

# **PRAKTIKUMBERICHT**

## **Psychosoziale Behandlungsverfahren**

Abhängigkeitserkrankungen

*Daniela Gabriel*

**Klinik xxxxxxxxxxxx**

Psychosomatische Fachklinik für Abhängigkeitserkrankungen

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx 2

xxxxx xxxxxxxxxxxx

Tel: xxxxxxxxxxxxxxxx

**13.01.2003 - 11.04.2003**

# Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	2
<b>1 Vorstellung der Einrichtung.....</b>	<b>3</b>
1.1 Vorstellung der Abteilung.....	5
<b>2 Vorstellung des Patienten.....</b>	<b>5</b>
2.1 Medizinische Diagnosen.....	5
2.2 Medizinische Nebendiagnosen.....	6
<b>3 Allgemeines Krankheitsbild.....</b>	<b>6</b>
3.1 Allgemeines Krankheitsbild der Nebendiagnosen.....	12
<b>4 Biografie des Patienten.....</b>	<b>16</b>
4.1 Sozial- Familienanamnese.....	16
4.2 Schul- und Berufsanamnese.....	17
<b>5 Spezielles Krankheitsbild.....</b>	<b>18</b>
<b>6 Therapeutische Maßnahmen.....</b>	<b>21</b>
<b>7 Erklärung zur Medikation.....</b>	<b>22</b>
<b>8 Ergotherapeutische Befunderhebung.....</b>	<b>25</b>
8.1 Erster Eindruck.....	25
8.2 Erstgespräch.....	25
8.3 Befunderhebung.....	27
8.3.1 Sozi-emotionaler Bereich.....	27
8.3.2 Psycho-emotionaler Bereich.....	29
8.3.3 Kognitiver Bereich.....	31
8.3.4 Perzeptiver Bereich.....	32
8.3.5 Psycho-motorischer Bereich.....	33
8.3.6 ADL- und Freizeitbereich.....	33
8.3.7 Situationsbeschreibung des Patienten in der Einrichtung.....	34
<b>9 Behandlungsplan / Therapieplan.....</b>	<b>35</b>
9.1 Therapieziele laut ärztlicher Verordnung.....	35
9.2 Das übergeordnete Behandlungsziel.....	35
9.3 Bewertung des Befundes im Hinblick auf die Zielplanung.....	35
9.4 Grobziele.....	36
9.5 Feinziele.....	36
9.6 Therapiemittel und –Medien.....	37
9.7 Therapiemethode.....	37
9.8 Therapieform / Rahmenbedingungen.....	37
<b>10 Therapieverlauf.....</b>	<b>37</b>
<b>11 Planung der Sichtstunde.....</b>	<b>41</b>
<b>12 Vorschläge für die weitere Behandlung.....</b>	<b>43</b>
<b>13 Reflexion des Praktikums.....</b>	<b>44</b>
<b>14 Literatur- und Quellenangabe.....</b>	<b>44</b>

# 1 Vorstellung der Einrichtung

Die Klinik xxxxxxxxxxxx ist als private Krankenanstalt seit 1982 eine psychosomatische Fachklinik für Abhängigkeitserkrankungen und hat sich auf die Behandlung der Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit bei Frauen und Männern spezialisiert. Körperliche und psychosomatische Folge- und Begleiterkrankungen sowie Spielsucht und Essstörungen werden mitbehandelt.

Die Klinik gehört zu der xxxxx-Unternehmensgruppe xxxxxx.

Hauptbelegungsträger ist die LVA Westfalen. Es werden auch Versicherte anderer Rentenversicherungsträger, der Krankenkassen sowie SozialhilfeempfängerInnen aufgenommen.

Eine Aufnahme von BeamtInnen und PrivatpatientInnen ist im begrenzten Umfang möglich. Des Weiteren werden Mütter oder Väter mit ihren Kindern, die während der Therapiezeit außerhalb betreut werden, aufgenommen.

Eine Behandlung abhängigkeitskranker (Ehe-) Paare, zu Beginn räumlich getrennt, ist ebenfalls möglich.

Die Klinik verfügt über 140 Behandlungsplätze, davon stehen 20 Plätze seit 1991 zur Qualifizierten Entgiftung zur Verfügung.

Die PatientInnen sind in Einzel- und Doppelzimmern untergebracht.

Das Behandlungskonzept ist geprägt durch ein psychoanalytisches Grundverständnis.

In der Entwöhnungsbehandlung beträgt die Behandlungsdauer i. d. R. 16 Wochen;

Verlängerungen sind in begrenztem Umfang möglich.

Bei Therapieerfahrenen (Selbstversorgergruppe), Festigungs- und Rückfallbehandlungen beträgt der Behandlungszeitraum 8 Wochen.

Die Qualifizierte Entgiftungs- und Entzugsbehandlungsdauer (QE) beträgt 6 Wochen.

Neu aufgenommene Patienten werden einer Stammgruppe zugeteilt, die während ihres Aufenthaltes bestehen bleibt. Im 2-Wochen-Rhythmus ändern sich die Therapiepläne der einzelnen Gruppen. Es gibt 11 Gruppen und eine QE-Gruppe mit je maximal 10-12 und 1 Gruppe mit 8 Teilnehmern. Jeweils für eine Gruppe sind ein Gruppentherapeut und ein Co-Therapeut zuständig.

## Personelle Besetzung

In der Klinik sind 60 Beschäftigte laut Stellenplan tätig, die Stellen sind wie folgt belegt:

ÄrztInnen	4,5 Stellen
GruppentherapeutInnen	14 Stellen
ErgotherapeutInnen	3 Stellen + 1 Honorarkraft
Musiktherapeut	1 Stelle
Sport- u. PhysiotherapeutInnen	3 Stellen
Krankenschwester –Pfleger	7 Stellen
Diätassistentin	1 Honorarkraft
Mitarbeiter der Verwaltung, Zivildienstleistende, PraktikantInnen, Hausangestellte und Küchenpersonal.	

## Behandlungselemente

- **Diagnostik**

Diagnostik der psychiatrischen und somatischen Aspekte der Suchterkrankung sowie eventueller Begleiterkrankungen.

- **Somatische Therapie**

Regelhaft erfolgen ärztl. Zwischen- und Abschlussuntersuchungen mit EKG, Ergometrie (*Messung der körperlichen Leistungsfähigkeit*), Spirometrie (*Messung der Atemfrequenz*), Sonographie, EEG.

- **Physikalische Abteilung**

In der Abteilung wird das gesamte Spektrum balneologischer und Kneipp'scher Behandlungsmethoden genutzt.

Krankengymnastik, Bewegungsschulung (Rückenschule), Gymnastik und Sporttherapie runden das Therapieprogramm ab.

- **Psychotherapie**

Zu Beginn der Therapie werden für jede Patientin und jeden Patienten gemeinsam mit dieser / diesem die individuellen Therapieziele formuliert.

- **Gruppenpsychotherapie**

Die Gruppenarbeit folgt dem theoretischen Konzept der „themenzentrierten Gruppenpsychotherapie“ nach R. Cohn.

Die theoretische Grundlage der praktizierten Gruppentherapie stellt die interaktionelle analytische Gruppenpsychotherapie nach Heigl-Evers, Heigl dar.

- **Einzelpsychotherapie**

Neben der Gruppenpsychotherapie in der Bezugsgruppe erfolgen regelmäßige Einzelgespräche in denen je nach Indikation aufdeckend oder stützend gearbeitet wird.

- **Indikationsgruppen**

In Indikationsgruppen können schwerpunktmäßige Problemfelder bearbeitet werden.

- *Pflichtveranstaltung in der Neuaufnahme*
  - Therapeutische Info
  - Medizinische Info
  - Hausinformation
- *Nach ärztlicher bzw. therapeutischer Indikation*
  - Diätberatung
  - Fitnesstraining
  - Gangschule, Rückenschule
  - Konzentrations- und Gedächtnistraining (KGT)
- *Wahlpflichtveranstaltungen*
  - Frauengruppe, Männergruppe
  - Erziehungsberatung
  - Psychomotorik für Kinder (Erprobungsphase)
  - Volleyball
  - Entspannungstraining, Selbstsicherheitstraining
  - Rhythmusgruppe, Genussstherapie
  - Holzgruppe, Seidenmalerei, Patchwork
  - Schuldnerberatung
- *Pflicht für arbeitslose Patienten*
  - Arbeitslosengruppe

## **1.1 Vorstellung der Abteilung**

Die Ergotherapieabteilung liegt zusammen mit der Gestaltungstherapie im Untergeschoss des Nebengebäudes der Klinik.

Für die Ergotherapie steht eine gut ausgestattete Holzwerkstatt (Dekupiersägen, Bandsäge, Oberfräsen, Drechselbank...) sowie 5 weitere Räume für Peddigrohr, Seidenmalerei, Tonarbeiten (dieser kann auch außerhalb der Therapiestunden von den Patienten genutzt werden), Patchwork, Collagen, Freizeitkompetenztraining und zur Gravur der Namensschilder der Patienten, zur Verfügung.

Des Weiteren befinden sich ein Brennraum zum Brennen und zur Lagerung der Tonstücke, ein Lagerraum, zwei Personaltoiletten sowie drei Büroräume in der Abteilung.

Es sind dort zwei ErgotherapeutInnen in Vollzeit, eine Ergotherapeutin in Teilzeit, eine Honorarkraft (Patchwork), ein Gestaltungstherapeut in Vollzeit, der z. Z. auch für die Qualitätssicherung des Hauses verantwortlich ist, sowie ein Zivildienstleistender beschäftigt.

### **Rahmenbedingungen in der Beschäftigungstherapie**

- Sozialform: Gruppentherapie
- Methode: Kompetenzzentrierte Methode mit interaktionellen Anteilen
- Medien: Peddigrohr, Ton, Brandmalerei, Seidenmalerei für Indikationsgruppen, PC, Freizeitaktivitätenlisten
- Zeitlicher Rahmen: 90 Min., Indikationsgruppen 3 Std.

## **2 Vorstellung des Patienten**

Der Patient Herr X. ist deutscher Abstammung, 47 Jahre alt, seit 10 Jahren verheiratet, von Beruf Pflasterer, seit 1991 arbeitslos und lebt gemeinsam mit seiner Frau in einer Großstadt in NRW.

### **2.1 Medizinische Diagnosen**

- Alkoholsucht (F10.2)

## 2.2 Medizinische Nebendiagnosen

- Nikotinabusus (15-20/Tg)
- Toxischer Leberschaden –Fettleber (K76.0)
- Ataxie (R27.0) *nicht näher bezeichnet*
- Alkohol-Polyneuropathie (G62.1)
- Beginnende Gonarthrose links (M17.-)
- Lumbale Myogelosen
- Psoriasis (L40.-)
- Essentieller posttraumatischer Tremor
- Sprech-Dyspnoe
- Penicillin-Allergie, Zwiebel-Unverträglichkeit

## 3 Allgemeines Krankheitsbild

### Chronischer Alkoholismus (F10.2)

#### Abhängigkeitssyndrom

Eine Gruppe von Verhaltens-, kognitiven und körperlichen Phänomenen, die sich nach wiederholtem Drogengebrauch entwickeln.

Typischerweise besteht ein starker Wunsch, die Droge einzunehmen, Schwierigkeiten, den Konsum zu kontrollieren, und anhaltender Drogengebrauch trotz schädlicher Folgen. Dem Suchtmittelgebrauch wird Vorrang vor anderen Aktivitäten und Verpflichtungen gegeben. Es entwickelt sich eine Toleranzerhöhung und meist ein körperliches Entzugssyndrom.

Das Abhängigkeitssyndrom kann sich auf einen einzelnen Stoff beziehen (z.B. Tabak, Alkohol), auf eine Substanzgruppe (z.B. opiatähnliche Substanzen), auf ein weites Spektrum Pharmakologisch unterschiedlicher Substanzen, oder auch auf eine Suchtkrankheit, bei der eine bestimmte Tätigkeit die Abhängigkeit verursacht (Arbeit, Essen, Glücksspiel oder Sex).

#### Synonyme

Alkoholabhängigkeit, Alkoholkrankheit  
Trunksucht, Alkoholismus

#### Definition

Der Begriff *Alkoholismus* sollte nur in Verbindung mit *Alkoholabhängigkeit* benutzt werden.

Alkoholabhängigkeit / Alkoholismus:

Psychische und physische Abhängigkeit vom Stoff Alkohol, einhergehend mit Veränderung der Verhaltensebene, der subjektiven Ebene und der psychobiologischen Ebene (*psychologische Richtung, die Verhalten und Verhaltensstörungen als Ausdruck körperlicher und seelischer Vorgänge betrachtet, die als Einheit gesehen werden*).

Alkoholabusus / Alkoholmissbrauch:

Übermäßiger Alkoholkonsum, der zu körperlichen, psychischen und/oder sozialen Schäden führt.

### **Ursachen**

Als Ursachen der Alkoholkrankheit lassen sich gewisse Risikofaktoren feststellen, die einzeln oder sich überschneidend auftreten können und immer mit dem individuellen Lebensweg des Alkoholkranken verbunden sind:

- Einseitig ausgerichtete Erziehung
- Überforderung (z.B. durch Prestigestreben)
- alkoholabhängige Bezugs- und Kontaktpersonen (der Erstkontakt mit Alkohol findet in den meisten Fällen in der Familie statt)
- einseitiges Genussverhalten
- Schwierigkeiten im persönlichen Bereich (Trennungen)
- Ängste (z.B. Arbeitslosigkeit)
- depressive Stimmungslagen
- Trinken zur Steigerung des Selbstvertrauens

Erb- beziehungsweise genetische Faktoren werden diskutiert und untersucht, können bislang aber noch nicht als gesichert gelten.

