



EDITORIAL

Liebe Leserin,
lieber Leser,

die Existenz von vielen Tageszeitungen ist bedroht, etliche haben deshalb fusioniert und schon so manche ist vom Markt verschwunden. Elektronische Bücher und Zeitungen sind auf dem Vormarsch. Für mobile Geräte wie Smartphones gibt es jederzeit verfügbare aktuelle Nachrichtensendungen als Anwendungsprogramme (sog. Apps). Die neuen Medien verändern unser Kommunikations- und Konsumverhalten.

Auf Papier gedruckte Zeitungen, auch unsere salü, umweht deshalb bereits ein Hauch von Nostalgie. Die Wehmut nach vergangenen Zeiten befällt allerdings nur diejenigen, die angenehme Gefühle damit verbinden, in Zeitungen zu blättern und den Blick darin schweifen zu lassen, die das Rascheln des Papiers lieben und die Umgebung, in der man sie gerne liest. Wer heute mit elektronischen Medien aufwächst, die alle Nachrichten aus der ganzen Welt „just in time“ vermitteln und die das gesamte enzyklopädische Wissen jederzeit und an jedem Ort zugänglich machen, der wird wahrscheinlich gedruckte Zeitungen für verzichtbar halten, weil sie schon bei ihrer Produktion überholt sind und weil sie Ressourcen verschwenden. Aber keine Sorge: unsere salü setzt nicht auf Tagesaktualität und sie wird so lange weiter auf Papier gedruckt, wie es Leser gibt, für die sie nur in dieser Form zugänglich ist oder die sie so bevorzugen. Alle Modernisten können sie von unserer Internetseite herunterladen und in zeitgemäßer Weise auf einem Bildschirm lesen.

Unsere salü erscheint heuer im 20. Jahrgang. Fast alle unsere Arbeitsprozesse, auch die der salü, haben sich in diesem Zeitraum infolge der technologischen Entwicklung grundlegend verändert: der Einzug von einzelnen PC in den 90ern, ihre interne Vernetzung und anschließend die externe Datenübertragung haben die Einführung der elektronischen Patientenakte, die vernetzte Therapieorganisation und den elektronischen Berichtsversand ermöglicht. Was so nüchtern und einfach klingt, hat viele Arbeitsabläufe erheblich beschleunigt und Zuständigkeiten modifiziert, was sich natürlich auf die Kooperation und das sozioemotionale Geschehen auswirkte. Es war eine wesentliche Aufgabe in dieser Zeit, die positiven Auswirkungen zu fördern und negativen vorzubeugen oder sie zu mildern.

Ähnliches gilt für die inhaltliche Integration der neuen Medien und Technologien in die Medizinische Rehabilitation: Inwiefern können sie nützlich sein, wo könnten sie schaden? Wenn sie in psychische Störungen verwickelt sind, mit welchen therapeutischen Methoden begegnet man ihnen? Welche Auswirkungen haben sie auf das Erwerbsleben und wie muss sich die berufsbezogene Reha darauf einstellen? Auf solche Fragen haben wir in den vergangenen Jahren Antworten gesucht und darüber berichten die Beiträge in dieser salü. Ich hoffe, sie zeigen, dass die „alte Tante salü“ noch immer auf der Höhe der Zeit ist und nicht nur „Weisheit“ und „Achtsamkeit“ kann.

Ihr Ralf Schneider



Nica Böttcher

Die zunehmende Geschwindigkeit, in der sich unsere täglichen Routinen verändern, ist für jeden spürbar. Wir sind ständigen technologischen Veränderungen ausgesetzt. So konnten die meisten von uns seit der breiten Markteinführung des Handys vor etwa 15 Jahren beobachten, dass Telefonzellen rar werden (und heute praktisch verschwunden sind). Und während man die Trennung vom Lebenspartner nun per SMS regelt, beschäftigen sich Familien neuerdings mit der Optimierung ihrer Haushaltsführung per Kamerasystem, um beim Einkauf im Supermarkt noch gezielter in die hintersten Winkel ihres Kühlschranks zu blicken oder per Smartphone bereits zwei Stunden vor dem Heimkommen die Temperatur ihrer Badezimmerfliesen zu regulieren oder die Waschmaschine zu starten. Wie bei den meisten neuen Entwicklungen gibt es auch hier generationsübergreifend die Diskussion, ob darin ein Segen oder ein Fluch liegt. Wobei ideologische Verherrlichungen oder Verteufelungen wenig zielführend sind. Es geht sicherlich mehr darum, den Vorteil der neuen Medien zu nutzen, aber auch die Gefahren gleichzeitig im Auge zu haben.

Eng verbunden mit dem technischen Fortschritt ist die aktuelle Diskussion um die so genannten „Neuen Medien“, wobei es derzeit vor allem um das Phänomen „Social Media“ geht, also Aktivitäten in sozialen Netzwerken wie Facebook oder Twitter. Hierbei handelt es sich um Ebenen der Kommunikation im Netz, die sich im Wesentlichen durch die Merkmale Interaktivität, Multimedialität und Vernetzung auszeichnen.

Binnen kürzester Zeit haben die neuen Medien unser Kommunikationsverhalten revolutioniert wie nie zuvor. Freundschaften werden heute zu einem großen Teil über die sozialen Netzwerke gepflegt und geführt. Aus Gründen von Arbeitsverdichtung und geforderter beruflicher Mobilität bleibt

NEUE MEDIEN FLUCH ODER SEGEN

vielen oft kaum eine andere Möglichkeit, um Kontakte und sogar Freundschaften zu pflegen. Der Austausch über jedes beliebige Thema kann mit bisher unbekanntem Menschen von jedem Fleck der Erde und zu jedem Zeitpunkt des Tages via Chat, Blog oder Foren stattfinden, jede Meinung oder Position kann gepostet, getwittert oder auf andere Weise im World Wide Web geteilt werden. Darüber hinaus können Informationen nicht nur über

So muss gerade in der Behandlung von Sucht- und Psychosomatikpatienten genau abgewogen werden, wann ein Engagement in sozialen Medien von Vorteil ist und wann Gefahren entstehen könnten. In unserer Arbeit geht es bei der Gewährleistung einer individuellen Behandlung um eine Vertrauensbasis zwischen Therapeuten und Patienten, die vor allem im Hinblick auf den Datenschutz gewahrt werden muss. Dabei müssen klare Regeln definiert



den Haushalts-PC verbreitet, empfangen und diskutiert werden, sondern an jedem Ort über Tablet-PCs, E-Books und Smartphones von Plattformen wie Youtube, Facebook-Profilen, Suchmaschinen wie Google und herkömmlichen Websites abgerufen werden.

Da längst auch Unternehmen die Möglichkeiten dieser Entwicklung erkannt haben, gibt es kaum noch eine Website, die keine Verlinkungen auf die Plattformen der sozialen Medien anbietet. Im Marketingbereich ist es sicher erstrebenswert und einfach, Informationen zu verbreiten. Anders steht es aber in Bereichen, in denen es um Datenschutz und Vertrauensbasis geht. Hier ist viel mehr Sorgfalt beim Umgang mit sensiblen Daten nötig.

werden, welche Informationen medial zur Verfügung gestellt und somit verbreitet werden könnten. Auch Faktoren wie Suchtpotenzial, Suchtverlagerung oder die Gefahr, sich von der realen Welt zu isolieren, spielen eine wichtige Rolle, die es zu beachten gilt. Denn in der therapeutischen Arbeit lässt sich auch die Kehrseite der Medaille beobachten. Es ist gewiss auch in Zukunft noch weiter zu beobachten und diskutieren, wie und inwieweit sich unser neues Kommunikationsverhalten auf die Zunahme der Verhaltenssuchte – zum Beispiel pathologischer PC- und Internetgebrauch – und das Phänomen des "Burnout" aufgrund von Multitasking und Internetmobbing auswirkt.

