der Leistung laut DRV i.d.R. 20 Gesprächseinheiten und zusätzlich zwei Gesprächseinheiten für Bezugspersonen im Zeitrahmen von 6 Monaten. Die Gesprächsdauer beträgt für Einzelgespräche 50 Minuten und bei Gruppengesprächen 100 Minuten (vgl. DRV u. GKV, 2019, S. 6).

Deck und Theissing argumentieren hingegen, dass die Nachsorge als „immanentes Element der Rehabilitation selbst etabliert werden [sollte] (zit. Deck, R./Theissing, J., 2016, S. 258).

Die Nachsorge als bedeutendes Instrument sichert nachhaltig die medizinische Rehabilitation und nimmt bei Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung wegen komplexen Einschränkungen einen hohen Stellenwert ein. In der Nachsorge werden die erlernten Verhaltensweisen aus der Rehabilitation erprobt, „nachhaltig gesichert sowie rückfallgefährdende Krisen durch erlernte Kompetenzen angemessen bewältigt“ (zit. DRV u. GKV, 2012, S. 1). Somit unterstützt die Nachsorge den Rehabilitanden bei der Begleitung des Erlernten im Alltag und sichert den Rehabilitationserfolg (vgl. DRV u. GKV, 2012, S. 1). Die Konzeption der Beratungsstelle für Abhängigkeitserkrankungen Gadebusch beschreibt es als „die Fortführung dessen, was im Verlauf der stationären Behandlung nicht abschließend bearbeitet werden konnte und die Unterstützung der in der Behandlung erreichten Veränderungen“ (Konzeption Suchtberatung GDB, 2008, S.7).

Zur statistischen Lage im Handlungsfeld der Suchtnachsorge im Zusammenhang von Alkoholkonsum in Mecklenburg-Vorpommern zeigt sich, dass die Diagnose der Alkoholabhängigkeit weiterhin Hauptdiagnose in der Nachsorge ist (Tbl. 1 in Anlehnung an LAKOST, 2017, eigene Darstellung). Von gesamt N=4553 Menschen mit der Hauptdiagnose F10.2, beansprucht eine Anzahl N=329 die Suchtnachsorge, welches im Vergleich der Substanzen einen Anteil von 7,2% in Mecklenburg-Vorpommern 2017 feststellen lässt.

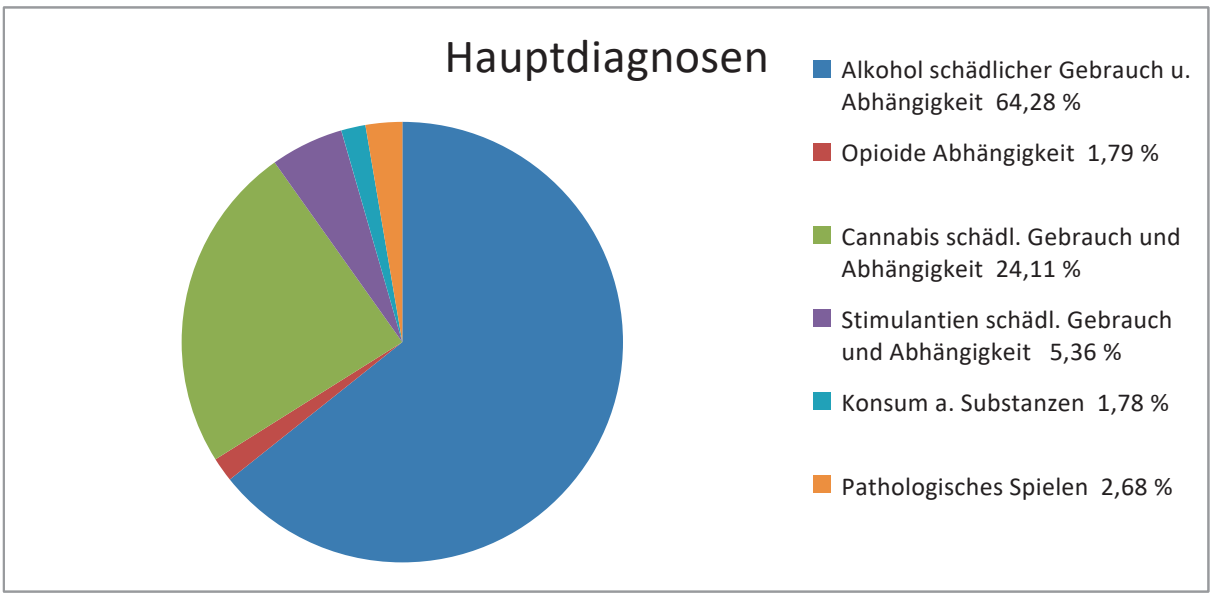
Tabelle 1: Hauptdiagnose der Suchtnachsorge in Mecklenburg-Vorpommern 2017

Hauptdiagnose	**NAS – (Reha-) Nachsorge**		
	Anzahl *	Prozent	Gesamt
F10 Alkohol	329	**7,2%**	4553
F11 Opioide	3	**1,8%**	166
F12 Cannabinoide	10	**1,2%**	853
F13 Sedativa/ Hypnotika	0	**0,0%**	48
F14 Kokain	3	**5,3%**	57
F15 Stimulanzien	3	**1,5%**	202
F16 Halluzinogene	0	**0,0%**	1
F17 Tabak	1	**1,7%**	58
F18 Flüchtige Lösungsmittel	0	**0,0%**	1
F19 And. Psychotr. Subst./ Polyt	3	**2,9%**	105
F50 Essstörungen	0	**0,0%**	58
F55 Missbr. nicht abhängigkeitse	0	**0,0%**	8
F63.0 Pathologisches Spielen	16	**6,4%**	250
F63.8 / F68.8 Exzessive Medienn	4	**12,1%**	33
Gesamt mit Hauptdiagnose	**372**	**5,8%**	6393
Ohne Hauptdiagnose mit Grund v	1	**0,2%**	432
Gesamt	**373**	**5,5%**	6825

Jahresauswertung LAKOST Mecklenburg-Vorpommern für DHS 2017 (eigene Darstellung in Anlehnung an LAKOST MV für DHS 2017)

In der Beratungsstelle für Abhängigkeitserkrankungen Gadebusch/ Grevesmühlen stellt sich vergleichend die Lage wie folgt dar (siehe Abb. 8): Im Jahr 2017 nahmen 137 Menschen die Angebote der Beratungsstelle in Anspruch. Insgesamt wurden 785 Beratungsgespräche geführt. Wie bereits in den Vorjahren lautete die Hauptdiagnose alkoholbezogene Störungen mit fast 65 Prozent. 24 Prozent der Hilfesuchenden konsumierten Cannabis, oftmals kombiniert mit Amphetaminen. Der Konsum anderer Substanzen ist fast zu vernachlässigen. Darüber hinaus suchten drei Klienten mit einer verhaltensbezogenen Störung (pathologisches Glückspiel) die Beratungsstelle auf (vgl. Jahresbericht BstA 2017, S. 4f.).

Abbildung 8: Hauptdiagnosen der Beratungsstelle für Abhängigkeitserkrankungen Gadebusch/Grevesmühlen



(vgl. Abb. BstA Jahresbericht, 2017, S. 4)

4.2 Inhalte und Themen

Suchtnachsorgen werden in befähigten psychosozialen Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke sowie in Rehabilitationseinrichtungen für Abhängigkeitskranke durchgeführt (DRV, 2019).

Laut der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) ist das abstinente Leben besonders in den ersten Monaten nach der Entlassung aus der Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung gefährdet. Als Rückfallrisiken benannt sind Probleme mit dem Partner, der Familie und die vergebliche Hoffnung auf die Rückkehr in den Beruf. Ebenso sind Müßiggang und Einsamkeit vielfach Gründe, wieder Alkohol zu trinken. Es gilt für den Rehabilitanden, interessantere und sinngebendere Beschäftigungen zu finden, als zuvor das Trinken im Übermaß. Nicht selten ist es der leichtsinnige

Wunsch des Klienten, mit Maß Trinken zu können, was manchmal zur Aufgabe der anfangs angestrebten Abstinenz führt (BzgA, 2019).

Im Gemeinsamen Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Nachsorge im Anschluss an eine Rehabilitation Abhängigkeitskranker sind die folgenden Themen der Einzel- und Gruppengespräche der Suchtnachsorge festgelegt:

- *„Erhaltung und Stabilisierung der Abstinenz,*
- *angemessene Konfliktlösungsstrategien bei drohenden und aktiven Krisen,*
- *Anschluss an eine Selbsthilfegruppe,*
- *Förderung von Eigenaktivitäten (z.B. Freizeitgestaltung)*
- *Aufbau oder Stabilisierung eines suchtmittelfreien Freundes- und Bekanntenkreises,*
- *Förderung der Inanspruchnahme von Maßnahmen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft,*
- *Förderung der Inanspruchnahme von Maßnahmen schulischer und beruflicher (Wieder)-Eingliederung (z.B. Zusammenarbeit mit der Agentur für Arbeit zur Wiedereingliederung ins Erwerbsleben, Begleitung einer stufenweisen Wiedereingliederung),*
- *Inanspruchnahme medizinischer und psychotherapeutischer Hilfen sowie*
- *Nutzung anderer Hilfen wie Erziehungsberatung, Eheberatung, Schuldnerberatung, Gemeinsame Servicestellen für Rehabilitation, Betreutes Wohnen, Bewährungshilfe usw.…“ (zit. DRV u. GKV, 2012, S.3).*

Die aufgeführten Aspekte verdeutlichen, dass Menschen mit einer alkoholinduzierten Abhängigkeitserkrankung in der Ambulanten Nachsorge ganzheitlich eingebunden sind. Mit dem Klienten wird zudem die Sozialanamnese aktualisiert und die persönliche Situation geklärt nebst Abstimmung der individuellen Ziele des Klienten (vgl. DRV u. GKV, 2012, S. 3).

Zusammenfassend ist die Ambulante Nachsorge ein Angebot zur Sicherung und Festigung der in der stationären medizinischen Rehabilitation erworbenen Fähigkeiten und Abstinenzkompetenzen unter Alltagsbedingungen. Sie dient der Förderung sozialer Kontakte und Fähigkeiten im Sinne der ICF. Dabei wird vor allem die Teilhabe am Arbeitsleben gezielt thematisiert, da der Erhalt des Arbeitsplatzes bzw. die berufliche Wiedereingliederung die Realisierung suchtspezifischer Rehabilitationsziele in erheblichem Maße begünstigt (vgl. Jahresbericht BstA 2017, S. 7).

4.3 Durchführung

Unter Beachtung des Datenschutzes und der gegenseitigen Übermittlung der Daten sollte die Suchtnachsorge möglichst nahtlos, spätestens nach drei Monaten nach Abschluss der Rehabilitation, beginnen. Dabei ist laut Kostenträger ein gutes „Schnittstellen- und Versorgungsmanagement zwischen der Rehabilitationseinrichtung und der Nachsorgeeinrichtung“ von Nöten (zit. DRV u. GKV, 2012, S. 5). Soyka stellt fest, dass die Therapiephase der Nachsorge fast ausnahmslos ambulant durchgeführt wird (vgl. Soyka, 1997, S. 103).

Eine erste Kontaktaufnahme zwischen Klienten und Nachsorgeeinrichtung kann bspw. bei der Vereinbarung des Termins zum Erstgespräch hergestellt werden. Ein Indiz für die Praxis der „Komm-Struktur“ oder aufsuchenden Hilfe, da Versicherte bzw. Klienten eigenverantwortlich die Termine anbahnen. Der verantwortliche Mitarbeiter notiert den Befund des Rehabilitanden und in Abstimmung mit dem Klienten werden die persönlichen Ziele der Nachsorge nebst Besonderheiten bestimmt (vgl. DRV u. GKV, 2012, S. 6f.). Eine weitere Formalie ist der Abschluss des „Nachsorgevertrags“ (s. Anhang 3 am Bsp. BstA Gadebusch/Grevesmühlen, S. 71) zwischen dem Berater der Suchtnachsorgeeinrichtung und dem Klienten. Darin ist die Transparenz der Beziehungsgestaltung bei Rückfällen ein bedeutendes Attribut für das weitere Vorgehen. Nach genauer Analyse der Gesamtsituation ist unter Umständen die Suchtnachsorge zu beenden und eine geeignete Anschlussmaßnahme anzubahnen. Die Suchtnachsorge endet wie begonnen mit einem vertraulichen Gespräch und ein Abschlussbericht wird dem Kostenträger mit Verlauf und Ergebnis zugesandt (vgl. DRV u. GKV, 2012, S. 7.).

4.4 „Doing Social Problems“ im Suchthilfesystem

Wenn die Fachwelt der Sozialen Arbeit soziale Problematiken behandelt, ist sofort die Assoziation zu konkreten Alltagszenenarien präsent, wie bspw. übermäßiger Alkoholkonsum. Dabei definiert „Soziales Problem“ zunächst die Abweichung des Ist-Zustands vom gewünschten Soll-Zustand. Des Weiteren sind sie charakterisiert durch ihre „kollektive Verantwortung bzw. eine politische oder gesellschaftliche Veränderung“, statt privaten und individuellen Merkmalen (zit. Gronemeyer, 2011, S. 1390).

Durch das Angebot der Nachsorge für Klienten in den jeweiligen Institutionen der Suchthilfe, berechtigt dies die Problemkategorien. Denn, „solange es keine bearbeitende Stelle gibt, bleiben Problematisierungen vage, umstritten und können als nicht wirklich existent angesehen werden, zumindest sind sie gesellschaftlich kaum relevant“ (zit. Gronemeyer, 2011, S. 1402).

Gronemeyer argumentiert, durch die Existenz der Beratungsstelle und in diesem Zusammenhang die Nachsorge, dadurch ist Sucht perse existent und damit ist es möglich, „eigene und fremde Verhaltensweisen als Sucht zu interpretieren“ (zit. Gronemeyer, 2011, S. 1402). Über die Einzelfallarbeit am Klienten werden abstrakte Kontexte sozialer Szenarien zu eindeutigen Hilfezuständen und Fallhilfe am Klienten. „Die Prozesse der Konstruktion sozialer Probleme im Alltag der institutionellen und organisatorischen Kontexte der Problembearbeitung und ihre Konsequenzen können als „Doing Social Problems“ […] beschrieben und analysiert werden“ (zit. Gronemeyer, 2011, S. 1403).

Die Bearbeitung der Probleme bedeutet „den Versuch der Veränderungen von Menschen, sei es ihr Status, ihre Ressourcen, Motivationen oder Orientierungen“ (zit. Gronemeyer, 2011, S. 1403). Wie in Abschnitt 3.2 näher beschrieben, ist die Zielsetzung im Suchthilfesystem die Abstinenz, während in psychiatrischen Beratungskontexten der Umgang mit der Krankheit integriert wird.

Zur Sicherung der individuellen Nachsorgeziele werden in den Gesprächen während der halbjährlichen Nachsorge u.a. verhaltenstherapeutische Techniken angewandt, deren Stellenwert und Ausprägungen im folgenden Kapitel näher erfasst wird.

Methodisch gibt es in der Therapiepraxis laut Benkert nur zwei bedeutende Verfahren. Zum einen die Verhaltenstherapie, die auf der Veränderung von pathologischem Verhalten basiert. Zum Zweiten die Kognitive Therapie, die den Fokus auf das Modifizieren sowie Umbewerten negativen Gedankengutes legt. Die Psychotherapie nennt die Symbiose der beiden Verfahren kognitive Verhaltenstherapie, welche per se eingängig ist. Im nächsten Kapitel widmet sich die Ausarbeitung beiden Verfahren und nähert sich neben der Wirksamkeit den Chancen und Grenzen an (vgl. Benkert, 2005, S. 207).

5 Verhaltenstherapie

5.1 Vorstellung und Inhalte

Die Verhaltenstherapie ist als Modifikationsansatz neben tiefenpsychologisch fundierten Methoden bekannt und als Richtlinienverfahren anerkannt (vgl. Kropp/Meyer, 2016, S. 294). Mehrere verschiedenartige Mechanismen im Bereich des Lernens werden verbunden, um Bezug und Modifikation von Verhalten zu charakterisieren (vgl. Revenstorf, 2018, S. 218). Ausgangspunkt sind zwei psychischen Grundlagen in der Therapiearbeit, welche miteinander psychologisch verbunden sind:

„- die manifeste Ebene des Verhaltens und der Einstellungen (Instruktionsebene; Verhaltenstherapie) und

- die latente Ebene unbewusster Programmierungen (Beziehungsebene; Psychoanalyse)“ (zit. Müller/Tretter, 2001, S.340).

Grundlegend in der Entwöhnungstherapie ist die Diagnosestellung eingebunden in das persönliche Störungsmodell, wie bspw. S-O-R-K-C-Modell (siehe 5.2) im verhaltenstherapeutischen Kontext (vgl. Müller/Tretter, 2001, S.340).

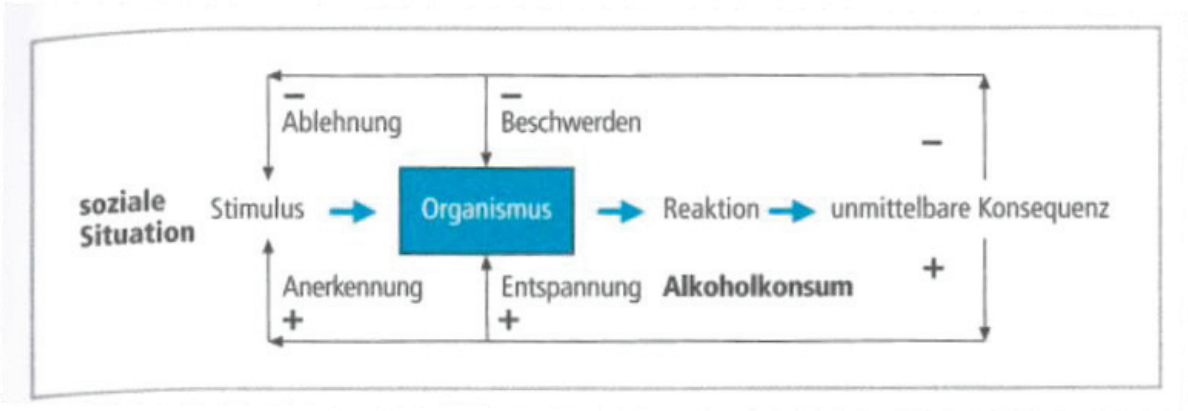
Überwiegend werden suchttherapeutische Interventionen von verhaltenstherapeutischen Maßnahmen begleitet, die auf die Veränderungs- und Handlungsorientierung, die Transparenz gegenüber der Klientel, auf die Hilfe zur Selbsthilfe oder auf ein „verändertes Wollen, Wissen, und Können des […] Klienten zugleich“, zielen (zit. Grawe in Abstein/Gastiger, 2005, S. 73). Bei Menschen mit Alkoholabhängigkeit zählen vor allem verhaltenstherapeutische Maßnahmen – zumeist unterstützt durch „Gesprächstherapie, […], kognitive Therapien und andere Verfahren“ (zit. Soyka, 1997, S. 103). Eine Modifizierung des Verhaltens „erfolgt durch Kontingenz, Generalisierung und Überschreibung von Verhalten“ (zit. Kropp/Meyer, 2016, S. 294). Kropp und Meyer sind zudem der Ansicht, dass sich die Evidenz in der Therapie bei verhaltenstherapeutischen Maßnahmen genau bestimmen lassen, welches sie als Vorteil gegenüber anderen Therapieschulen einschätzen. Näheres zum Verständnis der Wirksamkeit versucht das Unterkapitel 5.4 der Verhaltensprozesse zu erklären.