### **Epidemiologie**

In der Gesamtbevölkerung der Bundesrepublik Deutschland wird der Anteil an Alkoholikern etwa auf 3-5 % geschätzt, dies sind mindestens 2,5 Millionen Menschen. Das Verhältnis von Männern zu Frauen liegt bei 3:1. Der Anteil der chronischen Alkoholabuser liegt wesentlich höher, als alkoholgefährdet gelten 7 % der Bevölkerung.

Jährlich sterben etwa 40.000 Menschen an den Folgen des Alkohols, davon circa 16.000 an Leberzirrhose, weitere 7.000 an bösartigen, meist durch eine Kombination von stetigem Alkoholenuss und starkem Rauchen hervorgerufenen Mund-, Rachen- oder Kehlkopftumoren.

### **Anamnese**

Patienten lassen sich entweder wegen alkoholbedingter Allgemeinsymptome oder Folgeschäden chronischen Alkoholkonsums behandeln.

Dies sind gastrointestinale Störungen (Brechreiz, Übelkeit, Oberbauchbeschwerden), Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen, Nüchternzittern bei reduziertem Leistungsvermögen u.a. konsekutive (*folgernde*) Alkoholschäden gepaart mit alkoholbedingten Arbeitsplatz- und/oder Familienproblemen.

Karge alkoholbezogene anamnestische Angaben wegen Verleugnungstendenz sind häufig.

## Klinisches Bild – Folgen des Alkoholismus

Die Beschwerden liegen entweder im Bereich von Entzugssymptomen oder beginnender Organschäden durch den Alkoholabusus.

### Vegetativ

- vermehrte Schweißneigungen
- Schlafstörungen

### Internistisch

- chronische Magen-, Darm- und Bauchspeicheldrüsenentzündungen
- Brechreiz, Durchfall
- Appetitstörungen
- Herz-Kreislaufstörungen, Tachykardie, Herzinsuffizienz
- Fettleber
- Leberzirrhosen (*Leberzerstörung -Umwandlung durch Parenchymuntergang*)
- Alkohol-Hepatitis

### Neurologisch

- Tremor
- Artikulationsstörungen
- Epileptische Anfälle
- Kribbelparästhesien und Gehbeschwerden (*alkoholtoxische Polyneuropathie*)
- hirnorganische Veränderungen z.B. Enzephalitis (*Entzündung des Gehirns*)

### Psychisch / psychiatrisch

- Leistungseinbußen (Konzentrationsmangel, Vergesslichkeit)
- Angst
- Reizbarkeit
- Unselbständigkeit, Passivität
- Minderwertigkeitsgefühl, Depressionen, Suizidalität
- Wesensveränderungen
- Halluzinationen
- Korsakow-Syndrom (*Desorientiertheit, Gedächtnisstörungen*)

### Psychosozial

- Gefährdung partnerschaftlicher Beziehungen
- Zunehmende Bindungslosigkeit
- Vernachlässigung der Familie
- Gefährdung des Arbeitsplatzes
- Gefahr des sozialen Abstiegs
- Führerscheinverlust

Akute Erscheinungen der Trunkenheit sind u.a. Rauschzustand (*übermäßige akute Alkoholfuhr*), Einschränkung der Muskelkoordination und Gleichgewichtsfunktion durch die narkotisierende Wirkung des Alkohols auf das Zentralnervensystem (unsicherer Gang), verminderte Sprachkoordination und Trugwahrnehmungen (»weiße Mäuse«).



## Verlauf

Abstinenz ist die notwendige Voraussetzung für die Besserung der Folgeerkrankungen.  
Kontrolliertes Trinken bewährt sich nicht.

Es werden vier Phasen unterschieden:

- **Präalkoholische Phase**  
Erleichterungstrinken, Alkohol wird notwendig für die seelische und soziale Anpassung
- **Prodromalphase**  
beginnende Toleranzsteigerung, Rausche mit Erinnerungslücken, heimliches Trinken, ambivalentes Verhalten der Angehörigen
- **Kritische Phase**  
Zwangstrinken, Kontrollverlust, Selbstverachtung, Alkoholikeralibis, negative Änderungen des Familien- und Berufslebens (Rollenwandel), Wesensveränderungen, psychosoziale Isolierung, Autoritätsverlust
- **Chronische Phase**  
Stadium der Sensibilisierung: verlängerte Rausche, ethischer Abbau, Beeinträchtigung des Denkens, alkoholische Psychosen

## Einteilung des Trinkverhaltens nach Jellinek

<u>Typologie</u>	<u>Verhalten</u>	<u>Abhängigkeit</u>	<u>Typisierung nach Feuerlein</u>
<b>Alpha-Typ</b>	Alkoholkonsum ohne Kontrollverlust zur Bewältigung psychischer oder physischer Probleme	zeitweise psychisch, abstinenzfähig	Konflikttrinker
<b>Beta-Typ</b>	übermäßiger Alkoholkonsum ohne Kontrollverlust aus Anpassung und Gewohnheit	keine, abstinenzfähig	Gelegenheitstrinker
<b>Gamma-Typ</b>	Alkoholkonsum mit ausgeprägtem Kontrollverlust	psychisch und physisch, abstinenzfähig mit Entzugserscheinungen	Süchtiger Trinker
<b>Delta-Typ</b>	Abhängigkeit ohne Kontrollverlust, kontinuierliches Trinken	psychisch und physisch, abstinenzunfähig	Spiegeltrinker Gewohnheitstrinker
<b>Epsilon-Typ</b>	Episodischer exzessiver Alkoholkonsum über Tage oder Wochen mit Kontrollverlust	psychisch, phasenweise abstinenzfähig	Quartalssäufer Episodentrinker

## **Prognose**

Nach etwa 4 Jahren sind noch etwa 46 % aller stationär behandelten Alkoholiker trocken. Bei Abstinenz sind die meisten Folgeerkrankungen reversibel. Rückfälle sind bei regelmäßiger Teilnahme an Selbsthilfegruppen seltener. Im Vergleich zur Normalbevölkerung ist die Lebenserwartung der Alkoholiker um 15 % (Männer) bzw. 12 % (Frauen) reduziert.

## **Befunde**

Entweder sehr angepasste oder äußerlich verwahrloste Erscheinung. Nach langjährigem Alkoholabusus sind insbesondere Organfolgeschäden und Folgen des Vitaminmangels zu sehen. Dies sind gerötetes Gesicht, Palmarerythem (*Rötung der Handinnenfläche*), Teleangiektasien (*Erweiterung oberflächiger Hautgefäße*), Spider naevi (*arterielle Gefäßneubildung bes. im Gesicht bei chron. Lebererkrankungen*), Weißflecken (*Depigmentierung*), Dupuytren-Kontraktur (*Verhärtung u. Schrumpfung der Hohlhandsehnenplatte*), Gynäkomastie (*Vergrößerung der männl. Brustwarze*), Polyneuropathie (*periphere Nervenerkrankung, distal betonte Sensibilitätsstörungen*), Persönlichkeitsveränderungen, Ataxie (*Störung v. Bewegungsabläufen*) und atrophische (*durch Ernährungsmangel*) Hirnveränderungen.

Im Frühstadium der Erkrankung lassen sich bis auf Zeichen eines Alkoholentzuges nur psychische oder soziale Symptome erkennen (Kontrollverlust, Zentrierung des Denkens, berufliche / soziale Probleme). Vergrößerte, druckdolente Leber bei Leberverfettung bzw. alkoholischer Hepatitis (*Leberentzündung*).

Chronischer Alkoholabusus macht dieselben Folgeschäden bei fehlender Suchtkomponente.

## **Diagnostik**

### **Interview:**

Intensive Befragung nach Menge und Modalität des Alkoholkonsums ist häufig schwierig (wegen starker Verleugnungstendenz, Bier wird meist nicht als Alkohol angesehen). Unter Umständen ist die Zuhilfenahme spezieller Fragentests sinnvoll.

### **Sonographie:**

Leberveränderungen können sonographisch diagnostiziert werden. Die endgültige Diagnose einer Leberveränderung kann nur mittels einer Leberpunktion erfolgen.

### **Leberhistologie:**

- Steatosis (*mit Fetttropfen gefüllte Leberzellen*),
- Hepatitis
- Mallory-Körperchen (*alkohol-induzierte Hyalinspeicherung*),
- Fibrose (*Bindegewebsvermehrung*)
- Leberzirrhose

### **Echokardiographie:**

Bei Verdacht einer Kardiomyopathie (*Herzmuskelerkrankung*) sollte eine Echokardiographie veranlasst werden.

## Differentialdiagnostik

- Alkoholabusus versus Alkoholabhängigkeit; Psychische Abhängigkeit ist ein wesentliches Unterscheidungskriterium
- Polytoxikomanie; Gleiches Erscheinungsbild, aber zusätzliche Einnahme von anderen Drogen, im Einzelfall schwierige DD
- Medikamentenabhängigkeit; spezifische Alkoholfolgeerkrankungen fehlen, Anamnese, Aspekt
- Maldigestion (*Verdauungsstörung*), Malnutrition (*Fehl- o. Mangelernährung*); Anamnese, Labor
- Nichtalkoholische Leberzirrhose; Anamnese, Histologie

## Therapie

Beste und oft einzige Therapie ist die Abstinenz

### Kontaktphase:

Spielt sich meist im ambulanten Bereich ab: Klärung der Diagnose und der psychosozialen Motivation. Schwankende Behandlungsmotivation ist zu verstärken, auf Möglichkeiten der Behandlung und die gegenwärtige Situation des Patienten eingehen. Ist eine Alkoholkomplikation die Ursache für eine Behandlung, erfolgt die Kontakt- und Motivationsphase im Anschluss an die Akutbehandlung.

### Entgiftungsphase:

Eine ambulante Behandlung ist möglich, aber nicht unbedingt zu empfehlen. Bei schweren Entzugssymptomen ist eine stationäre Behandlung nicht zu umgehen. Ein Entzug sollte sofort vollständig durchgeführt werden. Das Ausmaß der Entzugserscheinung ist individuell sehr unterschiedlich. Unter Umständen müssen Medikamente zur Sedierung (Clomethiazol, Benzodiazepine) oder Anhebung der Krampfschwelle eingesetzt werden. Clomethiazol i.v. sollte nur unter intensivmedizinischen Bedingungen verabreicht werden: 40 - 100 ml einer 0,8%igen Clomethiazol Lösung als Bolus, dann 100-200 ml/h unter Erfassung von Puls und Atmung per Monitor. Es versetzt den Patienten in eine oberflächliche Narkose und birgt die Gefahr des Atemstillstands bzw. führt zu vermehrter Bronchialsekretion. Unter Umständen ist eine Intubation erforderlich. Oral sollte Clomethiazol nicht länger als für 10 Tage verordnet werden (Missbrauchspotential), deswegen sollte auch eine ambulante Verordnung von Clomethiazol nicht erfolgen. Zur Anhebung der Krampfschwelle wird meist Carbamazepin eingesetzt.

### Entwöhnungsphase:

Wird in der Regel an Fachkrankenhäusern durchgeführt und dauert meist mehrere Monate. Der Suchtprozess soll unterbrochen werden. Meist wird eine Mischung aus Verhaltenstherapie und psychoanalytisch orientierter Einzel- bzw. Gruppentherapie angewandt.

### Weiterbehandlungs-/Nachsorgephase:

- Stabilisierung des in der Entwöhnungsphase Gelernten
- Regelmäßige Teilnahme an Selbsthilfegruppe (z.B. Anonyme Alkoholiker)
- Zusammenarbeit mit Bezugspersonen
- Vorbeugung von Rückfällen

## **3.1 Allgemeines Krankheitsbild der Nebendiagnosen**

### **Nikotinabusus**

In kleinen Dosen wirkt Nikotin erregend auf die Ganglien des vegetativen Nervensystems und setzt aus dem Nebennierenmark Catecholamine (Adrenalin) frei. In größeren Mengen wirkt es lähmend.

#### **Nikotinwirkungen**

Nikotin verengt die Herzkranzgefäße, steigert die Herzfrequenz, erhöht den Blutdruck und führt zu einer Erhöhung des Cholesterinspiegels im Blut, was als Risikofaktor für arteriosklerotische Gefäßerkrankungen und Herzinfarkt gilt. Kinder von rauchenden Schwangeren sind bei der Geburt im Durchschnitt 250g leichter und dadurch auch krankheitsanfälliger. Außerdem kommt es bei Raucherinnen etwa doppelt so häufig wie bei Nichtraucherinnen zu Frühgeburten.

### **Toxischer Leberschaden – Steatosis hepatitis**

Krankhafte Veränderung der Leber, die durch einen abnormen Fettgehalt der Leberzellen (Parenchym) gekennzeichnet ist (Leberverfettung). Die Ursachen sind z.B. übermäßiger Alkoholgenuss, Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes mellitus, Fehl- oder Überernährung. Bei rechtzeitiger Ausschaltung der Ursache ist die Leber voll rückbildungsfähig; aus einer chronischen Fettleber kann sich eine Leberzirrhose entwickeln.