Fortsetzung auf Seite 2

Fortsetzung von Seite 1

Nicht zu unterschätzen sind auch Probleme, die sich durch die vereinfachte Beschaffung sogenannter „legal high“-Produkte über das Internet für die Suchtarbeit ergeben.

Trotz einer sensibleren Berücksichtigung möglicher Konsequenzen ergeben sich auch in der Behandlung einer Rehaklinik noch genügend Möglichkeiten, die Suchtarbeit zu optimieren. Angefangen bei vereinfachten Möglichkeiten, im Vorfeld der Behandlung Kontakt zur Klinik aufzunehmen – zum Beispiel Bereitstellung von Formularen zur Anmeldung im Download Bereich der Website, Informationsaustausch über die Bereitstellung eines Films hinterlegt auf der Website, vereinfachter Internet-Auftritt (WAP) für Smartphones oder Chatgruppen für den Austausch zwischen Interessenten und Ehemaligen über die Erweiterung der therapeutischen Arbeit (Einsatz von Smartphone in Gruppen und Einzelthe-

rapie) bis hin zur Nachsorge gibt es eine Vielzahl neuer Ideen, die dank der Möglichkeiten der „Neuen Medien“ die Arbeit verbessern können.

Wir als Klinik versuchen, gut überlegt den Anschluss an die Entwicklung mitzugehen. Allerdings bleibt es wie

so oft bei Neuerungen ein Austarieren zwischen den Chancen und Gefahren, die sich aus der Veränderung ergeben. Es bleibt spannend, in welchem Tempo sich die „Neuen Medien“ auf unsere Kommunikation und speziell bei uns auf unsere Arbeit auswirken.



ÜBER 5 JAHRE SALUS CHAT - EINE ERFOLGSGESCHICHTE



Hermann Huber

Bereits seit Dezember 2007 steht der öffentliche Chat der salus klinik Friedrichsdorf im Internet. Er wird von ehemaligen Patienten der Klinik moderiert, die immer wieder für ihre manchmal auch schwierigen Aufgaben im Chat gecoacht werden (siehe Bild). Anders als der wissenschaftlich orientierte Nachsorgechat ist er ein Forum für den spontanen Austausch von Betroffenen und Angehörigen mit Gleichgesinnten. In unregelmäßigen Abständen hatten insgesamt in den fünf Jahren ca. 2000 User Kontakt zum Chat oder zum angeschlossenen Forum. Ursprünglich war er nur für ehemalige Patienten der salus klinik gedacht. Sie sollten die Möglichkeit haben, über dieses Medium am PC oder Laptop von zu Hause, von Internet-Cafés oder von überall her mit ehemaligen Patienten in Kontakt zu treten. Dadurch, dass unser Chat täglich von 19.00-21.00 durch Moderatoren besetzt ist, steht immer ein Ansprechpartner zur Verfügung, der bei Fragen meist weiterhelfen kann. So kann jemand, wenn er eine angenehme Erfahrung machte, oder auch wenn er Fragen, Sorgen und Ängste hat, diese mit anderen teilen und deren Meinung

dazu einholen. Diese tägliche Präsenz kann für einige Patienten, besonders in der ersten Zeit nach einer Therapie, eine wichtige Unterstützung sein. So kann ein Besuch im Chat für einige unserer ehemaligen Patienten sehr sinnvoll sein und mithelfen, die Abstinenz nach einer Therapie zu stabilisieren oder rückfallpräventiv zu sein. Es gibt immer wieder User, die in den Chat kommen, um von dem Druck, trinken zu müssen wegzukommen. Ja, manche meinen sogar, dass es gerade die Anonymität des Chats ist, die es ihnen ermöglicht, über ihr Wanken zu sprechen. Aber auch Personen, die wieder rückfällig wurden, können diese anonymen Treffen im Chat einen Weg bieten, sich mit weniger Scham zu outen und gemeinsam zu schauen, was die nächsten Schritte sind. Der Chat ist somit eine wertvolle Ergänzung der Nachsorgeangebote. Sicherlich nicht für jedermann und sicherlich auch

nicht als Alternative zur Selbsthilfe, aber als Ergänzung.

Im Laufe des Bestehens hat sich weiterhin herausgestellt, dass der Chat für Menschen, die auf der Suche nach Unterstützung bei psychosomatischen Erkrankungen und/oder Suchtproblemen sind, eine immer größere Rolle spielt. Wer im Internet surft und Unterstützung sucht, tauscht sich lieber mit Betroffenen aus, um zu erfahren, ob eine Reha für ihn etwas Sinnvolles sein könnte oder nicht. Hier ist die Anonymität für viele von besonderer Wichtigkeit. Wer sich bei der Anmeldung einen Fantasienamen zulegt, braucht sich nicht namentlich zu erkennen gebend und kann dennoch Ängste und Befürchtungen thematisieren und oft auch abbauen, bekommt Tipps und die Möglichkeiten des Suchthilfesystems gezeigt. Die Schwellenangst, sich Hilfe in einer Fachambulanz oder Klinik zu holen, kann oft durch „Gespräche“



Chat Moderatoren mit Herr Dr. Kramer und Herr Leist

DAS ONLINE-SELBSTHILFE-PROGRAMM DER salus klinik

www.selbsthilfealkohol.de

Um auch im Bereich der Selbsthilfe die Ressource der „Neuen Medien“ zu nutzen, haben die salus klinik gemeinsam mit den AHG Kliniken ein in den Niederlanden erprobtes Online-Selbsthilfeprogramm ins Deutsche übertragen. Auf diesem Weg soll für diejenigen eine Möglichkeit geschaffen werden, die kein umfangreiches therapeutisches Angebot nutzen können oder für jene, die auf anonymem, mobilem und schnellem Weg Unterstützung bei der Überwindung von Suchtmittelproblemen bekommen wollen. Die Möglichkeiten des Programms beinhalten:

- einen Selbsttest mit einer anschließenden Empfehlung, ob die Nutzung des Programms ausreichend erscheint oder aber eine engmaschigere Behandlung angezeigt ist
- die freie Wahl hinsichtlich des Veränderungsziels (vollständige Abstinenz oder Reduzierung des Konsums)
- einem Dashboard, das als sog. Erfolgsmesser dem Nutzer die Möglichkeit gibt, seinen aktuellen Grad der Mitarbeit zu beobachten
- einem Tagebuch, in dem individuelle Beobachtungen und Erfahrungen festgehalten werden können
- einem Forum, bei dem es den Nutzern ermöglicht wird, sich mit anderen Programmteilnehmern auszutauschen
- verschiedene Aufgaben, die der Nutzer im Verlauf des Programms bekommt (Leseaufgaben, kurze Arbeitsblätter)

Zusätzlich ist es den Nutzern möglich, auf eine Hotline zurückzugreifen, die innerhalb von 24 Std. eine persönliche und somit individuelle Hilfestellung bietet. Diese wurde speziell für diesen Rahmen eingerichtet.

Der salus-Chat ist täglich von 19:00 - 21:00 Uhr durch Moderatoren besetzt.

Jeden Montag: 19:00 - 21:00 Psychosomatik-Chat

Jeden Dienstag: 19:00 - 21:00 Frauen-Chat

Jeden Mittwoch: 20:15 - 21:15 salus-Chat für Angehörige

www.saluschat.de

mit einem ehemaligen Patienten deutlich verringert werden. Es ist eben viel einfacher, ins Internet zu gehen, als die Schwelle einer Beratungsstelle zu überschreiten.

Ein anderer Personenkreis, der immer wieder die Möglichkeiten des Chats nutzt, sind Angehörige von Betroffenen. Hier einen Austausch zu finden und aus der Hilflosigkeit im Umgang mit Ihren erkrankten Partnern zu kommen, wird auch immer mehr genutzt. Dies ist die einzige Stelle in unserem Chat, wo das Prinzip, ehemals Betroffene helfen aktuell Betroffenen, aufgehoben wurde. Die Leiterin des Familien- und Angehörigenseminars der salus klinik, Corinna Nels, stellt sich hier den Fragen der Angehörigen einmal pro Woche. Aber auch in diesem Chat ist die Anonymität ein ganz großer Vorteil, die Schwellenangst zu senken und trotzdem mit einer Fachfrau sprechen zu können.