5.2 Grundannahmen

Der Abhängigkeit von Alkohol liegt aus verhaltenstherapeutischer Sicht ein gelerntes Verhalten der Sucht zugrunde. Aus dieser psychologischen Perspektive wird der Mensch zunächst als „Blackbox“ betrachtet, was keine tiefer gehenden Hintergründe über sein Innerstes feststellt. Es begründet sich

aus dem psychologischen Prinzip „Lernen am Erfolg“ (operantes Konditionieren), konkret bedeutet dies „Luststeigerung oder Unlustminderung – als Folge des Drogenkonsums das Wiederauftreten von Drogenkonsum steigern“ (zit. Tretter, 2017, S. 42). Laut Müller und Tretter ist für therapeutische Interventionen das „lerntheoretische Modell der Sucht“, welches auf diesem Grundmodell fußt, das bedeutendste psychologische Modell der Suchtentwicklung (vgl. Müller/Tretter, 2001, S. 52). Wie in der Abb. 9 ersichtlich, wird der Alkohol dem Organismus zugeführt, auf das Verhalten folgen die Reaktion und die unmittelbare Konsequenz. Dem folgt einerseits das persönliche Befinden, im Sinne von Entspannen, und die soziale Situation betreffend, bspw. Zuprosten, was die Konditionierung verstärkt, andererseits hindern negative Konsequenzen die Entwicklung der Abhängigkeit. So bestimmen innere wie äußere Faktoren die Wahrscheinlichkeit für wiederkehrenden Konsum von Substanzen (vgl. Tretter, 2017, S. 43). Das „SORKC-Modell“ wird in der therapeutischen Fachwelt gern eingesetzt, da der abhängig Süchtige, nicht als per se krank verstanden wird, sondern „Sucht gilt als gelerntes Fehlverhalten“ (zit. Müller/Tretter, 2001, S. 53). Das von Saslow und Kanfer beschriebene „S-O-R-K-C“-Schema („S: Stimulus, O: Organismus, R: Reaktion, K: Kontingenz, C: Konsequenz)“ begründet die moderne Verhaltensanalyse bis heute (zit. Kropp/Meyer, 2016, S. 296). Zusätzlich erklärt der Bezug zum jeweiligen Kontext des Konsums durch gleichbleibende situative Aspekte des Drogenkonsums, das Prinzip des „Signallernens“ bzw. „klassischen Konditionierens“. Dies belegen Müller und Tretter an folgendem Beispiel: „Wenn zum Schweinebraten beispielsweise immer ein Bier getrunken wird, dann steht erfahrungsgemäß in der Rehabilitationsphase nach der Entwöhnungstherapie durch das Essen eines Schweinebratens die Gefahr, mit Bier rückfällig zu werden: häufig wird „gedankenlos“ ein Bier bestellt“ (zit. Müller/Tretter, 2001, S. 53).

Abbildung 9: SORKC-Modell



(vgl. Tretter, 2017, S. 43)

Grundannahmen im kognitiven Modell

Beck et al. erklären, dass das Deuten ausgewählter Situationen entscheidend determiniert wird von persönlichen Emotionen, Interessen und eigenem Aktionismus. Dies korrespondiert wiederum mit Basisannehmen eines jeden Menschen, die im jeweiligen Kontext ausgelöst werden. Die Theorie geht davon aus, dass die Klienten sich in sozialen Kontexten gesteigert kompetenter und entspannter empfinden, wenn sie sich das Suchtmittel zuführen. Die Basisüberzeugungen erleichtern es, den Konsum zu verstetigen und bilden eine gesteigerte Vulnerabilität für die Suchtentwicklung. Gewisse Bedingungen und Umstände erhöhen die Möglichkeit für weiter zunehmenden Suchtmittelkonsum, durch immerwährendes gesteigertes Verlangen. Zudem reagieren Suchtklienten auf Emotionen, bei denen sie dem Verlangen/dem Suchtdruck nachgeben, zumeist überempfindlich, wie z.B. „Ich muß jetzt einen […] Drink haben, um […] das Verlangen zu befriedigen“ (zit. Beck et al., 1997, S. 45). Stressoren lösen diese Grundannahmen wie Wut oder Ärger aus.

5.3 Kognitive Techniken und Ziele bei Alkoholabhängigkeitserkrankungen

Diese Therapieform setzt beim nicht rationalen Gedanken an, diesen zu hinterfragen und ihm Alternativen anzubieten. Das Verhalten des Betroffenen lässt sich in der Kognitiven Therapie als „Fehlprogrammierungen“ beschreiben (zit. Müller/Tretter, 2001, S. 343).

Die Kognitive Therapie hat das Ziel, durch Modifizierung der bisher erlernten Denkmuster, exzessive emotionale Reaktionen und Verhalten zu reduzieren, welche den Menschen schädigen. Auf der Basis des kognitiven Störungsmodells wird für jeden Klienten zunächst individuell ein Fallkonzept entwickelt. Das Momentum der Erarbeitung des Fallkonzeptes für und mit dem Klienten, der den Verlauf seiner Lebensgeschichte beinhaltet, mit den verstetigten selbstschädigenden Denkmustern, grenzt die kognitive Therapie von anderen Formen der Psychotherapie ab (vgl. Beck et al., 1997, S. 28 f.).

Sandra Müller und Gerhard Wiesbeck beschreiben in ihrem Artikel, dass die KVT eine bedeutsame Interventionsform der Modifikation von gestörten Gedanken- und Verhaltensmustern, bei Rückfällen, sowie zur Therapie von Komorbidität darstellt. Zuvor werden Untersuchungen erarbeitet, die den übermäßigen Konsum bedingen (vgl. Müller/Wiesbeck, 2014).

In der Therapie mit Menschen, die unter Störungen im Alkoholbezug leiden, ist laut der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) ein interdisziplinäres gemeinsames Vorgehen zwischen unterschiedlichsten nichtmedizinischen und paramedizinischen Fachbereichen erforderlich (vgl. AWMF, 2016a, S. 5). Mit der Entwicklung und Etablierung der S3 – Leitlinie Alkohol durch 48 Fachgesellschaften im Jahre 2016 an der u.a.

Selbsthilfegruppen mitgewirkt haben, versteht sich die Handlungsempfehlung als transdisziplinäres, höchst standardisiertes und umfassendes Konzept im Rahmen der evidenzbasierten Wissenschaft. Zu betonen ist, dass die Leitlinie für Alkohol einen nicht unerheblichen Anteil an komorbiden psychischen Störungen beinhaltet (vgl. Ridiger, 20016, S. 17f.).

Im Gegensatz zur Psychoanalyse mit interpretativem Verstehensansatz, ist die Schule der Verhaltenstherapie eher an Techniken der Therapieansätze orientiert (vgl. Müller/Tretter, 2001, S. 340).

Laut Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE): Der Fokus in der Arbeit mit Menschen, die vom Alkohol abhängig sind, liegt im Erreichen der dauerhaften Abstinenz. Entscheidend sind eine individuelle gestartete Therapie, frühe Intervention und ressourcenorientiertes Handeln unter der Stärkung von Selbsthilfeanteilen (vgl. Bloomfield et al., 2008).

Vogelsang und Schuhler fassen die therapeutischen Zielsetzungen, gewichtet nach Inhalten zusammen. Dabei listen sie folgende Kategorien auf:

- Personenbezogene Interventionen (z.B. Optimieren sozialer Kompetenzen, Modifizieren ineffizienter Belastungen und negativer Gefühle),
- Kreativtherapeutische Maßnahmen (z.B. Fördern der Freizeitaktivitäten),
- Netzwerktherapeutische Maßnahmen (z.B. Beziehungspflege bei Freunden),
- Metatherapeutische Maßnahmen (z.B. Psychoedukation,
- eigenes Normen- und Werteverständnis im Alltag) sowie
- Alltagspraktische Interventionen (z.B. Stressabbau, Prioritäten setzen, Akzeptanz).

Sie stellen fest, dass wegen der vielfältigen Ausprägungen von Komorbidität, der verschiedenen persönlichen Zeiträume der Therapie und der limitierten Zumutbarkeit für den Einzelnen, individuelle Behandlungspläne mit verschiedenartigem Fokus adaptiv erarbeitet werden sollten (vgl. Vogelsang/Schuhler, 2010, S. 404 f.).

Beck et al. führen an, dass die bestmögliche Bekämpfung der Sucht mit einer Kombination aus kognitiven und verhaltenstherapeutischen Techniken erreicht werden kann. Dabei thematisieren kognitive Techniken abhängigkeitsspezifische Basisannahmen und automatische Gedanken in Bezug auf das Verlangen, während verhaltenstherapeutische Techniken dezidiert die Wirkungsweisen der Tätigkeiten dieser gedanklichen Vorgänge betrachten. Suchtabhängige erfahren mittels der Techniken Unterstützung in Bezug auf die Auswirkungen der Suchtmitteleinnahme und die Steuerung des Konsums durch den Einzelnen. Besondere Bedeutung für Menschen mit Suchtproblematik bemessen Beck et al. den verhaltenstherapeutischen Techniken bezüglich Psychoedukation, Rückfallprophylaxe und Maßnahmen der Entspannung bei (vgl. Beck et al., 1997, S.

143). Eine vielfach praktizierte und wirkungsvolle Interaktion zwischen dem Suchtrehabilitanden und dem Therapeuten ist der Sokratische Dialog. Dieser aktiviert das Eigendenken bezüglich der oft manifestierten falsch erlernten Denkstrukturen. Der Therapeut stellt zielführende Fragen, bildet den Konsens bereits getroffener Denkanstöße und versucht die automatischen Gedanken kritisch in der Interaktion zu betrachten (vgl. Beck et al., 1997, S. 144).

Des Weiteren unterstützen Menschen Ihren Suchtmittelkonsum laut Beck et al. mit Aktivitäten, welche die Abhängigkeit aufrechterhalten. Parallel dazu, werden Gesellschaftlichkeit, soziale Beziehungen und stabile Bindungen sowie die Gesamtheit der sozialen Einbindung oft auf ein Mindestmaß reduziert. Bei der Planung von Aktivitäten als verhaltenstherapeutische Technik (Wochenplan) wird versucht mittels Selbstbeobachtung und Planung der Aktivitäten ein Verständnis für den persönlichen Suchtmittelkonsum in Verbindung mit dem Verhalten zu erlangen und letztlich dieses positiv zu verändern und zu unterstützen (vgl. Beck et al., 1997, S. 155).

Eine gebräuchliche Technik im Therapieprozess zwischen Klienten und Therapeut ist die Verständigung über Hausaufgaben. Ziel ist es, Bezüge zur vorangegangenen Sitzung herzustellen und gleichfalls neues Verhalten anzueignen und es gegen falsch Erlerntes auszutauschen. Therapiegespräche sind zeitlich limitiert, ob in der Entwöhnungsbehandlung oder nach dem Transitionsprozess in der Nachsorge, wo Gespräche jeweils punktuell stattfinden. Umso wichtiger ist der Stellenwert der Hausaufgaben. Diese Technik ermöglicht dem jeweiligen Klienten seine neu angeeigneten Ressourcen im Anschluss an die Therapieeinheiten auszutesten. Optimalerweise wird im Folgegespräch inhaltlich partiell besprochen, was später wieder im häuslichen Umfeld vertieft wird. Beck et al. sind sicher, dass diese Technik in der stetigen therapeutischen Praxis mit dem Klienten neue Fähigkeiten auch nach Therapiezeitende hervorbringen kann (vgl. Beck et al., 1997, S. 114f.).

Analyse der Vor- und Nachteile

Substanzabhängige Menschen versuchen stetig die Nachteile der Sucht zu verkleinern, während sie die Vorteile vergrößern möchten. Dies impliziert, dass die in der Fachwelt bekannte Vierfeldertechnik der Vor- und Nachteile eine effektive Möglichkeit der kognitiven Therapie darstellt, um den Konsum des Suchtmittels differenziert darzustellen. Der Klient trägt in einer Vierfeldermatrix jeweils die Vor- und Nachteile der Abstinenz und des Konsums ein. Optimalerweise sollte die Analyse ergeben, dass die Klienten eine objektivere Sicht auf Ihr Verhalten mit dem Suchtmittel erhalten (vgl. Beck et al., 1997, S. 145f.).

Die erklärten Techniken bilden keine vollständige Darstellung aller kognitiv verhaltenstherapeutischen Möglichkeiten ab. Im Kapitel 6 wird die Vierfeldertechnik an einem Fallbeispiel verdeutlicht.

5.4 Therapieprozesse

Grundlegend findet die Verhaltenstherapie bei allen psychischen Krankheiten Anwendung, die laut Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (2016) als ratsam erachtet werden. Die Autoren Kropp und Meyer fordern, dass die Indikationen dabei vorrangig auf die geeignete Therapieart mit empirisch validierten Therapiemaßnahmen basieren. Die APA setzt spezifische Kriterien voraus, wie bspw. groß angelegte Einzelfallstudien mit hoher Evidenzlage (vgl. Kropp/Meyer, 2016, S. 294 f.).

Im kognitiven Therapieverfahren werden drei Krenkomponenten sukzessive angewendet. Zunächst die Komponente, die die Vermittlung der Psychoedukation beinhaltet. Zum Zweiten, die Komponente der Exploration, welche mit dem Klienten die nicht rationalen Gedanken bearbeitet sowie Deutungs- und Bewertungsansätze und Glaubensansichten reflektiert. Die Komponente der Intervention ist kennzeichnet durch die „Veränderung maladaptiver kognitiver Prozesse und Strukturen“ (Mühlig/Poldrack, 2018, S. 548).

Die Behandlung alkoholbezogener Störungen mit den Betroffenen, deren Krankheitseinsicht nur bedingt bis gar nicht vorhanden ist, wird erschwert durch die gesellschaftliche Akzeptanz und Toleranz des Alkoholkonsum, der nicht als therapiebedürftig betrachtet wird. Zusätzlich kann zunächst die Motivation zur Veränderung und Behandlung begrenzt sein. Die Fachgruppe der S3-Leitlinie betont, dass medizinische Interventionen häufig an der Therapie von Begleit- und Folgeerkrankungen orientiert ist. Dies hat zur Folge, dass die eigentliche Abhängigkeitserkrankung nicht festgestellt, bzw. nicht oder fehlerhaft diagnostiziert wird, und letztlich keine qualifizierte Therapie erfolgt. Im wissenschaftlichen Fachdiskurs wurde durch die Erarbeitung der S3-Leitlinie „erstmals in Deutschland die höchste Entwicklungsstufe einer evidenzbasierten- und konsensbasierten Leitlinie zur Behandlung einer Suchterkrankung erreicht“ (zit. AWMF, 2016a, S. 1).

Zur Bewertung der Evidenz und den damit verbundenen Empfehlungsgraden (s. Anhang 4, S. 72) der bundesweiten Leitlinien der Versorgung, unterscheidet das Expertenteam in drei Qualitätsebenen durch die Benennung „soll“, „sollte“ und „kann“ bzw. die Symbolik „A“, „B“, sowie „C“. Ergänzend „wurden Behandlungsempfehlungen ausgesprochen, die der guten klinischen Praxis entsprechen und Expertenkonsens widerspiegeln (so genannter Klinischer Konsenspunkt KKP)“ (zit. AWMF, 2016a, S. 6.).

5.5 Grenzen der Verhaltenstherapie

Behandlungen mit Psychotherapie bei alkoholbezogenen Störungen sind im Versorgungsalgorithmus (s. Anhang 5, S. 73) auf nahezu jeder Ebene bedeutend und von Erfolg begleitet. Beispielgebend dafür bildet die folgende Tabelle Schlüsselempfehlungen der AWMF, Wirksamkeitsnachweise für aktuell praktizierte Verfahren der Psychotherapiepraxis ab.

Tabelle 2: Psychotherapie alkoholbezogener Störungen

Schlüsselempfehlungen	Empfehlungs-grad
Psychotherapeutische Behandlung - Interventionskomponenten	
Motivationale Interventionsformen sollen im Rahmen der Postakutbehandlung angeboten werden.	A
Kognitive Verhaltenstherapie soll im Rahmen der Postakutbehandlung angeboten werden.	A
Kontingenzmanagement sollte im Rahmen der Postakutbehandlung angeboten werden.	B
Angehörigenarbeit soll im Rahmen der Postakutbehandlung angeboten werden.	A
Paartherapie soll im Rahmen der Postakutbehandlung angeboten werden.	A
Psychodynamische Kurzzeittherapie soll im Rahmen der Postakutbehandlung angeboten werden.	B
Angeleitete Patientengruppen sollten im Rahmen der Postakutbehandlung angeboten werden.	B
Neurokognitives Training (NKT) kann im Rahmen der Postakutbehandlung angeboten werden.	KKP

(vgl. AWMF, 2016a, S. 30)

Die Autoren bemerken, dass unerwünschte Ereignisse („Nebenwirkungen“) in den zuvor erhobenen Studien nicht erfasst wurden (zit. AWMF, 2016a, S. 30). Benkert ist überzeugt von der zweifelsfreien therapeutischen Wirksamkeit der Kognitiven Verhaltenstherapie mit bedeutsamem Vorteil und verweist auf breit angelegte Studien bei vielen Indikationen (vgl. Benkert, 2005, S. 208). Revenstorf listet tabellarisch Studienergebnisse zur Wirksamkeit von Psychotherapie von N=731 ausgewählten Evaluationsstudien auf, bei denen die Kognitiven Therapien N= 96 und als „wirksam“ eingestuft werden (zit. Revenstorf, 2018, S. 231). Dabei stellt er zudem fest, dass mehr als 80% der mit Psychotherapien behandelten Patienten profitieren gegenüber als unbehandelten Therapiebedürftigen (vgl. Revenstorf, 2018, S. 232).

Der Ärztliche Leiter einer Rehabilitationseinrichtung für Substanzabhängige, Chefarzt Felix M. Dörr, wird als Experte via Mail im Rahmen in dieser Ausarbeitung befragt. Im Interview zur Thematik bezieht Chefarzt Felix M. Dörr auf die folgende Frage wie folgt Stellung:

Wo sehen Sie als Suchttherapeut die Grenzen von verhaltenstherapeutischen Interventionen bei Klienten mit einer Alkoholabhängigkeitserkrankung (in der Nachsorge) in der ambulanten und klinischen Praxis?

„Grenzen von (kognitiv-)verhaltenstherapeutischen Interventionen sind aus meiner Sicht erst dann erreicht, wenn eine psychopharmakologische Mitbehandlung unumgänglich ist…" (…)"ist der zusätzliche Nutzen einer KVT belegt. Für die Alkoholabhängigkeit ohne Komorbidität sehe ich praktisch keine Grenze der Möglichkeiten der KVT, für nahezu alle psychiatrischen Erkrankungen gibt es evaluierte KVT-basierte Behandlungskonzepte und sei es zusätzlich zu anderen Behandlungsformen.