#### **Verlauf**

Unter Reduktionskost/Diät in den meisten Fällen Rückbildung der Leberverfettung, aber auch Übergang in Fettleberhepatitis ("Alkoholhepatitis") möglich

#### **Komplikationen**

Chronische Entwicklung einer Fettleberhepatitis (schwere entzündliche nekrotisierende Parenchymschäden, ätiologisch treffender auch als "Alkoholhepatitis" bezeichnet)  
Schließlich Übergang in Leberzirrhose innerhalb von 10-15 Jahren möglich

#### **Prognose**

Gelingt die konsequente Ausschaltung der Noxe, so ist eine Fettleber voll und oft innerhalb weniger Tage oder Wochen reversibel, der Übergang in eine Leberzirrhose erfolgt bei der Fettleberhepatitis innerhalb von 10-15 Jahren

#### **Therapie**

- Konsequente und dauerhafte Ausschaltung der ätiologisch wirksamen Noxe
- Ernährungsumstellung
- Alkoholabstinenz/-entzug
- Vermeidung toxischer Stoffe
- Medikamentenentgiftung
- Diät

In allen Fällen ausgeglichene, eiweißreiche Kost

Bei diabetisch bedingter Fettleber:

Meist Rückbildung unter Reduktionskost und medikamentöser Einstellung (Insulin, Antidiabetika), besonders bei latentem Diabetes empfiehlt sich eine Diabetesdiät

## **Ataxie nicht näher bezeichnet**

Störung des geordneten Zusammenwirkens ganzer Muskelgruppen bei Bewegungsabläufen; Bedingt durch Schädigung des Gehirns oder des Rückenmarks. Diese in verschiedener Ausprägung auftretende Störung beruht auf krankhaften Veränderungen des Kleinhirns oder der Extrapyramidalmotorik.

## **Alkohol-Polyneuropathie**

### **Definition**

Systemerkrankung des peripheren Nervensystems (Befall aller peripheren Nerven) nach längerem Alkoholabusus.

### **Ätiologie/Ursache**

Längerer Alkoholabusus. Schädigend wirken wahrscheinlich nutritive (*Ernährung betreffend*) Einflüsse im Sinne einer Fehlernährung als Hauptursache (Vitamin-B1-Mangel) und bei einer akuten Schädigung Alkoholmetabolite (Benztraubensäure und Acetaldehyd).

### **Hauptsymptome**

Distal betonte, symmetrische Sensibilitätsstörungen (strumpf- oder handschuhförmig), die vornehmlich die unteren Extremitäten betreffen. Intensive schmerzhaft Misempfindungen und schlaffe, nicht auf das Versorgungsgebiet einzelner Nerven oder Nervenwurzeln beschränkte Lähmungen mit resultierender Gangunsicherheit.

Atrophien und vegetative Symptomatiken wie gesteigerte Schweißabsonderung, trophische Störungen.

### **Verlauf**

Die Schweregrade sind sehr unterschiedlich in ihrer Ausprägung. In der Mehrzahl liegt eine chronische Entwicklung der Symptome vor (einzelne akute oder subakute Fälle). Initial Parästhesien und Schmerzen in Füßen und Unterschenkeln. Entwicklung schlaffer unvollständiger Lähmungen. Unterschiedlich betonte Lokalisationen:

- proximal betont in den Gliedergürtelmuskeln
- rumpfbetonte Lähmungen (in Kombination mit querschnittsförmigen Sensibilitätsstörungen)
- bulbär betonte Lähmungen (Befall motorischer und sensibler Hirnnerven, relativ selten)  
Koinzidenz einer Alkoholschädigung des Gehirns:  
Organisches Psychosyndrom, Wernicke-Korsakow-Syndrom

### **Komplikationen**

u. U. bei Ausprägung eines rumpfbetonten Vollbildes Atemlähmung. Im fortgeschrittenen Stadium können komplexe Lähmungen vorliegen.

### **Prognose**

Kann sich unter optimaler Therapie zumindest teilweise wieder zurückbilden.

## **Unverträglichkeit / Intoleranz**

Unverträglichkeit durch angeborenen Mangel an Enzymen.

## Gonarthrose

### Definition

Degenerative Erkrankung des Kniegelenks.

### Ätiologie

Ursache überwiegend primär, Knorpelschädigung durch Zusammenspiel von trophischen (*Ernährung des Gewebes*) und statischen Störungen; auch sekundär (posttraumatisch) verschiedenste Noxen münden in relativ einheitlichen Verlauf: Knorpelschädigung, Knorpelabrieb, Instabilität, stärkere Knorpelschädigung

### Prädisposition/Risikofaktoren

Alter, Adipositas, weibliches Geschlecht, Leistungssport, Beruf (Fliesenleger, Dachdecker etc.), disponierende Erkrankung

### Anamnese

Meist Risikofaktoren, gelegentlich Zweiterkrankung  
anfangs Steifigkeit, Myalgien (*Muskelschmerz*) in Ober- und Unterschenkel,  
Schwellungsgefühl, dann typische Schmerzsymptomatik, später Ruheschmerz, Beschwerden  
phasenhaft, gelegentlich wetterabhängig

### Allgemeine Symptome

Schmerzen, erst in Extremstellung, dann Anlauf-, Belastungs- und Ermüdungsschmerz,  
Wetterfühligkeit, schließlich Ruheschmerz; Begleitend frühzeitig Quadrizepsatrophie  
(*Schwund*), Bewegungseinschränkung, Gelenkgeräusche

### Verlauf

Phasenhaft progredienter Verlauf, Wechsel von symptomatischen und asymptomatischen  
Phasen. Zunächst relativ lange subjektive Beschwerdefreiheit trotz schon bestehendem  
Röntgenbefund (stumme Arthrose). Beginn meist einseitig

## Lumbale Myogelosen

Spannungszunahme einzelner Muskeln oder Muskelbündel, die im Gegensatz zum  
Muskelkrampf länger anhält. Ein Hartspann ist nur am entspannten Muskel festzustellen.  
Ursache ist eine Veränderung der Muskelzellen durch Überanstrengung, Verspannung durch  
Fehlhaltung oder Nervenreize sowie Muskelschwäche bei Alter, schweren Krankheiten und  
Rheumatismus. Der Hartspann wird auch als "Eigenreflextetanus" aufgefasst, d.h. durch die  
Schmerzen, die der Hartspann hervorruft, wird ein Reizzustand im Rückenmark erzeugt,  
durch den an der gleichen Stelle ein Dauerkampf eintritt.

### Posttraumatischer Tremor nicht näher bezeichnet

Rhythmische Zuckungen antagonistischer (gegenspielerischer) Muskelgruppen, besonders  
deutlich an den Händen; tritt u.a. auf bei organischen Nervenkrankheiten, Vergiftungen (z.B.  
durch Alkohol), aber auch bei körperlicher oder psychischer Belastung oder bei vegetativer  
Übererregbarkeit.

## Psoriasis / Schuppenflechte

Bei Europäer relativ häufige, nicht ansteckende, vererbte Hauterkrankung letztlich unbekannter Ursache. Meist vor dem 30. oder nach dem 50. Lebensjahr treten – meist nach einschneidenden Lebensereignissen – einzelne stecknadelkopfgroße Flecken an Rumpf, Haarboden und besonders an Ellenbogen und Knie auf. Später bilden sich silberweiße Schuppen, die Herde fließen zu münzengroßen runden (*nummulären*) Herden zusammen, die manchmal girlandenförmig angeordnet sind und zu Beginn leicht jucken können. Die darunter liegende Haut ist nur noch sehr dünn und kann beim Kratzen leicht verletzt werden. Auch wenn keine Hauterscheinungen vorhanden sind, treten Veränderungen der Nägel auf, mit "Ölflecken" (*Störungen der Hornbildung*), "Tüpfelung" (*narbigen Einziehungen*) oder Zerstörung des gesamten Nagels mit Splitterblutungen. Selten kann es auch zu einem Befall der Gelenke kommen.

Der Verlauf ist nicht vorhersagbar. Jahrelange Krankheitsphasen können mit jahre- und jahrzehntelangen Ruhephasen abwechseln. Eine Schuppenflechte kann jederzeit in die – allerdings seltene – *Erythrodermia exfoliativa* des ganzen Körpers übergehen, die durch Kreislaufbelastung gefährlich werden kann.

## Dyspnoe

Erschwertes Atmen mit Beklemmungs- und Angstgefühl durch Sauerstoffmangel und Kohlendioxidanhäufung im Blut. Besonders bei körperlichen Anstrengungen, Lungen- und Kreislaufkrankheiten.

### Prognose und Verlauf

Die Dyspnoe kann sowohl erster Warnhinweis für eine bestehende bzw. sich entwickelnde Erkrankung sein (z.B. Angina pectoris), ist aber ebenso ein lebensbedrohendes Symptom in vielen Fällen. So sind Prognose und Verlauf von der Schwere des zugrundeliegenden Befundes abhängig.

### Komplikationen

- Überblähung
- Ateminsuffizienz
- Kreislaufprobleme
- Schock

## Allergie / Allergische Reaktion

Eine Allergie ist die Überempfindlichkeit des Organismus gegenüber bestimmten Stoffen (Antigenen oder Allergenen), die im Normalfall keine Krankheitsreaktion auslösen (z. B. Nahrungsmittel oder Pollen). Eine Allergie wird allmählich durch Kontakt mit den Antigenen erworben (Sensibilisierung des Körpers).

Der Kontakt mit einem Antigen führt zu übermäßigen Reaktionen des Immunsystems; es bildet Antikörper, die sich an die in den Körper eingedrungenen Antigene heften, um sie zu markieren, damit sie von anderen Zellen des Immunsystems unschädlich gemacht werden können. Die Folge ist eine körperliche Reaktion (z. B. Schnupfen oder Juckreiz).

Im schlimmsten Fall kann ein anaphylaktischer Schock (*massive allergische Antigen-Antikörper-Reaktion des Gesamtorganismus*) auftreten, der durchaus tödlich enden kann. Klassisches Beispiel ist die Wespenstichallergie.

## 4 Biografie des Patienten

### 4.1 Sozial- Familienanamnese

#### Der Patientenakte entnommen

Herr X. ist in einer Großstadt in NRW als Frühgeburt im 7. Monat geboren und aufgewachsen. Er wurde als zweiter von 5 Söhnen geboren. Die Familie bewohnte ein halbes Haus. Der Vater war Bergmann. Er ist 1975 im Alter von 45 Jahren verstorben. Seine Mutter ist 2000 mit 67 Jahren an unbekannter Ursache („Blutsturz“) verstorben. Sie arbeitete bis zur Geburt der Kinder als Büglerin.

Zu seinen Geschwistern hat er ein gutes Verhältnis, doch in letzter Zeit weniger Kontakt.

Der Vater litt an Diabetes mellitus, 3 seiner 4 Brüder trinken, der jüngste (36 J) ist alkoholkrank und steht unter gesetzlicher Betreuung.

Im Alter von 10 Jahren hatte Herr X. einen Krankenhausaufenthalt von 9 Monaten nach dem er von einem 8 Meter hohen Baum gestürzt und sich eine Milzruptur mit massivem Blutverlust zuzog. Die Milz musste entfernt werden.

Seine Ehefrau lernte er 1991 kennen, die er zwei Jahr später heiratete. Sie hat es mehr schlecht als recht mit ihm ausgehalten und ist froh über seine Therapie. Sie brachte 2 Söhne (23/31 J) mit in die Ehe. Eigentlich wollte er nicht heiraten, hat dann aber doch geheiratet und zwar wie er sagt aus Liebe. Der 23jährige Stiefsohn ist, währenddessen Herr X. hier in Therapie ist, aus dem Elternhaus ausgezogen. Im Wochenbericht bedauerte er, dass er nicht auf der gemeinsamen Geburtstagsfeier (mit viel Besuch) seiner Frau und seines Stiefsohnes dabei sein konnte.

Die Familie bewohnt eine 3,5 Raum Mietwohnung von 55 qm Größe mit einem großen Vorgarten, um den sich Herr X. kümmert.

Einen Führerschein hat Herr X. nie gemacht.

Finanziell kommt die Familie zurecht. Es bestehen keine größeren Schulden.

In seiner Freizeit sitzt Herr X. viel vor seinem PC und ist auch häufig im Internet. Er liest viele Western, geht oft gemeinsam mit seiner Frau spazieren, fährt viel Fahrrad und kümmert sich um seine Katze.

In seinem häuslichen Umfeld würden die Kollegen auch harte Drogen nehmen. Nach der Therapie will er den Kontakt zu seinen Kollegen abbrechen. Er möchte seine sozialen Kontakte auf seine Familie und die nächsten Nachbarn beschränken.

Laut Autoanamnese hat Herr X. 2 Töchter (18/25 J) mit denen heute kein Kontakt mehr besteht. In den Klinikunterlagen sind die Töchter jedoch nirgends erwähnt worden. Von seinen Stieföhnen erzählte er im Erstgespräch nichts.



Aus dem selbstverfassten Lebenslauf des Patienten

Herr X. habe viele Freundschaften aus der Schule und der Nachbarschaft gehabt, familiäre Probleme habe es nicht gegeben und an eine schwierige Lebenssituation während der Kindheit könne er sich nicht erinnern, es habe keine Konflikte im Elternhaus gegeben. Eine Trennung von seiner Frau würde es nicht geben, es könne nur noch besser werden.

## 4.2 Schul- und Berufsanamnese

Der Patientenakte entnommen

Nach dem Kindergarten besuchte Herr X. die Volksschule bis zur fünften Klasse. Er schwänzte oft die Schule. Laut Sozialbericht hat Herr X. keine Berufsausbildung. Nach der Schulzeit (1969) begann er bei der Firma xxx als ?? zu arbeiten. Dort war er zwei Jahre beschäftigt. Danach arbeitete er bis 1975 im Hochbau, dann war er bis 1978 arbeitslos und begann eine Umschulung als Pflasterer und Baumaschinenführer. Bis 1991 im Baugewerbe tätig, bis die Firma Pleite ging. Dort hatte er zahlreiche kleinere Arbeitsunfälle. Schwerwiegender waren ein Bänderriss des linken Sprunggelenks sowie eine traumatische Knorpelschädigung der linken Kniescheibe.