Insgesamt ist die Nachfrage nach dem Chat in den letzten zwei Jahren deutlich angestiegen. Als ich vor ca. 4 Jahren mit der Moderation im Chat begann, waren abends oft nur zwei bis drei Interessierte im Chat, heute sind es regelmäßig meist zwischen 10 und 15 Personen. Der Chat ist eine gesuchte Institution geworden und zwar nicht nur von ehemaligen Patienten, sondern besonders von Menschen, die mit dem Suchthilfesystem noch wenig zu tun hatten, aber auf der Suche nach Unterstützung sind.

THERAPEUTEN GESTÜTZTE CHATNACHSORGE FÜR STATIONÄR ENTWÖHNTE ALKOHOLABHÄNGIGE



Nicole
Wollmerstedt



Anna-Lena
Preßler

Hintergrund

In Deutschland sind etwa zwei Drittel aller stationären Rehabilitationsmaßnahmen von Alkoholabhängigen langfristig erfolgreich. Nachuntersuchungen ergeben, dass innerhalb des ersten Jahres nach der Klinikentlassung je nach zugrunde gelegter Berechnungsformel 20 % bis 55 % der Patienten rückfällig werden (Missel et al., 2012), während in anderen europäischen und amerikanischen Ländern diese Rückfallquoten deutlich höher ausfallen. Auffällig ist, dass sich etwa 85 % dieser Rückfälle innerhalb der ersten sechs Monate

ereignen. Aus diesem Grund werden Maßnahmen zur Sicherung der Behandlungsergebnisse insbesondere in den ersten Monaten nach der Entlassung dringend benötigt.

Die besten Aussichten auf einen Therapieerfolg haben Patienten, die in stabilen sozialen Beziehungen leben, einen Arbeitsplatz sowie eine Wohnung haben und die Behandlung regulär beenden. Zudem werden die Erfolgsaussichten erheblich gesteigert, wenn Patienten im Anschluss an die stationäre Entwöhnung an einer Nachsorgebehandlung teilnehmen.

Das in der Therapie Erreichte kann dadurch längerfristig aufrechterhalten, gefestigt oder sogar gesteigert werden. Zudem hilft sie Rückfällen vorzubeugen sowie einzelne Vorfälle nicht zu massiven Rückfällen ausufern zu lassen. Da es häufig mehrere Wochen dauert, bis die Nachsorgebehandlung genehmigt wird, erhält ein Teil der Patienten nach der Entlassung keine zeitnahe professionelle Unterstützung. Zudem gibt es Patienten, die nicht mobil sind, die beruflich viel auf Reisen sind oder für die eine Nachsorgeeinrichtung nur schwer erreichbar ist.

Insgesamt betrachtet nimmt leider nur ein geringer Teil der Patienten Nachsorgeangebote in Anspruch. Nach einem Jahr gaben nur knapp 25 % der Patienten an, regelmäßig eine Nachsorge besucht zu haben, obwohl Zwei Drittel der Patienten am Ende der Therapie eine Nachsorgebehandlung empfohlen wird. Noch adäquatere, patientengerechtere Nachsorgemaßnahmen, die von den Patienten auch regelmäßig besucht werden, sind aus diesem Grund dringend nötig. Diese Schnittstellenproblematik bei der Rehabilitation Alkoholabhängiger gilt es durch innovative Weiterbehandlungsmaßnahmen zu verbessern. Mit diesem Ziel wurde in den vergangenen Jahren vermehrt der Fokus auf Interventionen gerichtet, die sich mit internetbasierter (mobilitätsunabhängiger) Nachsorge beschäftigen und die direkt im Anschluss an die stationäre Behandlung beginnen. Eine erfolgreiche Implementierung solcher Nachsorgekonzepte konnte bereits für stationäre Psychosomatikpatienten wissenschaftlich nachgewiesen werden (Ebert et al., 2008; Wolf et al., 2008; Zimmer et al., 2010). Im Anschluss an eine stationäre Rehabilitation erfolgten Chatsitzungen sowie E-Mailkontakte mit Therapeuten (Chat- und E-Mail-Brücken). Dadurch konnte eine nachhaltige Verbesserung der Gesundheit dieser Patienten erreicht werden.

Im Bereich der Rehabilitation stationär entwöhnter Alkoholabhängiger bestanden solche internetbasierten Nachsorgekonzepte noch nicht. Dies führte zur Entwicklung des nun vorzustellenden Forschungsprojektes, das sich mit folgenden Fragestellungen beschäftigt:

Ist die therapeutengestützte chatbasierte Nachsorge im Internet eine geeignete Nachsorgeplattform für stationär entwöhnte Alkoholabhängige? Lassen sich damit die langfristigen Behandlungsergebnisse verbessern?



Das Projekt

Seit Januar 2011 hatten Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen, die sich zur stationären Entwöhnung in der salus klinik Friedrichsdorf oder in den AHG Kliniken Daun befanden, die Möglichkeit, an unserem therapeutengestützten Chatnachsorge-Projekt teilzunehmen.

An dieser Längsschnittstudie nahmen 300 Patienten teil, die zufällig einer von zwei Gruppen zugeordnet wurden: Experimentalgruppe (Chatgruppe) oder Kontrollgruppe (Telefongruppe). Die Patienten der Chatgruppe nahmen 6 Monate lang an einer wöchentlich stattfindenden, therapeutisch geleiteten, chatbasierten Gruppentherapie im Internet teil. Die insgesamt 26 Sitzungen dauerten jeweils 90 Minuten. Die Telefongruppe wurde über eine Dauer von sechs Monaten einmal im Monat für ein kurzes Gespräch von einem Therapeuten kontaktiert. Im Falle einer aktuellen Krise des Patienten stand der Chattherapeut nach der Chatsitzung noch für weitere 30 Minuten zur telefonischen Kontaktaufnahme zur Verfügung. Die Rekrutierung von Teilnehmern lief bis Ende März 2013.

Es erfolgen nach sechs Monaten und nach einem Jahr schriftliche Nachuntersuchungen. Aussagekräftige Ergebnisse werden 2014 erwartet.

Ausblick

Wie Schneider (2008) unterstreicht, kommt es im Bereich der Rehabilitation nicht auf kurzfristige Erfolge an, sondern auf die Nachhaltigkeit der in der Therapie erzielten Ergebnisse (vgl. auch Missel et al., 2010). Ziel dieses Forschungsprojektes ist es daher, auf effiziente Weise alkoholabhängige Rehabilitanden im Anschluss an ihre sta-

tionäre Behandlung weiterhin bei der Verfolgung ihrer Therapieziele im Alltag zu unterstützen, ihr Selbstmanagement zu fördern und sie zur Teilnahme an mittel- bis langfristigen Weiterbehandlungsmaßnahmen zu motivieren.

Die ersten Zwischenergebnisse der Studie deuten auf eine Wirksamkeit der gruppentherapeutischen chatbasierten Nachsorge im Internet hin. Es zeigte sich, dass verschiedene Krisen gut durch die chatbasierte Gruppentherapie aufgefangen werden konnten. Patienten, die einen Trinkvorfall hatten, wurden durch die Gruppe ermutigt, sich wieder weitergehende Hilfe zu holen, um ein anhaltendes Konsum zu verhindern. Weiterhin deuten die ersten vorläufigen Ergebnisse darauf hin, dass sich Rückfälle in der Telefongruppe häufiger ereigneten als in der Chatgruppe. Wird die Wirksamkeit der Chattherapie auch in den abschließenden Auswertungen und weiteren Studien nachgewiesen, so sollte ein solches chatbasiertes Nachsorgeprogramm für stationär entwöhnte Alkoholabhängige regelhaft zum Einsatz kommen.