Mit der „Dritten Welle" der Verhaltenstherapie, also beispielsweise DBT, Schema-Therapie oder ACT stehen weitere Behandlungskonzepte der KVT zur Verfügung, deren Wirksamkeit und auch teilweise Überlegenheit gegenüber anderen Psychotherapiekonzepten wissenschaftlich gut untersucht ist" (Dörr, 2019, s. Anhang 6, S. 74 ff.).

Dörr äußert einleitend, dass eine Limitierung in der Behandlung mit KVT bzw. verhaltenstherapeutischen Maßnahmen erst dann existiert, wenn als Therapeutikum psychopharmakologische Interventionen vorgenommen werden müssen. Gleichwohl betont der Chefarzt einer Suchtrehabilitationseinrichtung, dass der „zusätzliche Nutzen einer KVT belegt" ist (zit. Dörr, 2019). Der Interviewte eröffnet in seiner Antwort auf die Fragestellung zudem drei Ebenen: Alkoholabhängigkeiten in Korrelation mit Komorbiditäten, die Alkoholabhängigkeiten ohne Komorbiditäten und die „Dritte Welle" der Verhaltenstherapie. Im Interview betont Dörr die teilweise Dominanz der KVT gegenüber anderen Verfahren hinsichtlich der Evidenz und erwähnt zudem Verfahren wie ACT (Acceptence and Commitment Therapie) oder die Schema-Therapie. Dies unterstützen Mühlig und Poldrack in ihren Ausführungen ebenso und konstatieren, dass „In der Versorgungspraxis […] das kognitiv-behaviorale Vorgehen die klassische Verhaltenstherapie heute praktisch ersetzt" hat (zit. Mühlig/Poldrack, 2018, S. 562).

Für Menschen mit alkoholbedingten Störungen resümieren die AWMF thesenhaft bedeutende Kriterien für die zukünftige Versorgungssituation:

- *„Bereitstellung eines flächendeckenden, bürgernahen und umfassenden Auskunfts-, Beratungs- und Unterstützungsangebots […] regional orientiertes Suchtberatungssystems, Selbsthilfegruppen sowie weitere Beratungsdienste.*

- *Einsatz von Screening- und Diagnostikverfahren in den entsprechenden Handlungsfeldern (z.B. durch niedergelassene Ärzte/Psychotherapeuten, Krankenhäuser) zur Feststellung[…].*
- *Förderung niedrigschwelliger Zugangswege zu Suchtberatungs- und - behandlungsangeboten sowie zu Selbsthilfegruppen durch die Stärkung der Frühintervention in unterschiedlichen Bereichen, (z.B. durch niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten, Krankenhäuser, Jobcenter, Agenturen für Arbeit, Betriebs- und Werkärzte).*
- *Stärkung der frühzeitigen Inanspruchnahme bedarfsgerechter Leistungen durch Informations- und Öffentlichkeitsarbeit*
- *Personenzentrierte und bedarfsgerechte Hilfe- und Behandlungsplanung im Sinne eines individuellen Teilhabeplans (vgl. BAR) unter Berücksichtigung des Schweregrads, der psychischen und somatischen Komorbidität und unter Einbezug des sozialen Umfelds. Hierbei sind auch die spezifischen Bedarfe von chronisch mehrfach beeinträchtigten alkoholabhängigen Menschen zu beachten.*
- *Weitere Individualisierung der Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten durch passgenaue Angebote […]. Indikationsbezogen und unter Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts ist zu entscheiden, welche Behandlungsform prognostisch die beste Aussicht auf Erfolg hat. Voraussetzung dafür ist, dass möglichst bereits vor der Behandlung bzw. zum Behandlungsbeginn indikationsrelevante Informationen z.B. zum Suchtverhalten, zur psychischen und somatischen Komorbidität, zu personenbezogenen und umweltbedingten Kontextfaktoren sowie zum Teilhabebedarf vorliegen.*
- *Zügige Zuständigkeitserklärung und nahtlose Gestaltung des gesamten Beratungs- und Behandlungsprozesses verbunden mit einer zielgerichteten gegenseitigen Information und Kooperation der jeweils beteiligten Akteure. Dies betrifft die jeweils zuständigen Leistungsträger […] und die Leistungsgerbringer […].*
- *Nahtlosigkeit der Leistungserbringung durch Realisierung eines einrichtungs- und trägerübergreifenden und Schnittstellenmanagements und des systematischen Zusammenwirkens der beteiligten Leistungserbringer.*
- *Weiterentwicklung sektorenübergreifender Ansätze (z.B. ärztliche bzw. psychotherapeutische Weiterbehandlung nach der Entwöhnung, Verzahnung psychologischer und psychotherapeutischer Angebote sowie medizinischer Rehabilitationsleistungen mit beruflichen bzw. berufsintegrierenden Leistungen), die den jeweiligen Hilfebedarf der Betroffenen in den Mittelpunkt stellen. Hierzu ist es erforderlich, dass in den jeweiligen Sektoren entsprechende personelle Ressourcen zur Verfügung stehen.*

- *Interdisziplinarität der Hilfen, […] auf Basis der ICF mit den vielfältigen körperlichen, psychischen und sozialen Faktoren auseinandersetzen. Die komplexen Zusammenhänge erfordern eine interdisziplinäre Kooperation in deren Kontext medizinische, psychologische und psychotherapeutische, pädagogische, pflegerische aktivierende und körperbezogene wie auch sozial beratende und begleitende Hilfen angeboten werden.*
- *Qualitätssicherung der Angebote, […] jeweiligen Einrichtungen eine Basisdokumentation und Erhebungen zur Effektivität der Behandlung durchführen. Ergänzend dazu sind wissenschaftliche Studien im Sinne einer praxisnahen Versorgungsforschung erforderlich, um Erkenntnisse über den Stand des Suchthilfe- und Suchtbehandlungssystems sowie das Schnittstellenmanagement mit weiteren Sektoren des Versorgungssystems (z.B. Altenhilfe, Jugendhilfe, akutmedizinischer Bereich, Institutionen zur Arbeitsförderung) zu liefern. Auch sollten institutionsübergreifende Regelungen für die Zusammenarbeit mit Vor-, Mit- und Nachbehandlern Bestandteil des internen Qualitätsmanagements von Einrichtungen des Suchthilfe- und Suchtbehandlungssystems sowie der angrenzenden Sektoren vorhanden sein.*
- *Identifikation von Subgruppen für Spontanremissionen als wünschenswertes Forschungsziel, da epidemiologische Daten zeigen, dass bei Alkoholabhängigen auch ohne Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen Spontanremissionen auftreten (Rumpf et al. 2000).*
- *Berücksichtigung altersspezifischer Effekte im gesamten Versorgungssystem, welche mit der zukünftigen quantitativen Zunahme des Behandlungsbedarfs von älteren Menschen aufgrund der demografischen Entwicklung verbunden sind"* (zit. AWMF, 2016, S.360ff.).

Die Steuerungsgruppe um die AWMF fordert nicht zuletzt für die betroffenen Menschen vordergründig Suchtberatungsstellen in regionalen Sozialräumen mit niederschwelligen Zugangsmöglichkeiten ebenso wie für Selbsthilfegruppen. Gleichzeitig plädieren sie für einen zeitnahen und individuell passgenauen Zugang zum Informations-, Beratungs-, und Behandlungsplan für den Adressenten. Entscheidend aus der Sicht der Experten der AWMF ist zunächst der Therapiebeginn verbunden mit den jeweiligen kontextuellen Faktoren jedes einzelnen Falls. Interdisziplinarität zwischen den einzelnen Professionen in den Handlungsfeldern, sektorenübergreifendes Management zur Transition und qualitätssichernde Standards sichern auch zukünftig die Versorgung von Menschen mit alkoholbezogenen Störungen (vgl. AWMF, 2016, S.360ff.).

Im Kapitel sechs berichtet die Ausarbeitung vom Verlauf der Suchtnachsorge der Klientin C verbunden mit verhaltenstherapeutischen Komponenten.

6 Falldarstellung einer Alkoholabhängigkeitserkrankung

Aus Gründen der Anonymität wurden keine Daten in die Ausarbeitung eingearbeitet, die einen Rückschluss auf den Fall zulassen. Die nachfolgende Falldarstellung basiert auf mündlichen sowie schriftlichen Berichtsdokumenten innerhalb einer Nachsorge mit einer Frau, die im weiteren Verlauf Klientin C genannt wird.

Im folgenden Kapitel wird die verhaltenstherapeutische Beratung bei alkoholbezogener Problemlage im Rahmen der Nachsorge exemplarisch an einem Fall dargestellt.

6.1 Fallvorstellung Klientin C

Zur Durchführung einer erfolgreichen Suchtnachsorge werden im Rahmen der Einzelfallhilfe, Informationen zu Klientin C im Bezug zu ihrem Kontext gesammelt, der Beginn des Case Management Prozesses. Der Fall ist nicht etwa die Person selbst, sondern in der Professionellen Sozialen Arbeit der gesamte Sachverhalt um den Menschen herum, der bedeutend ist (vgl. Wendt, 2018, S. 56). Hierbei ist zu erwähnen, dass die Informationen, eigenen Beobachtungen sowie Annahmen/Unterstellungen und Bewertungen voneinander zu trennen sind (vgl. Müller, 2011, S.63 ff.). Gleichzeitig schließt dies die anamnestische Erhebung oder psychosoziale Diagnosestellung ein. Inhaltlich geht es um „biografische, psychische, sozialmedizinische und natürliche substanzbezogene Themen, Probleme und Ressourcen (zit. Schmid et al., 2012, S. 7).“

Nachfolgend wird der Transitionsprozess der Klientin C beschrieben sowie einzelne Elemente der Suchtnachsorge pointiert illustriert und nachvollzogen. Aus der Anamnese einschließlich der Kontextfaktoren zu Beginn der ambulanten Nachsorge im direkten Anschluss an ihre 12-Wöchige Alkoholentwöhnungsbehandlung sind folgende Datengrundlagen bekannt: Klientin C, 56jährige, geschiedene Frau, von Beruf Köchin, welche selbständig und allein eine 2-Zimmer-Wohnung im Umfeld der Arbeitsstelle bewohnt. Die Klientin ist alkoholabhängig nach den Kriterien der ICD 10 (F10.2, vgl. Kapitel 2.1 und 2.3), lebt abstinent seit 03/2018. Die Klientin C verneint es den starken Wunsch nach Alkohol zu kennen. Sie bestätigt den Kontrollverlust über das Suchtmittel. Zudem hat sie die Menge des Suchtmittels immer weiter über Monate gesteigert um die gewünschte Wirkung zu erzielen, jedoch keine Entzugserscheinungen verspürt. Soziale Kontakte hat die Klientin immer weiter eingeschränkt und obgleich sie sich der Konsequenzen ihres Trinkens bewusst war, hat sie es zunächst fortgeführt. Klientin C erfüllt die Kriterien, dass von einem Alkoholabhängigkeitssyndrom auszugehen ist, um nach erfolgreicher Rehabilitation an der beantragten Suchtnachsorge teilzunehmen. Der Zugang zur Entwöhnungsbehandlung und Nachsorge erfolgte durch auffälliges

Verhalten am Morgen auf der Arbeitsstelle der Klientin C. Daraufhin ergab eine Atemkontrollmessung den Wert 0,3 Promille, worauf sich Klientin C am selben Tag sowohl beim Hausarzt als auch in der Beratungsstelle für Abhängigkeitserkrankungen vorstellt. Im Gespräch mit der Suchtberaterin wird deutlich, dass die Klientin C über die letzten 12 Monate eine Alkoholproblematik entwickelt hatte und beantragt in weiteren Gesprächen die Therapie für eine 12-wöchige stationäre Entwöhnung.

Seit über 18 Jahren arbeitet Frau C in der Einrichtung als Köchin und gleichzeitig versorgt sie die Patienten in der Betreuung. Frau C hat zwei Kinder und eine Enkeltochter, sie wohnen eine Autostunde entfernt und neben einer guten Freundin sind sie alle die wichtigsten Bindungspersonen für Frau C. In der Freizeit liest Frau C gern und geht viel mit dem Hund spazieren. Frau C ist im Besitz des Führerscheins und es bestehen Schulden in Höhe eines Kredites für ihr Auto.

6.2 Beschreibung der Nachsorge und Vergleich mit der Theorie

Zugang zur Nachsorge und Ziele

Zunächst erfolgt die Zielerarbeitung auf Basis der Informationssammlung im Rahmen der ambulanten Nachsorge von Klientin C, im Bewusstsein des fachlichen sowie den Klientelen Auftrags. Dazu wendet die Suchtberaterin die kognitive Technik der Hausaufgaben an und erarbeitet gemeinsam mit der Klientin C ihre Ziele. Nach der erfolgreich abgeschlossenen Entwöhnungsbehandlung möchte die Klientin C insbesondere die Abstinenz absichern. Ein weiteres Ziel der Nachsorge für Klientin C ist es, Zeit für sich selbst zu haben, um die Entwicklung der letzten Jahre zu reflektieren. Ihrer Arbeit möchte die Klientin mit Sorgfalt nachgehen, zukünftig aktiver im Leben sein und ihre Freundschaften pflegen.

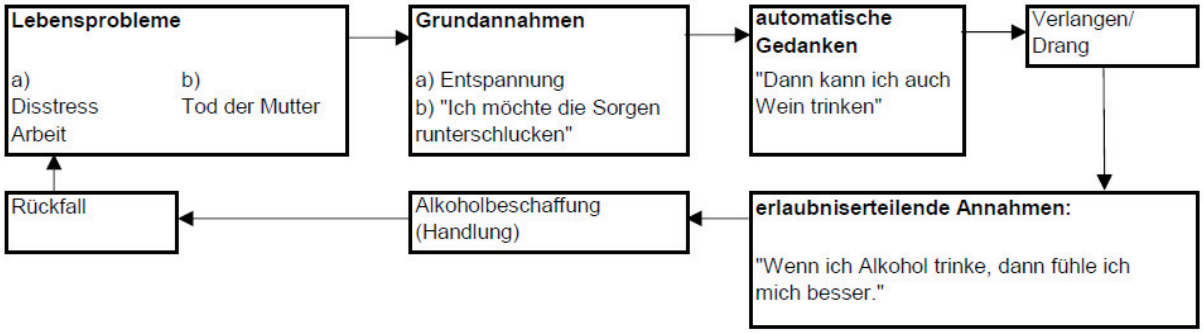
Der Zugang erfolgt über die narrative Perspektive der Klientin C/ Suchtberaterin und skizziert sukzessive die soziale Konstruktion der Suchtnachsorge der Klientin C. Dabei beinhaltet der Sozialkonstruktivismus laut Urek das Erforschen der Interaktionssituation (vgl. Urek, 2012, S. 201).

Verlauf der Nachsorge

Zukünftige Abstinenz für die Klientin C wird gesichert unter Vertiefung der abstinenzsichernden Strategien sowie begleitende geplante Veränderungen in möglichen krisenbehafteten Situationen. Thematisch erörterte Klientin C mit der Suchtberaterin daraufhin die Sinngebung einer Selbsthilfegruppe, der sich Klientin C anschloss und ständiges Mitglied beim wöchentlichen Treffen ist. Für die Klientin C ist die Trauer über den Verlust der Mutter vor eineinhalb Jahren einer der Auslöser für Ihren Substanzmissbrauch (siehe Abb. 10). Nach dem Tod ihrer Mutter hatte sie

begonnen, abends, anfangs ein halbes Glas Wein, später bis zu eineinhalb Flaschen Wein täglich zu trinken. Zudem ist die Klientin auf der Arbeit mit der Doppelbelastung in Küche und Betreuung konfrontiert. Daraus ergeben sich für die Klientin C die Lebensprobleme Disstress im Arbeitsleben sowie die Grundannahmen „Ich möchte die Sorgen runterschlucken“ der Entspannung und der damit verbundene automatische Gedanke „Dann kann ich auch Wein trinken“. Aus dem Verlangen bzw. Drang folgt die erlaubniserteilende Annahme „Wenn ich Alkohol trinke, dann fühle ich mich besser“, welches die Handlung der Alkoholbeschaffung nach sich zieht und den möglichen Rückfall bedeuten könnte (zit. Eigene Darstellung in Anlehnung an Beck et al., 1997, S. 200: Teufelskreis von Lebensproblemen. am Beispiel Klientin C.).

Abbildung 10: Teufelskreis von Lebensproblemen am Bsp. von Klientin C (eigene Darstellung in Anlehnung an Beck et al., 1997, S. 200)



Beck et al. beschreiben den Teufelskreis der Lebensprobleme und Missbrauch von Substanzen als selbstverstärkenden Prozess. Um eine effektive ambulante Nachsorge zu gestalten, ist es elementar mit dem Tod der Mutter, dem Stressor der Arbeit und dem damit zusammenhängenden Grundgedanken „Ich möchte die Sorge runterschlucken“ zu arbeiten. Dem liegt in der Ich-Psychologie die mangelnde Passung in der Mutter-Kind-Beziehung zugrunde, die mit Ich-Funktionsdefiziten einhergehen. In der Annahme, die Beziehung zu sich selbst und zu anderen zu stärken, wird das Suchtmittel zur Stabilisierung eingesetzt. Klientin C fällt es auf Grund der Suchtmittelabhängigkeit schwer, sich ganzheitlich wahrzunehmen und ihr Beziehungsumfeld eher bruchstückhaft. Die Suchterhaltung schafft für die Klientin C einen Abwehrmechanismus und ein Missverhältnis von Nähe und Distanz, indem die Abhängigkeit bzw. der Konsum als Überlebens- bzw. Copingstrategie erfahren wird. Um die Beziehungsfähigkeit wiederherzustellen, setzt die Suchtberaterin bei den Nachsorgegesprächen Gesprächstechniken zur Modifikation ein. Es werden kognitive Techniken wie Hausaufgaben, Vierfeldertafel und die Aktivitäten-Planung während der

Nachsorge angewendet, die durchaus nach Abschluss der Gesprächseinheiten selbständig von der Klientin C durchgeführt werden können. Widerfährt der Klientin C zukünftig bspw. wieder ein Verlustereignis, ist sie in der Lage erlernte kognitive Techniken anzuwenden (vgl. Beck et al., 1997, S. 198ff.).