Seit 12 Jahren ist Herr X. arbeitslos. Arbeitsunfähigkeitszeiten in den letzten 12 Monaten: weniger als 3 Monate.

1998 machte er eine Umschulung als Lager- und Logistikarbeiter. Zurzeit besteht Arbeitsunfähigkeit.

Laut Patientenangabe hat Herr X. eine Lehre als Maschinenschlosser und eine Lehre als Baufacharbeiter (Pflasterer) abgeschlossen.

Laut eines Gutachtens von Mitte 2002 der xxxxx. Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation

Durch eine medizinische Rehabilitation kann voraussichtlich keine Minderung der Erwerbsfähigkeit abgewendet werden.

Es sind voraussichtlich keine berufsfördernden Leistungen zur Rehabilitation angezeigt.

Es ist keine volle Erwerbsfähigkeit und Wiedereingliederung in das Erwerbsleben zu erwarten.

Der Versicherte ist therapiefähig.

Die Prognose hinsichtlich der Suchterkrankung ist gut.

## 5 Spezielles Krankheitsbild

### Der Patientenakte entnommen

Herr X. wurde nach erfolgter freiwilliger Entgiftung direkt nach xxxxxxxxxxxx verlegt. Nach eigenen Angaben des Patienten bei Aufnahme sei er seit 9 Tagen alkoholabstinenter. Letzter Alkoholkonsum war Mitte Dezember letzten Jahres.

Alkoholerstkontakt mit 14 Jahren, erster Vollrausch mit 16 Jahren. Seit 20 Jahren problematisches Trinkverhalten (Bier, Wein, Schnaps), durch den Beruf begünstigt. Nach dem ersten Entzug in einer Klinik (über Zeitpunkt keine Angaben) war der Patient 2 Jahre trocken. Nach dem Rückfall gab es mehrere Trockenphasen von 1 ½ -2 Jahren durch Selbstentgiftungen. Letztlich tägliche Trinkmenge ohne Kontrollverlust waren 20-25 Flaschen Bier wobei er bereits morgens zu trinken anfang.

Unter Alkoholeinfluss sei Herr X. ruhig. Er würde nicht ausfallend werden. Er kenne keine Wut. Tiefpunkte habe es keine gegeben. Zum Trinkverhalten im Freundeskreis könne er keine Angaben machen. Rückfällig sei er durch falsche Freunde und durch eigene Schuld geworden. Nach jedem Rückfall habe er sich gefragt warum, es sei doch auch ohne Alkohol gegangen.

Er ist einmal mit 4,39 Promille im Krankenhaus vorstellig geworden, weil er selbst um Entgiftung nachsuchen wollte. Er sei dort abgewiesen worden und trotz dieser hohen Promillezahl problemlos nach Hause gekommen.

Seit Mitte 2002 besteht eine Anbindung an eine Suchtberatungsstelle, seine Ehefrau ist in die Beratung mit einbezogen, sowie unregelmäßige gelegentliche Anbindung an eine Selbsthilfegruppe.

Der Patient leidet seit ca. 10 Jahren unter Beschwerden im linken Knie die sich in letzter Zeit verstärkt haben sowie unter lumbalen Rückenbeschwerden.

### Therapien:

Vor Jahren war eine Langzeittherapie vorgesehen, die auf Grund von Koordinationsproblemen nicht zustande kam. Sein Sozialbetreuer war erkrankt und Herr X. war alleine nicht in der Lage, die notwendigen Formalitäten zu absolvieren. Für seinen Bruder wollte er ebenfalls eine Langzeittherapie erreichen.

### Motivation zur Therapie:

Laut Sozialbericht selbstmotiviert, auf Druck der Ehefrau, Besserung der Suchtfolgeerkrankungen sowie zur Gedächtnisverbesserung. Der Patient will den Zustand des „Trockenseins“ erhalten, weil er sich so viel besser fühlt.

Er will auf Dauer einmal etwas vernünftig machen und innere Ruhe finden. Außerdem möchte er wieder in ein normales Arbeitsleben integriert werden.

Es besteht Krankheitseinsicht. Das Vertrauen abstinenter zu bleiben, liege in seiner eigenen Person und in der seiner Frau.

**Entzugerscheinungen:** keine Angaben  
**Alkoholabhängigkeit:** besteht seit 20 Jahren.  
**Entgiftungen:** 5, letzte direkt vor Aufnahme  
**Krampfanfälle:** keine  
**Delirien:** einmal, 13 Tage geschlossene psychiatrische Abteilung  
**Suizidversuche:** keine  
**Drogen:** einmal probeweise THC  
**Schnüffelstoffe:** keine  
**Glücksspiele:** zweimal

**Einschränkungen:** Auf Grund seiner beginnenden Gonarthrose ist Herr X. vom Frühsport und von Außenarbeiten befreit. Ebenso soll er Treppensteigen und Arbeiten im knien vermeiden.

### **Aufnahmebefund**

47-jähriger Patient in ausreichendem Allgemein- und abdominell adipösem (175 cm / 97 kg) Ernährungszustand. Schnaufende Sprache. Haut und sichtbare Schleimhäute gut durchblutet. Vitiligo-Zonen (*scharf begrenzte, weiße, pigmentfreie Flecken der Haut*) der rechten Ellenbeuge. Grobporige Haut. Keine kardialen Dekompensationszeichen. Keine Leberzeichen der Haut.

#### **Kopf:**

Frei beweglich, kein Klopfschmerz. Augen: Konjunktivitis bds. (*Bindehautentzündung*) Nase und Ohren unauffällig. Sprache etwas rhinitisch (*durch die Nase*).  
Mundhöhle: Zunge feucht, nicht belegt. Rachenring reizlos. Gebiss saniert, etwas lückenhaft. Kein Foetor ex ore (*übler Mund- bzw. Atemgeruch*).

#### **Hals:**

Geringgradige Aktivierung der zervikalen Lymphknoten; kein Struma (*Kropf*). Keine Einflusstauung.

#### **Thorax (Brustkorb):**

Leichter Schulterhochstand rechts (+0,5 cm), seitengleich beatmet.  
Pulmo: trotz Zwerchfellhochstand gute Atemexkursion, 2 QF atemverschieblich, sonor Klopfschall, brausendes Vesikuläratmen (*Atemgeräusch*).  
Cor (*Herz*): perkutorisch (*Beklopfen der Körperoberfläche*) nicht verbreitert, Aktion regelmäßig, Herztöne rein RR 130/80 mmHg; Puls 76/Min.

#### **Abdomen (Bauch):**

Adipöse und muskelkräftige Bauchdecken, kein Druckschmerz, Bruchpforten geschlossen.  
Hepar (*Leber*): 1,5 cm unterhalb des rechten Rippenbogens tastbar, Konsistenz unauffällig.  
Lien (*Milz*): nicht vorhanden.  
Keine Resistenzen, reizlose Narbe links nach früherer Laparotomie (*Eröffnung der Bauchhöhle*) zwecks Milzentfernung, am oberen Ende etwas keloidartig (*Wulstnarbe*) verbreitert.

### **Nierenlager:**

Bds. nicht klopfschmerzhaft.

### **Wirbelsäule:**

Fixierte Hyperkyphose gesamte BWS (*übermäßige dorsal-konvexe Wirbelsäulenkrümmung*); Kein Bewegungsschmerz, kein Klopfschmerz.

Lasèque-Zeichen bds. negativ (*durch Dehnung des N. ischiadicus ausgelöster Schmerz in Gesäß u. Oberschenkel der erkrankten Seite*)

Schober 10/14 cm (LWS; *bei maximaler Vorwärtsneigung vergrößert sich der Abstand zw. Dornfortsatz S1 u. einem Punkt 10cm weiter kranial normalerweise um 4-6cm*)

Ott 30/31,5 cm (BWS; *bei maximaler Vorwärtsneigung vergrößert sich der Abstand zw. Dornfortsatz C7 u. einem Punkt 30cm weiter kaudal um ca. 8cm*)

### **Extremitäten:**

Aktive und passive Beweglichkeit frei erhalten. Keine Ödeme, keine Varizen (*Krampfadern*). Akren kühl (*Hände, Füße, Nase*). Fußpulse bds. seitengleich tastbar. Linke Wade dorsal 1 € große Dermatitiszone psoriatiform. Zahlreiche dilettantische Tätowierungen.

### **Neurologischer Befund:**

Keine Hirnnervenausfälle. Muskeleigenreflexe lebhaft bis sehr lebhaft seitengleich auslösbar, keine pathologischen Reflexphänomene nachweisbar. Deutliche Unsicherheit im Seiltänzerengang mit Verzitterung auch der Rumpfmuskulatur, unsicherer Einbeinstand, Einbeinstand mit geschlossenen Augen nicht möglich. Tiefensensibilität malleolär (*zum Knöchel gehörend*) auf 3/8 bds. herabgesetzt, im Handwurzelbereich 4-5/8 herabgesetzt. Oberflächensensibilität ungestört. Keine Wortfindungsstörungen, jedoch etwas nuschelige Sprache. Feinschlägiger Fingertremor.

### **Psychischer Befund:**

Herr X. ist bewusstseinsklar und allseits orientiert. Störungen der Auffassung, der Aufmerksamkeit, der Konzentration und der Mnestik (*Gedächtnis betreffend*) liegen bei orientierter Testung nicht vor. Das intellektuelle Leistungsvermögen liegt knapp im Normbereich. Formale und inhaltliche Denkstörungen sind nicht vorhanden. Kein Anhalt für Wahrnehmungsstörungen. Die Stimmung ist ausgeglichen, kein Anhalt für Suizidalität.

Bis auf zeitweilig erhöhte Harnsäure und erhöhtem Cholesterinspiegel lagen die Ergebnisse aller Laboruntersuchungen im Normbereich.

## 6 Therapeutische Maßnahmen

- Therapeutische Information 2x, Medizinische Information 5x
- Hausinformation 1x, Pflegedienstinfo 1x
- Spaziergang 3x
- Plenum 14tägig
- Psychotherapie
  - o Gruppentherapie 4x/Wo., Einzeltherapie nach Bedarf
- Physiotherapie
  - o Wassertreten und Standfahrrad tägl.
  - o Schwimmen 14tägig
- Arbeitslosengruppe 2x
- Angehörigenberatung
- **Beschäftigungstherapie**
  - o Collage 2 x 90Min.
  - o **Peddigrohr / Brandmalerei / Ton 10 x 90Min.**
- Arbeitstherapie
  - o Holz: 4 x 90Min. u. 2 x 3Std,
  - o Reinigung der ET-Abteilung 2 x 90Min.
- Gestaltungstherapie 8x
- Musiktherapie 2x
- Indikationsgruppe Autogenes Training 1/Wo.
- Entspannung 2x
- Küchendienst 20x +10x nach Bedarf
- Service nach Bedarf 10x
- Cafeteria 14 Tage lang im e-Plan
- Regelmäßige Haus-, Flur- und Zimmerreinigung

### Medikation

- |                     |            |                |                         |
|---------------------|------------|----------------|-------------------------|
| - Vitamin B Komplex | 1-1-1-0    | seit Beginn    |                         |
| - Dermatop Salbe    |            | seit Beginn    | von Patient mitgebracht |
| - Diclac 50         | 1-0-1-0    | 5. Woche       | für 6 Tage              |
| - Doxepin           | 0-0-50g-0  | 7. Woche       | für 8 Tage              |
| - Paracetamol 500   | bei Bedarf | Seit 9. Woche  |                         |
| - Novalgin Tropfen  | 0-0-25-0   | Seit 10. Woche |                         |

## 7 Erklärung zur Medikation

### Vitamin B Komplex

Wirkstoffe:

Thiamin-HCl, Riboflavin, Pyridoxin-HCl, Nicotinamid, Calciumpantothenat, Folsäure u. a.

