Kurzkonzept
der
salus klinik
Lindow

Behandlung von Komorbidität von suchtbezogenen und psychischen Störungen bei Patient*innen in der Sucht und Psychosomatik

Schöneck, R. & Cina, R.
Stand: Oktober 2023

salus klinik Lindow
Straße nach Gühlen 10
16835 Lindow
www.salus-lindow.de
mail@salus-lindow.de

Änderungshistorie

Seite	Datum	Verantwortlicher
1-32	20.11.2016	Prof. Dr. Lindenmeyer
1, 2, 3, 4, 32	02.11.2017	Prof. Dr. Lindenmeyer
1, 2, 3, 4, 6-17	03.01.2018	Prof. Dr. Lindenmeyer
1, 2, 3, 4, 8, 14, 16	01.11.2019	Dipl.-Psych. Robert Schöneck
1, 2, 3, 4, 8, 29, 33	02.11.2020	Dipl.-Psych. Robert Schöneck
1, 2, 3, 4, 12, 13, 14, 29, 31, 32, 33	04.11.2021	Dipl.-Psych. Robert Schöneck
3, 4, 28, 31, 32	26.10.2022	Dipl.-Psych. Robert Schöneck
3, 5, 12, 13, 28	18.10.2023	Dipl.-Psych. Robert Schöneck

Vorbemerkung

Patienten in stationären Rehabilitationseinrichtungen weisen hohe Raten von Komorbidität zwischen psychischen Störungen und substanzbezogenen Störungen auf:

- Bei ca. 15-20% aller Psychosomatikpatienten liegt zumindest ein riskanter oder schädlicher Alkoholkonsum vor; In ca. 1% liegt bei diesen Patienten eine Cannabisabhängigkeit vor.
- über 40% aller Suchtpatienten mit Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit leiden gleichzeitig unter mindestens einer weiteren psychischen Störung.

Da die salus klinik Lindow sowohl über eine Suchtabteilung (Alkohol- und Medikamentenabhängige) mit 181 Betten als auch über eine Psychosomatikabteilung mit 92 Betten verfügt, haben wir bereits mit Eröffnung der Klinik in 1997 einen klinikübergreifenden Behandlungsansatz für Patienten mit Komorbidität von psychischen und substanzbezogenen Störungen entwickelt, der die Expertise beider ansonsten eigenständigen Abteilungen systematisch vereint. Die vorliegende Kurzkonzeption expliziert unsere seither erfolgreich praktizierten und stetig optimierten Behandlungsoptionen für Komorbidität, die in den beiden Therapiekonzepten für Sucht (Schöneck & Cina, 2023) bzw. für Psychosomatik (Schöneck & Cina, 2023) enthalten sind:

- Wir haben mit der DRV Berlin-Brandenburg als federführendem Beleger ein Konzept zur systematischen Erfassung und Behandlung von Alkoholproblemen bei Psychosomatikpatienten vereinbart. Das Konzept enthält ein spezifisches Gruppentherapieangebot für riskanten und schädlichen Alkoholkonsum, als auch das therapeutische Procedere bei Feststellung einer Alkoholabhängigkeit. Seitdem haben wir in Lindow pro Jahr ca. 60 Patienten mit riskantem bzw. schädlichem Alkoholkonsum in unserer Psychosomatikabteilung behandelt und pro Jahr etwa 10 Psychosomatikpatienten, bei denen eine Alkoholabhängigkeit diagnostiziert wurde, mit Zustimmung der Leistungsträgers in unsere Suchtabteilung verlegen können. Dieses Engagement hat zu einer engen Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Dienst der Polizei aus mehreren Bundesländern, dem psychologischen Gutachter des Luftfahrtbundesamtes (LBA) und der Landesärztekammer Brandenburg geführt, weil bei Polizeibeamten, Piloten, Flugbegleitern oder Ärzten bereits ein riskanter oder schädlicher Alkoholkonsum ein unkalkulierbares Risiko darstellt, da eine Weiterbeschäftigung in Frage gestellt ist, obwohl die Kriterien für eine Alkoholabhängigkeit noch lange nicht erfüllt sind.
- Wir haben in unserer Suchtabteilung eine umfangreiche Eingangsdiagnostik etabliert, die auf die Erfassung psychischer Komorbidität abhebt und verwenden besondere Sorgfalt in der individuellen Bestimmung des Zusammenhangs zwischen einer Suchterkrankung und weiteren psychischen Störungen. Für die häufigsten komorbiden Störungen bei Suchtpatienten (Angst, Depression, Schmerzen und Persönlichkeitsstörungen) haben wir Therapiemanuale für die explizite einzeltherapeutische Behandlung entwickelt.

- Seit 2005 haben wir Spezialangebote für Patienten mit Essstörungen und Sucht, Medikamentenabhängigkeit (aufgrund des besonders hohen Anteils an komorbiden Störungen) sowie mit pathologischem Glücksspiel und Sucht entwickelt, um in diesem Fall entsprechend den AWMF-Leitlinien von Behandlungsbeginn immer zweigleisig fahren zu können. Seither halten wir alle drei Patientengruppen immer jeweils eine gesonderte Spezialgruppe vor. 2014 wurde dieses Spezialangebot um die Gruppe der pathologischen PC-/Internet-Nutzer erweitert. Auch diese Patientengruppe wird in der Suchtabteilung in einer entsprechenden Spezialgruppe behandelt.

Wir haben unser therapeutisches Vorgehen in mehreren Veröffentlichungen ausführlich dargestellt (Lindenmeyer, 2001; 2011; 2013; 2016). Die dafür entwickelten Patientenmaterialien sind auf unserer Website www.salus-materialien.de erhältlich.

Grundlage der vorliegenden Kurzkonzepts ist das im Rahmen der Zertifizierung der Klinik (ISO 9000, DEGEMED, MAAS BGW) erstellte Qualitätshandbuch und unsere allgemeinen mit dem federführendem Leistungsträger der DRV Berlin-Brandenburg abgestimmten, wissenschaftliches Therapiekonzepte für Sucht und Psychosomatik (Schöneck & Cina,2023). Die folgende Darstellung beschränkt sich auf den Umgang mit Komorbidität von psychischen und alkohol- bzw. cannabisbezogenen Störungen bei Patienten in unserer Psychosomatik- und Suchtabteilung.

Lindow, den 18.10.2023

R. Schöneck
Direktor

R. Cina
Ltd. Arzt

Gliederung

Seite

1.	**Wissenschaftliche Grundlagen der Behandlung**	**6**
1.1	Differentielle Beschreibung und Definition von alkoholbezogenen Störungen	6
1.2	Komorbiditätsmodelle zwischen alkoholbezogen und psychischen Störungen	8
1.3	Schlussfolgerungen für die Behandlung von Patienten mit Komorbidität von alkoholbezogenen und psychischen Störungen	9
1.4	Therapierelevante Besonderheiten der Klientel	10
2.	**Diagnostik und Indikationsstellung bei Komorbidität**	**12**
2.1	Screeningverfahren	12
2.2	Störungsspezifische Anamnese	14
2.3	Differentialdiagnostik	15
2.4	Indikationsstellung	15
3.	**Module der Behandlung bei Komorbidität**	**20**
3.1	Auswertungsgespräch	20
3.2	Indikative Gruppe „Der springende Punkt“ bei riskantem oder Schädlichem Alkoholkonsum	22
3.3	Integrative Spezialbehandlung von Essstörungen und Sucht	24
3.4	Spezialtherapiegruppe Medikamentenabhängigkeit	28
3.5	Spezialtherapiegruppe Pathologisches Glücksspiel und Sucht	29
3.5	Indikative Gruppe Schmerzbewältigung	29
Literatur		**31**

1. Wissenschaftliche Grundlagen der Behandlung

Unser Behandlungskonzept für Patienten mit Komorbidität von psychischen und substanzbezogenen Störungen macht sich keine psychotherapeutische „Schule“ zu eigen, sondern orientiert sich am aktuellen Stand der Forschung, wie sie in den aktuellen AWMF-Leitlinien repräsentiert ist. Für die Behandlung dieser Klientel ist entscheidend, dass sowohl das Ausmaß der substanzbezogenen Störung als auch die Art des Zusammenhangs mit weiteren psychischen Störungen im Einzelfall ganz unterschiedlich sein kann.

1.1 Differentielle Beschreibung und Definition von substanzbezogenen Störungen

Nach dem deutschen Suchtsurvey (Pabst et al., 2013) sind etwa 3,4% (1,8 Millionen) der erwachsenen Bevölkerung über 18 Jahren als alkoholabhängig anzusehen. Weitere 3,1% (1,6 Millionen) sind als Alkoholmissbraucher einzustufen, deren Alkoholkonsum bereits zu körperlichen, psychischen oder sozialen Schäden geführt hat. Bei weiteren 14,2% (7,3 Millionen) ist ein riskanter Alkoholkonsum dergestalt zu verzeichnen, dass ein signifikant erhöhtes Risiko für Folgeschäden besteht.

Hinsichtlich Cannabis ist von 1,2% (550.000) der erwachsenen Bevölkerung mit einem klinisch relevantem Konsum auszugehen.

In Deutschland werden substanzbezogene Störungen nach ICD-10 (Dilling et al., 2014) in Abhängigkeit, schädlichen und riskanten Gebrauch von einer Substanz unterteilt.

Diagnosekriterien des Abhängigkeitssyndroms (F1x.2)

Mindestens 3 der folgenden Kriterien müssen innerhalb der letzten 12 Monate wiederholt aufgetreten sein

1) **Craving** (starkes Verlangen oder eine Art Zwang, die Substanz zu konsumieren)
2) **Kontrollverlust** des Substanzkonsums bezüglich Beginn oder Menge
3) **körperliches Entzugssyndrom** bei Reduzierung der Substanzmenge
4) **Toleranzentwicklung** gegenüber der Substanzwirkung
5) **Einengung auf den Substanzkonsum** und dadurch Vernachlässigung anderer Interessen
6) **Anhaltender Substanzkonsum** trotz eindeutiger schädlicher Folgen (gesundheitlich, psychisch oder sozial)

Schädlicher Substanzkonsum (F1x.1)

Nach ICD-10 liegt ein schädlicher Gebrauch einer Substanz vor, wenn substanzbedingte Schäden auf psychischem oder körperlichem Gebiet nachweisbar sind, aber keine Hinweise für eine Abhän-

gigkeit gefunden werden können. In den diagnostischen Leitlinien der ICD-10 wird ausdrücklich betont, dass hierbei die Ablehnung des Substanzkonsums durch andere Personen ebenso wie etwaige negative soziale Folgen (z. B. Inhaftierung, Arbeitsplatzverlust oder Eheprobleme) allein nicht ausreichen für die Diagnose eines schädlichen Substanzkonsums. Hierdurch soll bei der Vergabe dieser Diagnose jeder soziokultureller Bias ausgeschlossen werden.