Alkoholabhängigkeit und Komorbidität

Konkret auf die Klientin C bezogen zeigt sich in der Vierfeldertafel (s. Anhang 7, S. 76) deutlich ihre Zielvorstellung in Bezug auf die nachhaltige abstinente Lebensweise. Die Vierfeldermatrix ermöglicht der Klientin C ihre Ambivalenz bzgl. Ihrer zukünftigen Abstinenz vom Alkohol bewusst zu machen sowie die explizite Verzichtsentscheidung. Bedeutend ist in diesem Zusammenhang die Spiegelung der kurz- und langfristigen Konsequenzen. In ausführlichen Nachsorgegesprächen ist es ihr gelungen, bezüglich der Lebensziele ehrlich Bilanz zu ziehen und die Abstinenzmotivation zu erhöhen. Im Nachsorgeprozess hat sie verstanden, dass die Alkoholabstinenz nicht gleichzeitig die Lösung aller Probleme darstellt. Es können unerwartete Hindernisse auftreten, denen sie sich stellen muss. Die Bearbeitung des Arbeitsblattes (Muster siehe Anhang), den die Klientin C als Hausaufgabe erledigt hat und im nächsten Einzelgespräch mit der Suchtberaterin kritisch reflektiert, dient dem lebhaften Diskurs (vgl. Lindenmeyer/Mühlig, 2019, S. 86). Eine weitere Aufgabe der Nachsorge im Hinblick auf die Aufrechterhaltung der Abstinenz ist somit der Schwerpunkt in der Erweiterung vom Krankheitsverständnis und der Krankheitseinsichtigkeit sowie der Förderung der Veränderungsmotivation, welches durch reflektierende Gesprächseinheiten über die Vierfeldertafel in motivierender Gesprächsführung realisiert werden konnte. In den intensiven Nachsorgegesprächen beschreibt die Klientin C Situationen aus ihrer Arbeitswelt, die eine mögliche Entwicklung der „StressDepression“ erkennen lassen. Beispielgebend hierfür ist die seit Monaten andauernde Doppelbelastung in zwei Arbeitsfeldern, welche sich defizitär auf allen drei Ebenen der Klientin C auswirkten (vgl. Abb. 5 u. 6 in 3.3 Modell: Stressreaktionen u. Kaskade). Rückblickend beschreibt die Klientin C ihre Arbeit mit hohen Maß an Erschöpfungspotenzial, verbunden mit behavioralen Defiziten, die auf der Ebene der Gefühle oft in niedergeschlagenen Feierabenden mündete. Um die mögliche Entwicklung weiterhin zu Beobachten zu können, wurde eine Vorstellung in eine PIA (Psychiatrischen Institutsambulanz) erarbeitet, mit Zugang der Klientin C über einen Überweisungsschein der Hausarztpraxis.

Ausgewählte Komponenten und Interventionen

Um das Fallgeschehen mit der Klientin C transparenter zu gestalten und die Legitimität für das sozialpädagogische Handeln zu prüfen, kann es vorteilhalt sein, verschiedene Komponenten zu differenzieren. Die Komponente der psychosozialen Probleme beinhaltet bei der Klientin C das geringe Selbstwertgefühl, welches der Suchtberaterin bereits durch den Entlassungsbericht aus der Rehabilitationsklinik in Vorbereitung auf die Nachsorge übermittelt wurde. Bedarfsgerecht wünscht und erhofft sich die Klientin C eine erfolgreiche Nachsorge und die Verarbeitung sowie Bearbeitung der Ereignisse der letzten Jahre, die Stärkung ihres Selbstwertes sowie des sozialen Netzwerkes. Als Ressourcen sind vorrangig ihre beiden Kinder und die Freundin zu benennen. Materiell betrachtet sind dies ihr Einkommen und ihr fester Wohnsitz. Klientin C ist in der Lage sich selbst und einen Hund zu versorgen und ihren eigenständigen Haushalt zu führen. Zudem verfügt sie über Problemlösekompetenzen bspw. innerhalb der Familie, wenn es dort Unstimmigkeiten zwischen der Tochter und der Enkelin gibt, fungiert Klientin C als erfolgreiche Vermittlerin. Im letzten Fakt zeigt sich in der Nachsorge das große Selbstbestimmungs- und Selbsthilfepotenzial, denn die Klientin C ist zur Hilfe zur Selbsthilfe anzuleiten, wenn nötig Handlungsalternativen aufzuzeigen, ohne Entscheidungen für sie zu treffen (vgl. 2.4 Leitbild ESM).

Es ist zu bemerken, dass die Übersetzung des Fallgeschehens der Klientin in die Professionssprache durch die Suchtberaterin taktil und mit Pietät vorgenommen wird, da die gewonnenen interpretativen Ansätze in mehreren Ebenen von immenser Bedeutung sind. Urek ist der Ansicht, dass dies bedeutende Effekte auf die Selbstwirksamkeit der Klienten hat. Des Weiteren entwickeln Professionelle authentische und direkte Entscheidungen mit Wirkungseffekten sowie Fachgespräche innerhalb der Profession, die die eigene Stellung in der Sozialen Arbeit bezeichnen (vgl. Urek, 2012, S. 215).

7 Diskussion

In der vorliegenden Ausarbeitung konnte dargelegt werden, wie die Einzelfallhilfe in der Nachsorge im Handlungsfeld Ambulanter Beratungssektor praktisch umgesetzt wird. Vor dem Hintergrund der beantragten Leistung der Suchtrehabilitantin wurde der Transitionsprozess von Beginn der Suchtnachsorge skizziert und die mögliche Komorbidität und den damit verbunden Netzwerkangeboten exemplarisch dargestellt. Die Falldarstellung zeigt für diesen Einzelfall, dass Komorbiditäten bei Menschen mit einer alkoholinduzierten Abhängigkeitserkrankung in der Ambulanten Nachsorge ganzheitlich in verhaltenstherapeutische Prozesse wahrgenommen und bearbeitet werden. Es kann aber angenommen werden, dass alle Klienten zumindest den Anspruch auf die Inhalte der Nachsorge haben gemäß der Antragstellung und Genehmigung der Suchtnachsorgeleistung.

Das unterstützende Coping von Lebenskrisen im Sinne des Empowerment-Ansatzes im Rahmen der Nachsorge gehört zur Basishaltung der Sozialen Arbeit und im Gesprächskontext gilt es, „die Selbstbestimmung von Klienten mit notwendigen Schutz-, Kontroll- und Eingriffshandlungen immer zu balancieren“ (zit. Widulle, 2012, S. 62.). Im Rahmen der beruflichen Handlungsstruktur methodischen Handelns ist zu bemerken, dass die Subjektorientierung im Kontext des Doppelten Mandates vorliegt. Theoriegeleitet wird davon ausgegangen, dass der Mensch über die Identität im Besitz von persönlichen sowie gesellschaftlichen Ressourcen verfügt. Diese Basisannahme stützt ebenso die Aktivierung und den Gedanken des Empowerment-Ansatzes. Zu beachten sind laut von Spiegel jeweils die persönlich verschiedenartigen kontextuellen Bedingungen innerhalb der Einzelfallhilfe, welches wiederum das Konzept des Case-Management einbezieht, um eine optimale subjektgesteuerte Begleitung für den hilfesuchenden Menschen zu ermöglichen (vgl. von Spiegel, 2000, S. 62f.).

Wirksamkeitsnachweise und gute Ergebnisse wurden in der Literaturrecherche und dem befragten Experten bezüglich der Behandlung der Klienten im Suchthilfesystem mit verhaltenstherapeutischen Maßnahmen erzielt.

Zudem sind weitere qualitative Sozialforschungsstudien denkbar, um eine möglichst große Datenbasis mit signifikant validen Ergebnissen zu erreichen.

Fraglich ist, ob die beschriebene Suchterkrankung sekundär zu betrachten ist, während Komorbiditäten primär auslösend für die Alkoholabhängigkeitserkrankung sein können.

Abstein und Gastiger fixieren, dass sich Beratungsstellen der Ambulanten Suchthilfe perspektivisch ganzheitlich über die bio-psycho-soziale Sicht ganzheitlich profilieren sollten. Gleichzeitig wird das

Aufgabenspektrum neben der Grundversorgung, ambulanten Rehabilitationsberatung und -behandlung sowie das Expertentum im Bereich des Case Management vordergründig zu verorten sein (vgl. Abstein/Gastiger, 2012, S. 69).

In Bezug auf das Eingangszitat von Salomon ist zu bemerken, dass Bemühungen der Nachsorge sowie therapeutische Inhalte wertlos sind für das Klientel, solange dabei die Frage nach der Veränderungsmotivation ignoriert wird (vgl. Beck et al., 1997, S. 14). Kreft und Müller sehen es vor dem Hintergrund der Errungenschaften Salomons als Pflicht der Sozialen Arbeit an, Einstellungen von Klienten zu lenken und zu modifizieren (Kreft/Müller, 2017, S. 16).

Jegliche Maßnahmen in der Suchtkrankentherapie sind nur Bausteine in einem vielfältigen Katalog von Interventionen über Jahre hinweg. Ein Erfolg ist dann zu erwarten, wenn die Gesamtheit der Interventionen vollständig beachtet wurde. Sonntag und Tretter fügen jedoch hinzu, dass es Fälle gibt, die ohne qualifizierte Hilfe und somit eigenständig der Sucht entsagen konnten. Sie bemerken auch, dass qualifizierte Maßnahmen den komplexen Gesamtprozess planvoll behandeln (Sonntag/Tretter, 2001, S. 360).

Schlussbemerkungen für die Soziale Arbeit

Im Kern ist ein optimiertes Schnittstellenmanagement unter Berücksichtigung der jeweiligen individuellen Lebenswelt der Menschen im Sinne des Fallmanagements in der Nachsorgebetreuung entscheidend. Voraussetzung für die Soziale Arbeit ist die professionelle Haltung in Kooperation und Koordination mit anderen Professionen zur Versorgung der Menschen im Suchthilfesystem. Dies kann Alkoholabhängigkeitserkrankte mit Komorbiditäten durch verhaltenstherapeutische Interventionen unterstützen.

Die Professionelle Hilfe der Sozialen Arbeit nützt nichts ohne den Veränderungswillen zur Abstinenz des Klienten.

8 Quellenverzeichnis

Abstein, H.J./Gastiger, S. (2012): Methoden der Sozialarbeit in unterschiedlichen Arbeitsfeldern der Suchthilfe. Lambertus, Freiburg im Breisgau

Alkoholatlas (2017): Pro-Kopf-Verbrauch von Reinalkohol der Bevölkerung (ab 15 Jahren) in der Europäischen Union. Deutsches Krebsforschungszentrum in der Helmholtz-Gemeinschaft

Allensbach Archiv (2002): Nr. 7020. In Benkert, Otto (2005), StressDepression. Die neue Volkskrankheit und was man dagegen tun kann. Beck, (1), München

Asendorpf, J.B. (1999): Psychologie der Persönlichkeit, Springer, (2), Berlin

AWMF (2016a): S3-Leitlinie. „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen". Kurzversion. AWMF online, Das Portal der wissenschaftlichen Medizin, In: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-001k_S3_Alkohol_2016-02_01.pdf (Stand 11.04.2019)

AWMF (2016b): S3-Leitlinie. „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen". Langversion. AWMF online, Das Portal der wissenschaftlichen Medizin, In: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-001l_S3-Leitlinie_Alkohol_2016-02.pdf (Stand 11.04.2019)

Bachmaier et al. (2018): Zusammenhang zwischen Sucht, Komorbidität und Behandlungserfolg – Sonderauswertung zur FVS-Katamnese der Entlassjahrgänge 2012 bis 2015 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. In https://www.sucht.de/files/pdf/veranstaltungen/31.%20Heidelberger%20Kongress/PM_FVS_31_%20Heidelberger%20Kongress.pdf (Stand 10.03.2019)

Beck, A.T. et al. (1997): Kognitive Therapie der Sucht. (2), Psychologie Verlags Union, Weinheim

Benesch, H. (2003): dtv- Atlas Psychologie. dtv, (2), Aufl. 6, München

Benesch, H. (2006): dtv- Atlas Psychologie. dtv, (1), Aufl. 8, München

Benkert, O. (2005): StressDepression. Die neue Volkskrankheit und was man dagegen tun kann, Beck, (1), München

Bensel, W. (2003): Schwerpunktthema Alkoholismus. Die klientenzentrierte Therapie der Alkoholabhängigkeit. In: https://www.gwg-ev.org/sites/default/files/GPB-2003-2-Bensel.pdf (Stand 06.01.2019)

Bloomfield, K. et al. (2008): Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI (Hrsg.). Heft 40. In http://www.gbe-bund.de/gbe10/ergebnisse.prc_tab?fid=11545&suchstring=Alkohol&query_id=&sprache=D&fund_typ=TXT&methode=2&vt=1&verwandte=1&page_ret=0&seite=&p_lfd_nr=2&p_news=&p_sprachkz=D&p_uid=gast&p_aid=66693252&hlp_nr=3&p_janein=J#m78 (Stand 19.03.2019)

BMG (2018): Drogen- und Suchtbericht 2018. Fakten, Trends und Politik, Berlin

BMG (2018): Drogen- und Suchtbericht 2018. Pressemitteilung. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Berlin

Bühringer, G. (2003): Schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen. In Magraf, J.: Lehrbuch der Verhaltenstherapie: Störungen. (2). Berlin, Heidelberg, New York, Springer Verlag

BzgA (2019): Schritt 4: Die Nachsorge. In https://www.kenn-dein-limit.de/alkohol/alkoholabhaengigkeit/behandlung-therapie/die-nachsorge/ (Stand 18.02.2019)

Dauber, H. et al.: Co-occurring Mental Disorders in Substance Abuse Treatment: the Current Health Care Situation in Germany. In: International Journal of Mental Health and Addiction, 2018, Band 16, Springer Verlag, S. 66-80

DBSH (2014): Deutschsprachige Definition Sozialer Arbeit. In https://www.dbsh.de /fileadmin/redaktionell/bilder/Profession/20161114_Dt_Def_Sozialer_Arbeit_FBTS_DBSH_01.pdf; (Stand 23.01.2019)

Deck, R./Theissing, J. (2016): Nachsorge, Fazit. In Bengel, J./Mittag, O. (2016): Psychologie in der medizinischen Rehabilitation, Kapitel 23, Springer-Verlag Berlin, Heidelberg, S. 258

Deutsche Rentenversicherung (2019): Sucht-Nachsorge - Reha-Nachsorge bei Abhängigkeitserkrankungen. In https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Navigation/2_Rente_Reha/02_Rehabilitation/03_praevention_nachsorge_selbsthilfe/nachsorge/sucht_nachsorge_node.html (Stand 17.02.2019)

Deutsche Rentenversicherung und Krankenversicherung (2012): Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Nachsorge im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 31. Oktober 2012. In https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/downloads/konzepte_systemfragen/konzepte/gem_rahmenkonzept_nachsorge_abhaengigkeitskranker_2012.html (Stand 14.02.2019)

DHS (2017): Alkoholabhängigkeit. Suchtmedizinische Reihe. Band 1. (7), Hrsg. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.

Diakonie (1997): Leitbild Diakonie. In https://www.diakonie.de/fileadmin/user_upload/Diakonie/PDFs/Ueber_Uns_PDF/Leitbild.pdf (Stand 26.01.2019)

Dilling, H. et al. (2015): ICD-10. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien. 10. Aufl., Bern, Hogrefe Verlagsgruppe

Dörr, F. M. (2019): These zu den Grenzen der Verhaltenstherapie. Kapitel 5.6., Expertenbefragung, Chefarzt Fachklinik „Schloß Tessin“, Evangelische Suchtkrankenhilfe Mecklenburg-Vorpommern gGmbH

Duden, K. (2017): Kaskade. 1. (künstlicher) stufenförmiger Wasserfall, 3. Anordnung hintereinander gleichgeschalteter gleichartiger Gefäße (in der chemischen Technik). (27). Berlin: Dudenverlag, S. 618

Duden, K. (2017): Neologismus. Die deutsche Rechtschreibung. (27). Berlin: Dudenverlag, S. 789

DVSG (2008): Soziale Arbeit in der Rehabilitation. Inhalte sozialarbeiterischen Handelns in der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBO). In https://dvsg.org/fileadmin/dateien/02Fachgruppen/02Rehabilitation_und_Teilhabe/GrundsatzpapierSAReha2008.pdf (Stand 21.02.2019)

EMCDDA (2004): Definition Komorbidität, Jahresbericht 2004, Stand der Drogenproblematik in der europäischen Union und Norwegen. In http://ar2004.emcdda.europa.eu/de/page119-de.html (Stand 21.02.2019)

Frank, A.: Medizinische Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit. In Abstein, H.J./Gastiger, S. (2012): Methoden der Sozialarbeit in unterschiedlichen Arbeitsfeldern der Suchthilfe. Lambertus, Freiburg im Breisgau

FVS (2019): Vom Genuss zur Abhängigkeit. In https://www.sucht.de/vom-genuss-zur-abhaengigkeit.html (Stand 13.03.2019)

Grawe, K. (1995): Grundriss einer Allgemeinen Psychotherapie. Psychotherapeut; 40: 130-145. In Abstein, H.J./Gastiger, S. (2012): Methoden der Sozialarbeit in unterschiedlichen Arbeitsfeldern der Suchthilfe. Lambertus, Freiburg im Breisgau

Gronemeyer, A.: Soziale Probleme. In: Otto, U./Thiersch, H. (Hrsg.): Handbuch – Soziale Arbeit, 4. Auflage, 2011, Ernst Reinhardt Verlag München

Heidenreich, T./Michalak, J. (2014): Achtsamkeitsbasierte Psychotherapie – Chancen und Grenzen der dritten Generation der Verhaltenstherapie. In SUCHT, 60,2014, (1), 7-12

Holmes, T.H./Rahe, R.H. (1967): The social readjustment rating scale In Benkert, O. (2005): StressDepression. Die neue Volkskrankheit und was man dagegen tun kann. Beck, (1), München

Kabat-Zinn, J. (2008): Gesund durch Meditation. Das große Buch der Selbstheilung. Fischer, (5), Ulm

Kaluza, G.: Stressbewältigung, Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung. In Benkert, O. (2005), StressDepression. Die neue Volkskrankheit und was man dagegen tun kann. Beck, (1), München

Kanner, A. D. et al. (1981): Comparison of two modes of stress measurement, daily hassles and uplifts versus major life events. In Benkert, O. (2005), StressDepression. Die neue Volkskrankheit und was man dagegen tun kann. Beck, (1), München

Karasek, R.A./Theorell, T. (1990): Healthy work; Stress, productivity and the restriction of working life. In Benkert, O. (2005), StressDepression. Die neue Volkskrankheit und was man dagegen tun kann. Beck, (1), München

Kreft, D./Müller, C.: Konzepte, Methoden, Verfahren und Techniken in der Sozialen Arbeit. In: Kreft, D./Müller, C. (2017): Methodenlehre in der Sozialen Arbeit. (2), utb Verlag, München, S. 12-25

Kropp, P./Meyer, B. (2016): Indikationsstellung zur Verhaltenstherapie. In: Psychotherapeut, Institut für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Zentrum für Nervenheilkunde, Universitätsmedizin Rostock,2016, 4. Auflage, Springer, Berlin, Heidelberg. In https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs00278-016-0110-7.pdf (Stand 04.05.2019)

Künzel-Schön, M. (1995): Soziale Arbeit in der Rehabilitation. Zitat. In https://dvsg.org/fileadmin/dateien/02Fachgruppen/02Rehabilitation_und_Teilhabe/GrundsatzpapierSAReha2008.pdf (Stand 14.02.2019)

LAKOST (2019): Alkohol – die unterschätzte Droge. In https://www.lakost-mv.de/alkohol-—-die-unterschätzte-droge (Stand 10.03.2019)

Lange-Asschenfeld, C./Benkert, O. (2007): News zur Psychiatrischen Pharmakotherapie. Antidepressive Therapie bei kardiovaskulären Erkrankungen.(http://www.kompendium-news.de/2007/11/antidepressive-therapie-bei-kardiovaskularen-erkrankungen/) (Stand 19.11.2007)

Lazarus, R. S.: Stress and emotion. In Benkert, O. (2005), StressDepression. Die neue Volkskrankheit und was man dagegen tun kann. Beck, (1), München

Lindenmeyer, J. (1999): Alkoholabhängigkeit. Fortschritte der Psychotherapie. Manuale für die Praxis. (6), Hogrefe-Verlag, Göttingen, Toronto, Seattle

Lindenmeyer, J./Mühlig, S. (2019): Therapie-Tools. Alkohol- und Tabakabhängigkeit. Programm PVU Psychologie Verlags Union in der Verlagsgruppe Beltz, Weinheim Basel