Anwendungsgebiete:

Vitamin-B-Mangelzustände und erhöhter Vitamin-B-Bedarf. Störungen von Stoffwechsel- und Organfunktionen, Leberschäden, Schwangerschaftserbrechen, Anämien, Rekonvaleszenz

Nebenwirkungen:

Überempfindlichkeitsreaktionen, in Einzelfällen Schweißausbrüche, Tachykardien (*Herzrhythmusstörungen*), Hautreaktionen mit Juckreiz und Urtikaria (*Nesselsucht*), Atemnot, Schockzustände

### Dermatop Salbe

Wirkstoff:

Prednicarbat in einer Öl-in-Wasser-Emulsion

Anwendungsgebiete:

Akute und chronische Ekzeme, Neurodermitis, Psoriasis, Verbrennungen 1. Grades

Nebenwirkungen:

Selten Juckreiz, lokale Hautreizungen (Brennen, Rötung, Nässen, Pusteln), Follikulitis (*Entzündung des Haarfollikels*)

### Diclac 50

Nichtsteroidales Antiphlogistikum/Antirheumatika (NSAR)

Wirkstoff: Diclofenac-Natrium

Anwendungsgebiete:

Akute Arthritiden einschl. Gichtanfall, chronischen Arthritiden insbesondere rheumatoide Arthritis (CP), entzündlich-rheumatische Wirbelsäulenleiden, Reizzustände bei degenerativen Gelenk- u. Wirbelsäulenerkrankungen (Arthrosen, Spondylarthrosen), Weichteilrheumatismus, schmerzhaften Schwellungen u. Entzündungen nach Verletzungen o. Operationen

Nebenwirkungen:

Selten Haarausfall, in Einzelfällen *Stomatitis* (*Entzündung d. Mundschleimhaut*), *Glossitis* (*Zungenentzündung*), *Ösophagusläsionen* (*Speiseröhrenschädigung*), Geschmacksstörungen, *Sensibilitätsstörungen*, Leberschäden, Pankreatitis (*Entzündung d. Bauchspeicheldrüse*), Vaskulitis (*Blutgefäßwandentzündung*), Pneumonitis (*Lungenentzündung*), Herzklopfen, Schmerzen in der Brust, Hypertonie (*Bluthochdruck*)

Hinweis:

**Reaktionsvermögen**, bei Langzeittherapie regelmäßige Kontrolle des Blutbildes, der Leberwerte und der Nierenfunktion

Wichtig für die Ergotherapie:

Mögliche Sensibilitätsstörungen, Schluckbeschwerden, undeutliche Aussprache, verlangsamtes Reaktionsvermögen

## **Doxepin**

Wirkstoff: Doxepin-HCl

Anwendungsgebiete:

Depressive Erkrankungen, Angstsyndrome, leichte Entzugssyndrome bei Arzneimittel- od. Drogenabhängigkeit, Unruhe, Angst, Schlafstörungen u. funktionelle Organbeschwerden

Nebenwirkungen:

Innere **Unruhe**, **Ödeme**, Hitze- u. Kälteempfindungen, **Ohrensausen**, vermehrte Träume. In Einzelfällen bei Männern Gynäkomastie (*Vergrößerung der männl. Brustdrüse*), bei Frauen Regelblutungsanomalien u. Vergrößerung der Mammae, vermehrte ADH-Sekretion (*Adiuretin-Hormon*), Haarausfall, Änderungen des Blutzuckerspiegels. Bei Pat. mit Abhängigkeitsanamnese ist Missbrauch beobachtet worden

Hinweis:

**Reaktionsvermögen**, Kontrolle von Blutdruck, EKG, Blutbild, Leberfunktion, EEG

Wichtig für die Ergotherapie:

Mögliche Unruhe, Minderung der Feinmotorik, Hörprobleme, verlangsamtes Reaktionsvermögen

## **Paracetamol 500**

Wirkstoff: Paracetamol

Anwendungsgebiete:

Leichte bis mäßig starke Schmerzen, Fieber

Nebenwirkungen:

Hautrötungen, allergische Reaktionen mit Hautausschlägen, Übelkeit, Kopfschmerzen, **Atemnot**, Schweißausbrüche

Wichtig für die Ergotherapie:

Bei Atemnot ist ein Arzt zu informieren

## **Novalgin Tropfen**

Wirkstoff: Metamezol-Natrium

Anwendungsgebiete:

Akute starke Schmerzen, Koliken, Tumorschmerzen, hohes Fieber, das auf andere Maßnahmen nicht anspricht

Nebenwirkungen:

**Blutdruckabfall, Asthma-Syndrom**, Überempfindlichkeitsreaktionen (Hautreaktionen, **Schock**)

Hinweis:

Bei parenteraler (*Injektion*) Anwendung muß die Voraussetzung für eine Schockbehandlung gegeben sein

Wichtig für die Ergotherapie:

Im Notfall ist der Arzt zu informieren



## **8 Ergotherapeutische Befunderhebung**

Nach dem die Ergotherapeutin an Hand der Gruppenpläne festgestellt hat, welche Gruppe am Sichtstundentag in der Beschäftigungstherapie-Einheit anwesend ist, habe ich überlegt, welcher Patient (rein zeitlich) in Frage käme und dann auch Rücksprache mit der Gruppentherapeutin gehalten. Wir einigten uns auf Herrn X. Die Gruppentherapeutin schätzte den Patienten als schwierig, aber geeignet ein und er sei vermutlich damit einverstanden, mein Sichtstundenpatient zu sein. Wir beschlossen, dass ich Herrn X. direkt persönlich Frage, ob er etwas dagegen habe.

### **8.1 Erster Eindruck**

Ich ließ Herrn X. durch eine Patientin aus seiner Gruppe ausrichten, er möge sich in der ET-Abteilung zu einem Gespräch melden, ich hätte eine Bitte an ihn. Obwohl der Patient z.Z. mit 2 Unterarmgehstützen läuft, war er doch recht schnell in der Abteilung und fragte mich, ob er etwas angestellt habe. Ich bat ihn dann ins Büro, erklärte ihm mein Anliegen und wir machten für ein Erstgespräch einen Termin für den Nachmittag aus.

Herr X. erschien in sauberer, ordentlicher Kleidung (T-Shirt, Pullover, Jeans, Straßenschuhe), leicht unrasiert, die dunkelblonden, nackenlangen, schütterten Haare sind zu einem Seitenscheitel gekämmt.

Der Patient ist mittelgroß, adipös, hat eine runde Kopf- und Gesichtsform, trägt einen Oberlippenbart, die erschlaffte Gesichtshaut ist grobporig und leicht aufgedunsen. Die Nase ist knollenförmig, die Ohren tiefsitzend mit langen Ohrfläppchen, die Zähne sind gelb und machen einen ungepflegten Eindruck. Körpergeruch konnte ich keinen wahrnehmen. Der Oberkörper ist leicht nach vorn gebeugt, zudem stützte sich der Patient während des Gespräches mit beiden Unterarmen auf seinen Gehstützen auf. Die Mimik und Gestik ist verhalten, die Aussprache ist ruhig, leise und leicht angestrengt. An allen Fingern der linken Hand hat der Patient Tätowierungen in Form von einzelnen Buchstaben.

In den vorherigen Therapieeinheiten ist mir Herr X. nur in so fern aufgefallen, dass er viele Flechtfehler gemacht hat, die ihn aber nicht weiter störten und er zum Teil an der ihm abgewandten Seite des Korbes geflochten hat.

### **8.2 Erstgespräch**

Herr X. erschien leicht verspätet mit den Worten: „Bin pünktlich, wie abgemacht, nach der Therapie direkt hier hin gekommen, trotz Rückenschmerzen.“ Ich wies ihn auf seine Verspätung hin und fragte, ob er noch eine Zigarette geraucht habe, was er mir bestätigte. Der Patient fragte, wo er mit dem Erzählen beginnen solle. Wir einigten uns auf eine chronologische Reihenfolge.

Sein Vater sei Bergmann gewesen und die Mutter habe bis zur Geburt des ersten Kindes in einer Wäscherei gearbeitet. Die Familie habe in einer Großstadt in NRW gewohnt. Er habe noch 4 Brüder, alle Söhne seien bei den Eltern normal, ohne Gewalt, aufgewachsen. Mit 5 ½ Jahren sei Herr X. in die Grundschule gekommen und in der 5. Hauptschulklasse (nach 8 Schuljahren) habe er die Schule verlassen müssen, weil er ständig geschwänzt habe. Als Begründung gab Herr X. an, die Schule habe ihn unter Druck gesetzt, nach der Grundschule auf die Realschule zu wechseln. Dies habe bei ihm zu einer Trotzreaktion geführt und er wäre dann ganz einfach nicht mehr zur Schule gegangen.

Mit 14 Jahren sei Herr X. auf die Berufsschule gegangen. Seine erste Ausbildung zum Maschinenschlosser habe er abgeschlossen. Seine zweite Ausbildung zum Pflasterer habe er ebenfalls abgeschlossen und in diesem Beruf bis 1991 gearbeitet. Aus gesundheitlichen Gründen (Rücken, Knie) sei er dann arbeitslos geworden, bis heute.

Vor 6 Jahren habe Herr X. durch die LVA an einer 11monatigen Umschulungsmaßnahme als Lager- und Logistikarbeiter teilgenommen, sei aber dann vom Arbeitsamt wegen gesundheitlichen Einschränkungen nicht vermittelbar gewesen. Er wolle demnächst bei der LVA anfragen, ob er die Umschulungsmaßnahme, zum Auffrischen der EDV-Kenntnisse, wiederholen könne. Er habe auch einen PC zu Hause, an dem er häufig arbeitet. Bei e-bay habe er mal ein leicht reparaturbedürftiges Auto für 5 DM ersteigert, dieses besitzt er noch, aber es sei noch nicht angemeldet. (Er hat nie einen Führerschein gemacht).

Als ich Herrn X. nach Kindern fragte, äußerte er, er habe 2 Töchter die ca. 18 und 25 Jahre alt seien. Seine Frau wisse aber von den Kindern. Früher habe ein Kontakt bestanden, er habe Sparbücher für die Töchter angelegt, die Herr X. diesen bereits ausgehändigt habe. Heute besteht kein Kontakt mehr, der habe sich so langsam ausgeschlichen. Ich meldete ihm meinen Eindruck zurück, dass dieses Thema ihn zu belasten schien und er nicht weiter darüber sprechen müsse. Herr X. antwortete, heute mache ihm das nichts mehr aus und er könne ohne Probleme darüber reden, was er auch bereits in der Gruppe getan habe (?). Früher habe ihn das belastet.

Weitere Kinder erwähnte Herr X. nicht.

Dieses Jahr sei der Patient 10 Jahre verheiratet, seine Frau sei in einer Klinikküche tätig und verdiene 600 €. Finanziell würden er und seine Frau zurechtkommen, er habe noch einen kleinen Rest für ein Handy abzustottern. Gelegentlich verdiene er mit Pflastern und Kranfahren etwas hinzu. Die Arbeitslosenhilfe sei dieses Jahr auf 53% gekürzt worden.

Als Motivation gab der Patient an, er wolle mit dem Trinken aufhören und er sei freiwillig hier. Nach nochmaligen Nachfragen gab er gesundheitliche Gründe an. Dieses widerlegte er mit dem nächsten Satz, das Trinken habe seine Gesundheit nicht beeinflusst. Seine Beschwerden kämen nur vom Arbeiten. Er wolle auch wieder Arbeiten, er sei für die Rente noch zu jung und das Geld könne man auch gebrauchen. Im Haushalt würde er zwar alles machen, das sei aber auch nicht die Erfüllung.

Heute, zu diesem Zeitpunkt, habe er keine Motivation, er würde am liebsten vor lauter Schmerzen nach Hause fahren. Das täte er aber nicht, er wolle die Therapie bis zum Ende durchziehen.

Nach dem Gespräch wollte Herr X. direkt mit mir einen weiteren Termin für ein erneutes Gespräch vereinbaren, was ich erst mal ablehnte, da wir uns noch in weiteren Therapieeinheiten sehen würden. Wenn nötig, würde ich ihn noch mal darauf ansprechen.

## 8.3 Befunderhebung

### 8.3.1 Sozi-emotionaler Bereich

#### Verantwortung / Zuverlässigkeit

Herr X. erscheint zu allen therapeutischen Maßnahmen, in der BT stets vor der Zeit. Er hat zudem die Funktion des Fahrradwarts übernommen und ist somit verantwortlich für die Reparatur und Ausgabe der Fahrräder. Er sprach davon, noch Ersatzteile bestellen zu müssen. Er scheint diesen Posten zuverlässig auszufüllen, andernfalls wäre es im Team angesprochen worden.

Zu Hause übernimmt er die Gartenarbeit und auch fast alles im Haushalt, da seine Frau halbtags arbeitet.

Das Schreiben seines Lebenslaufs und des Suchtverlaufs zögert er hinaus.

#### Sozialverhalten / Kooperationsfähigkeit / Interaktion

Der Zimmergenosse von Herrn X. erwähnte während der Seidenmalerei, dass sie Westernromane untereinander austauschen würden und es auch keine Probleme auf dem Zimmer gäbe.

In den Therapieeinheiten reicht er nach Anfrage die Werkzeuge seinen Mitpatienten an.

Der Patient bot mir weitere Termine für meine Fragen an, was ich jedoch nicht wahrnehme, da die Ergotherapeutinnen der Ansicht sind, dies würde den normalen Klinikablauf stören und der Patient bekäme dadurch eine Sonderstellung.

#### Kontaktfähigkeit / Kommunikationsfähigkeit

Kontaktfähigkeit und Kommunikationsfähigkeit sind bei dem Patienten kaum vorhanden. Hilfestellung holt er sich nur, wenn er gar nicht weiter kommt (Randabschluss). Ansonsten wurschtelt er vor sich hin und versucht alleine zu Recht zu kommen.

Von seiner Person berichtet er gar nichts, auch nicht in der Gruppenpsychotherapie. Der Patient antwortet nur wage auf direkte Ansprache. Andererseits hat mir Herr X. im Erstgespräch sehr viel erzählt.

Über das Angehörigenseminar weigert er sich in der Gruppe zu sprechen. Er versuchte wiederholt allein mit seiner Therapeutin darüber zu reden.

Meist sehe ich Herrn X. allein im Klinikgebäude, gelegentlich gemeinsam mit seinem Paten. Im Wochenbericht nennt er Wochenendausflüge in die nächste Stadt, die er mit seinem Paten unternimmt da er noch kein Einzelausgang hat.

Nach der Therapie möchte er seine sozialen Kontakte auf seine Familie und die nächsten Nachbarn reduzieren, da seine Kollegen alle trinken würden.

## **Affektivität**

Es ist eine erhöhte Affektverflachung festzustellen.

Herr X. ist ein unauffälliger Mann ohne emotionale Schwingungen. Die Stimmung ist stets gleichbleibend freundlich. Dieses bestätigte mir die Gruppentherapeutin und sie meinte, er sei jemand, der sich so unauffällig verhielte, dass man ihn übersehe. Er täte auch alles dafür, damit das so bliebe.

Nach seiner eigenen Aussage kenne er keine Wut. Sein Missfallen auf Grund einer Bemerkung eines Mitpatienten zeigte er nicht, sondern sagte nur leise etwas zu sich selbst.