Um trotzdem Personen mit einem behandlungsbedürftigen Substanzkonsum unterhalb einer Substanzabhängigkeit frühzeitig zu identifizieren, können folgende Kriterien des DSM-5 (Falkai et al., 2014) herangezogen werden. Mindestens **eines** der folgenden Kriterien sollte zutreffen:

- wiederholter Konsum, der zu Versagen wichtiger Verpflichtungen führt
- wiederholter Konsum in Situationen, in denen es zu körperlichen Gefährdung kommen kann
- Wiederholter Konsum trotz ständiger/wiederholter sozialer und zwischenmenschlicher Probleme
- Nachweis einer Toleranz
- Konsum länger und in größeren Mengen als geplant
- Hoher Zeitaufwand für Beschaffung und Konsum sowie Erholung
- Aufgabe oder Reduzierung von anderen Aktivitäten zugunsten des Konsums

Riskanter Substanzkonsum (F1x.8)

Alkohol: In diesem Fall sind durch den Substanzkonsum noch keine gravierenden Schäden aufgetreten, das Problem besteht vielmehr in dem erhöhten Risiko von einschneidenden negativen Folgen. Für den Umgang mit Alkohol wurden in großen epidemiologischen Studien kritische Grenzwerte danach ermittelt, wie hoch die Wahrscheinlichkeit von körperlichen Folgeschäden bzw. einer verringerten Lebenserwartung in Abhängigkeit von der durchschnittlichen Trinkmenge pro Tag ist. Dabei wurden die Grenzwerte in den letzten Jahren immer stärker gesenkt (Seitz, et al., 2008).

Die Obergrenze für einen risikoarmen Alkoholkonsum beträgt:

- bei Frauen 12g reiner Alkohol, d.h. 1 Glas pro Tag (gemeint ist 0,3-0,5 Liter Bier, 1/8 Wein oder 20 cl Spirituosen)
- bei Männern 24g reiner Alkohol, d.h. 2 Gläser pro Tag (gemeint ist 2x 0,3-0,5 Liter Bier, 2x 1/8 Wein oder 2x 2cl Spirituosen)

Gleichzeitig sollte der Alkoholkonsum niemals mehr als 5 Gläser an einem Tag betragen. Das heißt, auch das einmalige Trinken von beispielsweise 7 Gläsern Bier oder 1 Flasche Wein an einem Tag ist als riskanter Alkoholkonsum einzustufen, selbst wenn im Anschluss 7 Tage lang kein Alkohol getrunken wurde.

Bei der Vergabe der Diagnose sollte man sich allerdings nicht sklavisch an der oben genannten Trinkmenge orientieren, vielmehr ist das Lebensalter und die individuelle Lebenssituation eines Patienten im Einzelfall zu berücksichtigen (Rehm et al., 2003):

- ein erhöhter Alkoholkonsum vor dem 20. Lebensjahr ist riskanter als derselbe Alkoholkonsum nach dem 50. Lebensjahr. Andererseits verringert sich die Alkoholverträglichkeit ab etwa dem 60. Lebensjahr;
- ein hoher Alkoholkonsum führt in der Unterschicht zu größeren körperlichen Risiken als in der Mittel- und Oberschicht
- und schließlich sind die besonderen alkoholbedingten Risiken bei Führungskräften Berufstätigen im Hochrisikobereich (z.B. Berufskraftfahrer, Piloten, Ärzte, Polizisten) oder mit der Betreuung von Säuglingen oder Kleinkindern befassten Personen ebenso zu berücksichtigen wie bei körperlichen Einschränkungen oder der erforderlichen Einnahme von Medikamenten.

Entscheidend für das Verständnis von riskantem oder schädlichem Alkoholkonsum ist, dass die Betroffenen in vielen Situationen über ein gemäßigtes, sozial angemessenes Konsummuster verfügen, in anderen Situationen aber immer wieder zum Exzess oder anderweitig schädlichem Konsum neigen. Die Probleme, die durch schädlichen Alkoholkonsum auftreten, können äußerst vielfältig sein. Sie lassen sich in folgende zwei Gruppen einteilen:

- Unmittelbare Folgen von einzelnen Exzessen (z.B. Unfälle und Verletzungen, Führerscheinentzug, körperliche Auseinandersetzungen).
- Folgen von regelmäßig hohem Alkoholkonsum (z.B. körperliche Folgeschäden, Eheprobleme, finanzielle Engpässe, Schwierigkeiten am Arbeitsplatz, Arbeitsplatzverlust).

Cannabis: Allein schon aufgrund der Illegalität ist jeder Cannabiskonsum als riskant einzustufen.

1.2 Komorbiditätsmodelle zwischen psychischen und substanzbezogenen Störungen

Bei Patienten in einer stationären Psychosomatik ist mit einer erhöhten Rate an komorbiden substanzbezogenen Störungen zu rechnen:

- Nach internationalen Übersichtsarbeiten haben ca. 21,3 Prozent aller Patienten mit psychischer Störung ein Alkoholproblem (SAMHSA, 2004). Umgekehrt weisen Alkoholabhängige zu etwa 40% mindestens eine weitere psychische Diagnose auf. Am besten sind komorbide Zusammenhänge zwischen Alkoholproblemen und Angststörungen, affektiven Störungen, Schmerzstörungen sowie Persönlichkeitsstörungen belegt, wobei aus methodischen Gründen erhebliche Streubreiten zwischen den einzelnen Studien zu verzeichnen sind.
- Dagegen konnten wir im Jahr 2019 lediglich bei ca. 4 Prozent unserer Psychosomatikpatienten einen klinisch relevanten Cannabiskonsum feststellen. Bei der Mehrheit bestand ein schädlicher Gebrauch.

Allerdings sei ausdrücklich vor einfachen und allgemeingültigen Kausalmodellen gewarnt, die eine starke Verführung für Betroffene und ihre Behandler darstellen. Bei der Diagnostik und der weiteren Behandlungsplanung ist vielmehr zu beachten, dass prinzipiell folgende Zusammenhänge zwi-

schen einer psychosomatischen Erkrankung und einer alkoholbezogenen Störung möglich sind (Schuckit, 2005):

1. Die psychische Störung verursacht/begünstigt die Entwicklung der substanzbezogenen Störung (im Sinne einer Selbstmedikation).
2. Beide Störungen sind vollkommen unabhängig,
   - beeinträchtigen aber ihre jeweilige Behandlung.
   - beeinträchtigen nicht ihre jeweilige Behandlung.
3. Die substanzbezogene Störung verursacht/begünstigt die Entstehung einer weiteren psychischen Störung.
4. Die substanzbezogene Störung bewirkt vorübergehende psychische Symptome (z.B. protrahierte Entzugssymptome), die bei einer erfolgreichen Suchtbehandlung von selbst verschwinden.
5. Beide Störungen haben eine gemeinsame dritte Ursache (z. B. Impulskontrollstörung oder Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom).

Es bedarf daher in jedem Fall einer genauen Diagnostik, um den persönlichen funktionellen Zusammenhang zwischen den beiden Störungen herauszufinden, für den Patienten durch die Entwicklung eines individuellen Erklärungsmodells transparent zu machen und geeignete Behandlungsverfahren abzuleiten.

1.3 Schlussfolgerungen für die Behandlung von Patienten mit Komorbidität von substanzbezogenen und psychischen Störungen

In Anlehnung an das Quadrantenmodell der Komorbidität von McGovern u.a. (2007) haben wir aus den dargestellten Überlegungen 3 Behandlungspfade für die Behandlung von Patienten mit Komorbidität von substanzbezogenen und psychischen Störungen in Abhängigkeit des individuellen Schweregrads abgeleitet (vgl. Abbildung 1):

Abb. 1: 3 Behandlungspfade bei Patienten mit Komorbidität von substanzbezogenen und psychischen Störungen in der salus klinik Lindow.

- Behandlungspfad 1: Explizite Mitbehandlung von riskantem oder schädlichem Alkoholkonsum bei Psychosomatikpatienten in der Psychosomatikabteilung. Mit den Patienten wird eine Trinkpause während der Behandlung vereinbart, um eine kritische Auseinandersetzung mit dem eigenen Trinkverhalten und eine künftige Reduktion des Alkoholkonsums im Sinne von Harmreduction in der indikativen Gruppe „Der springende Punkt“ zu ermöglichen.
- Behandlungspfad 2: Abstinenzorientierte Entwöhnungsbehandlung in der Suchtabteilung mit engmaschiger Einzeltherapie der komorbiden Störung bei Patienten mit Alkoholabhängigkeit und Angststörung, Depression, Zwangsstörung, Posttraumatischer Belastungsstörung oder Persönlichkeitsstörung. Die suchtbezogene Gruppentherapie und die Einzeltherapie der komorbiden psychischen Störung werden vom selben Bezugstherapeuten durchgeführt. Entsprechende Patienten, die ursprünglich in der Psychosomatikabteilung aufgenommen wurden, werden für eine Verlegung in die Suchtabteilung motiviert.
- Behandlungspfad 3: Abstinenzorientierte Entwöhnungsbehandlung in der Suchtabteilung im Rahmen einer störungsspezifischen Spezialgruppe für Essstörungen und Sucht, pathologisches Glücksspiel und Sucht bzw. Medikamentenabhängigkeit und psychische Störung. In diesen homogenen Spezialgruppen werden von Beginn an beide Störungen der Patienten gleichrangig in einem integrativen Behandlungskonzept behandelt. Entsprechende Patienten, die ursprünglich in der Psychosomatikabteilung aufgenommen wurden, werden für eine Verlegung in die Suchtabteilung motiviert.

1.4 Therapierelevante Besonderheiten der Klientel

Patienten mit komorbiden Störungen weisen eine Reihe von Besonderheiten auf, die in der Behandlung unbedingt entsprechende Berücksichtigung bedürfen:

- **Ambivalenz von Psychosomatikpatient*innen mit komorbider substanzbezogener Störung**

  Bei Psychosomatikpatient*innen mit Suchtproblemen besteht in der Regel kein Leidensdruck, sondern bestenfalls Änderungsambivalenz hinsichtlich ihres bisherigen Umgangs mit Alkohol:

  - bei riskanten oder schädlichem Alkoholkonsum sind die Folgen des Alkohols häufig subjektiv noch nicht gravierend, ganz im Gegenteil der Alkohol wird kurzfristig weiterhin genossen. Bei unverändertem Alkoholkonsum ist lediglich das Risiko für weitere negative Folgen erhöht;
  - Personen mit einem überhöhten Alkoholkonsum fühlen sich automatisch zu solchen Personen hingezogen, die ebenfalls einen hohen Alkoholkonsum aufweisen. Unter diesen fallen sie aber in ihrem Trinkverhalten nicht auf, sondern werden subjektiv und objektiv in der Harmlosigkeit bzw. Normalität ihres Umgangs mit Alkohol bestärkt;
  - Bei Psychosomatikpatienten mit einer Alkoholabhängigkeit sind die unmittelbaren Folgen des Alkoholkonsums zwar häufig gravierend. Aus Angst vor Stigmatisierung haben sie sich

aber bewusst für eine Psychosomatikbehandlung entschieden, da sie die Behandlung ihre psychische Problematik für vorrangig einschätzen.

- Bei Psychosomatikpatient*innen mit einer Cannabisabhängigkeit ist der Widerstand gegen eine Suchtbehandlung in einer Drogeneinrichtung besonders groß: Auch sie haben sich bewusst für eine Psychosomatikbehandlung entschieden, da sie die Behandlung ihrer psychischen Problematik für vorrangig einschätzen. Insbesondere lehnen sie aber eine Gleichsetzung ihrer Suchtproblematik mit anderen illegalen Drogen vehement ab.