Da die Forschung in der salus klinik Friedrichsdorf nicht mit diesem Projekt zu Ende gehen soll, wird aktuell eine Kooperation mit der Universität Heidelberg angestrebt, um ein neues gemeinsames, ebenfalls internetbasiertes Nachsorge-Projekt zu initiieren.

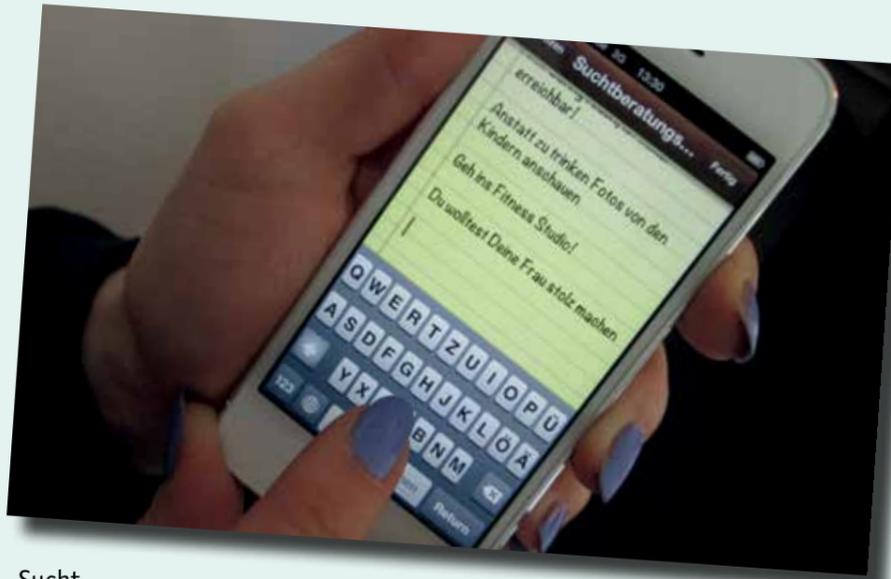
Offener Info-Abend:

Jeden Mittwoch findet in der salus klinik ein Informations-Abend statt. Alle Interessierten sind herzlich um 18.30 Uhr eingeladen

peutischen Interventionen und auch die „Therapie zwischen den Zeilen“ während der maßnahmenfreien Zeit dazu genutzt werden, sich auf die Menschen, die Angebote und die eigenen Gefühle und Gedanken einzulassen. Dies gelingt nur schwer, wenn immer wieder für Ablenkung gesorgt ist. Trotz dieser Faktoren scheint es lohnenswert zu sein, das Handy nicht völlig aus dem therapeutischen Denken und Handeln zu verbannen.

Klassische Handyfunktionen wie SMS, aber auch neuere Smartphonefunktionen wie Apps, können in der Therapie genutzt werden. So stolpert man bspw. in einem der größten App-Portale über eine App für Menschen mit Flugangst (Aviophobiker), welche unter der Verwendung gezielter Methoden (PMR, Autogenes Training, NLP etc.) in Kombination mit Informationen rund um das Fliegen ein sorgen- und angstfreies Fliegen verspricht. Dies scheint, wenn man den Erfahrungsberichten der Nutzer glaubt, gut angenommen und als hilfreich erlebt zu werden. Auch wenn aus psychotherapeutischer Sicht eine App alleine eine spezifische Phobie nicht heilen kann, so kann sie den therapeutischen Prozess wirkungsvoll begleiten und unterstützen. Es scheint eine Rolle zu spielen, dass der „Patient“ seinen „Therapeuten“ unmittelbar zur Verfügung hat, seine „Therapiezeit“ selbst kontrollieren kann und eine „gute Bindung“ zu seinem „Therapeuten“ besteht. Auch in der Behandlung von Suchterkrankungen kann auf diese Weise das Handy oder Smartphone den therapeutischen Prozess begleiten, unterstützen und ergänzen. Dabei können unterschiedliche Bereiche der therapeutischen Arbeit aufgegriffen werden. Themen wie Achtsamkeit, Rückfallaufarbeitung, Tagesstrukturierung und spezifische Fertigkeiten (Skills) können durch den gezielten Einsatz von Smartphones leichter in den Alltag der Patienten integriert werden.

Gerade im Zusammenhang mit Suchterkrankungen ist in Risikosituationen die schnelle Verfügbarkeit der Argumente für die Abstinenz ein wichtiger Faktor. In der therapeutischen Praxis zeigt sich: das Smartphone kann hier eine echte Hilfe sein. So scheinen die Patienten von der bewährten „Abstinenz-Card“ in elektronischer Form zu profitieren. Diese kann in Form einer Notiz im klassischen Karteikartendesign auf dem Handy gespeichert werden, und mit einem „Antippen“ hat man die Pros der Abstinenz und die Kontras des Konsums „schwarz auf weiß“ vor Augen. Ähnlich dieser klassischen Pro- und Contra-Liste können jedoch auch Skills oder Notfallpläne auf einen „Klick“ verfügbar gemacht werden. So hat der Patient den Vorteil, seine individuellen Strategien im „Kampf“ gegen den



Sucht- druck schnell zur Verfügung zu haben. Weiterer Vorteil dieser mobilen Karteikarte: Telefonnummern der Suchtberatungsstelle, eines vertrauten Freundes, der Telefonseelsorge etc. sind in dieser Liste durch ein einfaches Antippen aktivierbar, und eine telefonische Verbindung wird sofort aufgebaut. Während diese Nutzung des Handys eine akute Intervention darstellt, kann es jedoch auch prophylaktisch genutzt werden, um die eigene Wachsamkeit in Bezug auf die Abstinenzentscheidung zu erhöhen.

Herr R. berichtet zu Beginn der Therapie davon berichtete, dass er bereits mehrere Male über fast ein Jahr abstinent gelebt habe. Im Laufe der Zeit habe er jedoch immer wieder die emotionale Verbindung zu seinen „Pros der Abstinenz“ verloren, und es sei zu einer Rückkehr in alte Konsumgewohnheiten gekommen.

Besonders wichtig sei ihm, seine Frau und seine Kinder nicht mehr zu verletzen, was er durch seine Rückfälligkeit wiederholt getan habe. In seinen Rückfallsituationen habe das angenehme Gefühl der Zugehörigkeit zu seinen Fußballkumpels und des Kicks diese anderen Gefühle wegschieben können, weil er sich nicht mehr jeden Tag vor Augen geführt habe, wie wichtig ihm die Verbundenheit zu seiner Frau und seinen Kindern sei. Er habe diese als „selbstverständlich“ angenommen. In der stationären Therapie konnte Herr R. für sich einen Satz formulieren, der für ihn die Wichtigkeit dieser mit der Abstinenz gekoppelten Verbundenheit ausdrückte. Dieser Satz konnte in das Bild seiner Familie integriert werden.

Dieses Foto installierte sich Herr R. auf seinem Smartphone als Benutzerhintergrund und war immer das Erste, was er beim Einschalten des Handys sah. Dadurch wurde bei jedem Kontakt mit seinem Handy seine Aufmerksamkeit auf die „Familie“ gelenkt. Dies erlebte der Patient für sich als hilfreich, ähnlich dem „Knoten im Taschentuch“, der an wichtige Dinge erinnern soll, die nicht vergessen werden dürfen.