Margraf, J./Schneider, S. (2018): Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Grundlagen, Diagnostik, Verfahren und Rahmenbedingungen psychologischer Therapie. (4), Springer, Berlin

Moggi, F. (2007): Ätiologiemodelle zur Komorbidität von Angst- und Substanzstörungen sowie von Depression und Substanzstörungen. In: Moggi, F. (Hrsg), (2007), Doppeldiagnosen, Komorbiditäten psychischer Störungen und Sucht, Hans Huber Verlag Bern, (2), S.83-101

Mons et al. (2017): Alkoholatlas Deutschland. Deutsches Krebsforschungszentrum in der Helmholtz-Gemeinschaft, Pabst Science Publisher, Heidelberg. In: https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/sonstVeroeffentlichungen/Alkoholatlas-Deutschland-2017_Einzelseiten.pdf (Stand 06.05.2019)

Mühlig, S./Poldrack, A. (2018): Kognitive Therapieverfahren. In: Margraf, J./Schneider, S., Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Grundlagen, Diagnostik, Verfahren und Rahmenbedingungen psychologischer Therapie. (4), Springer, Berlin

Müller, M. et al. (2011): Systemisches Case Management: Falleinschätzung und Hilfeplanung in der Sozialen Arbeit. (3), Heidelberg, Carl Auer

Müller, A./Tretter, F. (2001): Psychologische Therapie der Sucht. Grundlagen, Diagnostik, Therapie. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, Hogrefe-Verlag für Psychologie

Müller, S./Wiesbeck, G. (2014): Behandlung der Alkoholabhängigkeit. In https://www.rosenfluh.ch/psychiatrie-neurologie-2014-01/die-behandlung-der-alkoholabhaengigkeit (Stand 11.03.2019)

Preiß-Ruf, U.: Ambulante Suchthilfe in Psychosozialen Beratungsstellen. In Abstein, H.J./Gastiger, S. (2012): Methoden der Sozialarbeit in unterschiedlichen Arbeitsfeldern der Suchthilfe. Lambertus, Freiburg im Breisgau

Revenstorf, D. (2018): Verhaltenstherapie und andere Therapieformen. In: Margraf, J./Schneider, S., Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Grundlagen, Diagnostik, Verfahren und Rahmenbedingungen psychologischer Therapie. (4), Springer, Berlin

Ridiger, M. (2016): Von der Evidenz zur Empfehlung: S3-Leitlinie „Alkoholbezogene Störungen" Suchtmagazin (5) In: https://www.suchtmagazin.ch/tl_files/templates/Suchtmagazin/user_upload/Texte/SuchtMagazin_2016-5_Leseprobe.pdf Stand (30.05.2019)

Ried, C. (2017): Sozialpädagogik und Menschenbild. Soziale Arbeit in Theorie und Wissenschaft. Wiesbaden, Springer Fachmedien

Röhrle B. (2008): Die Forschungslage zur Prävention psychischer Störungen und Förderung psychischer Gesundheit. In Prävention. Zeitschrift für Gesundheitsförderung (2008), Sabo, 01/2008, Schwabenheim a. d. Selz

Rosengren, A. et al. (2004): Association of psychosocial risk factors of acute myocardial infarction in 111199 cases and 13648 controls from 52 countries (the INTERHEART study); case control study. In Benkert, O. (2005), StressDepression. Die neue Volkskrankheit und was man dagegen tun kann. Beck, (1), München

Roszinsky- Köcher, et al. (2006): Angststörungen. Patientenratgeber. Neurologie & Psychiatrie. Hexal AG, München

Salomon, A. (1926): Soziale Diagnose. Die Kunst, zu helfen. Heymanns. Berlin. S. 55

Scheule, R. M. (2008): Vorsicht, Vielfalt! Zur Bedeutung von Menschenbildern in der Sozialen Arbeit. In: Sozial extra. Zeitschrift für Soziale Arbeit. 33. Jg. (2009), Nr.3/4

Schmid et al. (2012): Motivational Case Management. Ein Manuel für die Drogen- und Suchthilfe. Heildelberg, medhochzwei Verlag

Schneider, R. (1988): Die Suchtfibel, Informationen zur Abhängigkeit von Alkohol und Medikamenten, Zitat Friedrich von Bodelschwingh. (5). München: Gerhard Röttger Verlag

Schulz v. Thun, F. (2013): Miteinander reden. Störungen und Klärungen. Allgemeine Psychologie der Kommunikation. Teil A Grundlagen II. Mit Vier Ohren empfangen. 50. Aufl., Reinbek bei Hamburg, Rowohlt Taschenbuch Verlag

Schwoon, D. R. (2004): Basiswissen: Umgang mit alkoholabhängigen Patienten. Basiswissen 4, Bonn, Psychiatrie-Verlag

Soyka, M. (2011): Alkoholismus. Eine Krankheit und ihre Therapie. Stuttgart, Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH

Spektrum (2010): Komm-Struktur, Spektrum der Wissenschaft, Psychologie, Online-Ressource. In: https://www.spektrum.de/lexikon/psychologie/kommstruktur/7971 (Stand12.06.2019)

Suchtberatung Gadebusch (2008): Konzeption. Nachsorge 2.9, Stand Februar 2008, Evangelische Suchtkrankenhilfe Mecklenburg-Vorpommern gGmbH

Suchthilfe MV (1994): Leitbild Evangelische Suchtkrankenhilfe Mecklenburg-Vorpommern gGmbH. In https://www.suchthilfe-mv.de/uber-uns (Stand 29.01.2019)

TEAMWORK (2006): Die blauen Ratgeber, Nr. 43, (1), Deutsche Krebshilfe e. V., Bonn

Tretter, F. (2017): Suchtmedizin kompakt. Suchtkrankheiten in Klinik und Praxis. Aufl. 3, Stuttgart, Schattauer GmbH

Tretter, F. (2000): Suchtmedizin. Der suchtkranke Patient in Klinik und Praxis. Stuttgart, Schattauer GmbH

UN-BRK (2006): Allgemeine Grundsätze. Artikel 3. a)-c)

UNODCCP (2000): Definition Komorbidität, Jahresbericht 2004, Stand der Drogenproblematik in der europäischen Union und Norwegen. In http://ar2004.emcdda.europa.eu/de/page119-de.html (Stand 21.02.2019)

Urek, M. (2012): Wie in der Sozialen Arbeit ein Fall gemacht wird. Die Konstruktion einer „schlechten Mutter“. In: Schimpf,E./Stehr, J., Kritisches Forschen in der Sozialen Arbeit, 10.1007/978-3-531-94022-9_12, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Springer Fachmedien Wiesbaden

Vogelsang, M./Schuhler, P. (2010): Psychotherapie der Sucht. Methoden, Komorbidität und klinische Praxis. Aufl. 2, Lengerich, Pabst Science Publishers

von Spiegel, H.: Methodisches Handeln in der Sozialen Arbeit. In: Kreft, D./Müller, C. (2017): Methodenlehre in der Sozialen Arbeit. (2), utb Verlag, München, S. 61-68

Waller, H. (2007): Sozialmedizin. Grundlagen und Praxis. Kohlhammer, Aufl. 6, Stuttgart

Yusuf, S. et al. (2004): Effect of potentially modifiable risk factos associated with myocardials infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case control study. In Benkert, Otto (2005), StressDepression. Die neue Volkskrankheit und was man dagegen tun kann. Beck, (1), München

Wendt, P. U. (2018): Lehrbuch Soziale Arbeit. Beltz Juventa, Weinheim Basel

WHO (1995): Definition Komorbidität. Jahresbericht 2004. Stand der Drogenproblematik in der europäischen Union und Norwegen. In http://ar2004.emcdda.europa.eu/de/page119-de.html (Stand 21.02.2019)

WHO (2011): Europäische Region der WHO hat höchsten Alkoholkonsum weltweit. Mitgliedstaaten wollen den schädlichen Alkoholkonsum verringern. In: www.euro.who.int/de/media-centre/sections/press-releases/2011/09/european-region-has-heaviest-drinking-in-the-world (Stand 06.05.2019)

WHO (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. In: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf (Stand 12.06.2019)+

Widulle (2012): Gesprächsführung in der Sozialen Arbeit. Menschenbild, Handlungstheorie und Grundhaltungen. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Springer Fachmedien, Wiesbaden

Anhang

Verzeichnis

		Seite
Anhang 1:	Co-occurring Mental Disorders in Substance Abuse Treatment: the Current Health Care Situation in Germany	55
Anhang 2:	Auswahl von Lebensereignissen mit ihren Punktwerten	70
Anhang 3:	Vertrag über ambulante Nachsorge (Mustervorlage)	71
Anhang 4:	Auszug Grade der Empfehlungen (Seite 7) aus S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“	72
Anhang 5:	Auszug Versorgungsalgorithmus im Bereich der Postakutbehandlung nach einer Entzugsphase (Seite 28) aus S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“	73
Anhang 6:	E-Mail: These des Chefarztes Felix M. Dörr zum Kapitel 5.5 Grenzen der Verhaltenstherapie	74
Anhang 7:	Auszug Vierfeldertafel (Seite 91) aus Lindenmeyer/ Mühlig: „Therapie-Tools Alkohol- und Tabakabhängigkeit“	76

Anhang 1

Int J Ment Health Addiction (2018) 16:66–80
DOI 10.1007/s11469-017-9784-5

ORIGINAL ARTICLE

Co-occurring Mental Disorders in Substance Abuse Treatment: the Current Health Care Situation in Germany

Hanna Dauber[1,2] · **Barbara Braun**[1] · **Tim Pfeiffer-Gerschel**[1] · **Ludwig Kraus**[1,3] · **Oliver Pogarell**[2]

Published online: 11 July 2017
© The Author(s) 2017. This article is an open access publication

Abstract Aim of this study was to investigate the current health care situation for patients with co-occurring mental disorders in addiction treatment. Therefore, data from the German Substance Abuse Treatment System ($N = 194{,}406$) was analysed with regard to the prevalence of comorbid mental disorders, treatment characteristics and outcomes of patients with comorbid psychiatric diagnosis. In outpatient setting, the prevalence of comorbid diagnoses was considerably lower (4.6%) than in inpatient setting (50.7%), but mood and anxiety disorders were the most prevalent additional diagnoses in both settings. In the treatment of patients with these comorbid disorders, we found higher rates of complementary internal and external (psychiatric) treatment, more co-operations and referrals after treatment, and positive treatment process outcomes. Findings indicate that the knowledge of an additional diagnosis influences the health care provision of affected patients and can therefore be seen as the essential precondition for providing adequate and comprehensive treatment. This highlights the importance of a sufficient consideration and diagnostic assessment of mental disorders in addiction treatment to further improve the health care situation of comorbid patients.

Keywords Substance use disorder · Mental disorders · Comorbidity · Treatment · Health care

✉ Hanna Dauber
brand@ift.de

[1] IFT Institut für Therapieforschung, Parzivalstr. 25, 80804 Munich, Germany

[2] Department of Psychiatry and Psychotherapy, Ludwig-Maximilians-University, Munich, Nußbaumstr. 7, 80336 Munich, Germany

[3] Centre for Social Research on Alcohol and Drugs (SoRAD), Stockholm University, 10691 Stockholm, Sweden

Substance use disorders mostly co-occur with a multitude of other physical and mental diseases. Studies have consistently shown the high co-occurrence and the elevated risk of mental disorders in individuals with substance use disorders (Baldacchino and Corkery 2006; Flensborg-Madsen et al. 2009; Kessler et al. 1996, 2005; Lieb et al. 2010), which can especially be observed in clinical samples. About two thirds of all alcohol or drug-dependent patients in substance abuse treatment show at least one additional current mental disorder, whereas the lifetime prevalence ranges up to 90% (Adamson et al. 2006; Chan et al. 2008). Thereof mood and anxiety disorders are the most prevalent (Adamson et al. 2006; Langas et al. 2011; Lyne et al. 2011; Swendsen and Merikangas 2000; Schneider et al. 2001; Verheul et al. 2000).

The co-existence of a mental disorder can highly interfere with the treatment of the substance use disorder and is associated with a higher psychopathological severity (Ringen et al. 2008), repeated relapse (Mazza et al. 2009; McCarthy et al. 2005), poorer treatment outcomes (Boden and Moos 2009; Compton et al. 2003; Mueser et al. 2003) and generally poorer prognosis for the individual (Brown et al. 2004; Cacciola et al. 2001; Drake and Wallach 2000; Friedmann et al. 2003; Johnson 2000), thus posing the question for adequate treatment. In recent years, an integrated treatment has been clearly proven to be the most effective approach to treat comorbidity (Brousselle et al. 2010; Brunette and Mueser 2006; Drake et al. 2004; Minkoff and Cline 2004; Moggi et al. 2002; RachBeisel et al. 1999; Mueser et al. 2003) and is therefore recommended in practice guidelines, also in Germany (AWMF 2015; Center for Substance Abuse Treatment 2005). But in spite of the evidence and this recommendations, the fact that in Germany and in most other European countries mental health and addiction care operate quite separately (Baldacchino and Corkery 2006; Ness et al. 2014) causes delay in the implementation of this knowledge into practice and constitute a barrier in recovery. Hence, individuals with co-occurring mental disorders are often faced with considerable difficulties when trying to get adequate treatment for their multiple problems.

Addiction Care

Within the German Addiction Treatment System, the heterogeneity of services and the associated differences in their structures might often impede an adequate consideration of additional mental disorders. Accordingly, differences in personal resources and qualification of staff, legal frameworks and demand of service providers are related to varying assignments and treatment offers, which range, among others, from giving mere information over counselling to providing treatment (DHS 2014). This is consistent to the finding that routine assessment for psychiatric disorders does not always form part of the standard diagnostic procedures performed at the commencement of treatment in drug services (EMCDDA 2013). Accordingly, it can be assumed that especially in outpatient setting, where a diagnostic assessment of additional mental (or other) disorders is generally not intended or required, limited resources like the low percentage of medical and therapeutic staff (Braun et al. 2014e–f) may lead to an underdiagnosing and neglect of comorbid mental disorders. This assumption is supported by the fact that in outpatient setting only 4.6% of all patients have a documented additional psychiatric diagnosis (Braun et al. 2014e). Contrastingly, in inpatient setting and in structured outpatient rehabilitation treatment, where a diagnostic assessment is structurally intended and specialised personnel resources like psychiatrists, psychologists or medical doctors are available to ensure a diagnostic assessment within

treatment facilities, the prevalence of comorbid psychiatric diagnoses is much higher (over 50%) (Bachmeier et al. 2015; Braun et al. 2014f; Fachverband Sucht e.V. 2014; T. Wessel, personal communication, December 17, 2015) and comparable to empirical findings. Nevertheless, it is important to investigate those patients with a documented comorbid diagnosis, even in outpatient setting, to determine how a known comorbid diagnosis affects treatment planning, course and outcome of treatment and the provision of complementary health care.

Aims

Against the background of an international dialogue on effective treatment of co-occurring substance and mental disorders and the known barriers and straits in providing adequate treatment (McGovern et al. 2006), an improved knowledge of the current health care situation for individuals with comorbidity entering addiction care seems worthwhile. Thus, an overview of available structures and treatment approaches can have important implications for health care planning and prevention. To date there have been only a few studies in Germany investigating the health care situation for people with comorbidity. Therefore, we analyse data from the large national monitoring system of addiction treatment centres in Germany, which can provide insight into the management of comorbid disorders in practice. In particular, we want to analyse these data exploratory with regard to (a) the prevalence of comorbid psychiatric diagnoses, (b) course of illness and treatment in patients with comorbid disorders, (c) treatment characteristics and process outcomes of patients with comorbid disorders and (d) relevant structures in the supply of individuals with comorbidity. Furthermore, sociodemographic parameters of patients with a comorbid psychiatric diagnosis will be outlined to mark special characteristics of this clientele. As mood and anxiety disorders constitute the most common comorbid disorders, we will investigate in particular the sample of patients with these comorbid diagnoses. Overall aim of this investigation is to gain insight how the comorbidity problem is actually addressed in German addiction care and thereby derive practical recommendations to optimise the supply situation for people with comorbidity.

Methods

Design and Sample

Data from individuals within the German Addiction Care System (n = 822 outpatient centres, n = 200 inpatient centres), which is documented annually within the national monitoring system (Statistical Report of Substance Abuse Treatment; DSHS; actual: Brand et al. 2015) and provides information on treatment facilities as well as on sociodemographic, disorder and treatment related characteristics of patients, was analysed descriptively. We analysed data of patients with a documented additional ICD-10 F3x (outpatient: n = 2673, inpatient: n = 6853; Braun et al. 2014a, b) or F4x diagnosis (outpatient: n = 1130, inpatient: n = 3430; Braun et al. 2014c, d), which have entered addiction treatment in 2013. For comparison, the total sample of n = 154,344 cases in outpatient and n = 40,062 cases in inpatient setting (further referred to as "total sample"), which are documented within the DSHS, was analysed (Braun et al. 2014e, f). The following main substance diagnosis groups (MD) were included in the analysis: alcohol, opioids, cannabis, sedatives, cocaine, stimulants and other psychotropic substances. For data

protection reasons, cases are aggregated on a facility level and no individual data is available. For further specifications of the methods, see the actual report of the DSHS (Brand et al. 2015).

Instruments

Data is documented with the German Core Data Set (KDS; Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation in der Suchthilfe; DHS, 2010) within the treatment centres. Documentation is carried out via computerised software systems. The diagnostic of the KDS is based on the International Classification of Mental Diseases (ICD-10; Dilling et al. 2013) and is intended to be carried out uniformly across treatment centres at beginning and end of treatment. Besides substance use disorders, also comorbid psychiatric disorders are documented according to ICD-10, either if a psychiatric diagnosis already exists at the beginning of treatment (mainly in outpatient setting) or after a diagnostic assessment within the facility (mainly in inpatient setting). For a comprehensive description of the variables and item categories, see the KDS manual (DHS 2010).

Measures

Prevalence rates are based on reported (Fx) diagnoses, assessed by the KDS variables "main (substance) diagnosis" and current "further psychiatric, neurologic and other diagnosis". The sample of patients with additional F3x (further referred to as mood disorders) and F4x diagnoses (further referred to as anxiety disorders) was examined with regard to the sociodemographic parameters gender, age, relationship status and employment status. Course of illness and treatment were measured by the items duration of the substance use disorder and previous treatment. The variables length of treatment, internal treatment (within the facility) and external treatment (in other facilities) were used to describe treatment characteristics. Treatment process outcomes were analysed by the items treatment termination ("regular"/ "irregular", with "regular" comprising the regular termination of treatment, termination due to the instigation or with the consent of the therapist or the regular transition to another service, and "irregular" comprising premature termination due to disciplinary reasons, patients choice, unscheduled transition to another service or the death of the patient) and treatment outcome assessment ("positive" (successful or improved) or "negative" (steady or impaired) assessment of the substance related problems after end of treatment). For analysis of supply structures, the variables co-operation with (other services), referral (into treatment) and referral (after treatment) were used.