Im Unterschied zu Patienten mit anderen psychischen Störungen erleben daher diese Patienten ein offenes Gespräch über ihre Beschwerden oftmals auch nicht als angenehme Erleichterung, sondern sie müssen erst noch für ausreichende Offenheit gegenüber dem Therapeuten gewonnen werden. Die Folge all dieser Umstände ist, dass die Behandler hinsichtlich der Behandlung von Substanzproblemen nicht auf den Behandlungsauftrag des Patienten warten können, sondern aktiv werden müssen, um diesen überhaupt erst zu bekommen. Es bedarf somit eines gezielten und sehr gut eingeübten therapeutischen Vorgehens nach den Prinzipien des Motivational Interviewings (Miller & Rollnick, 2015).

- **Die einseitige Kausalattribution von suchtmittelabhängigen Patient*innen mit komorbider psychischer Störung**

Die Betroffen gehen in der Regel davon aus, dass ihre Suchtmittelabhängigkeit die Folge ihrer psychischen Störung ist. Sie erwarten daher eine vorrangige und möglichst vollständige Beseitigung all ihrer psychischen Beschwerden, um daraufhin auf ihr Suchtmittel verzichten zu können. Entsprechend fühlen sich viele Betroffene in einer Entwöhnungsbehandlung häufig nicht richtig verstanden, da in ihrem Erleben hier in der umgekehrten Reihenfolge vorgegangen wird, indem zunächst auf die Erreichung von Suchtmittelabstinenz fokussiert wird.

Tatsächlich entspricht ein sequentieller Behandlungsansatz nach dem Motto: erst Sucht, dann weitere psychische Störung, nicht mehr dem Stand der aktuellen S3-Behandlungsleitlinien (AWMF, 2021), die eine integrierte Behandlung beider Störungen erfordern. Auch hier bedarf es eines gezielten und sehr gut eingeübten therapeutischen Vorgehens nach den Prinzipien des Motivational Interviewings, um den Patienten für ein solches Vorgehen zu gewinnen.

2. Diagnostik und Indikationsstellung bei Komorbidität

Die Eingangsdiagnostik und Indikationsstellung bei Komorbidität erfolgt nach folgendem Schema:

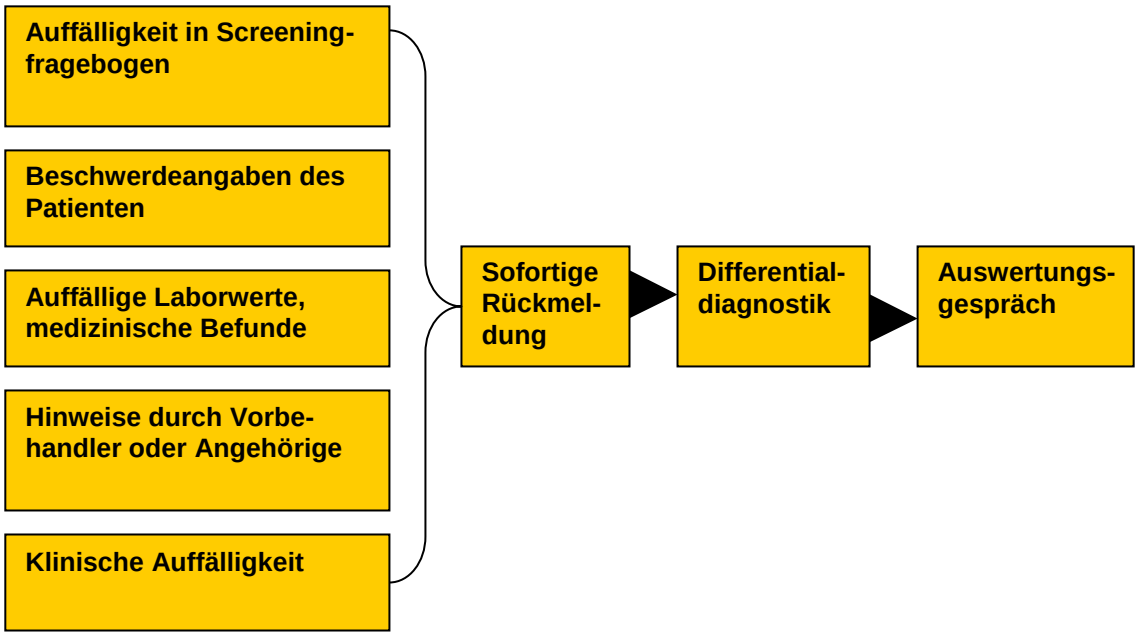

Abb. 2: Eingangsdiagnostik bei komorbiden Störungen

2.1 Screeningverfahren

Screeningfragebogen

Nicht immer geben Patienten mit komorbiden Störungen von sich aus alle relevanten Störungsbereiche an. Insbesondere Psychosomatikpatienten berichten spontan in der Regel nicht von bestehenden substanzbezogenen Störungen. Um daher keinen Störungsbereich zu übersehen, haben wir in beiden Abteilungen der Klinik eine verbindliche Screeningdiagnostik mittels vorgegebener Screeningfragen in unserer elektronischen Patientenakte PADO und des Einsatzes von relevanten Screeningfragebogen eingerichtet.

<u>Psychosomatikabteilung</u>

Alle Patienten erhalten die RehaScan-Eingangsdiagnostik, die u.a. verschiedene Skalen zur Erkennung besonderer psychischer Belastung und einem Mangel an psychischen Ressourcen enthält:

- AUDIT (Alkohol Use Disorder Identification Test),
- KMM (Kurzfragebogen zu Medikamentenmissbrauch),
- KFG (Kurzfragebogen zu Glücksspielverhalten),
- KPC (Kurzfragebogen zu Computergebrauch),
- BDI (Beck Depressions-Inventar),
- SCL 90 (Psychische Symptombelastung),

- FEV (Fragebogen zum Essverhalten).

Suchtabteilung
Alle Patienten erhalten die RehaScan-Eingangsdiagnostik, die u.a. verschiedene Skalen zur Erkennung besonderer psychischer Belastung und einem Mangel an psychischen Ressourcen enthält:
- BDI (Beck Depressions Inventar),
- SCL-9 (Screening psychischer Störungen),
- KFG (Kurzfragebogen zu Glücksspielverhalten),
- KPC (Kurzfragebogen zu Computergebrauch),
- STAI (Screening zu Ängstlichkeit),
- SWE (Screening allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung),
- COPE (Screening Bewältigungsfertigkeiten).

Die Vorgabe des Screeningfragebogen wird von den Patienten gut toleriert, da ihnen der Hintergrund erläutert wird („*Möglicherweise treffen nicht alle Fragen auf Sie zu, aber wir wollen nichts übersehen*“) und sie eine explizite Rückmeldung zu den Ergebnissen wenige Tage nach dem Ausfüllen der Fragebogen erhalten.

Beschwerdeangaben des Patienten
Im Aufnahmegespräch werden die Patienten ausdrücklich nach weiteren Beschwerden neben ihrer Hauptdiagnose gefragt.

Laborwerte, Medizinische Befunde
Verschiede medizinische Routineuntersuchungen in der Eingangsdiagnostik können Hinweise auf folgende Komorbidität geben:
- Alkoholproblematik: Gamma GT, GOP, GPT, MCV
- Essstörung: BMI, Elektrolyte, Zyklusverlauf, Gebrauch von Laxanzien

Hinweise von Angehörigen und Vorbehandlern
Im Einladungsanschreiben werden Angehörige ausdrücklich ermutigt, den Patienten bei der Aufnahme zu begleiten. Wenn Angehörige bei der Aufnahme zugegen sind, so werden sie mit Zustimmung des Patienten in einem gemeinsamen Aufnahmegespräch werden ausdrücklich nach weiteren Beschwerden neben der Hauptdiagnose des Patienten gefragt.

Vor jeder Aufnahme eines Patienten erfolgt ein ausführliches Aktenstudium aller Vorbefunde und Berichte von Vorbehandlern durch ein Mitglied der ärztlich-therapeutischen Leitung auf Hinweise zu komorbiden Störungen. Entsprechende Hinweise werden auf dem Deckblatt der Patientenakte zur Orientierung der behandelnden Mitarbeiter notiert.

2.2 Störungsspezifische Anamnese

Sobald sich über eine der genannten Quellen ein Hinweis auf die Möglichkeit einer komorbiden Störung ergeben hat, wird der Patient hierüber informiert. Um hierbei Reaktanz von Seiten des Patienten zu vermeiden erfolgt die Rückmeldung nach einem vom Motivational Interviewing (Miller und Rollnick, 2015) abgeleiteten Schema:

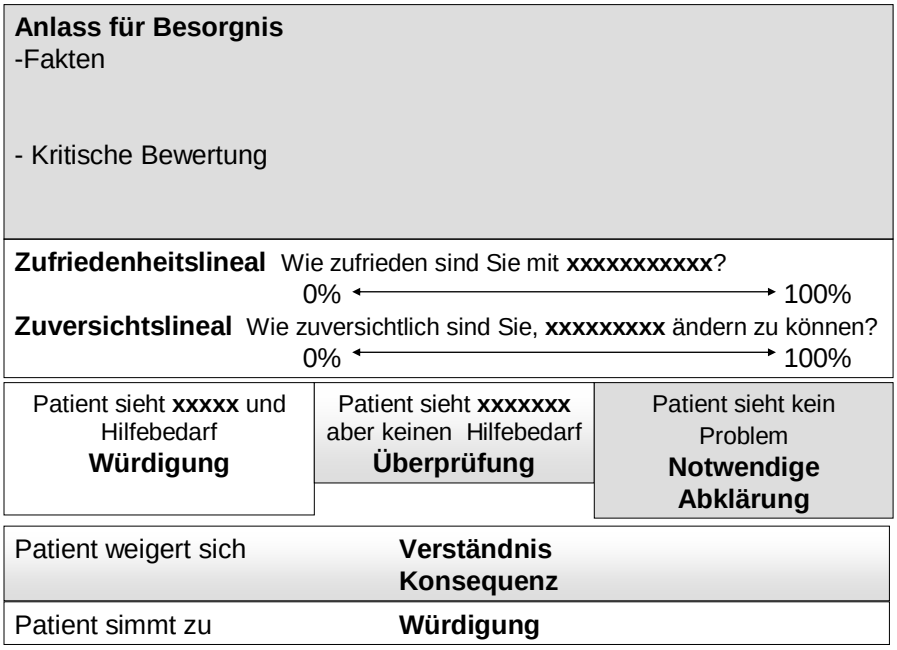

Abb. 3: Rückmeldung bei Verdacht auf komorbide Störung (Lindenmeyer, 2013)

Sobald der Patient zugestimmt hat, wird eine durch unsere elektronische Patientenakte PADO strukturierte, ausführliche Anamnese erhoben. Spezifische Eingabemasken bestehen hierbei für:

Psychische Beschwerden	Substanzbezogene Störung
Angststörungen	Alkohol
Zwangserkrankungen	Medikamente
Depression	Drogen
Essstörungen	Nikotin
Chronische Schmerzen	
Persönlichkeitsstörungen	
Pathologisches Glücksspiel	
Pathologischer PC- und Internetgebrauch	

Abb. 4: Störungsspezifische Eingabemasken in der elektronischen Patientenakte PADO

Die strukturierte Anamnese erlaubt eine systematische Abklärung der für die Stellung einer Diagnose nach ICD-10 jeweils relevanten Kriterien und die Ermittlung des individuellen Behandlungsbedarfs.