Ebenfalls bewährt hat sich der Einsatz der mobilen Telefone im Rahmen der im stationären Setting der salus klinik stattfindenden Erprobungsheimfahrten. Neben den „Patenschaften“, bei denen sich der auf Heimfahrt gehende Patient einen Mitpatienten aussucht, mit dem er per SMS oder Telefonaten Kontakt hält, wird das Handy auch zur Realitätsprüfung, zur Dokumentation ehemaliger „Trinksituationen“ sowie zur Dokumentation neuer Lieblingsorte eingesetzt. Bei den letztgenannten Beispielen wird die im Handy integrierte Kamera genutzt, um Fotos der Wohnung und der Trinksituationen oder möglicher neuer, positiv besetzter Orte zu machen. Diese Fotos können anschließend vor verschiedenen Hintergründen besprochen oder auch in der Gruppentherapie thematisiert werden. So ist es möglich, die eigene, gewohnte Umgebung aus der Beobachterperspektive zu betrachten und durch den dadurch erzeugten „emotionalen Abstand“ möglicherweise zu neuen Bewertungen zu kommen oder mögliche Risikofaktoren leichter zu identifizieren. Auch die Analyse eines Rückfalls anhand einer gefilmten Sequenz des Konsumumfelds ermöglicht es dem Patienten, aus der Beobachterperspektive heraus z.B. anscheinend harmlose Entscheidungen

(z.B. die noch immer mit Weingläsern gefüllte Vitrine im Wohnzimmer) und die dadurch aktivierten Trigger des Suchtgedächtnisses zu erkennen. Dadurch eröffnet sich die Möglichkeit, darüber ins Gespräch zu kommen und dies zukünftig zu verändern. Gerade solche „scheinbar harmlosen Entscheidungen“ werden oft erst durch die mit Hilfe der Aufnahmen ermöglichte Realitätsprüfung „aufgedeckt“, da diese meist in der nur verbal vorgenommenen Rückschau auf einen Rückfall vom Patienten nicht bewusst erinnert werden.

Darüber hinaus lässt sich die Erinnerungs- oder Kalenderfunktion eines Handys dazu nutzen, den Patienten bei seinem Wunsch nach einem geregelten Tagesablauf zu unterstützen. In diesem Zusammenhang wird von den Patienten häufig berichtet, dass ein Bewusstsein hinsichtlich der Notwendigkeit z.B. des regelmäßigen Besuchs einer Selbsthilfegruppe besteht, dass jedoch die konsequente Umsetzung eine Schwierigkeit darstellt. Mittels neuerer Handys ist es eine Leichtigkeit, Termine in einem Kalender zu speichern und sie mit einem Erinnerungston zu versehen und es besteht die Möglichkeit, einen Text, in Form einer Notiz an diesen Alarm zu knüpfen. Die Patienten haben hier die Gelegenheit, sich noch einmal ihre Argumente, warum der Besuch bspw. der Selbsthilfegruppe für ihn/sie selbst wichtig ist, anzusehen.

Natürlich ist der Einsatz der mobilen Telefone letztlich nicht mehr als ein Anstoß. Der Patient selbst muss die Kraft, den Willen und die Konsequenz aufbringen, die für ihn wichtigen Schritte in die Tat umzusetzen. Dies eint jedoch alle therapeutischen Instrumente, ob sie nun älterer oder neuerer Schule sind, so dass mir bei einem achtsamen Umgang unter Beachtung der täglichen Hürden (... und ewig lockt das „Abtauchen“) die Nutzung der neuen technischen Möglichkeiten sinnvoll erscheint.



MEDIZINISCH-BERUFLICH ORIENTIERTE REHABILITATION (MBOR) in der Suchtbehandlung



Corinna Nels



1. Wieso die med. Rehabilitation Suchtkranker die berufliche Integration unbedingt berücksichtigen muss

Die Sicherung bzw. Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit ist der gesetzliche Auftrag im Rahmen der Entwöhnungsbehandlung von Suchtkranken. Die Herstellung der Abstinenz ist hierfür die Basis. Diese ist wiederum eng gekoppelt an ein – im Idealfall zufrieden erlebtes – Erwerbsleben. Von der DRV-Bund soll MBOR flächendeckend in den Rehabilitationskliniken aller Fachkliniken eingeführt werden. Aktuell wird in der orthopädischen Rehabilitation das Steuerungsmodell der MBOR implementiert (Egner 2012). Arbeits- und berufsbezogene Reintegrationsmaßnahmen haben wir als salus klinik traditionell seit Langem „auf unseren Fahnen“. Eine medizinische Suchtrehabilitation ohne berufliche Rehabilitation wäre ein wahrer Kunstfehler, weiß man doch, welchen Stellenwert Struktur, welche Wichtigkeit eine gesicherte berufliche Existenz und eine sinnvoll erlebte Zeit im Alltag eines Suchtkranken darstellen. Studien belegen kausale Zusammenhänge zwischen Arbeitslosigkeit und erhöhten Rückfallquoten sehr eindrücklich (Henkel et al. 2004). Bei einem erheblichen Teil der Patienten wird das Ziel der Abstinenzsiche-

rung und der Erwerbstätigkeit nach Behandlungsende gut erreicht. Auf der anderen Seite steht die große Zahl der Patienten ohne gesicherte Arbeitsplatzsituation in den Fachkliniken. Drei-viertel der Arbeitslosen sind Langzeitarbeitslose (FVS, Basisdokumentation 2011).

MBOR ist hier in besonderer Weise erforderlich! Das Sozialgesetzbuch definiert im SGB IX §4 den Auftrag, neben der Vorbeugung einer Behinderung, die Teilhabe am Arbeits- und Gesellschaftsleben zu sichern bzw. ganzheitlich zu fördern, um eine selbständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen und zu erleichtern. Reha-Therapiestandards der Deutschen Rentenversicherung wurden entwickelt, um dieser Gesetzesanforderung nachzukommen. Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) wurden als Pflichtmodule geprüft und bilden eine Grundlage für unsere MBOR. Angelehnt an das A-B-C-Modell des Rentenversicherers bieten wir Basis und Kernmaßnahmen an, für eine spezielle Personengruppe weitere spezifische Maßnahmen.

2. MBOR in der salus klinik

Schon vor Aufnahme der Patienten (Abb. 1) erfassen wir mit Hilfe eines per Post zugesandten Fragenkatalogs

den rehabilitativen Bedarf in beruflicher Sicht. Diese Basismaßnahme beinhaltet auch den Fragebogen zur beruflichen Belastung (SIBAR). Unser Wunsch ist es, so zeitnah wie möglich den Bedarf unserer Patienten bzgl. einer berufsorientierten Rehabilitation zu erfassen. Anhand dieser Angaben

vorzubereiten. Als Kernmaßnahme der MBOR finden z.B. regelhaft Betriebsseminare in der Klinik statt, wozu Arbeitgeber eingeladen werden und gemeinsam mit den Rehabilitanden und dem Bezugstherapeuten die Rückführung an den Arbeitsplatz vorbereitet wird. Während der Entwöhnungsbehandlung dienen viele Kernmaßnahmen, z.B. die erweiterte Berufsanamnese, Berufs- und Sozialberatung, Arbeitstraining, PC-Kurse, Selbstsicherheitstraining, erweiterte Diagnostik im Rahmen eines Fähigkeitsprofils der Stärkung der Selbstwirksamkeit in das eigene Tun. Rehabilitanden mit ungesichertem Arbeitsplatz erhalten ähnliche Angebote wie die Arbeitslosen und sind eng an diese Abteilung angebunden. Langzeitarbeitslose (> 6 Monate) weisen wir dem Sozialtherapie-Team zu.

Basismaßnahmen MBOR für alle Rehabilitanden

- Sozialinfo
- Berufsanamnese
- Arbeitsplatzbeschreibung
- Sozialmedizinische Leistungseinschätzung
- Zuteilung in spezifische Teams - z.B. Sozialtherapie

und der dem Bewilligungsbescheid beigefügten Unterlagen unterteilen wir die Rehabilitanden vorläufig in drei Gruppen: Nichterwerbstätige, Erwerbstätige mit Arbeitsplatz und Erwerbsfähige ohne Arbeitsplatz (Abb. 1). In der ersten Behandlungswoche bietet die Sozialberatung für alle unsere Patienten regelmäßig eine Sozialinfo als eine weitere wichtige Basismaßnahme der MBOR an, um über die Angebote dieser Abteilung zu informieren. 2012 wurde diese von 98% unserer Patienten wahrgenommen. Die sozialmedizinische Leistungseinschätzung ist ebenfalls eine tragende Basismaßnahme der MBOR in unserer Klinik.