Eine leicht gehobenere Stimmung konnte ich feststellen, als ich Herrn X. auf den Fahrradkeller ansprach und er von einer Art Eignungsprüfung (was eine Einweisung durch den Physiotherapeuten ist) der Patienten berichtete, bevor diese sich ein Fahrrad ausleihen können. Er vermittelte den Eindruck, als wenn er Prüfen würde.

Die Introspektionsfähigkeit (*Selbstbeobachtung*) ist meiner Meinung nach stark gestört. Die daraus resultierende mangelnde Selbsterkenntnis ist vermutlich der Grund für seine gering ausgeprägte Persönlichkeit.

## **Selbständigkeit**

Herr X. ist nur so weit selbständig, wie es ihn nicht überfordert. Er kann sich selbst und ohne Aufforderung Werkzeuge und Hilfsmittel holen und auch wieder weg räumen.

Er hat sich allein darum gekümmert, den Posten des Fahrradwarts zu bekommen.

An den Wochenenden fährt er, seit er Einzelausgang hat, mit dem Bus allein zur nächsten Stadt.

Zu nötigen Behördengängen bemüht er seine Frau (Arbeitsamt).

Nach Erkrankung seines Soziabetreuers ist vor Jahren eine Langzeittherapie nicht zustande gekommen. Herr X. war alleine nicht in der Lage, die notwendigen Formalitäten zu erledigen.

## **Anpassungsfähigkeit / Durchsetzungsvermögen**

Im Rahmen der Therapie kann Herr X. sich den Gegebenheiten anpassen.

Er vermittelt unterschwellig das Gefühl, er füge sich in sein Schicksal und mache alles mit, es wird schon einen Grund haben, warum der Therapeut meint, dass z.B. Tonarbeit einen Sinn für die Therapie macht. Daher ist auch seine Motivation für mich schwer einschätzbar.

Er hat keine Schwierigkeit, sich der Hausordnung zu fügen.

Durchsetzungsvermögen beweist er nonverbal, in einer Art Verweigerungshaltung, in dem er kaum Ratschläge annimmt, um ein besseres Arbeitsergebnis zu erhalten und setzt so seinen Willen durch. Für ihn sind seine Ergebnisse ausreichend.

Wenn er vor der Zeit mit seiner Arbeit fertig ist, lehnt er es ab, noch etwas Neues zu beginnen.

### **Kritikfähigkeit**

Kritik anbringen fällt ihm schwer. Herr X. redet leise was vor sich hin, anstatt seinen Unmut, nach einer Äußerung eines Patienten, deutlich zu machen.

Ich konnte auch noch keine weitere Situation beobachten, in der er seinen Ärger deutlich gemacht oder wahrgenommen hätte.

## **8.3.2 Psycho-emotionaler Bereich**

### **Selbstvertrauen / Selbstwertgefühl**

Bei den handwerklichen Techniken hat Herr X. ein unrealistisches Selbstvertrauen, das er glaubt, er könne ohne Unterstützung ein Werkstück herstellen, bevor ich ihm erklären kann, was dabei zu beachten ist.

*Laut seiner Aussage* liegt das Vertrauen, abstinenz zu bleiben, in seiner Person.

*Laut Arzt und Gruppentherapeutin* mache er allerdings den Eindruck, das Fachpersonal sei dafür zuständig, ihm zu helfen. Das Vertrauen und die Verantwortung liege somit nicht in ihm selbst.

*Laut Suchtberater* lebe Herr X. in ärmlichen Verhältnissen und seine Frau könne vermutlich aus finanziellen Gründen nicht am Angehörigenseminar teilnehmen. Er scheint sich dafür zu schämen und verschweigt seine Verhältnisse in den Gruppengesprächen.

Ebenso versucht er seinen geminderten Intellekt zu verbergen, in dem er kaum etwas sagt, nur Stichworte im Wochenbericht niederschreibt und seinen Lebenslauf hinauszögert. Seine geringe Schulausbildung wurde dann auch an dem Schreibstil seines Lebenslaufs erst richtig deutlich.

Sein Selbstwertgefühl wertet er mit Übertreibungen auf; Fahrradeinweisung = Fahrradprüfung, er habe nach der Therapie bereits wieder einen Job, obwohl sich der Suchtberater nur bei der Gemeinde erkundigt hatte, ob es einen Beruf des Müllberaters gäbe und Herrn X. auch nur dies bestätigt.

Zudem erzählte er mir im Erstgespräch, er habe eine Lehre als Maschinenschlosser abgeschlossen, obwohl im Sozialbericht steht, er habe keine Berufsausbildung.

### **Interesse / Motivation**

Das Interesse beschränkt sich auf die einleitenden Erläuterungen der Therapeutin zur Technik.

Herr X. zeigt kein Interesse an den freiwilligen Indikationsgruppen Seidenmalerei, Holzgruppe oder Patchwork. Dazu habe er keine Lust.

Jedoch hat er sich nach 9 Wochen bemüht, nach dem der Posten frei war, die Verantwortung für den Fahrradkeller zu bekommen.

Seine Motivation ist sehr schwer einzuschätzen. Er beginnt von sich aus einfach mit der Arbeit, ohne das eine große Motivation, aber auch keine offensichtliche Abneigung an der Mimik oder Gestik zu erkennen sind.

Es scheint häufig so, als mache er mal eben alles mit, weil es auf dem Therapieplan steht. Er ist aber trotzdem in der Lage, die Aufgaben zu beenden.

Bei Fremdmotivation / Anweisungen scheint er sich zu sperren, weil er sich unter Druck gesetzt fühlt.

Alle Patienten sollen zu Beginn einen Lebenslauf verfassen, den Herr X. nach 9 Wochen noch nicht begonnen hatte. Seine Wochenberichte enthalten nur stichwortartige Auflistungen seiner Tätigkeiten während der Hausreinigung und der einzelnen Maßnahmen, jedoch keine eigenen Gedanken.

Er fühlte sich auch von mir unter Druck gesetzt, als ich sagte, ich würde seinen Lebenslauf gern mal lesen, er könne mir ja Bescheid geben, wenn er ihn geschrieben habe. Er meinte, er reagiere bei so was immer bockig. Darum habe er damals auch die Schule geschwänzt.

### **Ausdauer / Belastbarkeit**

Für die Dauer einer Therapieeinheit sind keine Auffälligkeiten der Ausdauer festzustellen.

Herr X. betonte außerdem, er müsse eine begonnene Arbeit erst beenden, bevor er sich auf die nächste voll konzentrieren könne.

Physisch scheint er nach eigener Erzählung sehr belastbar zu sein und nimmt keine Rücksicht auf seinen Körper. Obwohl er sich einen Nerv eingeklemmt habe und kaum laufen konnte, habe er sich von Kollegen zur Arbeit abholen lassen.

### **Entscheidungsfähigkeit**

Liegt im Normbereich, was ich beim auswählen der Brandmalerei-Vorlagen erkennen konnte.

Bei der Tonauswahl musste er nicht lange überlegen und entschied sich für den roten Ton.

Herr X. fing dann direkt an, ein Türschild herzustellen. Er habe schon mal eins in einer Klinik gemacht, dieses sei zerbrochen und er brauche jetzt ein neues. Anschließend entschied er sich für eine Art Becher mit Deckel.

Die Frage zur Indikationsgruppe war schnell geklärt, in dem er diese klar und deutlich ablehnte.

### **Kritisierbarkeit / Selbstkritik**

Herr X. hat Schwierigkeiten Kritik anzunehmen und adäquat umzusetzen.

Den Rat, die Fäden beim Flechten innen anzusetzen und der Bitte, er möge sich rückengerecht beim Tonschlagen bücken, tat der Patient mit einer Handbewegung ab, auch das der Ton auf einer glatten Fläche kleben bleibt, war ihm egal. Er hat dies auch nicht korrigiert.

*Laut Gruppentherapeutin* äußere er sich mittlerweile, inhaltlich passend und realistisch, zu unrealistischen Vorstellungen anderer Gruppenmitglieder, doch sieht er völlig unkritisch und merke auch nicht, dass er selbst unrealistische Vorstellungen habe.

### **Flexibilität / Rigidität / Frustrationstoleranz**

Es ist kaum Bereitschaft zu erkennen, auf neue Gegebenheiten zu reagieren bzw. das Verhalten zu verändern.

Die Zufälligkeiten oder der Widerstand bei den Werktechniken erträgt er ohne Probleme, versucht diese aber auch nicht auszugleichen oder sich mehr mit der Technik auseinander zu setzen. Er scheint sich einfach keine Gedanken darüber zu machen.

Dementsprechend kann Herr X. auch wenig Frustration empfinden. Er ist stets mit seinen Arbeitsergebnissen zufrieden. Ich denke, es fehlt auch hier an der Selbstwahrnehmung.

## **8.3.3 Kognitiver Bereich**

### **Aufmerksamkeit / Konzentrationsfähigkeit / Merkfähigkeit**

Es sind in diesen Bereichen keine Einschränkungen festzustellen.

Er reagiert auf Ansprache von Mitpatienten, trotz konzentrierter Beschäftigung. Herr X. kann sich auf seine jeweilige Tätigkeit konzentrieren und nimmt auch gleichzeitig sein Umfeld wahr.

Beim Abmalen der Vorlage des zweiten Brennbildes wusste er noch aus der letzten Therapieeinheit, was er zu beachten hatte. Auch hatte ich ihn gebeten, sein Therapieheft zur nächsten Einheit mitzubringen, was er auch getan hat.

### **Vorstellungsvermögen / Handlungsplanung**

Zu Anfang konnte ich ein vermindertes Abstraktionsvermögen beim Korbflechten feststellen, was sich aber im weiteren Therapieverlauf nicht bestätigt hat.

Beim Tonverarbeiten hatte er eine genaue Vorstellung davon, was es werden sollte, und dies auch umgesetzt.

Herr X. beachtet die logische Reihenfolge seiner Handlungen, in dem er z.B. beim Übertragen einer Vorlage auf ein Holzbrett erst das Blaupapier und dann die Vorlage selbst aufgelegt hat.

### **Kulturtechniken**

Die Schreibfähigkeit ist ausreichend vorhanden, was ich an seinen knapp verfassten Wochenberichten feststellen konnte. Allerdings war seine Ausdrucks- und Schreibweise im vom Patienten verfassten Lebenslauf im unteren Intelligenzbereich.

Wie mir Herr X. berichtete, liest er sehr viel. Die Frage nach seiner Rechenfähigkeit beantwortete er mir mit ja.

*Laut Gestaltungstherapeut* habe Herr X. bei einem Gruppenbild ein Haus gemalt, was einem 4jährigen entspräche; Direkt am unteren Bildrand aufgesetzt, ohne irgendetwas drumherum, keine Wiese, kein Weg und keine Verbindung zum Rest der Zeichnungen der Gruppe.

### **Orientierung**

Der Patient ist zeitlich, örtlich und räumlich voll orientiert.

Er hält Therapiezeiten und Mahlzeiten ein, findet sich im und ums Haus zurecht, kann mit dem Bus in die Stadt fahren und kommt pünktlich wieder zurück.

## **8.3.4 Perzeptiver Bereich**

### **Taktile Wahrnehmung / Kinästhesie**

Es ist keine Einschränkung in der Oberflächensensibilität festzustellen.

Die Tiefensensibilität ist an den Knöcheln und im Handwurzelbereich herabgesetzt.

Bei der Brandmalerei drückte Herr X. den Brennpeter mit erhöhter Kraft auf, was mich erst auf eine gestörte Tiefensensibilität schließen ließ. Er versucht aber vermutlich durch verstärkten Druck, seinen Tremor auszugleichen.

Den Ton konnte er ohne weitere Hilfsmittel gleichmäßig ausrollen.

### **Vestibulär / Visuell / Auditiv**

Der Patient hat keine Gleichgewichtsschwankungen, die Seh- und Hörkraft ist voll erhalten.

### **Figur-Grund-Wahrnehmung / Formkonstanz**

Keine Einschränkungen festzustellen.

Auf dem Tisch liegende Gegenstände, auch in verschiedenen Positionen, kann er erkennen.

### **Visuo-motorik**

Keine Einschränkungen festzustellen.



## **8.3.5 Psycho-motorischer Bereich**

### **Instrumentelle Fähigkeiten**

Herr X. kann adäquat mit Hilfsmitteln und Werkzeugen wie Seitenschneider, Nudelholz, Brennpeter umgehen.

### **Koordination**

Die Hand-Hand-Koordination ist durch den Tremor unwesentlich gestört.

Bei der Auge-Hand- und Fuß-Hand-Koordination bestehen keine Defizite.

### **Antrieb**

Zu Therapiebeginn war der Antrieb gehemmter, die Gestik und Mimik verarmt, das Gangbild durch die Gehhilfen schleppender und unsicherer und der Oberkörper weiter vornüber gebeugt.

Im weiteren Therapieverlauf, und nach dem er die Gehhilfen nicht mehr benötigte, ist ein gesteigerter Antrieb zu bemerken, die Gestik und Mimik lebhafter, das Gangbild recht zügig und der Rücken aufrechter.

## **8.3.6 ADL- und Freizeitbereich**

### **Selbstversorgung / Haushaltsführung**

Bei der Körperhygiene habe ich keine Mängel festgestellt und seine Wäsche macht er in der Klinik selbst.

Die Reinigungsarbeiten nach Therapieplan erledigt Herr X. zuverlässig.

Nach seiner Aussage erledigt er auch alle anfallenden Arbeiten in seinem Haushalt.

### **Umgang mit Behörden**

In diesem Bereich hat Herr X. offensichtlich Schwierigkeiten, ob intellektuell oder aus Unsicherheit, kann ich nicht beurteilen. Ich nehme an, es spielt beides eine Rolle.