Insbesondere bei einem Verdacht auf eine alkoholbezogene Störung bei Psychosomatikpatienten aber auch bei Hinweisen auf eine Essstörung in beiden Abteilungen bedarf es hierbei eines behutsamen Vorgehens, damit die Patienten sich nicht abgewertet fühlen.

2.3 Differentialdiagnostik

Außerdem erhalten die Patienten in diesem Fall weitere störungsspezifische Fragebogenhefte zur differentialdiagnostischen Abklärung. Diese Fragebogen ermöglichen auch eine Objektivierung der Therapieeffekte durch erneute Vorgabe in der störungsspezifischen Abschlussdiagnostik.

Komorbider Störungsbereich	Eingesetzte Fragebogen
Angststörungen	ACQ, BSQ, MI
Zwangserkrankungen	HZI
Depression	ADS, HS-Skala
Essstörungen	FEV, EDI-2, FFB, EDE-Q
Chronische Schmerzen	SOMS
Persönlichkeitsstörungen	PSSI
Pathologisches Glücksspiel	KFG
Alkohol	IDTSA, DTCQA, DRC
Pathologischer PC-/Internet-Gebrauch	KPC

Abb. 5: Verwendete Fragebogen zur differentialdiagnostischen Abklärung

Die Vorgabe dieser störungsspezifischen wird von den Patienten gut toleriert, da ihnen auch hier der Hintergrund erläutert wird („*Es geht darum, das Ausmaß Ihrer xxxx zu bestimmen und die geeignete Behandlungsstrategie abzuleiten.*“) und sie eine explizite Rückmeldung zu den Ergebnissen wenige Tage nach dem Ausfüllen der Fragebogen erhalten.

2.4 Indikationsstellung und Auswertungsgespräch

Die weiteren therapeutischen Entscheidungen hängen maßgeblich davon ab, ob es sich bei der komorbiden Alkholproblematik um einen riskanten bzw. schädlichen Konsum oder bereits um eine Alkoholabhängigkeit handelt:

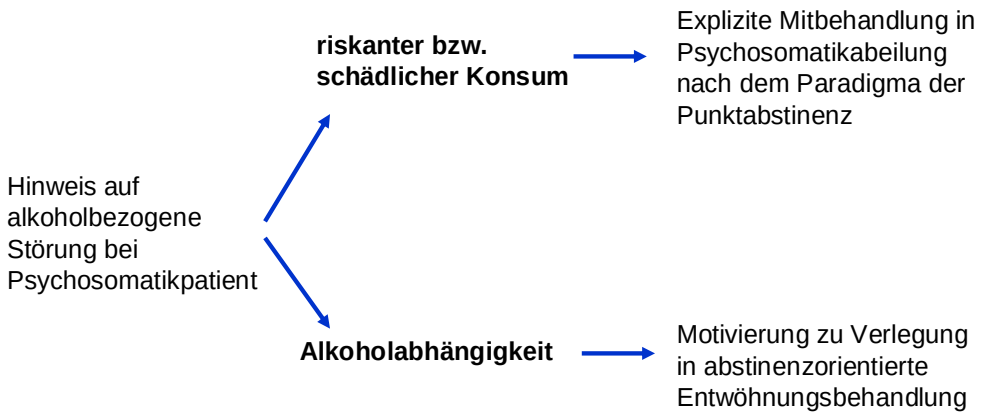

Abb. 5: Indikationsentscheidung nach Schwere der alkoholbezogenen Störung

Behandlungspfad 1: Explizite Mitbehandlung von riskantem bzw. schädlichem Alkoholkonsum in der Psychosomatikabteilung

In diesem Fall Abstinenz ist kein vorrangiges, insbesondere aber kein realistisches Therapieziel. Stattdessen wird mit dem Patienten eine explizite Mitbehandlung des Alkoholproblems nach dem Paradigma der Punktsabstinenz (Lindenmeyer, 2001) mit folgenden Elementen vereinbart:

- Vereinbarung einer Trinkpause während der stationären Behandlung mit entsprechenden Kontrollen.
- Teilnahme an der Indikativgruppe „Der springende Punkt“ (4x 90 Min. pro Woche) zur kritischen Auseinandersetzung des eigenen Alkoholkonsums und der Vereinbarung persönlicher Reduktionsziele.
- Bearbeitung der Teilnehmermaterialien „Alkoholmissbrauch“ (Lindenmeyer, 2010).
- Besuch ausgewählter Suchtvorträge „Lieber schlau als blau“ (Lindenmeyer, 2016d)
- Führen des Onlinetherapietagebuchs www.therapietagebuchalkohol.de

Behandlungspfad 2: Abstinenzorientierte Entwöhnungsbehandlung bei Psychosomatikpatient*innen mit komorbider Substanzabhängigkeit

Bei Psychosomatikpatienten, bei denen sich dagegen Hinweise auf das Vorliegen einer Alkohol- bzw. Cannabisabhängigkeit ergeben haben, erscheint dagegen aus folgenden Gründen eine abstinenzorientierte Entwöhnungsbehandlung in unserer Suchtabteilung indiziert:

- Die Effektivität von Kurzinterventionen ist lediglich für leichte Formen von Abhängigkeitsproblemen wissenschaftlich gut belegt.
- Patienten die gleichzeitig unter einer psychischen Störung und einer Substanzabhängigkeit leiden, haben eine schlechte Prognose. Insbesondere profitieren die Betroffenen nicht von reiner Psychotherapie.
- Sekundäre Alkoholismustheorien, wonach eine Alkoholabhängigkeit in der Folge einer anderen psychischen Störung entstanden ist und daher durch eine erfolgreiche Behandlung der

Primärstörung überwunden werden könnte, haben keine überzeugende empirische Bestätigung gefunden (Mueser et al., 2006).

- Entscheidend für den Behandlungsschwerpunkt bei einer Substanzabhängigkeit sind vielmehr die im Verlauf der Suchtentwicklung eingetretene neuropsychologischen Einschränkung bezüglich der Selbstregulation der Patienten und die sozialen Folgeschäden (Lindenmeyer, 2016e).
- Der Aufenthalt in einer Klinik für Sucht und Psychosomatik stellt ein besonders günstige Motivationsfenster dar: Der Beginn einer Suchtbehandlung ist nahtlos möglich. Das Zusammentreffen mehrer Störungen kann besonderes qualifiziert behandelt werden.

Allerdings stellt es für diese Patient*innen eine erhebliche motivationale Hürde dar, einer Verlegung in unsere Suchtabteilung zuzustimmen. Von daher hat sich folgendes schrittweises Vorgehen bewährt:

- Alkoholabhängige Patient*innen verbleiben für eine begrenzte Zeit in der Psychosomatik, nehmen aber 4x pro Woche an den Suchtvorträgen der Suchtabteilung „Lieber schlau als blau“ (Lindenmeyer, 2016d) teil und besuchen eine alkoholbezogene Bezugsgruppe (4x90 Minuten pro Woche) in der Suchtabteilung.
- Cannabisabhängige Patient*innen verbleiben für eine begrenzte Zeit in der Psychosomatik, besuchen aber eine subtanzbezogene Bezugsgruppe für polytoxe Patienten (4x90 Minuten pro Woche) in der Suchtabteilung.
- Auch wenn die Patient*innen einer Verlegung in die Suchtabteilung zustimmen, behalten sie auf Wunsch ihren Bezugstherapeuten und Bezugsarzt in der Psychosomatikabteilung, um eine ausreichende Behandlung ihrer komorbiden psychischen Störung zu gewährleisten.

Bei Alkoholabhängigen erfolgt die Suchtbehandlung schwerpunktmäßig im Rahmen der alkoholbezogenen Bezugsgruppe (Lindenmeyer, 2016e; 2011). Die komorbide psychische Störung wird dagegen schwerpunktmäßig im Rahmen einer engmaschigen Einzeltherapie behandelt. Hierbei haben wir Behandlungsmodule mit entsprechenden Patientenmaterialien (Lindenmeyer, 2010; 2011) für: Angststörungen, Zwangserkrankungen, Depression, chronische Schmerzen und Persönlichkeitsstörungen. Die Einzeltherapiestunden werden auf Video aufgenommen und engmaschig supervidiert.

Bei Cannabisabhängigen erfolgt die Suchtbehandlung schwerpunktmäßig im Rahmen der Bezugsgruppe für polytoxe Patient*innen. Die komorbide psychische Störung wird dagegen weiterhin im Rahmen einer engmaschigen Einzeltherapie durch den ursprünglichen Bezugstherapeuten aus der Psychosomatik behandelt, da erfahrungsgemäß nur durch die Beziehungskonstanz ein Therapieabbruch der häufig labilen Patienten verhindert werden kann.

Behandlungspfad 3: Integrative Spezialbehandlung bei bestimmten Komorbiditätskombinationen

Bei folgenden Komorbiditätskombinationen erfolgt dagegen eine Behandlung in einer jeweils störungsspezifischen Spezialgruppe innerhalb unserer Suchtabteilung, um von Beginn an entsprechend den AWMF-Leitlinien einen integrierten Behandlungsansatz beider Störungen fahren zu können:

- Essstörung und Sucht: Sowohl die physiologische als auch die funktionale Wechselwirkung zur Emotionsregulierung zwischen Suchtmittel und Essstörung erfordert eine gleichzeitige Behandlung beider Störungsbereiche von Beginn an. Andernfalls lassen sich beide Störungsbilder nicht in den Griff bekommen. Ein Mangelernährungszustand mit kognitiver Einengung behindert eine erfolgreiche Suchtbehandlung wie auch ein fortwährender Suchtmittelgebrauch die Essstörungsbehandlung verunmöglicht. Hierzu gehören folgende Behandlungselemente:
    - engmaschige Einzeltherapie (ca. 2 Termine pro Woche)
    - eigenständige Bezugsgruppe für Essstörungspatienten mit Suchtmittelabhängigkeit
    - therapeutisch betreuter Mahlzeitentisch
    - Koch- und Einkaufstraining
    - Maßnahmen zur Verbesserung des Körperbildes.
- Pathologisches Glücksspiel und Sucht: Hier ist eine besonders sorgfältige Entwicklung eines persönlichen Erklärungsmodells für beide Störungen erforderlich, bei dem die Gemeinsamkeiten akzentuiert aber auch im Einzelfall bestehende Unterschiede nicht verwischt werden. Das Spezialangebot besteht aus:
    - engmaschige Einzeltherapie (ca. 2 Termine pro Woche)
    - eigenständige Bezugsgruppe für Pathologisches Glücksspiel und Suchtmittelabhängigkeit
    - Teilnahme an der klinikübergreifenden Indikativgruppe „Pathologisches Glücksspiel“.
- Medikamentenabhängigkeit: Medikamentenabhängige fühlen sich in Suchtkliniken häufig nicht richtig verstanden, da sie ihre Abhängigkeit nicht als eigenständiges Problem sondern als verzweifelten Bewältigungsversuch einer anderen Problematik erleben, deren vorrangige Behandlung sie daher auch anstelle einer Suchttherapie erwarten. Außerdem haben sie oftmals über einen langen Zeitraum unter Entzugsphänomenen zu leiden, die sie an der Sinnhaftigkeit der Behandlung zweifeln lassen. Hier ist eine besonders sorgfältige Entwicklung eines persönlichen Erklärungsmodells für die verschiedenen Beschwerden erforderlich, um die Patienten für ein Leben ohne Medikamenten zu motivieren. Das Spezialangebot besteht aus:
    - engmaschige Einzeltherapie (ca. 2 Termine pro Woche)
    - eigenständige Bezugsgruppe Medikamentenabhängigkeit