Analysis

A descriptive data analysis was conducted. Due to structural differences (see "Addiction Care"), results are reported separately for outpatient and inpatient treatment setting. For comparison, outcomes are reported for the total sample of patients. Because of the aggregated data format, it is not possible to use common statistical tests to test for mean differences. Furthermore, the use of χ^2 tests is not recommended in such large sample sizes due to the high sensitivity. Even small differences in the frequency distribution may reach statistical significance, without being clinically significant, misleading the interpretation of results (Bortz 2005). Therefore, a descriptive analysis can be considered as more sensible. Especially in view of the large size of the data set and the widespread coverage of treatment centres and the

therefore highly representative results for all patients in German outpatient (estimated attainment rate about 70%) and inpatient centres (estimated attainment rate about 60%) (Brand et al. 2014), an exploratory investigation of these data seems appropriate.

Results

Prevalence of Comorbid Psychiatric Diagnoses

The overall prevalence of additional psychiatric diagnosis was 4.6% in outpatient and 50.7% in inpatient setting. Among all patients with a documented additional psychiatric (ICD 10 Fx) diagnosis, mood disorders (outpatient, 45.7%; inpatient, 41.0%), personality disorders (outpatient, 21.0%; inpatient, 25.4%) and anxiety disorders (outpatient, 19.0%; inpatient, 20.3%) accounted for the most frequent comorbid diagnoses (see Table 1). With regard to the main substance diagnosis groups, we found a divergent distribution of comorbid psychiatric diagnosis (see Table 1). In patients with problematic use of alcohol or sedatives, we found the highest percentage of mood (outpatient: 52.2% resp. 39.9%, inpatient: 45.3% resp. 36.4%) and anxiety disorders (outpatient: 20.0% resp. 30.8%, inpatient: 21.2% resp. 39.9%), whereas in patients with cannabis or stimulants use disorders, we found a comparatively high proportion of schizophrenic disorders (outpatient: 14.8% resp. 14.7%, inpatient: 10.6% resp. 8.9%) and disorders with onset in childhood and adolescence (outpatient: 9.4% resp. 11.5%, inpatient: 14.8% resp. 15.2%). Patients with cocaine or opioid dependence showed the highest level of personality disorders (outpatient: 30.1% resp. 38.9%, inpatient: 36.3% resp. 37.0%) and patients with problems due to other psychotropic substances also showed a high amount of

Table 1 Proportion of additional (ICD-10 Fx) diagnoses among all patients with documented comorbid diagnosis, MD groups, *percentage*

		F0x	F2x	F3x	F4x	F5x	F6x	F7x	F8x	F9x
Alcohol	Outpatient (n = 3921)	1.3	3.7	52.2	20.0	1.3	17.9	1.6	0.6	1.5
	Inpatient (n = 14,595)	1.3	2.3	45.3	21.2	2.2	23.4	1.6	0.6	2.1
Opioids	Outpatient (n = 545)	4.2	9.7	33.0	15.0	0.7	30.1	0.4	0.7	6.1
	Inpatient (n = 793)	0.4	5.2	31.4	18.4	1.8	36.3	0.4	0.5	5.7
Cannabis	Outpatient (n = 671)	0.7	14.8	32.5	15.2	1.8	23.1	1.6	0.9	9.4
	Inpatient (n = 1272)	0.5	10.6	25.2	15.6	1.7	30.5	0.7	0.5	14.8
Sedatives	Outpatient (n = 143)	1.4	5.6	39.9	30.8	1.4	20.3	0.0	0.0	0.7
	Inpatient (n = 338)	0.6	0.9	36.4	39.9	3.0	18.3	0.0	0.0	0.9
Cocaine	Outpatient (n = 131)	0.0	1.5	37.4	17.6	0.0	38.9	0.8	0.8	3.1
	Inpatient (n = 208)	0.5	6.7	31.7	11.1	3.4	37.0	0.5	0.0	9.1
Stimulants	Outpatient (n = 278)	1.8	14.7	24.8	14.7	0.7	29.1	1.8	0.7	11.5
	Inpatient (n = 683)	0.0	8.9	24.0	13.0	1.3	36.2	0.9	0.4	15.2
Other psychotropic substances	Outpatient (n = 79)	0.0	20.3	16.5	24.1	0.0	35.4	0.0	0.0	3.8
	Inpatient (n = 1148)	0.3	12.5	23.4	14.8	3.1	30.1	0.4	1.4	13.9
Total	Outpatient (n = 5768)	1.5	6.3	45.7	19.0	1.2	21.0	1.4	0.6	3.4
	Inpatient (n = 19,037)	1.1	3.9	41.0	20.3	2.2	25.4	1.4	0.6	4.3

F0—organic, including symptomatic, mental disorders; F2—schizophrenia, schizotypal and delusional disorders, F3—mood [affective] disorders; F4—neurotic, stress-related and somatoform disorders; F5—behavioural syndromes associated with physiological disturbances and physical factors; F6—disorders of adult personality and behaviour; F7—mental retardation; F8—disorders of psychological development; F9—behavioural and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence; percentages may not add up to 100% as there are more categories available

schizophrenic disorders (outpatient, 20.3%; inpatient, 12.5%) and disorders with onset in childhood and adolescence (inpatient, 13.9%).

Patients with Co-occurring Mood and Anxiety Disorders

Sociodemographic Data

Gender While in the total sample women accounted for just one quarter of all patients (outpatient, 25.5%; inpatient, 26.8%), we found a much higher percentage of women among patients with comorbid mood (outpatient, 41.3%; inpatient, 40.0%) and anxiety disorders (outpatient, 46.0%; inpatient, 47.7%).

Age Patients with comorbid mood (outpatient, 43.8 years; inpatient, 44.7 years) and anxiety disorders (outpatient, 40.7 years; inpatient, 42.4 years) showed an above average age compared to the total sample (outpatient, 38.1 years; inpatient, 41.5 years).

Partnership Independently of having a comorbid diagnosis, about half of all patients were single (outpatient: F3x, 48.4%; F4x, 51.8%; total 50.4%; inpatient: F3x, 53.3%; F4x, 52.8%; total, 53.8%), another 40–45% lived in relationships.

Employment Status Before Treatment Less than half of all patients with comorbid mood disorders were employed before entering treatment (outpatient, 45.5%; inpatient, 40.5%) which is comparable to the total sample (outpatient, 41.1%; inpatient, 36.8%). Patients with comorbid anxiety disorders had the lowest employment rate before treatment (outpatient, 37.5%; inpatient, 35.1%).

Distribution of Main Substance Diagnoses

In both settings, more than two thirds of all patients with a comorbid mood (outpatient, 70.7%; inpatient, 81.7%) and anxiety disorder (outpatient, 64.4%; inpatient, 78.4%) were in treatment due to an alcohol-related disorder. Cannabis-related disorders accounted for the second highest proportion (see Table 2). While in inpatient setting the distribution of main substance diagnoses was comparable between patients with comorbid mood or anxiety disorders and the total sample, we found a markedly divergent distribution of main diagnoses among outpatients with a comorbid mood or anxiety disorder and the total outpatient sample. Even though alcohol-related disorders accounted for half of all diagnoses (52.1%), the percentage of opioid, cannabis, stimulants and cocaine diagnoses was much higher in the total outpatient sample. In contrast, main diagnoses due to sedatives were comparatively scarce in the total sample (see Table 2).

Course of Illness and Treatment

Duration of the Substance Use Disorder As demonstrated in Table 3, in outpatients with a comorbid mood disorder, the substance use disorder existed on average for 13.7 years, in patients with a comorbid anxiety disorder for 13.1 years, and therefore up to 2 years longer than in the total sample (11.9 years). In inpatient setting, the duration of the substance use

Table 2 Distribution of main substance diagnosis among patients with mood (F3x) and anxiety (F4x) disorders and the total sample, *percentage* (*N*)

		F3x	F4x	Total
Alcohol	Outpatient	70.7 (2077)	64.4 (809)	52.1 (87,689)
	Inpatient	81.7 (5791)	78.4 (2765)	71.8 (29,724)
Opioids	Outpatient	6.3 (184)	7.1 (89)	14.9 (25,043)
	Inpatient	3.3 (237)	3.7 (130)	6.8 (2805)
Cannabis	Outpatient	7.5 (220)	8.0 (101)	15.4 (25,859)
	Inpatient	4.0 (282)	5.1 (180)	7.1 (2930)
Sedatives	Outpatient	1.9 (57)	3.6 (45)	0.8 (1425)
	Inpatient	1.6 (112)	3.1 (110)	0.9 (375)
Cocaine	Outpatient	1.8 (53)	1.8 (23)	2.3 (3799)
	Inpatient	0.8 (56)	0.5 (18)	1.8 (744)
Stimulants	Outpatient	2.3 (69)	3.4 (43)	5.6 (9479)
	Inpatient	2.0 (145)	2.4 (85)	4.6 (1897)
Other psychotropic substances	Outpatient	0.4 (13)	1.6 (20)	0.6 (1050)
	Inpatient	3.2 (230)	4.0 (142)	3.8 (1587)
Total (*N*)	Outpatient	2937	1256	168,212
	Inpatient	7088	3526	41,395

Percentages may not add up to 100% as there are more categories available

disorder among patients with comorbid mood (13.3 years) and anxiety disorders (13.0 years) was comparable to the total sample (12.4 years).

Previous Treatment In outpatient setting, about two thirds of comorbid patients (mood disorders, 77.7%; anxiety disorders, 76.5%) received at least one previous outpatient or inpatient addiction treatment before entering the current treatment episode, which is a higher proportion than in the total sample (62.8%). Additionally, they showed a markedly higher extent of psychiatric (F3x, 30.6%; F4x, 27.9%; total, 6.5%) and psychotherapeutic pre-treatment (F3x, 18.9%; F4x, 18.0%; total, 4.2%). In inpatient setting, the overall amount of

Table 3 Average duration of SUD among patients with mood (F3x) and anxiety (F4x) disorders and the total sample (*in years*)

		Duration of SUD		
		F3x	F4x	Total
Alcohol	Outpatient	16.8	15.6	15.7
	Inpatient	16.9	15.9	16.9
Opioids	Outpatient	11.2	10.6	11.3
	Inpatient	9.7	9.5	9.6
Cannabis	Outpatient	16.5	14.1	11.7
	Inpatient	16.9	15.6	15.0
Sedatives	Outpatient	12.0	11.5	12.5
	Inpatient	10.8	12.3	10.9
Cocaine	Outpatient	13.5	11.7	12.2
	Inpatient	13.3	12.7	11.7
Stimulants	Outpatient	11.1	10.8	9.6
	Inpatient	12.5	12.2	11.2
Other psychotropic substances	Outpatient	14.3	17.5	11.2
	Inpatient	14.4	14.2	12.6
Total	Outpatient	13.7	13.1	11.9
	Inpatient	13.3	13.0	12.4

Treatment Characteristics

Length of Treatment The average length of treatment was 269 days for outpatients with comorbid mood disorders and 252 days for outpatients with anxiety disorders (total outpatient sample, 237 days). In inpatient setting, the length of treatment for patients with mood or anxiety disorders (98.5 days) was comparable to the regular length of treatment (93.1 days).

Internal Treatment (Within the Facility) In outpatient setting, internal treatment of patients with comorbid mood or anxiety disorders was compared to the total sample, with counselling and outpatient rehabilitation accounting for the major part (see Table 4). Almost no internal psychiatric (F3x, 2.6%; F4x, 1.9%; total, 0.3%) or psychotherapeutic treatment (F3x, 4.2%; F4x, 5.7%; total, 0.9%) was provided in outpatient treatment. In inpatient setting, almost all patients received internal rehabilitation treatment and a much higher proportion received internal psychiatric (F3x, 9.3%; F4x, 11.1%; total, 9.2%) and psychotherapeutic treatment (F3x, 16.5%; F4x, 18.9%; total, 18.7%) (see Table 4).

External Treatment (in Other Facilities) In outpatient setting, the extent of complementary external psychiatric and psychotherapeutic treatment (F3x, 32.2%; F4x, 33.4%; total, 5.4%) was higher among patients with comorbid mood or anxiety disorders. In inpatient setting, the amount of external treatment was comparable between patients with comorbid mood or anxiety disorders and the total sample.

Treatment Process Outcomes

Treatment Termination In both settings, patients with comorbid mood and anxiety disorders showed a high level of treatment adherence. In outpatient setting, 69.3% of all patients

Treatment Process Outcomes

Treatment Termination In both settings, patients with comorbid mood and anxiety disorders showed a high level of treatment adherence. In outpatient setting, 69.3% of all patients

Table 4 Internal and external treatment of patients with mood (F3x) and anxiety (F4x) disorders and the total sample, *percentage*

Treatment	Outpatient internal			Outpatient external			Inpatient internal			Inpatient external		
	F3x	F4x	Total	F3x	F4x	Total	F3x	F4x	Total	F3x	F4x	Total
Other medical treatment	1.3	0.8	0.5	11.8	12.9	3.7	13.2	16.6	16.2	22.1	27.5	22.4
Detoxification	2.3	0.9	0.8	21.3	21.2	12.1	2.1	1.4	2.4	6.7	6.1	5.0
Outpatient counselling	74.3	77.4	81.6	4.6	4.2	3.1	0.5	0.6	0.9	6.6	6.5	5.9
Outpatient rehabilitation	27.1	23.7	9.7	0.7	0.9	0.4	0.3	0.3	2.0	1.0	0.9	0.8
Inpatient rehabilitation	0.4	0.3	0.3	12.4	14.0	6.1	89.2	88.5	82.5	2.4	2.5	1.7
Outpatient socio-therapy	4.3	3.7	2.0	2.6	3.0	0.8	0.1	0.2	0.1	0.8	1.0	0.6
Psychiatric treatment	2.6	1.9	0.3	23.8	23.9	3.8	9.3	11.1	9.2	4.3	4.2	1.9
Psychotherapeutic treatment	4.2	5.7	0.9	8.4	9.5	1.6	16.5	18.9	18.7	1.6	2.0	1.1
Others	21.2	17.4	16.0	24.0	22.4	14.7	27.8	31.0	33.8	10.8	12.4	10.0

with mood disorders and 69.2% of patients with anxiety disorders completed their treatment regularly (total, 63.5%). Among inpatients with comorbid mood (85.6%) and anxiety disorders (84.2%), the proportion of regular treatment termination was even higher than in outpatient setting (total, 80.4%).

Treatment Outcome Assessment In both, outpatient and inpatient setting, patients with comorbid mood or anxiety disorders showed highly successful treatment process outcomes. In outpatient treatment, 69.1% of all patients with mood and 68.0% of those with anxiety disorders showed an improvement of their substance-related problems after the end of treatment (total, 63.1%). In inpatient setting, actually 83.6% of all patients with comorbid mood and 83.5% with anxiety disorders were assessed as successful after treatment (total, 79.3%) (see Fig. 1).

Supply Structures

Referral into Treatment Outpatients with comorbid mood or anxiety disorders showed comparable referral routes into treatment as the total sample (see Table 5). Only referrals by hospitals or rehabilitation centres were slightly more often, whereas referrals due to legal authorities were scarce. Inpatients with comorbid mood or anxiety disorders experienced similar ways into treatment as the total sample. The majority was referred by outpatient counselling centres, hospitals, rehabilitation centres or purchase and service providers.

Co-operations with Other Services In outpatient setting, more co-operations with other services, like medical or psychotherapeutic care, hospitals, rehabilitation centres or service providers, existed in the treatment of patients with comorbid mood or anxiety disorders (see Table 5). In inpatient setting, co-operations with other services were generally more frequent than in outpatient setting, even though the level of co-operations was comparable in the treatment of comorbid inpatients.

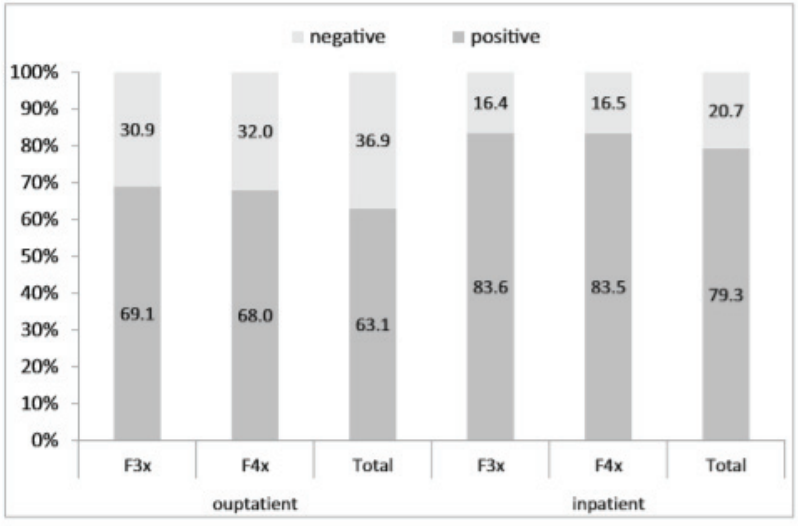


Fig. 1 Treatment process outcome for patients with mood (*F3x*) and anxiety (*F4x*) disorders and the total sample, *percentage*

Table 5 Referral into treatment and co-operation with other services among patients with mood (F3x) and anxiety (F4x) disorders and the total sample, *percentage*

	Referral into treatment						Co-operation during treatment					
	Outpatient			Inpatient			Outpatient			Inpatient		
	F3x	F4x	Total	F3x	F4x	Total	F3x	F4x	Total	F3x	F4x	Total
Self/family	39.4	40.5	46.1	4.5	6.1	4.9	25.2	27.6	18.2	43.6	39.5	39.8
Medical/psychotherapeutic care	9.0	8.6	7.5	1.8	1.6	1.2	27.6	29.1	14.4	22.2	26.4	22.9
Addiction counselling	7.9	6.9	3.5	56.7	57.9	58.8	5.7	4.7	3.9	62.9	65.4	56.5
Hospital unit	13.8	11.6	8.4	20.9	17.5	17.7	19.5	20.0	10.6	11.9	12.9	8.3
Adaption	0.3	0.5	0.1	0.1	0.1	0.0	0.3	0.8	0.6	9.0	9.5	9.4
Inpatient rehabilitation	10.8	10.5	4.0	5.6	6.4	6.5	21.9	24.4	11.8	5.3	6.3	6.5
Legal autonomy	1.6	2.1	7.8	0.1	0.1	0.3	3.2	4.3	10.0	4.3	4.7	10.5
Social service/prison	0.4	0.2	1.8	0.2	0.3	1.3	–	–	–	–	–	–
Employment agency	1.0	2.0	3.0	0.1	0.2	0.2	3.8	8.4	5.8	17.2	15.4	20.4
Purchaser/service provider	2.8	2.1	1.4	3.4	2.7	2.9	37.5	39.4	19.9	45.5	42.3	40.9
Others	17.2	18.6	18.0	6.7	9.1	7.7	52.0	66.5	34.6	85.3	88.8	81.3

Referral After Treatment After treatment, outpatients with comorbid mood (50.9%) and anxiety disorders (49.3%) were more often referred to other health care services than the total sample (32.8%). A substantially higher number was referred to medical or psychotherapeutic care (F3x, 24.7%; F4x, 24.2%; total, 9.2%). Although in inpatient setting the extent of referrals was relatively high in general (F3x, 79.1%; F4x, 79.0%; total, 76.8%), patients with comorbid mood or anxiety disorders were referred even more frequently to medical or psychotherapeutic services after treatment (F3x, 27.0%; F4x, 28.1%; total, 20.0%).

Discussion

In the following, results will be discussed with regard to their implications for the supply situation of patients with co-occurring mental disorders in substance abuse treatment.