Nichterwerbstätige (Rentner, Hausfrauen) spielen bei der MBOR eine untergeordnete Rolle, Berufliche Beratung findet dann statt, wenn z.B. die Hausfrau wieder eine Arbeit antreten will bzw. wenn eine befristete Berentung besteht und es um die Klärung der beruflichen Perspektiven nach dieser Zeit geht. Unser Hauptaugenmerk liegt auf der Gruppe der Erwerbstätigen mit besonderen beruflichen Problemlagen (BBPL) und natürlich den arbeitslosen Rehabilitanden. Erwerbstätige mit Arbeitsplatz können die Sozialberatung in Anspruch nehmen, um sich auf den Wiedereinstieg am Arbeitsplatz

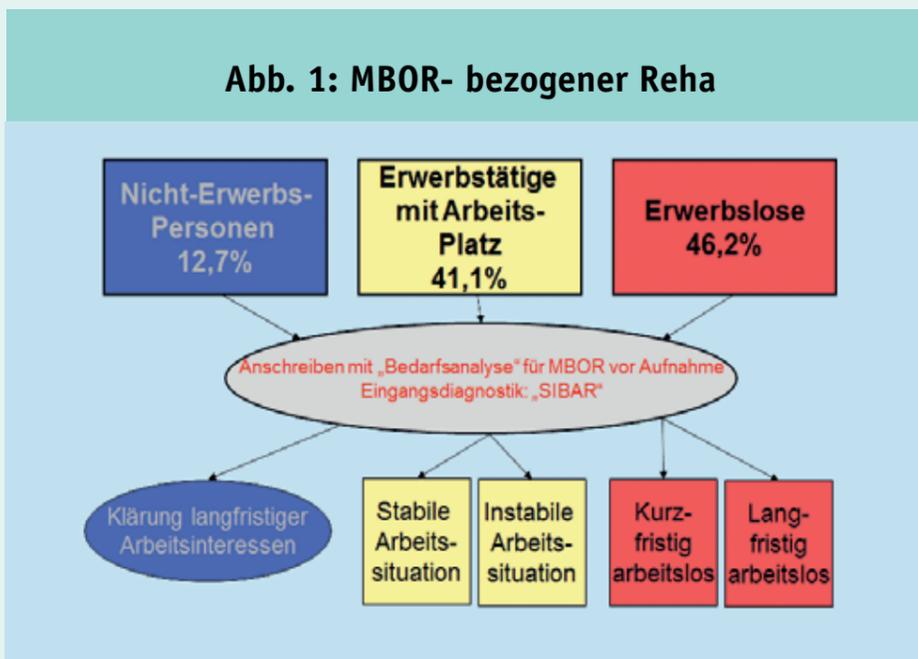
In einer erweiterten Berufsanamnese werden mit dem Rehabilitanden gemeinsam die Problemfelder erfasst, die zur Arbeitslosigkeit geführt haben. Es geht darum, die persönlichen Stärken und Fähigkeiten zu erfassen und die eigenen Schwächen und Einschränkungen zu erfragen. Von zentraler Bedeutung ist es, die Motivation un-

Der aktuelle („Reframing“-) Lieblingswitz der Redaktion:

Eine hochbetagte Dame sitzt im Wartezimmer eines Arztes. Ihr gegenüber nimmt ein junger Neonazi in martialischer Aufmachung Platz. Sie mustert ihn eingehend vom kahl geschorenen Kopf bis zu den Springerstiefeln an den Füßen und sagt dann voller Mitleid zu ihm: „Ach, junger Mann, Sie haben es aber auch nicht leicht im Leben: Erst die Chemo-Therapie und dann auch noch orthopädische Schuhe!“

serer Patienten herzustellen, sich mit der -häufig als sehr belastend erlebten Thematik- auseinanderzusetzen. Lange Zeiten der ungesicherten Arbeitssituation bzw. der Arbeitslosigkeit lassen viele unserer Patienten resignieren. Die Selbstwirksamkeit, den beruflichen Alltag zukünftig zu meistern und die eigene Existenz zu sichern, ist häufig brüchig bzw. kaum noch vorhanden.

Abb. 1: MBOR- bezogener Reha



Kernmaßnahmen MBOR für alle Personen mit BBPL

- Erweiterte Berufsanamnese
- Berufs- und Sozialberatung
- Arbeitstraining (Büro, Holz, Service)
- PC-Kurse
- IG-Beruf und Zukunft
- IG- Stress am Arbeitsplatz
- Gezielte Psychotherapie (Selbstsicherheit, Angst...)
- Betriebsseminar
- Fähigkeitsprofil (Melba)
- Hirnleistungstraining
- ggf. stufenweise Wiedereingliederung

Das Behandlerteam hat die Aufgabe, einfühlsam aber dennoch strukturiert den Rehabilitanden in der Entwicklung von realistischen Perspektiven bzgl. seiner Berufsfindung zu „begleiten“. Der diagnostische Blick ist gefordert, sich in besonderer Weise an den Realitäten der Person anzukoppeln. Visionen und Ideale unserer Patienten bedürfen z.T. eines kritischen Hinterfragens. Dies erfordert Kompetenzen in motivierender Gesprächsführung, z.T. auch Konfliktfähigkeit und sicherlich manchmal einen „langen Atem“ in der Begleitung. Realitätsnahe Beratung beinhaltet auch, sich den Realitäten des Arbeitsmarktes anzupassen. Wenn z.B. klar ist, dass jemand aufgrund der Anamnese und der Problemanalyse wahrscheinlich sehr schlechte Chancen hat, in den ersten Arbeitsmarkt zurückzukehren, darf man die Zielsetzung nicht aufgeben, muss jedoch dem Betroffenen helfen, Strategien für ein zufriedenes Leben ohne Erwerbsarbeit zu entwickeln. Stellte der Beruf in diesen Lebensbiographien bislang immer einen Mittelpunkt dar, ist besonders viel Fingerspitzengefühl und Einfühlungsvermögen gefragt.

Fast alle Arbeitslosen können wir zu einer internen Arbeitstherapie in unserem Haus motivieren. Hierfür arbeiten Ergotherapeuten und Sozialberatung „Hand in Hand“. Nach einem Eingangsgespräch in der Ergotherapie werden die Patienten entsprechend ihrer Qualifikation/ Anliegen/Problemstellungen in das AT EDV und Bürokommunikation (Umgang mit modernen Medien), AT Handwerk

Die Fachambulanz ist erreichbar unter:

06172 / 950-254

e-mail: ambulanz@salus-friedrichsdorf.de

(Bearbeitung von Holz, Speckstein, Umgang mit den entsprechenden Werkzeugen und Maschinen, produktorientiertes Arbeiten) oder in das AT Dienstleistung Café salü (Erproben und Verbessern von sozialen Kompetenzen, wie Abgrenzung, Verantwortung etc.) eingebucht. 90% aller arbeitslosen Patienten aus dem Bereich Sucht Langzeittherapie nehmen an einem Arbeitstraining teil. Wir werten diese Kernmaßnahme als besonders wichtigen MBOR-Baustein während der Rehabilitation. Der Fokus der zielorientierten Berufsplanung wird in der Indikativgruppe „Beruf und Zukunft“ gelegt. Neben einer „Ist-Analyse“, welchen Stellenwert die Arbeit im Leben des Einzelnen hat, werden Hintergründe der Arbeitslosigkeit in der Gruppe erarbeitet. Im Mittelpunkt dieser vier-wöchigen Blockveranstaltung (3 Std. pro Woche) stehen das Bewerbertraining und die Erstellung einer Bewerbungsmappe. Es wird das Bewerbungsgespräch geübt und z.T. mit Unterstützung von Videoaufnahmen analysiert. Patienten ohne PC-Kenntnisse erhalten zudem eine integrierte PC-Schulung, um ihre persönlichen Unterlagen erstellen zu können. Wir wollen, dass zumindest PC-Grundkenntnisse im Rahmen der