In allen Fällen wird im Verlauf der Behandlung manchmal mehr die Alkoholabhängigkeit und manchmal mehr die komorbide psychische Störung im Vordergrund stehen müssen (vgl. Abbildung 5):

- Der geschützte Rahmen einer stationären Behandlung kann zunächst eine kurzfristige Entlastung der Betroffenen von ihrer psychischen Symptomatik bewirken und gleichzeitig den Suchtkreislauf durch räumlichen Abstand durchbrechen. Dies erleichtert die Erarbeitung und Durchführung erster Veränderungsschritte hinsichtlich beider Störungsbereiche im weiteren Verlauf der Behandlung.
- Alkoholrückfälle bzw. psychische Krisen stehen jeweils kurzfristig im Mittelpunkt der Behandlung.
- Gegen Ende der stationären Behandlung ist der Schwerpunkt einer gezielten Rückfallprävention darauf gerichtet, die Betroffenen auf ein Leben mit immer wieder auftauchenden Symptomen der psychischen Störung ohne Alkoholrückfall vorzubereiten.
- Eine längerfristige ambulante Weiterbehandlung wird dann vorrangig die psychische Störung zum Gegenstand haben und die Betroffenen bei einer raschen Überwindung von eventuellen Alkoholrückfällen unterstützen.

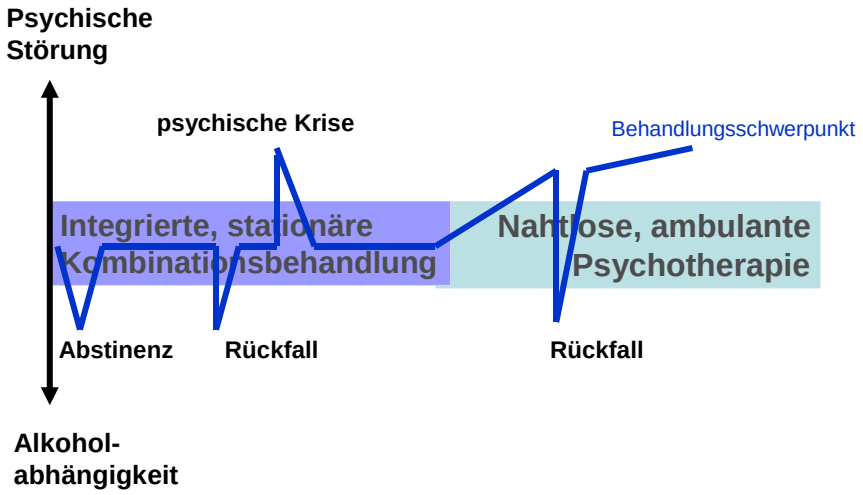

Abbildung 5: Unterschiedliche Gewichtung der inhaltlichen Behandlung je nach individuellem Behandlungsverlauf bei Komorbidität von alkoholbezogenen und psychischen Störungen

3. Module der Behandlung bei Komorbidität

3.1. Auswertungsgespräch

Eine gezielte und qualifizierte Rückmeldung der Ergebnisse der Differentialdiagnostik stellt eine wichtige und effektive Intervention bei der Motivierung von Patienten mit komorbiden alkoholbezogenen und psychischen Störungen für das jeweils indizierte Behandlungsangebot dar. Der Therapeut sollte insbesondere auf die Skepsis oder Einwände der PatientInnen eingehen. Auf der Grundlage wichtiger Prinzipien des Motivational Interviewing haben wir für das sog. Auswertungsgespräch folgende Struktur entwickelt:

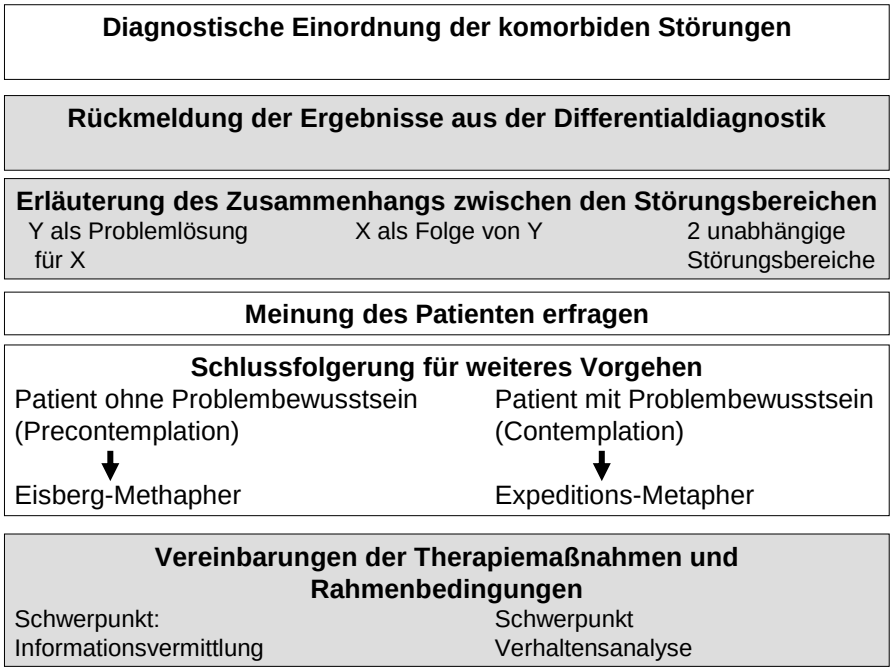

Abbildung 6: Struktur des Auswertungsgesprächs (Lindenmeyer, 2013)

Zentral ist hierbei insbesondere der Gebrauch von verschiedene Metaphern zur Verdeutlichung des aus der Diagnostik abgeleiteten Therapieschwerpunktes in Abhängigkeit von der Compliance des Patienten:

- <u>Eisberg-Metapher bei Patient*innen ohne Problembewusstsein (Precontemplation)</u>: Anhand des Eisbergmodells wird eingeräumt, dass dem Patient*innen die Schwere / Behandlungsbedürftigkeit seiner komorbiden Störung als Laie nicht bewusst ist (Wasserspiegel). Der Schwerpunkt der Behandlung liegt in diesem Fall zunächst in einer gezielten Sensibilisierung durch die Vermittlung von störungsspezifischen Informationen (Wasserspiegel senken, damit der ganze Eisberg sichtbar wird). Es wird ein Zeitraum von 1-2 Wochen vereinbart, um danach erneut über die notwendigen Behandlungskonsequenzen zu beraten.

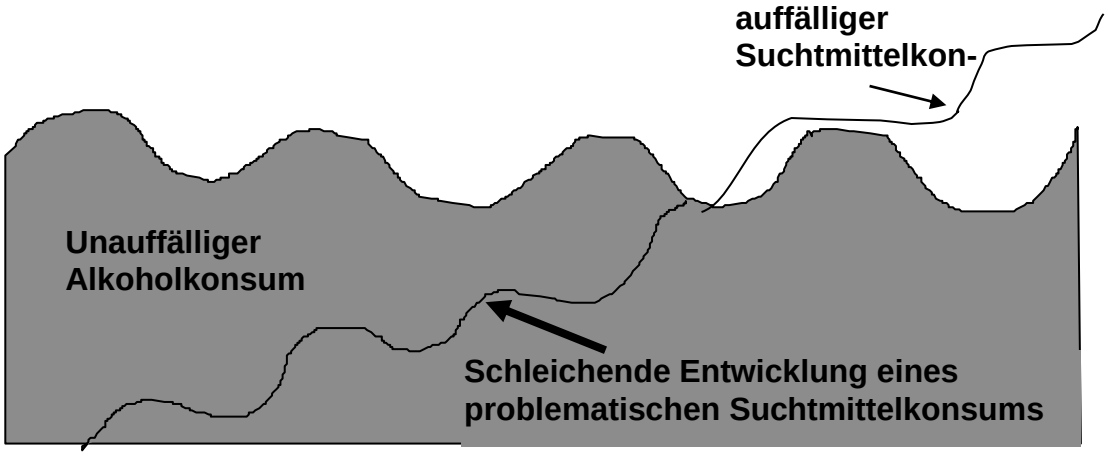

Abbildung 7: Eisberg-Metapher für Patienten ohne Problembewusstsein bei komorbider Alkoholproblematik (Lindenmeyer, 2013)

- <u>Expeditionsmetapher bei Patient*innen, die Änderungsbereitschaft hinsichtlich ihrer komorbiden Störung zeigen (Contemplation)</u>: Anhand der Metapher einer Bergbesteigung wird verdeutlicht, dass einer erfolgreiche Änderung (Bergbesteigung) über eine ernsthafte Änderungsabsicht hinaus auch von der Vorbereitung, Ausrüstung und den Fähigkeiten abhängt. Der Schwerpunkt der Behandlung liegt in diesem Fall auf der Teilnahme an spezifischen, manchmal unangenehmen oder anstrengenden Therapiemaßnahmen zur Überwindung der komorbiden Störungen.