Behördengänge erledigt seine Frau für ihn. (siehe unter Selbständigkeit)

### **Hobbys, Interessen, Neigungen, Wünsche**

In seiner Freizeit sitzt Herr X. viel vor seinem PC und ist auch häufig im Internet.

Er liest viele Western, geht oft gemeinsam mit seiner Frau spazieren, fährt viel Fahrrad und kümmert sich um seine Katze und seinen Vorgarten.

Er wünscht sich, wieder einen Arbeitsplatz zu haben, abstinent zu leben und innere Ruhe zu finden.

Weitere mögliche Freizeitaktivitäten werde ich ihm versuchen, in der Sichtstunde bewusst zu machen.

### **8.3.7 Situationsbeschreibung des Patienten in der Einrichtung**

Seine Gruppen- und Bezugstherapeutin ist halbtags beschäftigt, deshalb ist die Gruppe nur bis zu acht Patienten stark. Bis auf die Gruppe der Therapieerfahrenen und die der qualifizierten Entgiftung wechseln die Therapiepläne der Gruppen im 2wochen-Rhythmus. Jeder Plan hat eine andere Tagesstrukturierung. Der Tagesablauf aller Patienten beginnt morgens um 6:45 Uhr und endet i.d.R. um 16:30 Uhr. Ausnahme ist der Cafeteriadienst im e-Plan der um 22:00 Uhr endet.

Herr X. ist in den Klinikalltag sowie in seine Gruppe integriert. Er ist in einem Zweibett-Zimmer mit einem ruhigen, angenehmen Patienten untergebracht, mit dem er gut auszukommen scheint.

Bis zur 9. Woche hatte der Patient nur Zweierauszug, weil er bis dahin noch keinen Lebenslauf und Suchtverlauf geschrieben hat.

An den Wochenenden fährt Herr X. regelmäßig mit seinem Paten mit dem Bus in die nächste Stadt zum bummeln.

Nach guten 9 Wochen Aufenthalt hat Herr X. die Verantwortung für den Fahrradkeller übernommen. Er ist für den Verleih und die Wartung der Fahrräder zuständig.

Seit er Einzelauszug hat, fährt er allein in die Stadt.

## **9 Behandlungsplan / Therapieplan**

### **9.1 Therapieziele laut ärztlicher Verordnung**

Eine ärztliche Verordnung zur Ergotherapie gibt es nicht. Die Ergotherapie ist in den allgemeinen Ablauf der Gruppenpläne, die sich 14tägig im Tagesablauf ändern, integriert. Alle Patienten, bis auf Ausnahmen, nehmen mit ihrer Gruppe daran teil.

### **9.2 Das übergeordnete Behandlungsziel**

- Erreichen und Erhalten zufriedener Abstinenz
- Weitgehende Behebung von physischen und psychischen Störungen erreichen
- Erreichen möglichst dauerhafter (Wieder-) Eingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft

### **9.3 Bewertung des Befundes im Hinblick auf die Zielplanung**

Der Patient ist ein Mann mit geringer Schulbildung, was ihm auch bewusst ist. Daher ist sein Selbstwertgefühl so gering ausgeprägt, das er versucht, dies zu verbergen, in dem er kaum Kontakte aufnimmt, sich so wenig wie möglich äußert und Behördengänge auf seine Frau abschiebt.

Durch den langjährigen Alkoholkonsum ist der Denkprozess von Herrn X. verlangsamt und das Gefühlserleben in zunehmende Gleichgültigkeit verändert. Die daraus resultierende erhöhte Affektverflachung führte zum Defizit in der Selbstbeobachtung und Wahrnehmung eigener Gefühle. Seine eigene Persönlichkeit ging verloren.

Bei Leistungsanforderungen, Kritik oder Frustration scheint er eine passiv-aggressive Haltung einzunehmen, zu mal er nach eigener Aussage keine Wut kenne. Wenn er will, kann er durchaus kooperativ, verantwortungsbewusst und zuverlässig handeln.

Die Motivation ist nicht eindeutig zu erkennen, ebenso wenig das Interesse bzw. die Flexibilität, etwas neues kennen zu lernen. Eine begonnene Tätigkeit möchte er recht schnell zu Ende bringen, und beweist somit Ausdauer, aber keine Sorgfalt.

Obwohl eine Polyneuropathie diagnostiziert wurde, sind im perzeptiven Bereich kaum Defizite festzustellen.

Im Freizeitbereich sind seine Interessen eingeschränkt. Außerhalb der Familie und seinen Nachbarn pflegt er keine weiteren sozialen Kontakte.

## 9.4 Grobziele

- I. Verbesserung von Kontaktverhalten und Kommunikationsfähigkeit
- II. Erlangen von Introspektionsfähigkeit und Affektivität
- III. Verbesserung von Frustrationstoleranz und Kritikfähigkeit
- IV. Allmählich ein stärkeres Selbstwertgefühl entwickeln und sich mehr zutrauen

## 9.5 Feinziele

- I. Verbesserung von Kontaktverhalten und Kommunikationsfähigkeit
  - Erreichen von Anbahnung und Vertiefung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung
  - Lernen sich bei Bedarf Hilfestellung zu holen
  - Lernen aktiv Kontakt aufzunehmen
  - Eigene Ideen und Wünsche aktiv ins Gruppengeschehen einbringen
  - Offen werden für Kontakte und Aktivitäten mit Mitpatienten und Bekannten
  - Sich förderliche Freizeitmöglichkeiten erschließen
- II. Erlangen von Introspektionsfähigkeit und Affektivität
  - Eigene Gefühle und Bedürfnisse ausdrücken und reflektieren können
  - Eigene Aggressionen wahrnehmen, zulassen und sozial verträglich abreagieren können
  - Emotionale Schwingungs- und Ausdrucksmöglichkeit entfalten
  - Entwickeln eigener Persönlichkeit
- III. Verbesserung von Frustrationstoleranz und Kritikfähigkeit
  - Kritik annehmen und konstruktiv verarbeiten können
  - Lernen die eigene Leistung selbstkritischer zu beurteilen und danach zu handeln
  - Lernen Anforderungen zu akzeptieren und besser zu erfüllen
  - Lernen sich Konfliktsituationen zu stellen, um adäquate Problemlösungsversuche ohne Suchtmittelgebrauch zu bewältigen
- IV. Allmählich ein stärkeres Selbstwertgefühl entwickeln und sich mehr zutrauen
  - Offen werden für neue Techniken und Tätigkeiten
  - Erfahren von Erfolgserlebnissen
  - Lernen die eigenen Leistungen und Erfolge anzuerkennen und sich wieder mehr zuzutrauen
  - Entwickeln von Eigeninitiative und Motivation
  - Wieder mehr Selbstvertrauen aufbauen

## 9.6 Therapiemittel und –Medien

- Peddigrohr
- Brandmalerei
- Ton
- Freizeitaktivitätenliste

## 9.7 Therapiemethode

- Kompetenzzentrierte Methode mit interaktionellen Anteilen

## 9.8 Therapieform / Rahmenbedingungen

- Gruppentherapie
- je nach Wochenplan 1 oder 2 mal 90 Minuten (in manchen Wochen gar nicht)
- an unterschiedlichen Tageszeiten
- mit bis zu 8 Patienten in dieser Gruppe

## 10 Therapieverlauf

### Die ersten 4 Einheiten

Die erste Einheit jeder neuen Gruppe in der Beschäftigungstherapie beginnt mit Peddigrohrarbeiten.

*(Nur kurz beschrieben. Ich habe mich gemeinsam mit der Ergotherapeutin um die ganze Gruppe gekümmert und noch kein besonderes Augenmerk auf Herrn X. gelegt)*

### Peddigrohr

Herr X. fing bereits selbständig an seinem Korb links rum zu flechten an (er saß mir schräg gegenüber) als ich die Arbeitsschritte einem anderen Patienten erklärte. Herr X. hatte offensichtlich zugehört und dieses dann versucht umzusetzen. Die ersten Reihen sind auch gut gelungen.

In der nächsten Einheit begann er direkt zu flechten. Es fiel mir auf, das der Patient auf der ihm abgewandten Seite des Korbes flocht, auch das mittlerweile einige Unregelmäßigkeiten beim Verarbeiten der Flechtfäden eingearbeitet waren. Auf Ansprache meinte er, das sei ok so und er wolle es so lassen. Herr X. bat auch nicht um Hilfe, um Unregelmäßigkeiten zu vermeiden.

Heute benötigte Herr X. beim Rand des Korbes ein wenig mehr Hilfe, um die er auch gebeten hatte. An der Kommunikation innerhalb der Gruppe beteiligte er sich mehr als sonst. Mit seinem Arbeitsergebnis war der Patient zufrieden.

Diesmal war die Gruppe zweigeteilt. Herr X. und ein weiterer Patient saßen von der Gruppe getrennt, da sie bereits ihren Korb beendet hatten. Für schnellere Patienten wird dann Brandmalerei angeboten. Die Ergotherapeutin kümmerte sich um diese beiden Herren. Herr X. suchte sich ein einfaches Motiv aus. Laut Ergotherapeutin war seine Arbeit unsauber, was er aber nicht einsähe. Ich habe dieses Bild nicht gesehen und kann es daher auch nicht beurteilen.

## **Einheit 5**

### *Peddigrohr / Brandmalerei*

Zu Beginn suchte sich Herr X. eine Vorlage zur Brandmalerei aus den Ordnern heraus, um sich dann für eine Rose mit Maske zu entscheiden. Er saß mit dem Gesicht zum Fenster und der Tür rechts hinter ihm im Rücken am Tisch. Da er bereits ein Brennbild angefertigt hatte, konnte er das Bild und den Durchschlag auf das Holzbrett ohne weitere nötige Erklärung meinerseits mit dem Klebestreifen befestigen.

Beim Kopieren der Vorlage fiel mir sein Tremor auf, den ich beim Flechten nicht festgestellt habe. Ich erkundigte mich, ob er das Zittern nur während einer Tätigkeit habe, was er verneinte. Er habe das schon immer, seit seinem 10. Lebensjahr als seine Milz entfernt wurde. Er sei damals aus einem 8 Meter hohen Kastanienbaum auf einen kleinen Stein (mit den Händen deutete er ca. 1 Meter an) runtergefallen. Dieses habe zu einem Milzriss geführt. Er habe dann 9 Monate in einer Klinik gelegen.

Herr X. saß mit 2 weiteren Patienten an einem Tisch, die ebenfalls Brennbilder anfertigten. Jeder konzentrierte sich auf seine Arbeit. Eine Kommunikation fand kaum statt. Herr X. richtete nur einmal das Wort an einen Mitpatienten, als dieser sich über die blendende Sonne beschwerte. Herr X. meinte, er solle sich doch mit dem Rücken zum Fenster setzen.

Als der Patient die Vorlage von dem Brettchen lösen wollte, sagte ich, er solle noch mal alles kontrollieren, ob er auch alle Linien nachgezeichnet habe, da es im Nachhinein schwierig wäre das Blatt noch mal passend aufzulegen. Ihm war nichts aufgefallen. Er hatte aber eine Linie übersehen, was ich ihm auch mitteilte. Er sagte, da wäre er schon gewesen, aber er könne ja noch mal drüberzeichnen, wenn ich das meine.

Die gebrannten Linien waren nicht exakt, aber in Anbetracht seines Tremors doch recht gut gelungen. Herr X. wollte die Flächen nicht schattieren, ihm gefiel sein Ergebnis.

## **Einheit 6**

### *Peddigrohr / Brandmalerei*

Die Gruppe sollte heute noch ihre Arbeiten (Körbe, Brennbilder) beenden, bevor das nächste Mal mit Ton begonnen wird. Ein Patient war jedoch mit beiden Arbeiten bereits fertig. Ich bot ihm verschiedene Rätsel an, die er aber nicht wollte. So hat er ein Bild gemalt. Ebenso eine Patientin, die mit ihrem Korb fertig war. Ein Brennbild oder Rätsel konnte ich ihr nicht anbieten, da sie nur noch 5% Sehkraft besitzt.

Als nur noch 2 Patienten mit ihren Brennbildern beschäftigt waren, las ich der Gruppe Wortspielaufgaben vor. Einen Patienten musste ich bitten, den anderen ebenfalls Gelegenheit zum Nachdenken und Antworten zu geben, denn er war immer der erste, der mit der (meist richtigen) Antwort herausplatzte.

Herr X. hat sein Brennbild doch noch schattiert. Es wirkte dann plastischer. Er selbst fand seine Arbeit sehr gut. Der Patient drückte allerdings den LötKolben sehr fest auf das Holz. An der heute gesteigerten Gruppenkommunikation und –Interaktion beteiligte sich Herr X. ebenfalls vermehrt. Bei den Wortspielaufgaben hörte er aufmerksam zu und versuchte auf Lösungen zu kommen, was ihm aber selten gelang. Er benötigte meist zu viel Zeit zum Überlegen.

Währenddessen hatte Herr X. die benötigten Brennpeter ohne Aufforderung aufgeräumt.

## **Einheit 7**

### *Tonarbeiten – Einführung*

Heute erschien Herr X. sichtlich mit mehr Schwung und ohne Gehstützen 10 Minuten zu früh zur Therapie.

Nach der Einführung des Mediums Ton fing Herr X. an, den Ton zu schlagen. Er korrigierte seine Bückhaltung nach Aufforderung nicht. Seinem Rücken ginge es besser und das tiefe Bücken mache nichts. Auch der Hinweis der Ergotherapeutin, der Ton klebe auf glatter Fläche und er solle doch die andere Seite des Brettes benutzen, überhörte er.