Rehabilitation erworben werden. Diese sind in der heutigen Zeit einfach ein Muss, wenn es um die berufliche Existenzsicherung geht. In der Klinik stehen den Patienten 13 Übungs-PCs zur Verfügung, zudem befindet sich in unserem Patienten-Café eine Internet-Ecke mit 4 PCs zur freien Nutzung für alle Portale rund um das Thema „Arbeit“. Zur Klärung der Teilhabe am Arbeitsleben arbeiten wir eng mit dem Reha-Berater der DRV-Bund zusammen. Ergibt die sozialmedizinische Leistungseinschätzung durch den Leitenden Arzt, dass eine Leistungsfähigkeit im alten Beruf nicht mehr besteht, koordiniert die Sozialberatung die Reha-Beratung im Haus und stellt die in Frage kommenden Patienten

mit der jeweiligen Fragestellung der Reha-Beraterin vor. Die Reha-Beratung als spezifische MBOR-Maßnahme findet monatlich statt.

Seit 1996 kooperiert die salus klinik mit zahlreichen Firmen der Region, um arbeitslosen Suchtkranken einen Wiedereinstieg in den Beruf zu ermöglichen. Rehabilitanden können sich realitätsnah im Anschluss an eine erfolgreich abgeschlossene Entwöhnungsbehandlung für weitere drei Monate im Rahmen der Adaptionsbehandlung erproben, um die eigene Leistungs- und Belastungsfähigkeit zu stärken. Nicht selten dient diese spezifische MBOR-Maßnahme als Sprungbrett für eine Festanstellung. So haben wir 2012 über ein Drittel unserer Patienten nahtlos, bzw. innerhalb der ersten drei Monate nach Entlassung an die Rehabilitation in Arbeit vermitteln können. Die regionalen Praktikumsgeberkontakte nutzen wir aber auch bereits während der Entwöhnungsbehandlung für einen Teil unserer Patienten. So kann eine Arbeitserprobung für erwerbstätige Patienten eine gute Möglichkeit sein, sich in der Leistungsfähigkeit unter lebensnahen Bedingungen zu erproben. Für unsere arbeitslosen Patienten ist es vielleicht nach langer Zeit der erste

Schritt, sich in Kurzpraktika (i.d.R. bis zu zwei Wochen innerhalb der Rehabilitation) den Anforderungen „draußen“ zu stellen und nach einer längeren Phase der Arbeitslosigkeit „ihren Marktwert zu testen“. Die Akquise der Praktikumsgeber hat in den letzten 15 Jahren zu einem festen Kooperationsnetz von regionalen Arbeitgebern aus vielen Branchen geführt, welches wir als sehr wertvoll erleben. Diese Kontakte pflegen wir durch Veranstaltungen in unserer Klinik (Qualitäts-zirkel Berufspraktika) und natürlich v.a. durch die persönlichen Kontakte bei Besuchen vor Ort.

Fazit:

Bei der medizinischen Rehabilitation Suchtkranker ist die berufliche Reinteg-

ration ein „Muss“! Der Arbeitsmarkt mit seinen Anforderungen ist schnelllebig und erfordert Flexibilität von unseren Patienten wie von uns Mitarbeiterinnen. Unser Credo ist es, nach bestem Wissen und Gewissen eine zielführende und gute Beratung für „unsere Kunden“ anzubieten. Als zertifizierte Klinik nach Richtlinien von FVS und DEGEMED

Spezifische MBOR-Maßnahmen

- Reha-Beratung (Einleitung von LTA)
- Adaption
- Externe Arbeitserprobung
- Medizinisch-berufliches Integrationsmanagement in Kooperation mit dem BFW Bad-Vilbel

führen wir regelhaft Befragungen bei unseren Patienten durch. Die guten Bewertungen sind eine Motivation für uns, auf diesem Weg weiterzuarbeiten. Die Klärung beruflicher Fragen kann nur dann gut funktionieren, wenn alle Berufsgruppen einer Klinik eng vernetzt zusammenarbeiten. Um unseren Patienten die Teilhabe am Berufsleben zu ermöglichen, bedarf es einer multi-professionellen Zusammenarbeit aller betroffenen Berufsgruppen.

Eine gute Vernetzung mit externen Kooperationspartnern ist ebenfalls notwendig und im Sinne unserer Patienten „Gold wert“. Grundsätzlich gilt, dass alle Behandlungsverfahren nur dann wirksam sein können, wenn eine gute Verzahnung mit Leistungsträgern, AA, Argen, Arbeitgebern, KK etc. gewährleistet ist. Nach wie vor trifft man in der Verwaltungspraxis z.T. auf eine Trennung von beruflicher und medizinischer Rehabilitation und die integrative Arbeitsweise wird durch verschiedene Zuständigkeiten und zu wenig koordinierte Abläufe noch immer erschwert.

Im Sinne der Patienten gilt es, erfolgreiche Kooperationsmodelle weiter zu entwickeln. Beispiele dafür gibt es! Seit 2009 wurde z.B. ein Verzahnungsprojekt von medizinischer und beruflicher Rehabilitation in Kooperation mit dem Berufsbildungswerk Bad Vilbel und der Deutschen Rentenversicherung Bund in unserer Klinik als weitere spezifische MBOR-Maßnahme etabliert. Das 4-5tägige Assessment findet während der Entwöhnungsbehandlung statt. Es geht um berufliche Neuorientierung für Rehabilitanden mit aufgehobener Leistungsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsplatz.

Auch wenn es nur für eine sehr kleine Gruppe der Patienten in Frage kommt, sind solche Modelle hilfreich und bereichernd im Sinne der MBOR.

COMPUTERGESTÜTZTE NEUROPSYCHOLOGISCHE RÜCKFALLPRÄVENTION

In der letzten Ausgabe der salü (Dezember 2012) berichteten wir, dass wir als eine von 10 Suchtkliniken an einer multizentrischen kontrollierten Studie teilnahmen und das neurokognitive Training (NKT) zur Rückfallprävention testeten.

Seit Dezember ist die Studie abgeschlossen und jeder unserer Patienten und Patientinnen kann das NKT nun in der in der Routineversorgung mitmachen. Über diese Praxiserfahrungen werden wir in den kommenden Ausgaben unserer salü ausführlicher berichten. Erste wissenschaftliche Ergebnisse der Multicenter-Studie werden im Herbst 2013 in Form von Kongressberichten und anschließenden Veröffentlichungen vorliegen.

Ein erster Eindruck aus der Praxis soll durch den Erfahrungsbericht einer ehemaligen Patientin einen Eindruck über den Verlauf der NKTs geben:

Neuropsychologisches Kontrolltraining (NKT): Was ist das?



Julie Evans

Als Herr Dr. Khatib das Training im Rahmen des Vortrags „Wie trage ich zu einem guten Therapieverlauf bei?“ erläuterte, gebe ich zu, war ich zunächst ziemlich skeptisch: Bilder von alkoholischen Getränken mit Joystick wegschieben, andere Bilder heranziehen, in sechs Trainingseinheiten, je 15 Minuten! Davon sollte meine Abstinenzfähigkeit gestärkt werden?! Andererseits sollte man dem Fachmann doch Glauben schenken. Ich war neugierig. Das Training war auch sehr einfach gestaltet: Bilder wegschieben, andere heranziehen. Ich war dabei hochkonzentriert und zugleich ständig schmunzelnd. Den Fehler, den Alkohol zu mir heranzuziehen, wollte ich schließlich nicht machen; im Gegenteil weg mit dem Zeug! Und dabei ständig schmunzeln! Ich musste mich zuerst an den Joystick in der Hand gewöhnen; das ging aber ziemlich schnell. Von dem Training war ich dann angenehm überrascht. Auf die Folgetermine habe ich mich jedes Mal gefreut. Die Trainingseinheiten waren kurz, gezielt und freudig. M.E. sollte man das Unterbewusstsein nicht unterschätzen.

hen, in sechs Trainingseinheiten, je 15 Minuten! Davon sollte meine Abstinenzfähigkeit gestärkt werden?! Andererseits sollte man dem Fachmann doch Glauben schenken. Ich war neugierig. Das Training war auch sehr einfach gestaltet: Bilder wegschieben, andere heranziehen. Ich war dabei hochkonzentriert und zugleich ständig schmunzelnd. Den Fehler, den Alkohol zu mir heranzuziehen, wollte ich schließlich nicht machen; im Gegenteil weg mit dem Zeug! Und dabei ständig schmunzeln! Ich musste mich zuerst an den Joystick in der Hand gewöhnen; das ging aber ziemlich schnell. Von dem Training war ich dann angenehm überrascht. Auf die Folgetermine habe ich mich jedes Mal gefreut. Die Trainingseinheiten waren kurz, gezielt und freudig. M.E. sollte man das Unterbewusstsein nicht unterschätzen.



Computerspiel- und Internetsucht

Ein kognitiv-behaviorales Behandlungsmニュアル von Wölfling, Jo, Bengesser, Beutel & Müller

Das kognitiv-behaviorale Behandlungsmニュアル zur Behandlung von Computerspiel- und Internetsucht wurde von der Mainzer Arbeitsgruppe der Spielsuchtambulanz entwickelt und angewandt. Es handelt sich dabei um ein klar strukturiertes verhaltenstherapeutisches Vorgehen, das bisher im ambulanten Behandlungsrahmen erprobt wurde. Das Manual umfasst 15 Gruppen- und 8 begleitende Einzelsitzungen. Ziel des Manuals ist es, das Problembewusstsein der Betroffenen in Bezug auf ihr Computerspiel und Internetnutzungsverhalten zu schärfen und zu reduzieren. Dieses Ergebnis wurde in der Evaluation auch bestätigt. Grundlage des Manuals ist das Verständnis, dass es sich bei dem Problembereich um eine Abhängigkeitserkrankung handelt. Analog dazu werden Inhalte, wie sie in der Suchttherapie geläufig sind, verhaltenstherapeutisch umgesetzt (Erarbeitung einer Abstinenzmotivation, Erstellung eines Konsumverlaufes in der Lebensgeschichte, Erarbeitung von Notfallkarten

und Entwicklung von Strategien zur Rückfallprophylaxe). Die Hauptinhalte beziehen sich auf die Erarbeitung eines Entstehungsmodells, das Herausarbeiten der aufrechterhaltenden und auslösenden Faktoren für das Spiel- und Internetverhalten und der Veränderung des Verhaltens durch verschiedene Formen der Kosten-/Nutzen-Analyse. Die dazugehörigen Arbeitsblätter für die Diagnostik und die Therapie sind übersichtlich und gut verwendbar. Missverständlich sind spezifische Suchttherapiebausteine wie die Abstinenzrunde, die zu Beginn jeder Sitzung durchgeführt wird, weil das Manual eine Minderung des Konsumverhaltens mit dem Ziel der Abstinenz erarbeitet, aber keine Abstinenz konsequent fordert, wie es bei den stoffgebundenen Abhängigkeiten üblich ist. Daher wäre eine Veränderung dieses suchtspezifischen Begriffes wünschenswert. Das Ziel der Selbstaufmerksamkeit und der Minderung des Spiel- und Internetverhaltens wird durch die regelmäßigen Wochenprotokolle gut umgesetzt. Das Gruppenmanual nutzt sowohl spezifische suchtspezifische Interventionen und übergreifende Interventionen wie Problemlösestrategien und die Förderung des Selbstwertes. Es fehlen noch Inhalte, die die Vermittlung von Fertigkeiten im sozialen Bereich und der Gefühlsregulation verbessern, und auch die Veränderung der Kognitionen wird noch vernachlässigt. Ebenfalls nicht ausreichend entwickelt ist die begleitende Einzeltherapie; sie wird in dem Manual skizziert, aber wenig konkretisiert dargestellt. Empfehlenswert ist das Manual für Psychotherapeuten und Berater, die im ambulanten und stationären Rahmen mit diesen Patienten arbeiten. Der Vorteil des Manuals ist, dass es leicht einsetzbar ist, die Arbeitsblätter sehr gut sind und erste Erfolge wie die Minderung des Konsumverhaltens mit diesem Manual erreicht werden. Die zugrundeliegenden Konflikte, die das Problemverhalten aktivieren, wie zum Beispiel die soziale Unsicherheit, werden noch nicht ausreichend aufgegriffen. Diese Inhalte sollten in der Überarbeitung ergänzt werden. Für erfahrene Behandler ist dieses Manual eine gute Ergänzung für ihre Arbeit und für Anfänger ist es eine hilfreiche Handlungsanleitung für einen bisher wenig erforschten Bereich.



Sommerfest 2013
....nähere Infos hier

MITARBEITERPORTRAIT



TOBIAS MANN

Ursprünglich aus dem schwäbischen Teil Baden-Württembergs stammend zog er im Rahmen seines Medizinstudiums nach Frankfurt. Er begann 1993 zu studieren und kam 2006 in die salus klinik, um hier den psychiatrischen Part der Facharztweiterbildung zum Neurologen zu absolvieren.

Herr Mann blieb, weil ihn einerseits die Vielfalt der Krankheitsbilder in einer Entwöhnungsklinik überraschte und faszinierte, er andererseits das relativ selbstständige Arbeiten und das gute kollegiale Miteinander schätzt.

Er ist als Teamarzt für Team 3, das „Wiederholer“-Team, zuständig für die somatische Betreuung der Patienten. Ein Fokus liegt auf den häufig durch

Abhängigkeitserkrankungen bedingten chronischen Krankheiten, die oftmals im Vorfeld aufgrund der Suchterkrankung zu wenig Abklärung erfahren. Akute Beschwerden und Gesundheitsstörungen gehören natürlich auch zum Tagesgeschäft.

Wichtig ist auch die Überwachung psychopharmakologischer Therapien. Häufig handelt es sich um Neueinstellungen bei komorbiden psychischen Erkrankungen.

Des Weiteren betreibt er schlafmedizinische Diagnostik.

Herr Mann ist verheiratet und hat einen zehnjährigen Sohn. Er schmunzelt selbst über die Vielzahl seiner Interessen: Klassische Musik ist schon lange ein Favorit, aber auch Kochen und Kulinarisches. Aktueller sind die Beschäftigung mit Oldtimern, regionalen Sehenswürdigkeiten von Bedeutung und die Deutsche Burgenvereinigung, deren Mitglied er ist. Gerade letztere gibt auch immer eine Orientierungshilfe bezüglich Reise- und Urlaubszielen.

Überhaupt, lacht er, ist für ihn eine wundervolle Kombination, an einem schönen Sommertag in ein altes Auto zu steigen und zusammen mit Familie und Freunden einen tollen Ort anzu- steuern.

IMPRESSUM

Herausgeber:

salus klinik Friedrichsdorf
Landgrafenplatz 1, 61381 Friedrichsdorf

Redaktion:

Judith Barkfelt, Nica Böttcher, Ferdinand Leist, Ralf Schneider

Mitarbeiter dieser Ausgabe:

Judith Barkfelt, Nica Böttcher, Hermann Huber, Dr. Ahmad Khatib, Ferdinand Leist, Corinna Nels, Dr. Anna-Lena Preßler, Christina Pusowski, Dr. Natalie Steinbrecher, Dr. Nicole Wollmerstedt

Herstellungsleitung:

Sandra Fisch, salus klinik GmbH

Druck & Versand:

Druckhaus Süd GmbH, 50968 Köln
www.druckhaus-sued.de