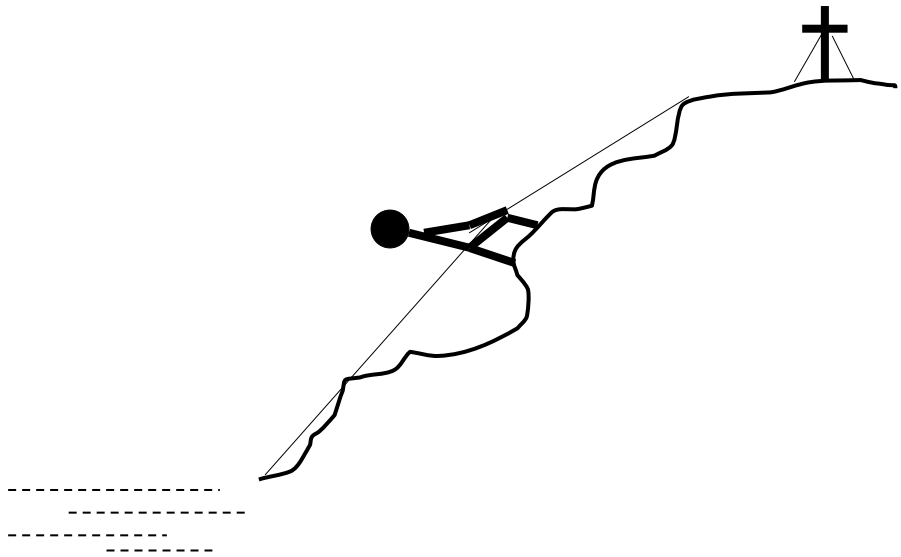

Abbildung 8: Expeditions-Metapher für änderungsbereite Patienten (Lindenmeyer, 2016e)

3.2 Indikative Gruppe „Der springende Punkt“ bei riskantem oder schädlichem Alkoholkonsum

Die Behandlung von Patient*innen mit riskantem oder schädlichem Alkoholkonsum in der Psychosomatikabteilung erfolgt nach vier Therapieprinzipien:

- Unmittelbare Veränderung des Trinkverhaltens: Selbst wenn ein problematischer Alkoholkonsum die Folge oder Begleiterscheinung der psychischen Störung ist, weswegen eine Behandlung in der Psychosomatik aufgesucht wurde, so verschwindet er oft nicht von allein, sobald das Primärproblem gelöst ist. Entsprechend werden nicht die möglichen Gründe für einen Alkoholmissbrauch fokussiert. Vielmehr steht kurzfristig die Förderung der Motivation für eine Veränderung des bisherigen Alkoholkonsums im Vordergrund. Längerfristig zielt das Programm auf einen möglichst ausbalancierten Lebensstil des Betroffenen zwischen Pflichten und Neigungen und auf die Ausbildung von gesunden Lebensgewohnheiten ab.
- Kein Training von kontrolliertem Trinken, sondern Unterscheidung zwischen kritischen Trinksituationen und problemlosen Trinksituationen: Um nicht in Widerspruch zur Abstinenzorientierung klassischer Suchtbehandlung zu geraten und um den Betroffenen bei erfolglosen Veränderungsversuchen ihres Trinkverhaltens einen möglichst unkomplizierten Übergang in eine Entwöhnungsbehandlung prinzipiell offenzuhalten, beinhaltet das Behandlungskonzept ausdrücklich kein Training von kontrolliertem Trinken. Anstelle etwa der Festlegung einer maximalen täglichen und wöchentlichen Alkoholmenge sowie die Anzahl alkoholfreier Tage pro Woche wird das Konzept der „Punkt-Abstinenz“ propagiert:

  - kein Alkohol am ungeeigneten Ort;
  - kein Alkohol zum ungeeigneten Zeitpunkt;
  - kein Alkohol für bestimmte Personen.

  Der eigentliche Schwerpunkt der Behandlung liegt somit darin, das eigene Trinkverhalten daraufhin zu untersuchen, in welchen Situationen der bisherige Alkoholkonsum problemlos war und in welchen Situationen negative Folgen eingetreten sind bzw. einzutreten drohen. Dies ist mitunter ein schwieriger und längerer Prozess, da die Selbstwahrnehmung der Patienten oftmals erheblich von der Fremdeinschätzung durch Außenstehende abweicht. Nicht ganz selten entscheiden sich Patienten bei einer solchen Vorgehensweise für völligen Alkoholverzicht.

- Motivationsänderung vor Fertigkeitstraining: Es ist ein wichtiges Merkmal von Alkoholmissbrauch, dass viele Betroffene im Gegensatz zu Alkoholabhängigen bei veränderter Motivation

durchaus über das notwendige Verhaltensrepertoire verfügen, um auf Alkohol in kritischen Trinksituationen gänzlich zu verzichten. Entsprechend geht es in der Behandlung von Alkoholmissbrauch auch weniger um den Aufbau oder das Training von entsprechenden Fertigkeiten. Vielmehr stehen die kritische Selbstreflexion des eigenen Alkoholkonsums insbesondere hinsichtlich der dadurch bereits erlebten bzw. drohenden negativen Folgen sowie eine gezielte Überprüfung weitverbreiteter Alkoholmythen im Vordergrund.

- Verhaltensrückfälle sind normal: Es ist davon auszugehen, dass die meisten Betroffenen nicht auf Anhieb die individuell vereinbarte Punktabstinenz für immer konsequent einhalten werden. Vielmehr ist es wahrscheinlich, dass sie zwar seltener aber doch immer wieder Trinkexzesse haben werden. Hierbei besteht die Gefahr, dass die Betroffenen zur Vermeidung von Schuldgefühlen ihre Trinkziele retrospektiv der übertretenen Punktabstinenz anpassen nach dem Motto "In dieser Situation kann ich doch ruhig ab und zu Alkohol trinken“. Entsprechend ist der Umgang mit und das Lernen aus Rückfällen ein zentraler Gegenstand des Behandlungsprogramms. Rückschläge und Überschreitungen der individuell verbindlich angestrebten Punktabstinenz werden als Gelegenheiten verstanden, um mehr über kritische Trinksituationen zu erlernen und den eigenen Umgang damit zu optimieren.

Die Behandlung von Personen mit Suchtmittelmissbrauch ohne Abhängigkeit erfolgt in Einzeltherapie und in Form von einer störungsspezifischen Therapiegruppe „Der springende Punkt“ (4x pro Woche a 90 Minuten) mit bis zu 12 PatientInnen mit folgenden inhaltlichen Schwerpunkten (Lindenmeyer, 2001):

- alkoholspezifische Informationsvermittlung Über 7 kleine Informationseinheiten wird das erforderliche Grundlagenwissen über Alkohol vermittelt. Der Patient erhält hierbei entsprechende Arbeitsbögen für eine kritische Selbstreflexion seines bisherigen Alkoholkonsums zwischen den Therapiesitzungen;
- Ermittlung kritischer Trinksituationen Gemeinsam mit dem Patient*innen werden kritische von eher harmlosen Trinksituationen hinsichtlich seines bisherigen Umgangs mit Alkohol unterschieden;
- Festlegung der persönlichen Punktabstinenz Der Patient legt für sich fest, in welchen Situationen er künftig ganz auf Alkohol verzichten möchte;
- systematische Selbstbeobachtung Für die ersten 3 Monate nach Beendigung der stationären Behandlung werden die Patienten in der Nutzung des Onlineprogramms www.therapietagebuchalkohhol.de eingewiesen, um die Einhaltung ihrer angestrebten Punktabstinenz möglichst zeitnah zu protokollieren.

Die indikative Gruppe „Der springende Punkt“ behandelt hierbei insbesondere folgende Themen, um den Patienten eine kritische Selbstanalyse ihres Suchtmittelkonsums zu ermöglichen

„Man muss nicht auffallen, um Alkoholprobleme zu entwickeln“

„So schnell Alkohol im Körper aufgenommen wird, so langsam verlässt er den Körper wieder“

„Man bezahlt für die angenehme Wirkung von Alkohol mit einer unangenehmen Nachwirkung“

„Gerade wenn man mehr Alkohol verträgt als andere, ist man gefährdet“

„Viele erwartete Alkoholwirkungen sind vollkommen unrealistisch“

„Während man subjektiv das Gefühl hat, mit Alkohol vollkommen normal zu sein, gibt es objektiv schon erhebliche Ausfälle“

„Rückfälle fallen nicht vom Himmel“

Zu jedem dieser Themen gibt es Arbeitsmaterialien (Lindenmeyer, 2010), die die Patient*innen bearbeiten, und gruppendynamische Spiele und Übungen, in denen die suchtmittelbezogenen Informationen spielerisch auf sich anwenden, um so zu einer immer realistischeren Einschätzung ihres bisherigen Umgang mit Suchtmitteln zu gelangen und spezifische Änderungsziele zu entwickeln. Der Schwerpunkt kann in der Gruppe für den betroffenen Patienten darauf liegen:

- von den Mitpatient*innen Rückmeldung zu erhalten,
- seine Überlegungen erstmals anderen Menschen anzuvertrauen,
- seine Selbstsicherheit und Selbstbehauptung zu erproben bzw. zu steigern,
- durch die Veröffentlichung eine erhöhte Selbstverpflichtung einzugehen,
- unmittelbare Unterstützung und Hilfe durch Mitpatienten zu erfahren.

3.3 Integrative Spezialbehandlung bei Essstörung und Sucht

Ausgangspunkt der Behandlung von Patient*innen mit Essstörungen und Sucht ist die Vermittlung eines integrierten Störungsmodells beider Störungsbilder aus der die Notwendigkeit der gleichzeitigen Behandlung abgeleitet wird. Dies erfolgt mittels einer Sucht-Essstörungslebenslinie (Beisel et al., 2010), die das Ausmaß und die wechselseitige Beeinflussung beider Störungsbilder in der Krankheitsgeschichte des Patienten aufzeigt. Mittels Validierung bisheriger (erfolgloser) Bemühungen mit einer singulären Behandlung eines Störungsbildes wird eine hohe Compliance bzgl. der Teilnahme an einer integrierten Behandlung erzielt, was vor dem Hintergrund großer Motivations- und Complianceprobleme enorm bedeutsam ist. Patienten können dadurch sehr gut nachvollziehen, dass sie bei Abstinenzbemühungen bzgl. Alkohol intensivere bulimische Phasen erlebt haben und bei restriktivem Essverhalten wiederum vermehrt Alkohol getrunken haben. Dieses therapeutische Vorgehen minimiert Schuld- und Schamgefühle wegen zahlreicher erlebter Rückfälle.

Die Behandlungsprinzipien berücksichtigen im Weiteren die aus der DBT Behandlung nach Linnehan bekannte Hierarchisierung der Behandlungsprinzipien bei Vorliegen mehrerer Behandlungsziele. Die Einhaltung der Abstinenz als auch die Wiedererernährung werden als gleichrangige

(hohe) Behandlungsziele angesehen. Das weitere Vorgehen orientiert sich an den Grundprinzipien einer Suchtbehandlung (Lindenmeyer, 2016e), die an dieser Stelle nicht weiter erörtert werden und einem stationären Behandlungskonzept für Essstörungen (Beisel, 2010). Dabei werden essstörungsspezifischen Maßnahmen zur Ernährungsrehabilitation/Gewichtsrestitution wie auch die Bearbeitung der zugrundeliegenden psychischen Problembereiche berücksichtigt. Dazu ist eine engmaschige einzeltherapeutische Betreuung und die tägliche Teilnahme an der 90-minütigen Indikativgruppe „Essstörungen" (Beisel et al., 2010), die therapeutisch betreute Mahlzeiteneinnahme sowie die regelmäßig angebotene Lehrküche, vorgesehen. Die Behandlung der einzelnen Problembereiche umfasst je nach individueller Indikation folgende Maßnahmen (Böse und Beisel, 2005; Beisel, 2010):