Seine Motivation erschien mir nicht sehr groß, obwohl er sich direkt für ein Namensschild entschied, was er relativ schnell fertig hatte. Dabei gab er sich wenig Mühe. Danach musste er sich erst besinnen, er wisse im Moment nicht, was er machen wolle. Er fertigte dann noch eine Art Becher in Daumentchnik mit Deckel an. Während dessen ärgerte er sich über eine Aussage eines Mitpatienten. Seinen Ärger drückte er nur in so fern aus, das er leise vor sich hin sprach und dem Mitpatienten dies nicht direkt sagte.

Auch heute musste Herr X. nicht zum Aufräumen aufgefordert werden. Er erledigte dies selbständig.

## **Einheit 8**

### *Tonarbeiten*

Herr X. erschien wieder vor der Zeit in der Abteilung. Zu Anfang wusste er nicht, was er herstellen könnte. Ich schlug ihm vor, er könne heute mal die Wulsttechnik ausprobieren, worauf er sich auch einließ.

Er holte sich alle nötigen Utensilien, nur bei der Tonauswahl hatte er erst Schwierigkeiten. Er konnte sich nicht mehr erinnern, aus welcher Tonart er sein Namensschild gefertigt hatte. Die Tonart des Bechers wusste er noch. Erst sagte er, er wolle mal den weißen Ton nehmen, kam dann aber mit dem roten zum Tisch zurück.

Beim Ausrollen des Bodens korrigierte ich ihn, da dieser sehr dünn war. Herr X. faltete den Ton zusammen, worauf ich ihm mitteilte, er müsse den Ton noch mal schlagen, was er auch tat.

Beim Aufsetzen der Tonwülste vergaß er das Anritzen. Als ich ihn darauf aufmerksam machte, äußerte er seinen Unwillen durch ein Stöhnen und einer Reklination des Oberkörpers, was bei diesem Patienten bereits einen Fortschritt in der Affektivität bedeutet. Im Gegensatz zur vorherigen Einheit setzte Herr X. die Kritik konstruktiv um.

Beim Ansetzen des Henkels bat er mich um Rat.

Der Patient war ca. ½ Std. vor Therapieende mit seinem Stück fertig und wollte auch nichts neues mehr beginnen.

Vereinzelt trug er mit einem leise ausgesprochenen Satz zur allgemeinen Kommunikation bei, was allerdings von den Mitpatienten nicht aufgegriffen wurde und unterging. Mir ist davon nicht eine Bemerkung im Gedächtnis geblieben.

Laut Gruppentherapeutin zeige Herr X. erste emotionale Regungen.

Wenn er sie ansprache und sie ihn nicht sofort beachten könne, weil sie in einem anderen Gespräch mit einem Patienten sei, reagiere Herr X. beleidigt und ginge davon.

## **Einheit 9**

Als ich aus dem Büro kam, um die Anwesenheit zu Prüfen, lag Herr X. mit dem Oberkörper, die Hand stützend unter dem Kopf, auf der Sitzbank. Als er mich sah, richtete er sich auf.

3 der Teilnehmer hatten Küchendienst bzw. Rückenschule.

Die Tonstücke der Gruppe waren erst zum Teil gebrannt, eins war dabei zerbrochen und so entschied ich gemeinsam mit der Gruppe, das wir etwas anderes machen. Eigentlich wäre das Glasieren angebracht gewesen, aber der Ofen war noch nicht voll genug zum Brennen.

Ein Patient wollte unbedingt noch ein Namensschild anfertigen, was er auch tat. Ein Anderer entschied sich für verschiedene Rätsel.

Herr X. und die neu aufgenommene Patientin entschieden sich für Brandmalerei.

Die Anleiterin meinte, Herr X. müsse dann das Brett bezahlen, es war ja nicht sein erstes und seine Tonstücke seien gebrannt, daher könne er auch glasieren.

Dies teilte ich ihm dann mit, worauf er nur meinte, dann glasiere ich eben. Er zeigte keinerlei Affekt. Ich erkundigte mich bei ihm etwas später, ob ihn das geärgert habe, dass er das Brennbild bezahlen sollte. Er sagte, er würde sich nie Ärgern, er könne aber auch anders, wenn er was nicht wolle, dann wolle er nicht.

Obwohl er sich beim Glasieren seiner Tonstücke nicht die geringste Mühe gab und die einfarbige Glasur so dran klatschte, fragte ich ihn, ob er Lust habe, eine Schale von mir, in zwei Farben, mit zu glasieren. Bei meiner Schale arbeitete er wesentlich sorgfältiger. Am Ende der Einheit musste ich Herrn X. sogar bitten, jetzt aufzuhören. Es schien ihm schwer zu fallen, eine begonnene Arbeit stehen zu lassen.

Auch diesmal beteiligte er sich mit Zwischenbemerkungen an der Kommunikation, an die ich mich im Einzelnen wieder nicht erinnern kann.

Die Sprache war heute ausdrucksvoller und auch lauter als sonst.



# 11 Planung der Sichtstunde

## Sozialform

Gruppentherapie

## Therapiezeit

10:45 – 12:15

## Therapieraum

Tonraum

## Methode

Kompetenzzentrierte Methode mit interaktionellen Anteilen

## Therapiemittel

**Hilfsmittel:** Fragebögen zu Ausmaß und Interesse von Freizeitaktivitäten in der Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft, Kugelschreiber

Tische, höhenverstellbare Hocker

## Zielsetzung für den Patienten in der Sichtstunde

- Lernen Anforderungen zu akzeptieren und besser zu erfüllen
- Eigene Ideen und Wünsche ins Gruppengeschehen mit einbringen
- Sich förderliche Freizeitmöglichkeiten erschließen

## Erläuterungen zur Zielsetzung

Das Erscheinen in der Therapieeinheit und das korrekte Ausfüllen der Listen entspricht einer Anforderung, die ich an Herrn X. stelle. Herr X. hat Schwierigkeiten, an ihn gestellte Anforderungen / Erwartungen zu erfüllen. Er empfindet solche als Druck und neigt dann zu einer passiv-aggressiven Verweigerungs-Haltung. Es ist durchaus möglich, dass er sich deshalb absichtlich vom Gruppensprecher für den Servicedienst einteilen lässt, um nicht an dieser Einheit teilnehmen zu müssen.

Beim Erläutern der einzelnen Oberbegriffe sollen die Patienten ihre eigene Ideen mit einbringen und äußern z.B. welche Brettspiele sie kennen. Nach dem Ausfüllen der Listen wird darüber gesprochen, welche Freizeitaktivitäten die Patienten nach dem Klinikaufenthalt weiter ausführen oder in Zukunft ausführen möchten. Dadurch soll die Kommunikationsfähigkeit und der Gedankenfluss von Herrn X. verbessert werden, sowie die Förderung der Wahrnehmung eigener Wünsche.

An Hand der Liste soll Herrn X. bewusst gemacht werden, welche Möglichkeiten es gibt, um seine Freizeit sinnvoll zu gestalten und auszufüllen.

## Mein therapeutisches Verhalten

Normalerweise werden für das Freizeitkompetenztraining zwei Einheiten zu 60 Min. benötigt. Da ich aber die Patienten mehr einbeziehen möchte und kurz aufzeigen werde, auf was bei bestimmten Sportarten Rückengeschädigte achten sollten, werde ich die Liste kürzen.

Nach dem Verteilen der Listen erkläre ich die Bedeutung einer sinnvollen Freizeitgestaltung für eine zufriedene Abstinenz.

Anschließend gehe ich mit der Gruppe die Begriffe durch, wobei gleichzeitig das Ausmaß der Aktivitäten angekreuzt wird und die Patienten ihre Ideen mit einbringen. Sollte sich dabei jemand in den Vordergrund stellen, werde ich die Patienten einzeln ansprechen.

Bei Herrn X. achte ich besonders darauf, dass er auf seiner Liste jeden einzelnen Punkt korrekt ankreuzt und werde ihn gegebenenfalls korrigieren.

Es ist möglich, dass er meine Kritik mit einer Handbewegung wegwischt und die Liste trotzdem nur oberflächlich ausfüllt. Ich werde ihn dann nur darauf hinweisen, dass er keinen möglichen Gefallen an etwas finden kann, wenn er nicht darüber nachdenkt.

Im zweiten Teil stellen die Patienten fest, an welchen Aktivitäten sie in der Zukunft teilnehmen möchten und wie sie dies umsetzen können oder an welchen Gründen es scheitert.

Wenn Herr X. nicht zur Therapie erscheinen sollte, werde ich die Sichtstunde mit den anderen Gruppenmitgliedern, wie geplant, durchführen.

## Kurzvorstellung der anderen Gruppenteilnehmer

### Herr x.

55 J. Therapiewiederholer, Alkoholabhängigkeit, Nikotinabusus, Coffeinabusus, toxischer Leberschaden, AVK (*arterielle Verschlusskrankheiten*), HRST (*Herzrhythmusstörung*), 2 Entzugsbehandlungen, 2 Entwöhnungsbehandlungen, 1 Entzugs-Delir (*Bewusstseinstäubung, Verwirrtheit während Entzug*)

### Herr x.

29 J. Alkoholabhängigkeit, Nikotinabusus, Coffeinabusus, Polyneuropathie, toxischer Leberschaden, 1 Entzugsbehandlung mit Krampfanfall, Z.n. Bandscheibenvorfall

### Herr x.

31 J. Alkoholabhängigkeit, Nikotinabusus, Adipositas, HRST (*Herzrhythmusstörung*), toxischer Leberschaden

### Herr x.

47 J. Alkoholabhängigkeit, Fettstoffwechsel-Störung, S1-Syndrom, toxischer Leberschaden, 2 cerebrale Krampfanfällen im Entzug

### Frau x.

50 J. Medikamentenabhängigkeit von 1996 bis 2001 (*Diazepam - Tranquilizer bei Angst- und Spannungszuständen*), Nikotinabusus, Adipositas, depressives Syndrom (*Depression*), 2 Entzugsbehandlungen, Z.n. 2 Suizidversuchen 1996 + 2001

### Zeitplanung:

- **10:45**  
Anwesenheit der Patienten prüfen.  
Patienten nehmen im Tonraum Platz.
- **10:50**  
Begrüßung und Vorstellung mit Namen aller Beteiligten.  
Anpassung der Hocker nach ergonomischen Gesichtspunkten.
- **10:55**  
Erklärung zur sinnvollen Freizeitgestaltung und gemeinsamer Begriffsdefinition mit gleichzeitigem Ankreuzen der Listenspalten.  
Je nach Beteiligung und Anzahl der Patienten kann dieser Teil zeitlich variieren, daher behalte ich mir Änderungen im zeitlichen Ablauf vor.
- **11:40**  
Feststellung der zukünftigen Aktivitäten und deren Umsetzung.
- **12:10**  
Ich bedanke mich bei allen Beteiligten und verabschiede die Gruppe
- **12:15**  
Reflexion meiner Sichtstunde.

## **12 Vorschläge für die weitere Behandlung**

### Im Vordergrund der Behandlung steht auch weiterhin

- die Verbesserung von Introspektionsfähigkeit, Affektivität und Kommunikationsfähigkeit  
durch möglichst ausdruckszentrierte Methoden wie Ton, musikalisches Gestalten (Rollenspiele, Interaktionsspiele, Malschwungzeichnungen), Gestaltungstherapie, Tanz- und Musiktherapie.
- die Verbesserung der Frustrationstoleranz und der Kritikfähigkeit  
kann verstärkt durch arbeitstherapeutische Maßnahmen, mit besonderem Augenmerk auf die sorgfältige Ausführung der Tätigkeiten, erreicht werden.

### Zu dem empfehle ich

- Konzentrations- und Gedächtnistraining zum Anregen des Denkflusses, zur Vorbereitung auf das eventuelle Nachholen eines Hauptschulabschlusses und somit auch zur Steigerung des Selbstwertgefühls.
- Rückenschule zur Prophylaxe weiterer Haltungsschäden.
- Weitere regelmäßige Anbindung an eine Suchtberatungsstelle und Selbsthilfegruppe.

## 13 Reflexion des Praktikums

Diese Abteilung war mir bereits durch mein vorheriges Praktikum bekannt.

Mit meinen Fragen zum Bericht und zum Sichtpatienten bin ich den Ergotherapeuten auf die Nerven gefallen.

Die Abgrenzung zum Patienten ist mir diesmal besser gelungen.

Ich wurde hier kritisiert und gelobt, habe viel gelernt und möchte mich für die Unterstützung bei allen Beteiligten bedanken.

## 14 Literatur- und Quellenangabe

### Internet:

Homepage der Klinik

### Bücher:

Scheiber, I. (1995) Ergotherapie in der Psychiatrie, 2. Aufl., Stam Verlag, Köln

Fuchs, P. (2000) Ergotherapie im Suchtbereich, 2. Aufl., verlag modernes lernen, Dortmund

Keller, G. (2001) Körperzentriertes Gestalten und Ergotherapie, verlag modernes lernen, Dortmund

Psyhyrembel Klinisches Wörterbuch, 258. Aufl. (1998) de Gruyter Verlag, Berlin

### Unterlagen:

Schulunterlagen / Unterrichtsmaterial

Klinikmaterial (Patientenakte)

Unterlagen der ET-Abteilung

### Software:

musaion media production (1988-1998) M.I.S. 2001 Medizinisches Informationssystem, Version 4.4, F.K. Schattauer Verlagsgesellschaft mbH, Stuttgart

MoleSoftware GmbH (2001) ICD-10-Browser, Version 1.2

Langenscheidt KG (2002) PC-Bibliothek 3.0, Rev. 1, Verlag Bibliographisches Institut & F. A. Brockhaus AG

### Personenauskunft

Patient, Gruppentherapeutin, Arzt, Gestaltungstherapeut

Note: sehr gut