Prevalence of Comorbid Psychiatric Diagnosis

The distribution of additional psychiatric diagnoses, with mood, anxiety and personality disorders as the most prevalent comorbid disorders, is mainly consistent with the results of earlier studies (Adamson et al. 2006; Flensborg-Madsen et al. 2009; Langas et al. 2011). Also, the high co-occurrence of mood and anxiety disorders in patients with alcohol or sedative use (Burns and Teesson 2002; Do and Mezuk 2013; Goodwin et al. 2004; Merikangas et al. 1998; Smith and Book 2010) as well as the high association between problems due to illegal substances with comorbid schizophrenia or personality disorders and disorders with onset in childhood and adolescence confirms previous results (Biedermann et al. 1995; Gouzoulis-Mayfrank 2007; Lieb et al. 2010; Salo et al. 2011). Whereas in inpatient treatment, the overall comorbidity rate corresponds mainly to the findings of the literature (Adamson et al. 2006; Flensborg-Madsen et al. 2009), the low frequency of additional diagnoses in outpatient setting indicates an underdiagnosing of comorbid mental disorders. This may be due to structural

differences, like limited personal resources (mainly social workers) in outpatient setting and different assignments that, in outpatient setting, do normally not require a standardised diagnostic assessment and even less the treatment of additional mental disorders.

Patients with Comorbid Mood or Anxiety Disorders

The high proportion of alcohol use disorders and the lower percentage of diagnoses due to illegal substances in the sample of patients with comorbid mood and anxiety disorders are consistent with previous results. With regard to sociodemographic characteristics, the higher proportion of women in this sample may be explained in terms of a generally higher probability of women having a comorbid mental disorder (Brady et al. 1993; Zilberman et al. 2003) and a mood or anxiety disorder in general (Jacobi et al. 2014; Kessler et al. 1994). Altogether patients with comorbid mood or anxiety disorders do not show higher levels of psychosocial strains, like higher unemployment or general poorer social circumstances, which could have been expected as a result of the additional burden due to the comorbid disorder. Maybe this effect is moderated by the high extent of "legal" main diagnoses in these patients, which are generally associated with better social circumstances (Brand et al. 2015).

The longer duration of the substance use disorder and the higher proportion of retreated patients with comorbid mood and anxiety disorders are consistent with earlier studies and demonstrate that individuals with comorbidity show a more complicated course of illness and treatment (Kessler et al. 1996).

The higher extent of complementary external psychiatric and psychotherapeutic treatment and of co-operations with psychiatric or medical practices in the treatment of patients with a known comorbid mood or anxiety disorder indicates that especially in outpatient setting the treatment of comorbid patients is frequently supplemented by other health care services to enable an optimal treatment. In inpatient setting, the slighter differences in the treatment of comorbid patients and the lesser extent of co-operations with other services may not be interpreted as a lack of additional treatment. Here, the overall higher extent of internal treatment argues for the fact that complementary psychiatric treatment is mainly an integrative and regular component of treatment that is available for all patients in the same way. As mentioned above, the divergent findings in inpatient and outpatient treatment of comorbid patients may likely be due to structural differences. Thus, it can be assumed that it is more unlikely for outpatient facilities to provide additional treatment (besides addiction care) within the treatment centre, whereas in inpatient setting more resources are available to provide complementary treatment within the facility. Nevertheless, findings indicate that patients with comorbid psychiatric diagnoses receive additional treatment in both settings, which is further reflected by the high treatment adherence and positive treatment outcomes among patients with comorbid diagnoses.

Limitations

In general, the structural differences between treatment centres, included in this study, make it difficult to receive consistent findings and to draw universal conclusions. To address this concern, results were reported separately for inpatient and outpatient settings. The major limitation of this study lies in the fact that no statement can be made on the treatment of patients with comorbid mental disorders that are not yet identified (i.e. not having a diagnosis). Therefore, it remains unclear if the existence of a diagnosis alone leads to the provision of

additional treatment or if psychiatric problems are also incorporated in treatment if no corresponding diagnosis exists. To figure this out, a specific comparison between comorbid patients with and without diagnosis would be inevitable, although it may turn out difficult to identify relevant patients. Another limitation involves the treatment process outcome, which is only assessed with regard to the problematic substance use. Although this is adequate within the context of Substance Abuse Treatment, it allows no statement on the status of the mental disorder. Another weakness lies in the lack of information on the time-frame of the comorbid psychiatric diagnosis (lifetime, last year or last month), which is not assessed in the standard documentation form and might differ with regard to diagnoses. In spite of the supposed underestimation of comorbid diagnosis in outpatient setting, the large sample size of 3703 patients with a documented comorbid F3x or F4x diagnosis can be considered as sufficient to describe this sample and to draw valid conclusions.

Conclusion

Findings of this investigation provide insight into the actual management of comorbid mental disorders in German addiction care and delineate strengths and weaknesses in the treatment of patients with comorbidity.

For conclusion and with regard to our initial study aims, findings demonstrate that in Germany in general necessary structures and resources are available to provide appropriate treatment for patients with comorbidity. Patients with a known comorbid psychiatric diagnosis receive complementary treatment for their additional problems in inpatient as well as in outpatient treatment. Furthermore, they highly benefit from this treatment, which is reflected in good treatment adherence and positive treatment process outcomes.

This indicates that the knowledge of an existing additional mental disorder has influence on treatment planning and the health care provision of affected patients. Hence, findings of this study highlight the importance of a sufficient consideration and diagnostic assessment of comorbid mental disorders in substance abuse treatment. This is especially important for outpatient setting where capabilities are generally more restricted and a diagnostic assessment and treatment of comorbid mental problems is usually not intended. Therefore, the application of available short, efficient and validated screening tools for comorbid disorders (Mestre-Pintó et al. 2014; Hasin et al. 1996) should be further promoted. But keeping in mind the limited resources in addiction care, interventions like trainings for staff members (Hunter et al. 2005; Marshall and Deane 2004; Minkoff and Cline 2004) that focus on a better detection and management of comorbid mental disorders seems worthwhile and may contribute to enhance the sensitivity for comorbid mental disorders. Furthermore, to encounter the common barriers, co-operations and networks with mental health care should be focused and further expanded to assure an adequate and effective treatment for patients with comorbidity.

Acknowledgements The German Statistical Report of Substance Abuse Treatment is funded by the German Ministry of Health. We are grateful for the participating patients and treatment facilities and for the assistance of the members of the advisory committee of the German Statistical Report of Substance Abuse Treatment (R. Gaßmann, A. Koch, P. Missel, R. Walter–Hamann, G. Sauermann, T. Wessel).

Compliance with Ethical Standards

Conflict of Interest The authors declare that they have no conflict of interest.

Open Access This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons license, and indicate if changes were made.

References

Adamson, S. J., Todd, F. C., Sellman, J. D., Huriwai, T., & Porter, J. (2006). Co-existing psychiatric disorders in a New Zealand outpatient alcohol and other drug clinical population. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 40*, 164–170.

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF). (2015). *S3-Leitlinie "Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen"* AWMF-Register Nr. 076–001. Retrieved from: http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/076-001.html.

Bachmeier, R., Bick, S., Funke, W., Herder, F., Jung, C., Kemmann, D., et al. (2015). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation - FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2012 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *Sucht Aktuell, 22*(1), 53–67.

Baldacchino, A., & Corkery, J. (2006). *Comorbidity: perspectives across Europe*. London: European Collaborating Studies in Addiction Studies.

Biedermann, J., Wilens, T., Mick, E., Milberger, S., Spencer, T., & Faraone, S. V. (1995). Psychoactive substance use disorders in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): effects of ADHD and psychiatric comorbidity. *The American Journal of Psychiatry, 152*(11), 1652–1658.

Boden, M. T., & Moos, R. (2009). Dually diagnosed patients' responses to substance use disorder treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment, 37*(4), 335–345.

Bortz, J. (2005). Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler. Heidelberg: Springer.

Brady, K. T., Grice, D. E., Dustan, L., & Randall, C. (1993). Gender differences in substance use disorders. *American Journal of Psychiatry, 150*, 1707–1711.

Brand, H., Steppan, M., Künzel, J., & Braun, B. (2014). Suchthilfe in Deutschland 2013. Jahresbericht der deutschen Suchthilfestatistik. München: IFT Institut für Therapieforschung. www.suchthilfestatistik.de.

Brand, H., Künzel, J., & Braun, B. (2015). Suchthilfe in Deutschland 2014. Jahresbericht der deutschen Suchthilfestatistik. München: IFT Institut für Therapieforschung. www.suchthilfestatistik.de.

Braun, B., Brand, H., Künzel, J., & Pfeiffer-Gerschel, T. (2014a). *Deutsche Suchthilfestatistik 2013. Alle Bundesländer. Tabellenband für ambulante Beratungs- und/oder Behandlungsstellen, Fachambulanzen und Institutsambulanzen (Typ 3 und 4). F3x—Störungen. Bezugsgruppe: Zugänge Beender ohne Einmalkontakte*. München: IFT Institut für Therapieforschung.

Braun, B., Brand, H., Künzel, J., & Pfeiffer-Gerschel, T. (2014b). *Deutsche Suchthilfestatistik 2013. Alle Bundesländer. Tabellenband für (teil-)stationäre Rehabilitationseinrichtungen und Adaptionseinrichtungen (Typ 8,9,10). F3x—Störungen. Bezugsgruppe: Beender mit Einmalkontakte*. München: IFT Institut für Therapieforschung.

Braun, B., Brand, H., Künzel, J., & Pfeiffer-Gerschel, T. (2014c). *Deutsche Suchthilfestatistik 2013. Alle Bundesländer. Tabellenband für ambulante Beratungs- und/oder Behandlungsstellen, Fachambulanzen und Institutsambulanzen (Typ 3 und 4). F4x—Störungen. Bezugsgruppe: Zugänge Beender ohne Einmalkontakte*. München: IFT Institut für Therapieforschung.

Braun, B., Brand, H., Künzel, J., & Pfeiffer-Gerschel, T. (2014d). *Deutsche Suchthilfestatistik 2013. Alle Bundesländer. Tabellenband für (teil-)stationäre Rehabilitationseinrichtungen und Adaptionseinrichtungen (Typ 8,9,10). F4x—Störungen. Bezugsgruppe: Beender mit Einmalkontakte*. München: IFT Institut für Therapieforschung.

Braun, B., Brand, H., Künzel, J., & Pfeiffer-Gerschel, T. (2014e). *Deutsche Suchthilfestatistik 2013. Alle Bundesländer. Tabellenband für ambulante Beratungs- und/oder Behandlungsstellen, Fachambulanzen und Institutsambulanzen (Typ 3 und 4). Bezugsgruppe: Zugänge Beender ohne Einmalkontakte*. München: IFT Institut für Therapieforschung.

Braun, B., Brand, H., Künzel, J., & Pfeiffer-Gerschel, T. (2014f). *Deutsche Suchthilfestatistik 2013. Alle Bundesländer. Tabellenband für (teil-)stationäre Rehabilitationseinrichtungen und Adaptionseinrichtungen (Typ 8,9,10). Bezugsgruppe: Beender mit Einmalkontakte*. München: IFT Institut für Therapieforschung.

Brousselle, A., Lamothe, L., Sylvain, C., Foro, A., & Perreault, M. (2010). Integrating services for patients with mental and substance use disorders: what matters? *Health Care Management Review, 35*(3), 212–223.

Brown, B. S., O'Grady, K., Battjes, R. J., & Farrell, E. V. (2004). Factors associated with treatment outcomes in an aftercare population. *American Journal on Addictions, 13*(5), 447–460.

Brunette, M. F., & Mueser, K. T. (2006). Psychosocial interventions for the long-term management of patients with severe mental illness and co-occurring substance use disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 67*(7), 10–17.

Burns, L., & Teesson, M. (2002). Alcohol use disorders comorbid with anxiety, depression and drug use disorders. Findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well Being. *Drug and Alcohol Dependence, 68*(3), 299–307.

Cacciola, J. S., Alterman, A. I., McKay, J. R., & Rutherford, M. J. (2001). Psychiatric comorbidity in patients with substance use disorders: do not forget Axis II disorders. *Psychiatric Annals, 31*(5), 321–331.

Center for Substance Abuse Treatment. (2005). *Substance abuse treatment for persons with co-occurring disorders. Treatment Improvement Protocol (TIP) series 42. DHHS publication no. (SMA) 05-3992.* Rockville: Substance Abuse and Mental Health Service Administration.

Chan, Y.-F., Dennis, M. L., & Funk, R. R. (2008). Prevalence and comorbidity of major internalizing and externalizing problems among adolescents and adults presenting to substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment, 34*(1), 14–24.

Compton, W. M., Cottler, L. B., Jacobs, J. L., Ben-Abdallah, A., & Spitznagel, E. L. (2003). The role of psychiatric disorders in predicting drug dependence treatment outcomes. *American Journal of Psychiatry, 160*(5), 890–895.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg). (2010). *Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe (KDS). Definitionen und Erläuterungen zum Gebrauch.* Retrieved from: http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Arbeitsfeld_Statistik/KDS_Manual_10_2010.pdf.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS). (2014). *Suchthilfe und Versorgungssituation in Deutschland.* Retrieved from: http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs_stellungnahmen/2014-08-27_DHS-Systemanalyse_Finale_01.pdf

Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, M. H. (Hrsg.) (2013). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern: Verlag Hans Huber, 9. überarbeitete Auflage.

Do, E. K., & Mezuk, B. (2013). Comorbidity between hypomania and substance use disorders. *Journal of Affective Disorders, 150*(3), 974–980.

Drake, R. E., & Wallach, M. A. (2000). Dual diagnosis: 15 years of progress. *Psychiatric Services, 51*(9), 1126–1129.

Drake, R. E., Mueser, K. T., Brunette, M. F., & McHugo, G. J. (2004). A review of treatments for people with severe mental illnesses and co-occurring substance use disorders. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 27*(4), 360–374.

EMCDDA. (2013). *Co-morbid substance use and mental disorders in Europe: a review of the data*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

Fachverband Sucht e.V. (FVS) (Hrsg.) (2014). Basisdokumentation 2013—Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung im Fachverband Sucht e.V. Qualitätsförderung in der Entwöhnungsbehandlung, 21, Bonn: FVS.

Flensborg-Madsen, T., Mortensen, E. L., Knop, J., Becker, U., Sher, L., & Gronbaek, M. (2009). Comorbidity and temporal ordering of alcohol use disorders and other psychiatric disorders: results from a Danish register-based study dual diagnosis: 15 years of progress. *Comprehensive Psychiatry, 50*(4), 307–314.

Friedmann, P. D., Lemon, S. C., Anderson, B. J., & Stein, M. D. (2003). Predictors of follow-up health status in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Drug and Alcohol Dependence, 69*(3), 243–251.

Goodwin, R. D., Fergusson, D. M., & Horwood, L. J. (2004). Association between anxiety disorders and substance use disorders among young persons: results of a 21-year longitudinal study. *Journal of Psychiatric Research, 38*(3), 295–304.

Gouzoulis-Mayfrank, E. (2007). *Komorbidität Psychose und Sucht—Grundlagen und Praxis*. Darmstadt: Steinkopff Verlag.

Hasin, D. S., Trautmann, K. D., Miele, G. M., Samet, S., Smith, M., & Endicott, J. (1996). Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM): reliability for substance abusers. *American Journal of Psychiatry, 153*(9), 1195–1201. doi:10.1176/ajp.153.9.1195

Hunter, S. B., Watkins, K. E., Wenzel, S., Gilmore, J., Sheehe, J., & Griffin, B. (2005). Training substance abuse treatment staff to care for co-occurring disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment, 28*, 239–245.

Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., et al. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit. *Nervenarzt, 85*(1), 77–87.

Johnson, J. (2000). Cost-effectiveness of mental health services for persons with a dual diagnosis: a literature review and the CCMHCP. The cost-effectiveness of community mental health care for single and dually diagnosed project. *Journal of Substance Abuse Treatment, 18*(2), 119–127.

Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H.-U., & Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry, 51*, 8–19.

Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of twelve-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Archives of General Psychiatry, 62*(6), 617–627.

Kessler, R. C., Nelson, C. B., McGonagle, K. A., Edlund, M. J., Frank, R. G., & Leaf, P. J. (1996). The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: implications for prevention and service utilization. *American Journal of Orthopsychiatry, 66*(1), 17–31.

Langas, A.-M., Malt, U., & Opjoirdsmoen, S. (2011). Comorbid mental disorder in substance users from a single catchment area: a clinical study. *BMC Psychiatry, 11*, 25.

Lieb, M., Wittchen, H. U., Palm, U., Apelt, S. M., Siegert, J., & Soyka, M. (2010). Psychiatric comorbidity in substitution treatment of opioid-dependent patients in primary care: prevalence and impact on clinical features. *Heroin Addiction and Related Clinical Problems, 12*(4), 5–16.

Lyne, J. P., O'Donoghue, B., Clancy, M., & O'Gara, C. (2011). Comorbid psychiatric diagnoses among individuals presenting to an addiction treatment program for alcohol dependence. *Substance Use & Misuse, 46*, 351–358.

Marshall, K. L., & Deane, F. P. (2004). General practitioners' detection and management of patients with a dual diagnosis: implications for education and training. *Drug and Alcohol Review, 23*, 455–462.

Mazza, M., Mandelli, L., Di, N. M., Harnic, D., Catalano, V., Tedeschi, D., Martinotti, G., Colombo, et al. (2009). Clinical features, response to treatment and functional outcome of bipolar disorder patients with and without co-occurring substance use disorder: 1 year follow-up. *Journal of Affective Disorders, 115*, 27–35.

McCarthy, D. M., Tomlinson, K. L., Anderson, K. G., Marlatt, G. A., & Brown, S. A. (2005). Relapse in alcohol- and drug-disordered adolescents with comorbid psychopathology: changes in psychiatric symptoms. *Psychology of Addictive Behaviors, 19*(1), 28–34.

McGovern, M. P., Haiyi, C., Sedal, S. R., Seimbab, L., & Drake, R. E. (2006). Addiction treatment services and co-occurring disorders: prevalence estimates, treatment practices, and barriers. *Journal of Substance Abuse Treatment, 31*, 267–275.

Merikangas, K. R., Mehta, R. L., Molnar, B. E., Walters, E. E., Swendsen, J. D., Aguilar-Gaziola, S., et al. (1998). Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders: results of the international consortium in psychiatric epidemiology. *Addictive Behaviors, 23*(6), 893–907.

Mestre-Pintó, J., Domingo-Salvany, A., & Martín-Santos, R. (2014). Dual diagnosis screening interview to identify psychiatric comorbidity in substance users: development and validation of a brief instrument. *European Addiction Research, 20*, 41–48.

Minkoff, K., & Cline, C. A. (2004). Changing the world: the design and implementation of comprehensive continuous integrated systems of care for individuals with co-occurring disorders. *Psychiatric Clinics of North America, 27*(4), 727–743.

Moggi, F., Brodbeck, J., Koltzsch, K., Hirsbrunner, H. P., & Bachmann, K. M. (2002). One-year follow-up of dual diagnosis patients attending a 4-month integrated inpatient treatment. *European Addiction Research, 8*, 30–37.

Mueser, K. T., Noordsy, D. L., Drake, R. E., & Fox, L. (2003). *Integrated treatment for dual disorders: a guide to effective practice*. New York: Guilford Press.