- Maßnahmen zur Verbesserung des Ernährungszustandes und Normalisierung des Gewichts:
    - Essprotokolle: Die Selbstbeobachtung des Essverhaltens sowie der vorausgehenden und nachfolgenden Bedingungen gehören zum Standardrepertoire eines verhaltenstherapeutischen Vorgehens in der Behandlung von Essstörungen. Daher führen alle PatientInnen täglich ihre Essprotokolle, die wöchentlich in der Essstörungsgruppe oder b. Bed. häufiger in der Einzeltherapie ausgewertet werden. Sie sind Grundlage weiterer Zielsetzungen.
    - Therapeutische Tischbegleitung: Die regelmäßige Einnahme der Mahlzeiten, der Abbau sogenannter „verbotener" Nahrungsmittel und die Etablierung einer ausgewogenen sowie kalorisch ausreichenden Ernährung ist ein Grundziel der Behandlung von Essstörungen. Ängste vor dem Essen, Verlust der Mahlzeitenstruktur sowie eine massive Restriktion der Nahrungszufuhr oder Heißhungeranfälle kennzeichnen Essstörungen. Daher gehört die gemeinsame Einnahme von 3 Hauptmahlzeiten zur Behandlung. Bei Bedarf und nach Absprache können diese um kleine Zwischenmahlzeiten erweitert werden. Um die Konfrontation mit den Mahlzeiten, die mit massiven Ängsten einhergeht, zu erleichtern, werden die PatientInnen bei der Einnahme der Mahlzeiten therapeutisch unterstützt. Die Aufgabe des therapeutischen Personals hierbei besteht darin, den Mahlzeitenablauf zu strukturieren. Alle PatientInnen haben einen Mahlzeitenplan und wöchentliche Ziele. Zu Beginn des Essens findet ein sogenanntes „Blitzlicht" statt, in dem die essensbezogenen Ziele angesprochen werden, am Ende des Essens erfolgt ein weiteres „Blitzlicht" zur Überprüfung der Zielerreichung. Krisen werden unmittelbar nach dem Essen aufgefangen. Eine unmittelbare Rückmeldung erfolgt per Mail an die zuständigen Bezugstherapeuten.
    - Mahlzeitenplanung: Alle Patienten erhalten einen Mahlzeitenplan, der entsprechend ihres Ausgangsgewichtes und ihrer Zielstellung differenziert wird. Diese Pläne werden in der wöchentlichen Essprotokollbesprechung durch den Bezugstherapeuten gemeinsam mit der Ernährungsberaterin erstellt und ausgewertet. Bei Nichteinhaltung der Pläne erfolgen Verhaltensanalysen, um Zusammenhänge, Problemfelder und Unterstützungsmöglichkeiten zu erarbeiten. Bei untergewichtigen PatientInnen kann b. Bed.

die Wiederernährung durch die zusätzliche Gabe hochkalorischer Shakes (ernährungsphysiologisch ausgewogene Flüssignahrung) unterstützt werden. Diese werden durch die Ernährungsberaterin hergestellt und sie werden auf der Aufnahmestation unter Aufsicht eingenommen.
Bei der Wiederernährung einer Anorexie wird auf eine ausreichende Energiegabe geachtet, die zu Beginn bei 30-40 kcal/kg Körpergewicht liegt und auf bis zu 70-100 kcal/kg Körpergewicht gesteigert werden kann. Diese Vorgehensweise wird zur Minimierung der Gefahr eines Refeeding Syndroms eingehalten. Gleichzeitig werden auch alle medizinisch erforderlichen Untersuchungen und Laborkontrollen durchgeführt.
Response Prevention: Um Krisen zu minimieren, die Gewöhnung an ein Völlegefühl zu unterstützen und selbstinduziertes Erbrechen zu verhindern, kann bei Bedarf im Anschluss an die Einnahme der Mahlzeiten ein Aufenthalt im sog. Ruheraum erfolgen, bis die Anspannung und der Drang zu dysfunktionalem Spannungsabbau nachgelassen hat.
Zielgewichtsvereinbarungen und Wiegen: Mit Patienten, die unterhalb ihres regulierten Gewichts (set point) liegen, wird von Beginn an ein Zielgewicht vereinbart. Leitliniengemäß sollte in der stationären Behandlung bei Erwachsenen ein BMI >_ 20kg/m^2 angestrebt werden, bei 17 jährigen ein BMI von 19kg/ m^2. Darüber hinaus orientiert sich die Gewichtsvereinbarung am prämorbiden Gewicht sofern dies stabil bestand. Es werden Gewichtszunahmen von ca. 700g pro Woche angestrebt. Eine Gewichtskontrolle wird ein- bis zweimal wöchentlich in Unterwäsche durchgeführt. Jede Patientin erhält ihre persönliche Gewichtskurve ausgehändigt, um ihren Gewichtsverlauf verfolgen zu können und die Auseinandersetzung mit der Realität ihrer Erkrankung zu fördern.

- Psychoedukation: Patient*innen mit Essstörungen haben zahlreiche dysfunktionale Annahmen bezüglich der Entstehung und Aufrechterhaltung ihrer Erkrankung und weisen zahlreiche Wissensdefizite darüber auf. Die Psychoedukation erfolgt zu Beginn der Therapie sowohl in der Einzeltherapie als auch in der Essstörungsgruppe. Sie dient daher der Informationsvermittlung u. a. über Folgen von Mangelernährung, Heißhunger und Erbrechen, Gewichtsregulierung etc. Im Rahmen der Psychoedukation wird gezielt auf die Auswirkung von Suchtmitteleinnahme auf die Hunger- und Sättigungsregulierung wie auch das Auslösen von Heißhungeranfällen bei THC Konsum erarbeitet. Es wird auf die beschleunigte Suchtentwicklung als auch die höhere Gesundheitsgefährdung bei Untergewicht und Substanzkonsum eingegangen wie auch die erhöhte Suchtmittelrückfälligkeit bei Mangelernährung erläutert. Die Psychoedukation fördert die Entwicklung von der Therapiemotivation und unterstützt den Aufbau einer guten therapeutischen Beziehung.
- Körperbildtherapie: Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper oder eine Körperschemastörung, die das Selbstwertgefühl beeinträchtigen, gehören typischerweise zum Störungsbild. Sie stellen sowohl einen Risikofaktor bei der Entstehung als auch der Aufrechterhaltung der Ess-

störung dar. Daher werden Interventionen zur Veränderung der Körperbildstörung einen großen Stellenwert beigemessen. In der Essstörungsgruppe als auch in der Einzeltherapie werden Maßnahmen durchgeführt, die an den jeweiligen Komponenten eines gestörten Körperbildes ansetzen (Beisel, 2010; Böse et al. 2005):

- Maßnahmen zur Veränderung der verzerrten Wahrnehmung (Überschätzung des Umfanges): hier kommen v.a. Expositionsverfahren zum Einsatz. Es werden verhaltensbezogene Maßnahmen in Form von Seilübungen, Körperumrisszeichnungen, Körpervideo- und Spiegelexpositionen durchgeführt, die im Grad der Konfrontation abgestuft sind. Sie dienen der Konfrontation mit dem eigenen Körper, um negative körperbezogene Emotionen zu aktualisieren und im Rahmen der Habituation zu reduzieren. Bei allen Konfrontationsverfahren ist eine mehrmalige Wiederholung erforderlich. Eine weitere Modifizierung typischer körperbezogener Kognitionen erfolgt in der kognitiven Therapie.
- Maßnahmen zur Veränderung des körperbezogenen Kontroll- und Vermeidungsverhaltens, zur Veränderung der negativen Gefühle dem eigenen Körper gegenüber und zur Förderung der Körperakzeptanz: Hier werden mit den PatientInnen persönliche angstbesetze Situationen herausgearbeitet wie z.B. Abhängen des Spiegels, Vermeidung von Schwimmbad- oder Saunabesuch, Vermeidung der Berührung des eigenen Körpers, ständige soziale Vergleiche, Rückversicherungsverhalten. Diese Situationen werden unter therapeutischer Anleitung in sensu oder in vivo regelmäßig wieder aufgesucht. Begleitend werden dysfunktionale Einstellungen, die das Vermeidungsverhalten fördern, die Unzufriedenheit mit dem Körper und die Abhängigkeit des Selbstwertgefühls vom Gewicht aufrechterhalten in der Einzeltherapie und der Essstörungsgruppe mittels kognitiver Therapie modifiziert. Unterstützt wird der Veränderungsprozess durch die sporttherapeutischen Maßnahmen, wie das achtsamkeitsfördernde Chi Gong oder Tai Chi aber auch durch die Reittherapie.

- Bearbeitung zugrundeliegender Problembereiche: Zu den typischen Problembereichen zählen: fehlende Tagestruktur, zu geringes oder zu hohes Aktivitätsniveau, Fehlen angenehmer Aktivitäten, mangelndes Selbstwertgefühl, mangelnde Selbstsicherheit, Defizite in der Kontakt- und Kommunikationsfähigkeit, eingeschränkte Emotionswahrnehmung, geringe Problemlösefähigkeit, überhöhtes Leistungsdenken, Perfektionismus, mangelnde Impulskontrolle, sowie häufig konfliktbehaftete Beziehungen zu Eltern, Partnern und Freunden. Die Bearbeitung dieser Problembereiche findet sowohl in der Einzel- als auch in der indikationsspezifischen Gruppentherapie statt. Die Gruppentherapie erweist sich hier als sehr vorteilhaft, da sie die Erfahrung des sozialen Lernens fördert und über den Austausch mit anderen Patientinnen Schuld-und Schamgefühle bezüglich der Erkrankung abbauen hilft und damit zur Motivationsförderung beiträgt. Achtsamkeitsbasierende Maßnahmen zur Förderung der Wahrnehmung von Emotionen und zum Umgang mit Anspannung gehören im Rahmen der Essstörungsgruppe genauso zum Repertoire wie die Vermittlung von Fertigkeiten (Skills), um Patient*innen bei der Redu-

zierung dysfunktionalen Verhaltens (Suchtmitteleinnahme, Heißhungeranfälle, Erbrechen, Bewegungsdrang, Selbstverletzung) zu unterstützen.

3.4 Spezialtherapiegruppe Medikamentenabhängigkeit

Die Behandlung in dieser Spezialgruppe erfolgt in vielem entsprechend den allgemeinen Modulen unserer Entwöhnungsbehandlung (Schöneck und Cina, 2023), auf deren ausführliche Beschreibung wir an dieser Stelle lediglich verweisen. Die Zusammenfassung der Patienten in einer Spezialgruppe für Medikamentenabhängigkeit erfolgt allerdings mit folgender Intension:

- Die Betroffenen benötigen ein besonderes Verständnis und gegenseitige Unterstützung untereinander, da sie für ihren Medikamentenverzicht subjektiv unzureichend belohnt werden. Häufig quälen sie langwierige Entzugserscheinungen oder die körperlichen bzw. psychischen Beschwerden, gegen die sie ihr Medikament ursprünglich genommen haben. Gegenseitiges Verständnis und Unterstützung können leichter in einer homogenen Therapiegruppe von Medikamentenabhängigen erzielt werden.
- Die Enttäuschung von Medikamentenabhängigen darüber, dass ihnen von Therapieseite keine sofortige Besserung garantiert werden kann, erfordert besondere interaktionelle Fähigkeiten und Erfahrung der Behandler mit dieser Klientel.
- Und schließlich treffen die Patienten im Anschluss an ihre Behandlung wieder auf ein Gesundheitssystem in der die Verschreibung und Einnahme von Medikamenten einen verbreiteten Sofort-Lösungsweg für unspezifische Beschwerden darstellt. Hier bedarf es einer spezifischen Vorbereitung der Betroffenen auf die künftige Begegnung mit ärztlichen Behandler, zumal sie bei medizinischen Notfällen auch künftig nicht ohne Medikamente ohne Suchtpotential auskommen werden.

3.5 Spezialtherapiegruppe Pathologisches Glücksspiel und Sucht

Die Behandlung in dieser Spezialgruppe erfolgt als Kombination unserer Module zur Alkoholentwöhnungsbehandlung (Schöneck und Cina, 2023) und zur Behandlung von pathologischem Glücksspiel (Schöneck und Cina, 2023), auf deren ausführliche Beschreibung wir an dieser Stelle lediglich verweisen. Die Notwendigkeit der Behandlung innerhalb einer Spezialgruppe von pathologischem Glücksspiel und Sucht ergibt sich daraus, dass:

- einerseits die Gemeinsamkeiten beider Störungsbereiche im Einzelfall herauszuarbeiten sind, um einen einheitlichen Therapieansatz für beide Störungen zu ermöglichen. Hier sind z.B. das Konzept des Suchtgedächtnisses, das Konzept der Toleranzentwicklung, das Konzept der Rückfallrisikosituation und der Rückfallprävention hilfreich, um für beide Störungen identische Veränderungsstrategien mit dem Patienten zu erarbeiten und einzuüben.

Dies ist deshalb wichtig, damit sich die Patienten durch die Tatsache einer zweifachen Störung nicht entmutigt bzw. sich überfordert fühlen.

- andererseits die Besonderheit der beiden Störungsbereiche zu beachten sind. Hier sind z.B. die spezifische Kontrollillusion Glücksspielern, der Versuch finanzielle Versuche durch erneutes Spielen auszugleichen und Notwendig der individuellen Festlegung, von welchen Spielen künftig Abstand zu nehmen ist, sowie das Fehlen von objektiven Überwachungsmöglichkeiten der Spielabstinenz während der Behandlung von Bedeutung. Dies ist deshalb wichtig, damit das Therapiekonzept für die Patienten glaubwürdig bleibt und letztere sich nicht in eine bestimmte Störungsideologie gedrängt fühlen.
- die Betroffenen dazu neigen, Alltagsinteraktionen und insbesondere die Begegnung mit ihrem Therapeuten zu einem Spiel werden zu lassen. Das heißt sie testen, wie weit sie gehen können und treten in einen spielerischen Wettkampf. Dies erfordert besondere Geduld und Interaktionsfertigkeiten auf Seiten der Behandler.
- viele Betroffene große Probleme im Umgang mit Geld aufweisen. Von besonderer Bedeutung bei pathologischen Spielern, ist die obligatorische Führung eines Haushaltsbuches, das von therapeutischer Seite engmaschig kontrolliert wird, sowie die Überwachung der Internet-Nutzung. Letzteres geschieht durch obligatorische An- und Abmeldung im W-LAN-System der Klinik. Im begründeten Einzelfall kann auch vereinbart werden, dass der Betroffen vorübergehend die Verfügung über sein Konto abtritt und vom Therapeuten lediglich wöchentlich einen gemeinsam bestimmten Betrag ausgezahlt bekommt. Allerdings sollen diese Kontrollmaßnahmen nicht dazu führen, dass die Verantwortung der Überwachung ausschließlich auf die Klinik übergeht, ohne dass der Betroffene oder Mitpatienten Mitverantwortung tragen.

3.6 Indikativgruppe Schmerzbewältigung

Die pro Woche 4x90-minütige Indikativgruppe Schmerzbewältigung richtet sich an Patient*innen aus beiden Klinikabteilungen, die unter chronischen Schmerzen (meist Kopf- oder Rückenschmerzen) leiden, die entweder kein organisch ausreichendes Korrelat haben oder zumindest durch organmedizinische Behandlungsformen (Medikamente, Physiotherapie oder Operationen) nicht ausreichend gelindert werden können. Gemeinsam ist den Betroffenen, dass sie sich den Schmerzen gegenüber vollkommen hilflos fühlen und ihr Alltagsverhalten durch Versuche der Schmerzvermeidung und Schonhaltung immer stärker eingeschränkt wird. In der Folge entwickelt sich ein sog. „chronisches Krankheitsverhalten“, das durch zunehmende Passivität und Hilflosigkeit der

Betroffenen, eine übermäßige Inanspruchnahme medizinisch-diagnostischer Maßnahmen, körperliches und soziales Schonverhalten sowie eine sozial und familiär stabilisierte Krankenrolle gekennzeichnet ist. Schließlich sehen viele PatientInnen in dem Erhalt einer Rente die einzige Lösung ihrer Probleme.

Die inhaltlichen Schwerpunkte der Indikationsgruppe „Schmerzbewältigung“ sind:

- Erarbeiten eines verhaltensmedizinischen Krankheitsmodells: Auf dem Hintergrund möglichst umfassender medizinischer Untersuchungen, einer ausführlichen Anamnese (u.a. Krankengeschichte, Erfahrungen mit Vorbehandlungen, bisherige Bewältigungsversuche) und einer systematischen retrospektiven Erfassung situativer Einflüsse auf das Schmerzgeschehen wird mit den PatientInnen schrittweise ein verhaltensmedizinisches Störungsmodell entwickelt. In einfachen Teufelskreismodellen wird hierbei insbesondere der Zusammenhang von Emotionen, Muskelverspannung und Erregung, Aufmerksamkeitszentrierung und Informationsverzerrung, Schonverhalten und Schmerzverschlimmerung veranschaulicht. Zur Verinnerlichung und zum besseren Verständnis des Störungsmodells werden die PatientInnen gebeten, dieses ihren Bezugspersonen und Angehörigen zu vermitteln.
- Systematische Selbstbeobachtung***:*** Die Patient*innen werden aufgefordert, die in ihrem verhaltensmedizinischen Schmerzmodell postulierten Zusammenhänge systematisch durch eine engmaschige Selbstbeobachtung während der Behandlung auf ihre Richtigkeit hin zu überprüfen. Die PatientInnen werden hierbei zu bestimmten Tätigkeiten und Aufgaben angehalten, um die Auswirkung auf ihre Schmerzsymptomatik zu protokollieren. Die Ergebnisse der Selbstbeobachtung werden in regelmäßigen Therapiesitzungen ausgewertet und daraus entsprechende kognitive Interventionen (Umbewertungen, Wahrnehmungsveränderungen) abgeleitet.
- Überwindung von Schon- und Krankheitsverhalten***:*** Durch Teilnahme an der Sporttherapie bzw. Werktherapie sowie gezielte Therapieaufgaben wird das bisherige Schonverhalten der PatientInnen schrittweise abgebaut und das Aktivitätsniveau wieder erhöht. Um die bei chronischen Schmerzen entwickelte Sensibilisierung auf neurochemischer Ebene wieder zurück zu fahren, wird den PatientInnen hierbei ein Vorgehen nach dem Konzept des „Work-hardening“ angeboten: Danach wird ein umfangreicher Aktivitätsplan aufgestellt, der gerade auch bei auftretenden Schmerzen durchgehalten werden soll. Gleichzeitig lernen die PatientInnen im Rollenspiel einen konstruktiven Umgang mit Ärzt*innen anstelle von Aggravieren ihrer Schmerzen.

Auch hierzu haben wir Teilnehmermaterialien (Lindenmeyer, 2021) entwickelt, die es den Patienten ermöglich, ihre Veränderungsbemühungen zwischen den Therapiestunden systematisch zu protokollieren und auszuwerten.

Literatur:

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften AWMF (2021). S3-Leitlinie – Screening, Diagnose und Behandlung von alkoholbezogenen Störungen. www.awmf.de.

Beisel, S. (2010): Stationäre kognitive Verhaltenstherapie bei Anorexia und Bulimia nervosa. In: Reich, G., Cierpka, M. (Hrsg.): Psychotherapie bei Essstörungen. Georg Thieme Verlag, Stuttgart,148-163. 3. Auflage

Beisel, S., Beringer, S., Boden, S. & Lindenmeyer, J. (2010): Essstörungen. In: Lindenmeyer, J. (Hrsg.): Therapie- Tools. Offene Gruppen 1.Weinheim: Beltz PVU

Böse, R., Beisel, S. & Geissner, E. (2005). Konfrontationstherapie bei der Behandlung von Essstörungen. In: Wittchen, H.U., Neudeck, P.: Konfrontationsbehandlung bei psychischen Störungen. Hogrefe Verlag. Göttingen.

Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (Hrsg.). (2014). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Bern: Verlag Hans Huber.

Lindenmeyer, J. (2001). Der springende Punkt. Stationäre Kurzzeittherapie bei Alkoholmissbrauch. Lengerich: Pabst Scientific Publishers..

Lindenmeyer J. (2016e): Alkoholismus. Fortschritte der Psychotherapie – Manuale für die Praxis Bd. 6. Göttingen: Hogrefe.

Lindenmeyer, J. (2016c). Lieber schlau als blau. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Lindenmeyer, J. (Hrsg.) (2021). Therapie-Tools: Offene Gruppen 1. Weinheim: Beltz.

Lindenmeyer, J. (Hrsg.) (2021). Therapie-Tools: Offene Gruppen 2. Weinheim: Beltz.

Lindenmeyer, J. (2013). Ich bin kein Alkoholiker! Die Behandlung von Alkoholproblemen in der ambulanten Psychotherapie. Springer: Berlin.

Schöneck, R. & Cina, R. (2022). Therapiekonzept der salus klinik Lindow: Psychosomatik. Lindow: Eigenverlag.

Schöneck, R. & Cina, R. (2022). Therapiekonzept der salus klinik Lindow: Pathologisches Glücksspiel. Lindow: Eigenverlag.

McGovern, M.P., Clark, R.E., & Samnaliev, M. (2007). Co-occurring psychiatric and substance use disorders: A multistate feasibility study of the quadrant model. Psychiatric Services, 58, 949-954.

Miller, WR. & Rollnik, S. (2015). Motivationale Gesprächsführung. Lambertus: Freiburg.

Mueser, K.T., Drake, R.E., Turner, W., & McGovvern, M. (2006). Comorbid substance use disorders and psychiatric disorders. In W.R. Miller & K.M. Carroll (Eds.), Rethinking substance abuse: What the science shows, and what we should do about it. New York: Gulford Press (p 115-133).

Pabst, A., Kraus, L., de Matos E.G., & Piontek, D. (2013). Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012. Sucht, 59(6), 321-331.

Rehm, J., & Scafato, E. (2011). Indicators of alcohol consumption and attributable harm for monitoring and surveillance in Europan Union countries. Addiction, 106, 4-10.

SAMHSA, 2004

Schuckit, M.A. (2006). Comorbidity between substance use disorders and psychatric conditions. Addiction, 101S, 78-85.

Seitz, H.K., Bühringer G., Mann, K. [2008]. Grenzwerte für den Konsum alkoholischer Getränke. In DHS (Hrsg.). Jahrbuch Sucht 2008. Geesthacht: Neuland, 205-209

Schöneck, R. & Cina, R. (2023). Therapiekonzept der salus klinik Lindow: Suchtabteilung. Lindow: Eigenverlag.

Schöneck, R. & Cina, R. (2023). Therapiekonzept der salus klinik Lindow: Psychosomatik. Lindow: Eigenverlag.