Ness, O., Borg, M., & Davidson, L. (2014). Facilitators and barriers in dual recovery: a literature review of first-person perspectives. *Advances in Dual Diagnosis, 7*(3), 107–117.

RachBeisel, J., Scott, J., & Dixon, L. (1999). Co-occurring mental illness and substance use disorders: a review of recent research. *Psychiatric Services, 50*, 1427–1434.

Ringen, P. A., Melle, I., Birkenaes, A. B., Engh, J. A., Faerden, A., Vaskinn, A., Friis, S., Opjordmoen, S., & Andreassen, O. A. (2008). The level of illicit drug use is related to symptoms and premorbid functioning in severe mental illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 118*, 297–304.

Salo, R., Flower, K. L., Kielstein, A., Leamon, M. H., Nordahl, T. E., & Galloway, G. P. (2011). Psychiatric comorbidity in methamphetamine dependence. *Psychiatry Research, 186*(2–3), 356–361.

Schneider, U., Altmann, A., Baumann, M., Bernzen, J., Bertz, B., Birmer, U., Broese, T., et al. (2001). Comorbid anxiety and affective disorder in alcohol-dependent patients seeking treatment: the first multicentre study in Germany. *Alcohol and Alcoholism, 36*(3), 219–223.

Smith, J. P., & Book, S. W. (2010). Comorbidity of generalized anxiety disorder and alcohol use disorders among individuals seeking outpatient substance abuse treatment. *Addictive Behaviors, 35*(1), 42–45.

Swendsen, J. D., & Merikangas, R. (2000). The comorbidity of depression and substance use disorders. *Clinical Psychology Review, 20*(2), 173–189.

Verheul, R., Kranzler, H. R., Poling, J., Tenne, H., Ball, S., & Rounsaville, B. J. (2000). Co-occurrence of axis I and axis II disorders in substance abusers. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 101*, 110–118.

Zilberman, M. L., Tavares, H., Blume, S. B., & el-Guebaly, N. (2003). Substance use disorders: sex differences and psychiatric comorbidities. *Canadian Journal of Psychiatry, 48*(1), 5–13.

Anhang 2

Auswahl von Lebensereignissen mit ihren Punktwerten

Tod des Lebenspartners	100
Trennung vom Partner	73
Tod eines Familienmitgliedes	63
Eigene schwere Erkrankung	53
Heirat	50
Verlust der Arbeitsstelle	47
Pensionierung	45
Schwangerschaft	40
Sexuelle Probleme	39
Kinder verlassen das Haus	29
Ärger mit dem Chef oder Mitarbeiter	23
Wohnungswechsel	20
Änderung der Essgewohnheiten	15
Urlaub	13

Anhang 3

Vertrag über ambulante Nachsorge

Zwischen dem / der Mitarbeiter/ in der Beratungsstelle für Abhängigkeitserkrankungen
Grevesmühlen / Gadebusch

Frau / Herr .....
und
Frau / Herr .....

Geburtsdatum .....

Anschrift .....

.....

Der Vertrag ist zunächst auf 20 Sitzungen und 2 Bezugspersonengespräche (Gruppensitzungen 100 Minuten, Einzelsitzungen 50 Minuten) befristet, je nach Bewilligung des Kostenträgers. Bei Bedarf wird, auf Wunsch und mit Einverständnis des/der Klienten/in, ein Verlängerungsantrag beim Kostenträger gestellt.

Vereinbarung

Ich erkenne an, dass ich suchtmittelabhängig bin und die ambulante Nachsorge nutze, um die in der Therapie erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten unter Alltagsbedingungen abzusichern.

Mit der Durchführung und den inhaltlichen sowie formalen Bedingungen einer ambulanten Nachsorge wegen meiner Suchterkrankung, bin ich einverstanden.

Eine Rückfallgefährdung werde ich gegenüber dem /der Mitarbeiter/in ansprechen.
Sollte ich trotz aller Bemühungen rückfällig geworden sein, lege ich das gegenüber dem Berater / der Beraterin offen.

Ich verpflichte mich weiterhin, die vereinbarten Termine einzuhalten und mich aktiv an der Sucht-Nachsorge zu beteiligen und Sitzungen nur aus äußerst wichtigem Grund zu versäumen. Im Fall einer Nichtteilnahme, z. B. wegen akuter Erkrankung, einer Urlaubsreise oder nicht verschiebbaren Arbeitszeiten, verpflichte ich mich, vorher abzusagen.

Ich bin darüber informiert, dass eine vorzeitige Beendigung der Maßnahme durch mich als Abbruch gewertet und dies dem Kostenträger mitgeteilt wird.

Ich bin damit einverstanden, nach Absprache, einzelne therapeutische Gespräche mit meinem Partner / meiner Partnerin oder anderen für mich wichtigen Bezugspersonen zu führen, um mit ihnen gemeinsam nach Lösungen zu suchen.

Ich verpflichte mich auch, Informationen über Mitpatienten, die ich im Rahmen der Sucht-Nachsorge erhalten habe, nicht an Dritte weiterzugeben.

Für die Mitarbeiter/innen gilt die Schweigepflicht gemäß § 203 StGB.

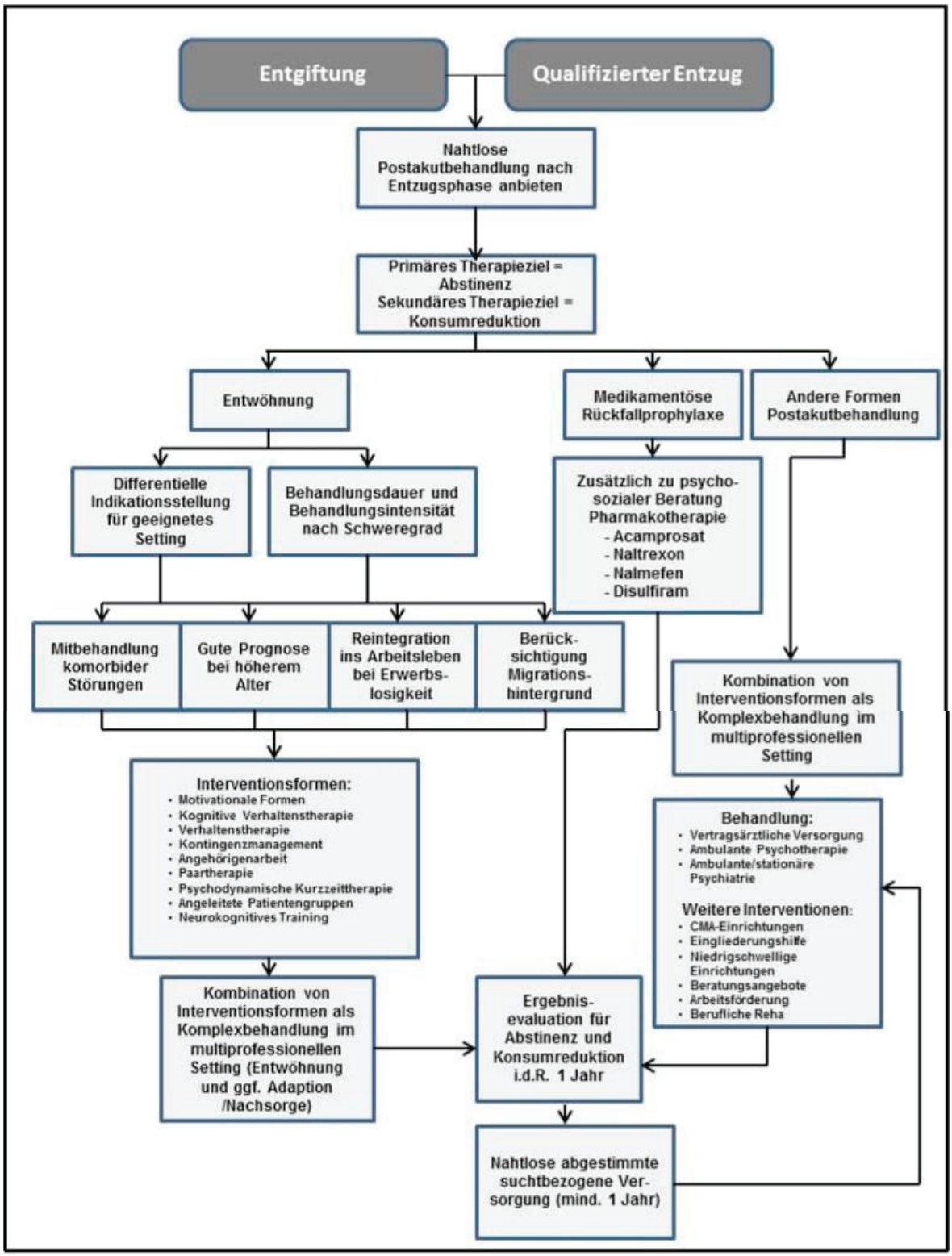
Datum:

....
Mitarbeiter/in Klient/in

Anhang 4

A	**„Soll“-**Empfehlung: Zumindest eine randomisierte kontrollierte Studie von insgesamt guter Qualität und Konsistenz, die sich direkt auf die jeweilige Empfehlung bezieht und nicht extrapoliert wurde (Evidenzebenen Ia, Ib, Ic).
B	**„Sollte“-**Empfehlung: Gut durchgeführte klinische Studien, aber keine randomisierten klinischen Studien, mit direktem Bezug zur Empfehlung (Evidenzebenen IIa, IIb, IIc) oder Extrapolation von Evidenzebene I, falls der Bezug zur spezifischen Fragestellung fehlt.
O	**„Kann“-**Empfehlung: Evidenzkategorie III, IV und V. Berichte von Expertenkreisen oder Expertenmeinung und/oder klinische Erfahrung anerkannter Autoritäten oder Extrapolation von Evidenzebene IIa, IIb oder IIc. Diese Einstufung zeigt an, dass direkt anwendbare klinische Studien von guter Qualität nicht vorhanden oder nicht verfügbar waren.
KKP	**„Klinischer Konsenspunkt“**: Empfohlen als gute klinische Praxis („Good Clinical Practice Point“) im Konsens und aufgrund der klinischen Erfahrung der Mitglieder der Leitliniengruppe als ein Standard in der Behandlung, bei dem keine experimentelle wissenschaftliche Erforschung möglich oder angestrebt ist.

Anhang 5


Entgiftung
Qualifizierter Entzug
Nahtlose Postakutbehandlung nach Entzugsphase anbieten
Primäres Therapieziel = Abstinenz
Sekundäres Therapieziel = Konsumreduktion
Entwöhnung
Medikamentöse Rückfallprophylaxe
Andere Formen Postakutbehandlung
Differentielle Indikationsstellung für geeignetes Setting
Behandlungsdauer und Behandlungsintensität nach Schweregrad
Zusätzlich zu psycho-sozialer Beratung Pharmakotherapie
- Acamprosat
- Naltrexon
- Nalmefen
- Disulfiram
Mitbehandlung komorbider Störungen
Gute Prognose bei höherem Alter
Reintegration ins Arbeitsleben bei Erwerbs-losigkeit
Berück-sichtigung Migrations-hintergrund
Kombination von Interventionsformen als Komplexbehandlung im multiprofessionellen Setting
Interventionsformen:
• Motivationale Formen
• Kognitive Verhaltenstherapie
• Verhaltenstherapie
• Kontingenzmanagement
• Angehörigenarbeit
• Paartherapie
• Psychodynamische Kurzzeittherapie
• Angeleitete Patientengruppen
• Neurokognitives Training
Behandlung:
• Vertragsärztliche Versorgung
• Ambulante Psychotherapie
• Ambulante/stationäre Psychiatrie
Weitere Interventionen:
• CMA-Einrichtungen
• Eingliederungshilfe
• Niedrigschwellige Einrichtungen
• Beratungsangebote
• Arbeitsförderung
• Berufliche Reha
Kombination von Interventionsformen als Komplexbehandlung im multiprofessionellen Setting (Entwöhnung und ggf. Adaption /Nachsorge)
Ergebnis-evaluation für Abstinenz und Konsumreduktion i.d.R. 1 Jahr
Nahtlose abgestimmte suchtbezogene Ver-sorgung (mind. 1 Jahr)

Anhang 6

Betreff: **KVT** Datum: 01.04.19 15:29
An: se18162@hs-nb.de Von: "F. Dörr" <f.doerr@schloss-tessin.de>

Sehr geehrte Frau Schimanek,
Sie fragten mich, wo ich die Grenzen von verhaltenstherapeutischen Interventionen (in der Nachsorge) bei Klienten m it einer Alkoholabhängigkeitserkrankung in der ambulanten und klinischen Praxis sehe?

Grenzen von (kognitiv-)verhaltenstherapeutischen Interventionen sind aus meiner Sicht erst dann erreicht, wenn eine psychopharmakologische Mitbehandlung unumgänglich ist, wie z.B. bei Psychosen, schweren depressiven oder mani schen Phasen etc.. Und auch bei den genannten Erkrankungen ist der zusätzliche Nutzen einer KVT belegt. Für die A lkoholabhängigkeit ohne Komorbidität sehe ich praktisch keine Grenze der Möglichkeiten der KVT, für nahezu alle ps ychiatrischen Erkrankungen gibt es evaluierte KVT-basierte Behandlungskonzepte und sei es zusätzlich zu anderen Behandlungsformen.
Mit der „Dritten Welle" der Verhaltenstherapie, also beispielsweise DBT, Schema-Therapie oder ACT stehen weitere Behandlungskonzepte der KVT zur Verfügung, deren Wirksamkeit und auch teilweise Überlegenheit gegenüber ander en Psychotherapiekonzepten wissenschaftlich gut untersucht ist.

Ich hoffe diese kurze Einschätzung lässt deutlich werden, dass ich vom Nutzen der verhaltenstherapeutischen Interve ntionen überzeugt bin.

Für Rückfragen stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung!
Mit freundlichen Grüßen

Felix M. Dörr
Chefarzt

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Facharzt für Neurologie
Suchtmedizinische Grundversorgung
Geriatrie
Gerontopsychiatrie, -psychotherapie, -psychosomatik

Ev. Suchtkrankenhilfe Mecklenburg-Vorpommern gGmbH Fachklinik "Schloß Tessin"
Tessiner Dorfstraße 23
19243 Tessin

Telefon: 03 88 53/33 80
Telefax: 03 88 53/33 81 30 oder 03 88 53/33 81 31
E-Mail: info@schloss-tessin.de
Internet: www.schloss-tessin.de

Geschäftsführerin: Katrin Kuphal
Prokuristin: Kornelia Sparr
Aufsichtsratsvorsitzender: Gudrun Kappich

Registergericht Schwerin, HRB 5505
UST-ID: DE 243198171

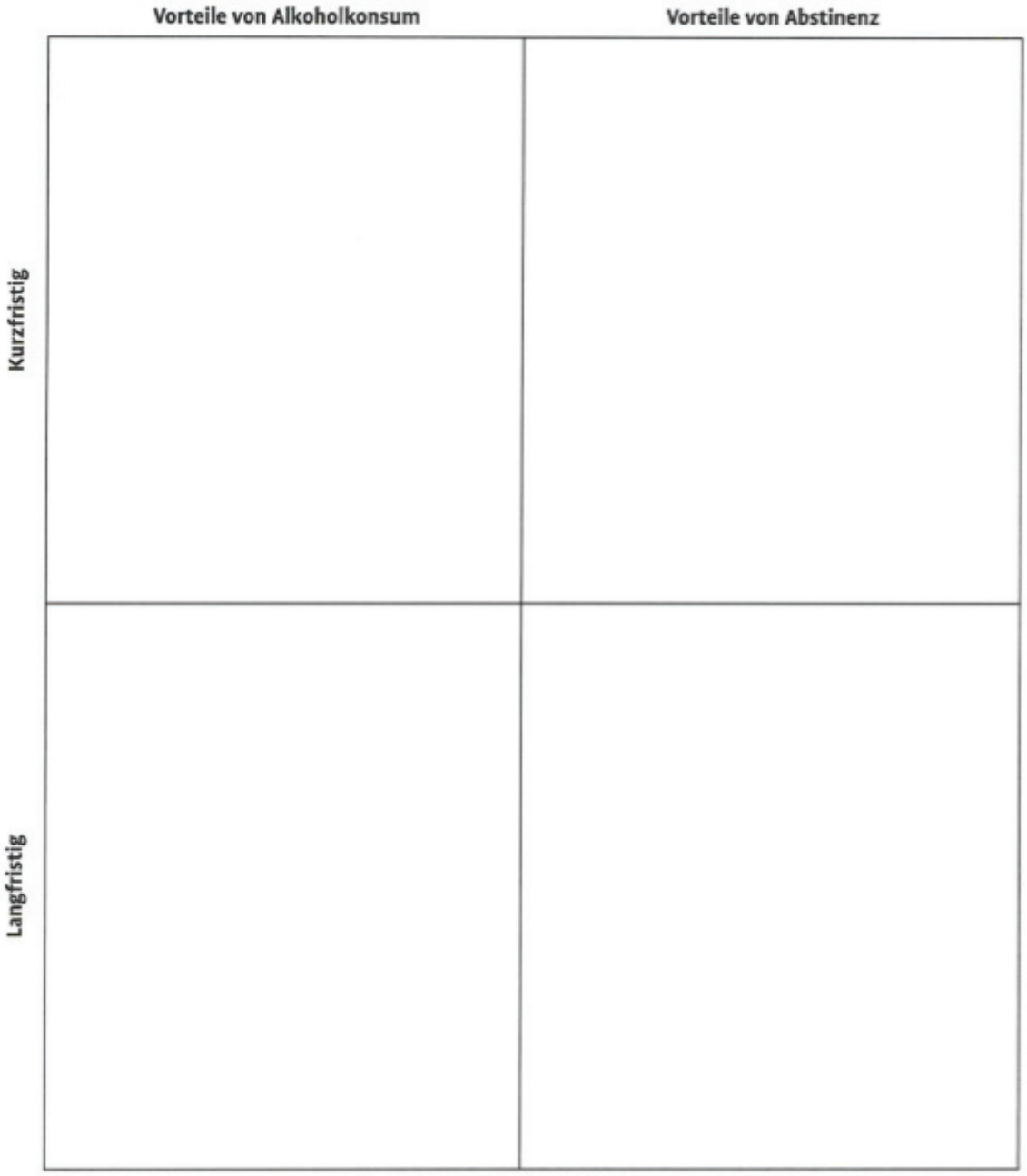
Bankverbindung:
IBAN: DE 83 520 604 10 000 73 100 80
BIC : GENODEF1EK1

Bank: Evangelische Bank e.G.

Der Inhalt dieser E-Mail ist ausschließlich für den bezeichneten Adressaten bestimmt. Wenn Sie nicht der vorgesehen e Adressat dieser E-Mail oder dessen Vertreter sein sollten, so beachten Sie bitte, dass jede Form der Kenntnisnahm e, Veröffentlichung oder Weitergabe des Inhalts dieser E-Mail unzulässig ist. Wir bitten Sie, sich in diesem Fall mit de m Absender der E-Mail in Verbindung zu setzen.

Bitte prüfen Sie, ob diese Mail wirklich ausgedruckt werden muss!

Anhang 7


Vorteile von Alkoholkonsum
Vorteile von Abstinenz
Kurzfristig
Langfristig

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken habe ich als solche kenntlich gemacht.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift