

Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma
Facoltà di Medicina e Chirurgia “A. Gemelli”

Polo Universitario delle Professioni Sanitarie
Universitäres Ausbildungszentrum für Gesundheitsberufe
Claudiana

CORSO DI LAUREA DI TERAPIA OCCUPAZIONALE
LAUREATSSTUDIENGANG FÜR ERGOTHERAPIE

TESI DI LAUREA
DIPLOMARBEIT

Il processo di terapia occupazionale nelle persone con
tossicodipendenza – una revisione narrativa della letteratura

Der ergotherapeutische Prozess bei Menschen mit
Substanzenabhängigkeit – eine narrative Aufarbeitung der
Literatur

Relatore/Erstbetreuerin
Dr. Caroline Wanko

Corelatore/Zweitbetreuerin
MSc Tanja Summerer, TO

Laureanda/Verfasserin der Diplomarbeit
Noemi Pfeifer

Anno academico / akademisches Jahr 2022/23

Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma
Facoltà di Medicina e Chirurgia “A. Gemelli”

Polo Universitario delle Professioni Sanitarie
Universitäres Ausbildungszentrum für Gesundheitsberufe
Claudiana

CORSO DI LAUREA DI TERAPIA OCCUPAZIONALE
LAUREATSSTUDIENGANG FÜR ERGOTHERAPIE

TESI DI LAUREA
DIPLOMARBEIT

Il processo di terapia occupazionale nelle persone con
tossicodipendenza – una revisione narrativa della letteratura

Der ergotherapeutische Prozess bei Menschen mit
Substanzenabhängigkeit – eine narrative Aufarbeitung der
Literatur

Relatore/Erstbetreuerin
Dr. Caroline Wanko

Corelatore/Zweitbetreuerin
MSc Tanja Summerer, TO

Laureanda/Verfasserin der Diplomarbeit
Noemi Pfeifer

Anno academico / akademisches Jahr 2022/23

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich die Gelegenheit nutzen, um mich bei einigen Personen zu bedanken.

Mein großer Dank geht in erster Linie an Caroline Wanko und Tanja Summerer, die mich als Erst- und Zweitbetreuerinnen bei Verfassen dieser Facharbeit begleitet haben. Mit großem Einsatz haben sie mich mit ihrem umfassenden Wissensschatz, mit ihren Anregungen und Erfahrungen in der Umsetzung meiner Ideen unterstützt und somit einen wertvollen Beitrag zu dieser Diplomarbeit geleistet.

Diese Facharbeit stellt nicht nur der Abschluss meines Studiums, sondern auch das Ende eines Lebensabschnittes. Deshalb möchte ich mich in besonderer Weise bei jenen bedanken, die in den letzten drei Jahren an meiner Seite waren. Ganz besonders sind das meine Eltern und Schwestern, sowie all meine Freunde und Freundinnen. Danke, dass ihr mich unterstützt habt und nun diesen Erfolg mit mir feiert.

Zum Schluss möchte mich noch bei meinen Studienkolleg:innen bedanken, die diese sechs Semester zu einer besonderen Zeit gemacht haben.

Inhaltsverzeichnis

Abstract.....	8
Einleitung	1
Teil I	3
1 Ergotherapie	3
1.1 Kernbegriffe der Ergotherapie.....	3
1.1.1 Betätigung (occupation).....	3
1.1.2 Partizipation.....	4
1.1.3 Klientenzentrierung.....	4
1.1.4 Betätigungsorientierung.....	5
1.2 Der ergotherapeutische Prozess	6
1.2.1 Canadian Practice Process Framework CPPF	6
1.2.2 Phasen des Rehabilitationsprozesses nach dem Südtiroler Sanitätsbetrieb	9
1.3 Ergotherapie im Arbeitsfeld Psychiatrie	9
1.3.1 Blick in die Geschichte	9
1.3.2 Ergotherapeutische Methoden in der Psychiatrie	10
2 Substanzen-Abhängigkeit	13
2.1 Epidemiologische Daten	13
2.1.1 Alkohol.....	13
2.1.2 Illegale Drogen und Medikamente	14
2.2 Systematik der Suchtstoffe und Suchterkrankungen	15
2.2.1 Nach ICD-10.....	15
2.2.2. Nach Wirkung.....	17
2.3 Intoxikation, Substanzen-Missbrauch und Substanzen-Abhängigkeit	18
2.3.1 Intoxikation	18
2.3.2 Substanzen-Missbrauch.....	18
2.3.3 Substanzen-Abhängigkeit.....	18
2.4 Risikofaktoren für eine Abhängigkeitserkrankung	19
2.5 Charakteristika der Substanzen-Abhängigkeiten.....	20
2.5.1 Besonderheiten Alkohol-Abhängigkeit.....	20
2.5.2 Besonderheiten Medikamentenabhängigkeit.....	21
2.5.3 Besonderheiten bei Abhängigkeit von illegalen Drogen.....	22
2.5.4 Besonderheiten bei abhängigen Frauen.....	23
2.6 Angehörige und Co-Abhängigkeit	23

2.7 Behandlung von Abhängigkeits-Erkrankungen	25
2.7.1 Niederschwellige Angebote	25
2.7.2 Therapie und Rehabilitationsangebote	25
2.7.3 Dienste und Netzwerke für die Betreuung Abhängigkeits-Erkrankter in Südtirol	26
Teil II	29
Der ergotherapeutische Prozess bei Menschen mit Substanzen - Abhängigkeit	29
3 Therapeutische Haltung	29
3.1 Beziehungsvorbild	29
3.2. Kommunikationsformen	31
Ergebnisübersicht.....	32
4 Konsum und Betätigung	33
4.1 Bedeutung von Konsum	34
Soziale Verbundenheit	34
Kontrolle bzw. Kontrollverlust	35
Gewohnheit/Routine	35
Identität.....	35
4.2 Betätigung und Betätigungsschwierigkeiten	36
4.2.1 Betätigungsgleichgewicht und -ungleichgewicht	37
4.2.2 Betätigungsschwierigkeiten	37
Ergebnisübersicht.....	42
5 Ergotherapeutische Befunderhebungsinstrumente	43
5.1 Canadian Occupational Performance Measure (COPM)	44
5.2 Assessment of Motor and Process Skills (AMPS)	45
5.3 Befunderhebung nach dem Kawa-Modell.....	46
5.4 Interessenscheckliste (IC) nach dem Model of Human Occupation (MOHO)	48
5.5 Quality of Life Rating Scale (QOLR)	49
5.6 Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES).....	50
Ergebnisübersicht.....	51
6 Ergotherapeutische Interventionen	52
6.1 Wirksamkeit	52
6.2 Sozialform der Therapie	53
Einzeltherapie.....	54
Gruppentherapie	54

Einzelarbeit in der Gruppe.....	54
Gruppenarbeit	55
Offene Gruppenangebote.....	55
6.3 Interventionen	56
Bereich Selbstversorgung	56
Bereich Produktivität	56
Bereich Freizeit	59
Strukturierung der Zeit.....	61
Kognitives Training	62
Interaktionelle Interventionen	63
Ausdruckszentrierte Interventionen	64
Wahrnehmungszentrierte Interventionen.....	65
Ergebnisübersicht.....	67
Schlussbetrachtung	68
Ergebnisse.....	68
Weiterführende Überlegungen.....	70
Schlussfolgerungen für zukünftige Forschung.....	71
Literaturverzeichnis.....	72
Abbildungsverzeichnis	78
Tabellenverzeichnis.....	79
Anhang	80

Abstract

Hintergrund: Menschen mit Abhängigkeitserkrankung erleben Einschränkungen in den Betätigungen des alltäglichen Lebens. Eine Abhängigkeitserkrankung beeinflusst auch die Betätigungsgeschichte und die Rollen einer Person. Ergotherapeut:innen sind seit Jahrzehnten Teil der Betreuung Abhängigkeitserkrankter. Dennoch scheint das Wissen über die besonderen ergotherapeutischen Bedürfnisse dieser Klient:innen begrenzt. Es stellt sich die Frage, wie der ergotherapeutische Prozess bei Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen im Detail aussehen kann. Es wurde eine Literaturrecherche durchgeführt, die sich ebendieser Frage widmet; was sind die Besonderheiten in der ergotherapeutischen Arbeit? Wie ist die therapeutische Haltung? Welche Betätigungsschwierigkeiten treten auf? Welche Befunderhebungsinstrumente und Interventionen können genutzt werden? **Methode:** Für die Literaturrecherche wurden folgende Datenbanken konsultiert: Pubmed, Cinahl und Embas, sowie Fachbücher und die Suchmaschine Google. **Ergebnisse:** Es wurde eine Vielzahl an Artikeln zu diesem Thema gefunden. Häufig waren die Befunderhebungsmittel und Interventionen nicht spezifisch auf Abhängigkeitserkrankte zugeschnitten, sondern von anderen Fachbereichen oder Berufsgruppen übernommen. **Schlussfolgerung:** Ergotherapeut:innen haben ihre Berechtigung in der Betreuung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankung. Es bedarf weiterführender Forschung, um die ergotherapeutische Arbeit effektiver zu gestalten.

Schlüsselwörter: Occupational Therapy, Substance Use Disorder, Occupational Therapy Process

Einleitung

„Es gibt kein richtiges Leben im Süchtigen“

Abhängigkeitserkrankungen sind eine große Einschränkung für die persönliche Gesundheit und das eigene Betätigungsprofil. Die Erkrankung beeinflusst die Betätigungsgeschichte einer Person, genauso, wie auch das Leben der Menschen, die mit dem/der Betroffenen leben. Die Rollen, die der/die Betroffene innehat, verändern sich und die Performance in den Handlungen des täglichen Lebens wird beeinträchtigt (Rojo-Mota, et. al., 2017). Über all dem steht eine Verschlechterung der Lebensqualität (Martin, et. al., 2008).

Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen sind in nahezu allen psychiatrischen Arbeitsrealitäten anzutreffen. Dennoch scheint das Wissen über die besonderen Bedürfnisse in der ergotherapeutischen Betreuung dieser Menschen begrenzt zu sein. In einer 2022 durchgeführten Befragung gaben ein Großteil der Ergotherapeut:innen an, dass es ihnen an Fachwissen und nützlicher Literatur fehle, um Menschen mit Abhängigkeitserkrankung optimal zu betreuen (Mattila et al., 2022).

Dennoch spielen Ergotherapeut:innen in der Behandlung Abhängigkeitserkrankter eine besondere Rolle, denn sie können die betätigungsbasierten Schwierigkeiten in Bezug auf Produktivität, Freizeit und Selbstversorgung erkennen und sie in Verhältnis zu den Rollen und dem sozialen Kontext des/der Klient:in stellen. Ergotherapeut:innen bringen durch ihre Ausbildung das Bewusstsein mit, dass eine Erkrankung, insbesondere eine Abhängigkeitserkrankung, immer mehrere Aspekte des alltäglichen Lebens betrifft (Ryan et al., 2023).

Diese Facharbeit ist strukturell in zwei Teilen aufgebaut. In Teil I wird Hintergrundwissen zu den beiden großen Fachebereichen dieser Arbeit,

nämlich Ergotherapie und Substanzen-Abhängigkeit, in zwei Kapiteln wiedergegeben. Für diesen Abschnitt wurde hauptsächlich mit Fachbüchern und offiziellen Internetquellen gearbeitet. Es dient als Basis, um die in Teil II behandelten Inhalte verständlicher zu machen.

Teil II hingegen stellt die Literaturrecherche dar, die sich mit der Frage nach dem ergotherapeutischen Prozess bei Menschen mit Abhängigkeitserkrankung beschäftigt. In mehreren Kapiteln werden folgende Fragen behandelt:

- Wie ist die therapeutische Haltung?
- Welche Betätigungsschwierigkeiten können auftreten? Inwiefern kann auch der Konsum von Suchtstoffen eine Betätigung sein?
- Welche ergotherapeutischen Befunderhebungsmittel können genutzt werden?
- Welche ergotherapeutischen Interventionen können genutzt werden?

Im Anschluss an jedes Kapitel gibt es eine Zusammenfassung der Ergebnisse zur besseren Übersicht.

Teil I

1 Ergotherapie

Ziel der Ergotherapie ist es, Gesundheit und Wohlbefinden durch Betätigungen zu fördern (World Federation of Occupational Therapists, WFOT, 2012).

Betätigungen sind ein Grundbedürfnis des Menschen und Gesundheit und Lebensqualität werden beeinträchtigt, wenn Menschen Betätigungen nicht mehr oder nur mehr bedingt ausüben können (ergotherapie austria, 2023). Deshalb arbeiten Ergotherapeut:innen mit den Klient:innen an Betätigungen, die sie ausüben wollen, müssen oder von denen erwartet wird, dass sie diese ausüben und adaptieren die Umwelt oder die Betätigung selbst. (WFOT, 2012).

Dabei begleitet Ergotherapie Menschen jedes Alters und in allen Lebenssituationen in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit, immer mit dem Ziel, Handlungsfähigkeit im Alltag, gesellschaftliche Teilhabe und Lebensqualität zu steigern (Deutscher Verband Ergotherapie, 2007).

1.1 Kernbegriffe der Ergotherapie

1.1.1 Betätigung (occupation)

Der Begriff „occupation“ wird im Deutschen und im ergotherapeutischen Kontext mit „betätigen/Betätigung“ und seltener auch mit „handeln/Handlung“ übersetzt (Le Granse et al., 2019).

Betätigung steht im Zentrum der Ergotherapie und fasst „alle gewöhnlichen und vertrauten Dinge zusammen, welche die Menschen alltäglich tun“ (Christiansen et al., 2011 in Le Granse et. al., 2019), also alle Handlungen, die eine Person im alltäglichen Leben ausübt oder daran teilhat (Le Granse et al., 2019).

Ergotherapeut:innen arbeiten nach dem Grundsatz, dass der Mensch ein sich betätigendes Wesen ist, und demnach ein Grundbedürfnis danach

verspürt, sich in bedeutungsvollen Handlungen zu betätigen. Dies geschieht aus intrinsischer Motivation. Die Betätigungen sind dabei für jede Person einzigartig und werden von der Kultur und dem Kontext, in dem sich jemand betätigt, beeinflusst. Dabei geben die persönlichen Betätigungen dem Menschen eine Tagesstruktur, und lassen Gewohnheiten und Routinen entstehen.

Die Betätigungen dem Leben eine Bedeutung und machen den Menschen zu dem, was er ist (Le Granse et. al., 2019).

1.1.2 Partizipation

Partizipation leitet sich aus dem lateinischen „pars“ (Teil) und „cipere“ (nehmen) ab, und wird häufig mit „Teilhabe“ gleichgesetzt (Le Granse et. al., 2019).

Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit ICF, herausgegeben von der World Health Organization WHO (2001) beschreibt Partizipation als „das Einbezogen sein einer Person in eine Lebenssituation“. Das bedeutet; „teilnehmen“, „Teil von sein“, „beteiligt sein an“, „akzeptiert sein“ und „seine vitalen Grundbedürfnisse befriedigen können“ (Le Granse et. al., 2019). Im ergotherapeutischen Sinne wird damit nicht nur die gesellschaftliche Teilhabe, also das Interagieren mit anderen Menschen, sondern auch die Teilhabe an bedeutungsvollen Betätigungen, also das aktive Engagement in Aktivitäten, die für den Einzelnen wichtig sind, gemeint (Le Granse et. al., 2019).

1.1.3 Klientenzentrierung

Um sich mit dem Konzept der Klientenzentrierung in der Ergotherapie zu beschäftigen, gilt es vorerst zu klären, wer der Klient/die Klientin ist. Der Klient ist im Generellen die Person, die Ergotherapie in Anspruch nimmt. Allerdings kann auch eine Gruppe oder eine Organisation Klient:in sein, beispielsweise wenn sie eine ergotherapeutische Beratung in Anspruch nimmt.

In verschiedenen Arbeitskontexten weicht der Begriff Klient:in den Terminologien, die von den anderen Berufsgruppen genutzt werden. Im Krankenhaus wird deswegen eher von Patient:innen, im Seniorenwohnheim häufiger von Bewohner:innen gesprochen. Wichtiger ist das Konzept, das hinter dem Begriff Klient:in steckt; nämlich dass die Person aktiv am Therapieprozess teilnimmt, entscheidet, welche Betätigungen für ihn/sie wichtig sind und die Grenzen seiner/ihrer Mitarbeit bestimmt. Der/die Klient:in bringt Wissen, Erfahrungen und Wünsche mit und ist somit ein:e gleichwertige:r Partner:in in der ergotherapeutischen Zusammenarbeit (Le Granse et. al., 2019).

Klientenzentrierung stellt den/die Klient:in in den Mittelpunkt, mit all dem Wissen und den Erfahrungen, mit der Bereitschaft zur aktiven Mitarbeit und der Entscheidungsfähigkeit. Das impliziert eine aufrichtige und respektvolle Kommunikation und Gleichwertigkeit in Entscheidungssituationen, bei dem der/die Ergotherapeutin eine eher beratende als bestimmende Rolle einnimmt. In einem klientenzentrierten Therapieprozess gibt es Raum für die Wünsche und Hoffnungen des/der Klient:in und er/sie trägt eine Mitverantwortung zum Erreichen des Therapieziels (Le Granse et. al., 2019).

1.1.4 Betätigungsorientierung

Ergotherapeut:innen nutzen den Blickwinkel der Betätigungen, um den therapeutischen Prozess zu gestalten. Sie arbeiten betätigungsorientiert, indem bereits sie bei dem Erstgespräch nach Betätigungsschwierigkeiten fragen, im Rahmen einer ergotherapeutischen Befunderhebung Betätigungen beobachten, Betätigungen als Therapieziele festlegen und diese während der Intervention als therapeutische Mittel nutzen (Le Granse et. al., 2019).

Im Rahmen einer klientenzentrierten Therapie sind damit nicht beliebige Betätigungen gemeint, sondern jene, die der/die Klient:in ausgewählt hat und die für ihn/sie eine Bedeutung haben (Le Granse et. al., 2019).

1.2 Der ergotherapeutische Prozess

1.2.1 Canadian Practice Process Framework CPPF

Das bekannteste ergotherapeutische Prozessmodell ist das Canadian Practice Process Framework CPPF von Elizabeth A. Townsend und Helen J. Polatajko (Le Granse et. al., 2019).

Das Prozessmodell gibt den ergotherapeutischen Prozess in acht Aktionspunkten an, beginnend mit

1. Eintreten/Initiieren;

Dieser Punkt besteht darin, den ergotherapeutischen Prozess aufzunehmen, beispielsweise durch die Verschreibung eines Arztes oder die Überweisung des Klienten/der Klientin in den Dienst. Es geht darum, Informationen über die Person zu sammeln, durch die Krankenakte und/oder durch das Gespräch mit anderen Berufsgruppen, die den Klienten/die Klientin bereits kennen. Schließlich findet auch der erste Kontakt mit der Person statt, entweder telefonisch oder direkt und es beginnt die therapeutische Zusammenarbeit.

2. Erwartungen abklären;

In diesem Punkt wird das ergotherapeutische Erstgespräch durchgeführt, bei dem es darum geht, die Betätigungsgeschichte der Person kennenzulernen und die aktuellen Betätigungsschwierigkeiten zu ermitteln.

3. Erheben/Bewerten;

Der dritte Aktionspunkt zielt darauf ab, eine ergotherapeutische Diagnose zu stellen, also die Gründe für die Betätigungsschwierigkeiten zu ermitteln. Genauso gilt es, Stärken und Ressourcen der Person festzuhalten. Dies kann durch Beobachtungen oder standardisierte Tests geschehen.

4. Sich auf Ziele einigen/planen;

In diesem Punkt geht es darum, gemeinsam mit dem Patienten Betätigungsziele für die Therapie festzulegen. Anhand dieser Ziele

kann der Ergotherapeut/die Ergotherapeutin einen Plan zur Umsetzung erarbeiten.

5. Plan umsetzen;

In diesem Punkt wird der in Punkt 4 erarbeitete Plan umgesetzt, in Zusammenarbeit mit dem Klienten/der Klientin und deren Caregiver.

6. Überprüfen/verändern;

Aktionspunkt 6 findet im klinischen Alltag häufig parallel zum Punkt 5 statt. Es wird bewertet, ob der Plan umgesetzt werden kann und ob die gesetzten Ziele erreicht werden. Ist dies nicht der Fall, können Plan oder Ziele angepasst werden.

7. Ergebnis bewerten;

In diesem Punkt wird festgehalten, ob die Betätigungsziele erreicht wurden. Dazu können Beobachtungen oder standardisierte Tests genutzt werden.

8. Beenden;

Im letzten Aktionspunkt wird der ergotherapeutische Prozess beendet. Gemeinsam mit dem Klienten/der Klientin wird über den Prozess und dessen Ergebnisse reflektiert und die weitere Vorgehensweise besprochen, beispielsweise ob der Klient/die Klientin an einen anderen Dienst überwiesen wird.

Es wird auch die finale Dokumentation des ergotherapeutischen Prozesses erstellt.

(Le Granse et. al., 2019)

Es kann vorkommen, dass nicht alle acht Aktionspunkte des CPPF durchgeführt werden. Stellt man in Punkt drei keine Betätigungsprobleme fest, oder einigt sich in Punkt vier nicht auf gemeinsame Ziele, kann der Prozess beendet werden, ohne die restlichen Aktionspunkte durchzuführen. Ebenso kann nach Punkt sieben zu Punkt drei zurückgekehrt werden, um sich auf neue Ziele zu einigen (Le Granse et al., 2019).

Das CPPF bettet dieses acht Aktionspunkte in einen gesellschaftlichen und praktischen Kontext, sowie einen Bezugsrahmen.

Der gesellschaftliche Kontext beschreibt die Normen, Regeln und sozialen Einflüsse, die auf den/die Klient:in und auf den Ergotherapeut/die Ergotherapeutin wirken.

Der praktische Kontext hingegen bezieht sich auf den Ort, an dem der ergotherapeutische Prozess stattfindet und meint die physischen (Räume, Therapiematerialien), sozialen (Arbeitskollegen, andere Klient:innen) und institutionellen (Arbeitszeiten, Regeln) Faktoren, die den ergotherapeutischen Prozess beeinflussen.

Der Bezugsrahmen dagegen betrifft die Ergotherapeut:innen und meint deren therapeutische Haltung, deren Erfahrungen, deren theoretischen Grundlagen und Methoden (Le Granse et al., 2019).

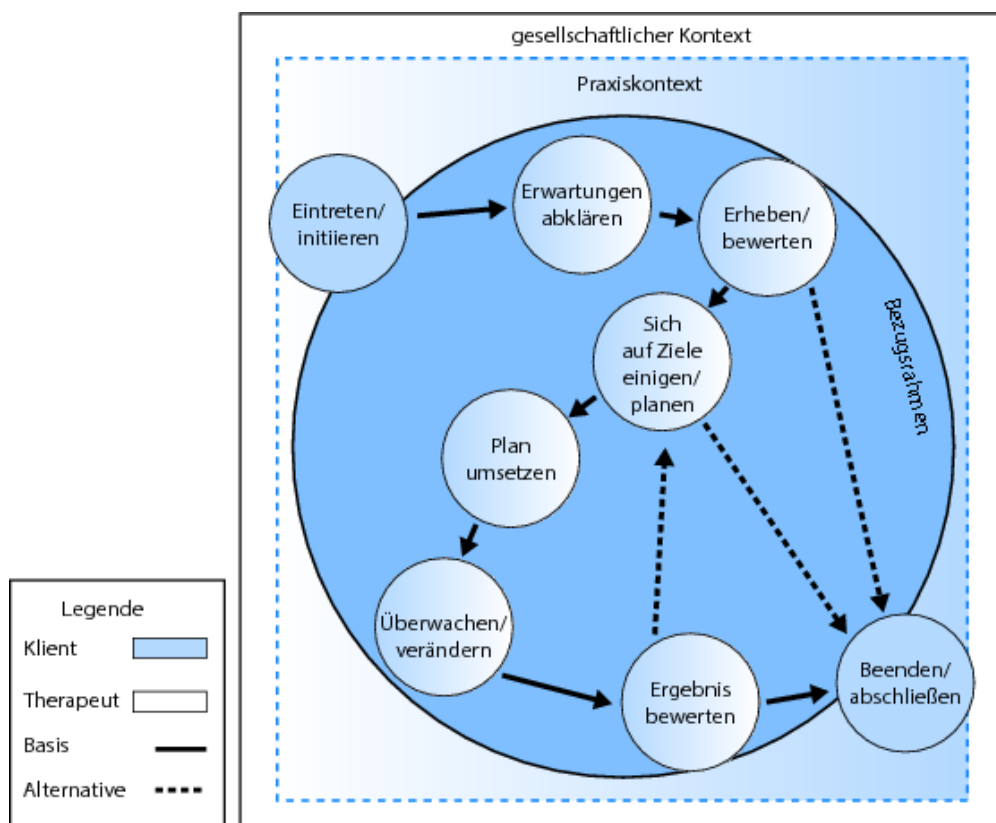


Abbildung I: CPPF (Le Granse et al., (2019).

1.2.2 Phasen des Rehabilitationsprozesses nach dem Südtiroler Sanitätsbetrieb

Die Pflegedirektion des Südtiroler Sanitätsbetriebes (2017) gibt im Bogen der *berufsspezifischen Aktivitäten der Ergotherapeut:innen* auch ein Modell des ergotherapeutischen Prozesses an.

Dabei teilen sie den Rehabilitationsprozess in vier Phasen ein;

1. Phase; Befunderhebung

In der ersten Phase wird eine berufsspezifische Beurteilung und Befunderhebung erstellt.

2. Phase; Planung

In dieser Phase wird ein Behandlungsplan und die dazugehörigen Therapiemaßnahmen erstellt und die berufsspezifischen Ziele festgelegt. In diesem Punkt wird der Fokus auch auf die Informationsvermittlung an die Klient:innen und das Treffen einer Vereinbarung, eventuell auch Therapievertrag, zwischen Klient:in und Therapeut:in gelegt.

3. Phase; Durchführung

In der dritten Phase wird die ergotherapeutische Behandlung durchgeführt.

4. Phase; Überprüfung

Diese Phase besteht aus der „regelmäßigen Überprüfung der Angemessenheit der angewandten Behandlungsmaßnahmen und der entsprechenden Zielerreichung“

(Pflegedirektion des Südtiroler Sanitätsbetrieb, 2017).

1.3 Ergotherapie im Arbeitsfeld Psychiatrie

1.3.1 Blick in die Geschichte

Im Bereich der Psychiatrie sind über viele Jahrhunderte hinweg ergotherapeutische Ansätze zu erkennen. Es gibt viele Hinweise, dass Betätigungen als wohltuend angesehen und den Menschen als gesundheitsförderliche Maßnahme angeboten wurden. Hervorgehoben werden vor allem die beiden Schwerpunkte des Einsatzes kreativer,

handwerklicher Tätigkeiten und der Förderung von Arbeitstätigkeiten und Berufswiedereingliederung (Kubny, 2020).

Besondere Leistungen sind den Psychiatern Pinel (1745-1826) in Frankreich und Tuke (1732-1822) in Großbritannien Ende des 18. Jahrhunderts zuzuschreiben. Beide nutzten einen globalen Ansatz in der Behandlung psychisch Erkrankter und beschrieben die Aktivitäten des alltäglichen Lebens als wertvoll für die Genesung (Ghensi, 2020). So führte beispielsweise Tuke Feldarbeit, Haushaltsführung, Reintegration in die ehemalige Arbeit, Freizeitaktivitäten und die Pflege von Haustieren als Interventionen für psychisch Erkrankte ein (Paterson 2002, in Summerer, 2021).

Für lange Zeit galt Ergotherapie vor allem als Zeitvertreib und als Ablenkung im klinischen Alltag, weshalb eher der Begriff „Beschäftigungstherapie“ geläufig war. Erst seit 1999 gilt offiziell die Bezeichnung „Ergotherapie“ (Kubny, 2020).

Heute werden im Sinne eines klientenzentrierten Ansatzes anhand ärztlicher Diagnosen und ergotherapeutischer Befunderhebung ein individueller therapeutischer Prozess gestaltet, immer mit dem Ziel, die größtmögliche Selbstständigkeit, Teilhabe und Lebensqualität zu erlangen (Deutscher Verband Ergotherapie, 2015).

1.3.2 Ergotherapeutische Methoden in der Psychiatrie

Kompetenzzentrierte Methode

Bei dieser Methode werden die Kompetenzen, die durch die Erkrankung geschwächt oder verloren gegangen sind, gezielt und möglichst alltagsnah trainiert (Deutscher Verband Ergotherapie, 2015). Der Schwerpunkt liegt dabei auf dem Ergebnis, also auf dem Erreichen des klientenzentrierten Handlungszieles (Kubny, 2020). Dadurch erhalten Patient:innen auch eine bessere Introspektion und könne sich selbst besser einschätzen. Erfolge im

kompetenzorientieren Bereich stärken das Selbstbewusstsein und -vertrauen (Deutscher Verband Ergotherapie, 2015).

Beispiel:

Mit einem Klienten/einer Klientin wird das Aufräumen des Zimmers trainiert, Ziel ist es, dass der Klient/die Klientin diese Betätigung am Ende des Therapiezyklus selbstständig durchführt.

Interaktionelle Methode

Im Fokus der interaktionellen Interventionen stehen „die Förderung von sozialen Kompetenzen und Beziehungsfähigkeiten, Selbst- und Fremdwahrnehmung, Kommunikations- und Interaktionsfähigkeit sowie situationsgerechtem Verhalten“ (Deutscher Verband Ergotherapie, 2015). Dabei können verschiedene Sozialformen der Therapie, wie beispielsweise die Partnerarbeit, die Gruppen- oder Projektarbeit, genutzt werden. Ziele werden individuell für die einzelnen Klient:innen formuliert und innerhalb der Gruppe erarbeitet (Kubny, 2020).

Beispiel:

Im Rahmen eines Rollenspiels zwischen Klient:in und Therapeut:in werden die Kommunikationsfähigkeiten trainiert, welche der Klient/die Klientin bei einem Vorstellungsgespräch benötigt.

Ausdruckszentrierte Methode

Die ausdruckszentrierten Interventionen nehmen in erster Linie keinen Bezug zur Alltagsbewältigung der Klient:innen (Kubny, 2020), sondern dienen dazu, Erlebtes, Gefühle, Wünsche und Bedürfnisse durch kreativ-gestalterisches Tun auszudrücken (Deutscher Verband Ergotherapie, 2015). Dies kann besonders wertvoll sein, wenn Klient:innen zu diesen Inhalten noch keinen sprachlichen Zugang haben. Zudem können ausdruckszentrierte Interventionen genutzt werden, um Menschen mit psychischer Erkrankung in einem geschützten Rahmen die Möglichkeit zu geben, sich selbstwirksam und handelnd zu erleben, wenn das im Alltag noch nicht möglich ist (Kubny, 2020).

Die ausdruckszentrierte Methode ist abzugrenzen von der klinischen Kunst- und Gestaltungstherapie (Kubny, 2020).

Beispiel:

Der Klient/die Klientin beschreibt sich selbst und seine positiven Eigenschaften im Rahmen einer therapeutischen Schreibaufgabe.

Wahrnehmungszentrierte Methode

Im Zentrum der Wahrnehmungsorientierten Methode steht die Förderung der Sinnes- und Körperwahrnehmung. Es geht um einen Prozess, bei dem innere und äußere Sinneseindrücke miteinander in Bezug stehen und eine Verbindung zwischen der Wahrnehmung und den sozioemotiven Eindrücken hergestellt wird (Summerer, 2021.)

Beispiel:

Der Klient/die Klientin wird angeleitet, sich selbst an Armen und Gesicht einzucremen und sich selbst zu massieren, um das positive Gefühl zum eigenen Körper zu fördern.

2 Substanzen-Abhängigkeit

Eine Substanzen-Abhängigkeit bezeichnet „eine psychische Störung, die durch ein unbezwingbares Verlangen und den zumindest periodischen Verlust der Selbstkontrolle gekennzeichnet ist, was dazu führt, dass bestimmte Verhaltensweisen, die eigentlich auf eine positive Veränderung des psychischen oder körperlichen Befindens gerichtet sind, in einem solchen Ausmaß auftreten, dass die betreffende Person in ihren sozialen, psychischen oder körperlichen Funktionen erheblich beeinträchtigt ist oder dass andere Personen dadurch in Mitleidenschaft gezogen werden“ (Schneider, 2009). Gemeint ist das Verlangen nach einer Substanz mit Wirkung auf das psychoemotive und körperliche Befinden.

Im Alltäglichen wird häufig der Terminus „Sucht“ benutzt. Die Weltgesundheitsorganisation empfiehlt aber bereits seit 1964 die Verwendung des Begriffes „Abhängigkeit“, da dieser weniger mit einer negativen Bewertung verbunden ist und eine Abstufung des Störungsbildes möglich macht. So gelten kritischer Konsum und Missbrauch als Vorstufen der Abhängigkeit (Schneider, 2009).

Abhängigkeit geschieht *„im Spannungsfeld eines Dreiecks, dessen Eckpunkte Person – Substanz -Gesellschaft heißen“* (Gastpar et. al., 1999). Dies zeigt, dass eine Abhängigkeits-Erkrankung neben der psychischen und körperlichen, auch eine große sozial-gesellschaftliche Komponente hat.

2.1 Epidemiologische Daten

2.1.1 Alkohol

Das italienische Gesundheitsministerium (2021) geht davon aus, dass in Italien 66,4% der Bevölkerung (ausgenommen Kinder unter 10 Jahren) Alkohol konsumiert oder konsumiert hat, davon 20,6% täglich.

Der Bericht gibt an, dass im Jahr 2020 etwa 64.500 Menschen wegen einer Alkoholabhängigkeit vom öffentlichen Gesundheitssystem betreut wurden, 22% davon erstmals. Davon waren knapp 50.000 Männer und 15.000

Frauen. Die meisten Betreuten sind zwischen 40 und 59 Jahre alt, nur etwa 7% sind unter 30.

In Südtirol wurden in den Diensten 2020 2.557 Menschen wegen einer Alkoholabhängigkeit betreut, davon waren ca. 2000 Männer, der Rest Frauen (Ministero della salute, 2021).

Laut dem Gesundheitsbericht der Autonomen Provinz Südtirol – Bozen (2022) sind in Südtirol 34,6% der Bevölkerung zwischen 19 und 69 Jahren risikobehaftete Trinker:innen, d.h. sie konsumieren Alkohol außerhalb der Mahlzeiten oder fünf (bei Frauen vier) oder mehr alkoholische Getränke an einem Event. Laut diesem Bericht sind 3,5% der Südtiroler:innen starke Trinker:innen, d.h. sie konsumieren mehr als zwei alkoholische Einheiten (bei Frauen eine) täglich.

2.1.2 Illegale Drogen und Medikamente

Laut dem italienischen Gesundheitsministerium (Ministero della salute, 2022) haben die öffentlichen Gesundheitsdienste in Italien im Jahr 2021 ungefähr 123.000 Menschen wegen Substanzen-Abhängigkeit, ausgenommen Alkohol, betreut. Davon waren 18.000 Frauen und 105.000 Männer.

Die Menschen, die in Italien 2021 betreut wurden, waren verstärkt in der Altersklasse zwischen 35 und 54 Jahren, während die erstmals Betreuten vermehrt zwischen 20 und 39 Jahren alt waren.

Die Untersuchungen des italienischen Gesundheitsministeriums ergaben auch, dass die Erkrankten beim ersten Konsum des Suchtmittels durchschnittlich 21 Jahre alt waren, und Männer dann etwa sieben und Frauen fünf Jahre bis zum ersten Kontakt mit den Diensten konsumierten.

Der Bericht zeigt ebenfalls, dass 70% der Betreuten ein mittleres Bildungsniveau, also einen Oberschulabschluss mit Matura oder ähnliches, haben (Ministero della salute, 2022).

In Südtirol wurden 2021 1.487 Menschen mit Substanzen-Abhängigkeit, Alkohol ausgenommen, betreut, 282 davon erstmals. Die erstmals betreuten waren durchschnittlich 30 Jahre alt (Autonome Provinz Südtirol-Bozen, 2022).

2.2 Systematik der Suchtstoffe und Suchterkrankungen

2.2.1 Nach ICD-10

Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme ICD-10 (2012) gibt unter dem Stichwort „*Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen*“ zehn Suchtmittel auf (Tabelle I).

F10	Störungen durch Alkohol
F11	Störungen durch Opiate
F12	Störungen durch Cannabinoide
F13	Störungen durch Sedativa und Hypnotika
F14	Störungen durch Kokain
F15	Störungen durch sonstige Stimulanzien, einschließlich Koffein
F16	Störungen durch Halluzinogene
F17	Störungen durch Tabak
F18	Störungen durch flüchtige Lösungsmittel
F19	Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum sonstiger psychotroper Substanzen

Tabelle I, Suchtmittel nach ICD-10 (Pfeifer, 2023)

Im Weiteren führt ICD-10 (2012) in ihrer Klassifizierung eine Beschreibung des klinischen Erscheinungsbildes auf (Tabelle II).

.0	Akute Intoxikation Akuter Rausch bei Abhängigkeit Pathologischer Rausch Rausch o.n.A. Trance und Besessenheitszustände bei Intoxikation mit psychotropen Substanzen „Horrortrip“ bei halluzinogenen Substanzen
.1	Schädlicher Gebrauch Missbrauch psychotroper Substanzen
.2	Abhängigkeitssyndrom Chronischer Alkoholismus

	Dipsomanie Nicht näher bezeichnete Drogensucht
.3	Entzugssyndrom
.4	Entzugssyndrom mit Delir Delirium tremens (alkoholbedingt)
.5	Psychotische Störung Alkoholhalluzinose Alkoholische Paranoia Alkoholischer Eifersuchtswahn Alkoholpsychose o.n.A.
.6	Amnestisches Syndrom Alkohol- oder substanzenbedingte amnestische Störung Durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingte Korsakowpsychose Nicht näher bezeichnetes Korsakow-Syndrom
.7	Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung Alkoholdeemenz o.n.A. Chronisches hirnorganisches Syndrom bei Alkoholismus Demenz und andere leichte Formen anhaltender Beeinträchtigung der kognitiven Fähigkeiten Nachhallzustände (Flashbacks) Posthalluzinogene Wahrnehmungsstörung Residuale affektive Störung Residuale Störung der Persönlichkeit und des Verhaltens Verzögert auftretende psychotische Störung durch psychotrope Substanzen bedingt
.8	Sonstige psychische und Verhaltensstörung
.9	Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung

Tabelle II, Beschreibung des klinischen Erscheinungsbildes nach ICD-10
(Pfeifer, 2023)

2.2.2. Nach Wirkung

Grob lassen sich die Suchtmittel auch in drei Hauptgruppen unterscheiden:

Psychostimulanzien

Hierzu zählen alle Stoffe, die die psychischen Abläufe beschleunigen, also wacher, erregbarer und selbstbewusster machen. Beispiele sind Kokain, Koffein und Amphetamine (Kubny, 2020).

Psychosedativa

Zu den Psychosedativa werden alle Stoffe gezählt, die eine dämpfende, entspannende und sedierende Wirkung haben. Sie werden häufig als Gegenmittel zu Psychostimulanzien eingenommen, um sich zu entspannen und schlafen zu können. Zu ihnen gehören Alkohol, Benzodiazepine, Opiate und Morphine (Kubny, 2020).

Psychotomimetika

Zu dieser Gruppe werden alle Stoffe gerechnet, die psychose-ähnliche Zustände hervorrufen und das psychische und sinnliche Erleben erweitern. Dazu zählen LSD, Pilze, Marihuana, Schnüffelfstoffe und psychotrope Pflanzen (Kubny, 2020).

Am Beispiel Alkohol lassen sich allerdings die Grenzen dieser Unterteilung aufzeigen. Bei geringer Dosis wirkt Alkohol bei vielen Menschen entspannend, baut dann mit steigender Dosierung eine innere Spannung auf, enthemmt und stimuliert und wirkt bei hoher Dosis wiederum narkotisierend (Kubny, 2020).

Nichtstoffgebundene Suchterkrankungen

Nichtstoffgebundene Süchte haben ebenfalls einen starken Einfluss auf die Gesundheit der Betroffenen und können sich negativ auf Familien- und Berufsleben, sowie auf soziale und finanzielle Stabilität haben. Beispiel hierfür sind die Glücksspielsucht und die Internetsucht (Kubny, 2020).

Sie sind allerdings nicht Inhalt dieser Facharbeit sein und werden nur der Vollständigkeit halber angeführt.

2.3 Intoxikation, Substanzen-Missbrauch und Substanzen-Abhängigkeit

2.3.1 Intoxikation

Intoxikation, umgangssprachlich auch Rausch, bezeichnet eine „vorrübergehende, äußerlich verursachte und körperlich begründbare Störung des Geistes“ (Schneider, 2009). Dadurch können Veränderungen der Stimmung, des Antriebs, des sozialen Verhaltens, des Denkens, der Bewegungen sowie aller anderen Körperfunktionen auftreten (Schneider, 2009). Diese Störungen stehen im direkten Zusammenhang zu der akuten pharmakologischen Wirkung des Suchtmittels und nehmen mit der Zeit wieder ab (ICD-10, 2012).

2.3.2 Substanzen-Missbrauch

Substanzen-Missbrauch kann hinsichtlich der Menge und des Zweckes stattfinden, also zu viel konsumieren und zu falschen Zwecken konsumieren (Schneider, 2009).

Am Beispiel von Alkohol erklärt Schneider (2009), dass ein Missbrauch dann vorliegt, wenn Alkohol in unpassenden Gelegenheiten konsumiert wird, beispielsweise beim Autofahren oder in der Schwangerschaft, wenn Alkohol als „Seelentröster“ eingesetzt wird, oder wenn das Suchtmittel langfristig übermäßig zu sich genommen wird.

Des Weiteren wird von Missbrauch gesprochen, wenn das Suchtmittel zur Selbstmedikation eingesetzt wird, beispielsweise zur Angstreduktion oder zur Verbesserung des Schlafs. Der Übergang zu Substanzen-Abhängigkeit ist fließend (Kubny, 2020).

2.3.3 Substanzen-Abhängigkeit

Von Substanzen-Abhängigkeit, oder Sucht, wird gesprochen, wenn Menschen über einen längeren Zeitraum das Suchtmittel in großen Mengen zu sich nehmen und sich eine Toleranz entwickelt. Sie führt dazu, dass

Betroffene die Menge des Suchtmittels zunehmend steigern müssen, um die gleiche Wirkung zu erzielen.

Charakteristisch für Substanzen-Abhängigkeit ist die Vernachlässigung von Familie, Arbeit und sozialer Verpflichtungen, sowie ein großer zeitlicher Aufwand beim Beschaffen der Suchtmittel.

Kennzeichnend für Substanzen-Abhängigkeit ist auch das Auftreten von Entzugssymptomen bei Nicht-Konsumieren des Suchtmittels. Um diese zu vermeiden, wird das Suchtmittel weiterhin eingenommen, auch wenn bereits eine Reihe gesundheitlicher, sozialer oder finanzieller Probleme aufgetreten sind (Kubny, 2020).

Entzugssymptome

Entzugssymptome treten dann auf, wenn nach Abbau des Suchtmittels im Körper kein erneuter Konsum stattfindet (Schneider, 200). Zu diesen Symptomen können Zittern, Schwitzen, Unruhe, Schlaflosigkeit, Konzentrationsstörungen, Niedergeschlagenheit, Schmerzen, Übelkeit, Erbrechen und Herzrhythmusstörungen zählen (Gastpar et al., 1999).

Diese Symptome können individuell auftreten und enden je nach Suchtmittel zu verschiedenen Zeitpunkten, bei Alkohol und Benzodiazepinen beispielsweise nach 5-15 Tagen Abstinenz (Schneider, 2009).

2.4 Risikofaktoren für eine Abhängigkeitserkrankung

Um die Entstehung von Abhängigkeitserkrankungen zu verstehen, bedarf es einem multifaktoriellen Modell, in dem ein Zusammenspiel psychischer, sozialer und biologischer Faktoren stattfindet (Kubny, 2020).

Risikofaktoren für eine Substanzen-Abhängigkeit können folgende sein:

- Erhöhtes Angst- und Stressniveau
- Mangelndes Selbstwertgefühl, bereits im jugendlichen Alter
- Defizite in Kontakt- und Konfliktfähigkeit
- Gewalt- und Missbrauchserfahrungen
- Mangelnde gesicherte Beziehungen
- Mangelnde emotionale Zuwendung

- Andauernde Über- oder Unterforderung
- Leistungsschwierigkeiten
- Genetische Disposition und familiäre Vorbelastung

(Gastpar et al., 1999).

Je mehr solcher Faktoren auf eine Person zutreffen, desto wahrscheinlicher ist die Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung (Kubny, 2022).

2.5 Charakteristika der Substanzen-Abhängigkeiten

2.5.1 Besonderheiten Alkohol-Abhängigkeit

Alkohol ist in unserer mitteleuropäischen Gesellschaft kaum wegzudenken; er ist leicht erhältlich, erschwinglich und gilt auch als Begleiter bei Mahlzeiten und in Gesellschaft. Auch deswegen ist es so leicht, in eine Alkoholabhängigkeit zu rutschen, vor allem auch wegen seiner entspannenden, enthemmenden und stimmungshebenden Wirkung. (Schneider, 2009).

Die Weltgesundheitsorganisation definiert die Menge Alkohol, die risikoarm konsumiert werden kann, folgendermaßen: für Männer 24g Reinalkohol am Tag an höchstens fünf Tagen in der Woche, für Frauen 12g Reinalkohol am Tag an höchstens fünf Tagen in der Woche (Die Techniker, 2022).

Eine besondere Form des Alkoholkonsums ist das sogenannte Rauschtrinken oder „Binge Drinking“, bei dem bei einer Trinkgelegenheit mehr als fünf alkoholische Getränke (für Frauen vier) zu sich genommen werden (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, n.d.).

Als Folgeschäden von Alkohol sind über 200 Krankheiten bekannt, zu den häufigsten zählen:

- Alkoholische Fettleber, Leberzirrhose
- Herzmuskelerkrankungen, Bluthochdruck
- Schädigungen des Gehirns (Konzentrationsfähigkeit, Gedächtnis, Urteilsvermögen)
- Impotenz

- Neoplastische Erkrankungen, v.a. in Leber, Mundhöhle, Rachenraum, Speiseröhre, Enddarm und speziell bei Frauen in der Brust
- Entzündung der Bauchspeicheldrüse und in der Folge Diabetes mellitus
- Magenschleimhautentzündung, Magengeschwüre
- Übergewicht

Dazu reihen sich eine Vielzahl psychischer Symptome wie Unruhe, Ängste und Depressionen (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, n.d.).

2.5.2 Besonderheiten Medikamentenabhängigkeit

Medikamente sind im klassischen Sinne und im allgemeinen Verständnis keine Droge, sondern haben bei entsprechender Anwendung und in richtiger Dosierung eine heilsame Wirkung. Ärzte halten sich bei der Verschreibung von Medikamenten wie Benzodiazepine an die „4K-Regel“:

- Klare Indikation
- Kleinst notwendige Dosis
- Kurze Anwendung (max. 14 Tage)
- Kein abruptes Absetzen

Werden diese Grenzen vom Patienten nicht eingehalten und vom behandelnden Arzt nicht ausreichend kontrolliert, kann es schnell zu einem Substanzen-Missbrauch und in späterer Folge auch zu einer Abhängigkeit kommen (Schneider, 2009).

Besonders betroffen von Medikamenten-Abhängigkeiten sind Frauen, ca. zwei Drittel aller Erkrankten, und ältere Menschen. Gerade diese Menschen leiden häufiger unter chronischen Erkrankungen oder Mehrfacherkrankungen und suchen deswegen vermehrt einen Arzt auf und kommen so an Medikamente. Für lange Zeit kann die Abhängigkeit unbemerkt bleiben, für Verwandte und Bekannte, aber auch für den Betroffenen selbst, weswegen in Zusammenhang mit Medikamenten oft von einer „stillen Abhängigkeit“ gesprochen wird (Die Techniker, 2021).

Zu den direkten Folgen einer Medikamentenabhängigkeit gehören in erster Linie die einsetzenden Entzugerscheinungen bei Nichteinnahme des Medikamentes. Zu den weiteren körperlichen Folgen, vor allem von der Einnahme von Benzodiazepinen, gehören kognitive Defizite, die sich als reduzierte Merk- und Konzentrationsfähigkeit äußern, aber auch ein erhöhtes Sturzrisiko. Ebenso können psychische Symptome wie Unruhe, Angst, Depressionen und Persönlichkeitsveränderungen hinzukommen (Die Techniker, 2021).

Zu den am häufigsten konsumierten Medikamenten als Suchtmittel gehören Benzodiazepine, gefolgt von Opiaten und Amphetaminen. Auch Appetitzügler, Aufputzmittel, Laxantien, Hustenmittel, Steroide und Nasentropfen können abhängig machen (Die Techniker, 2021).

2.5.3 Besonderheiten bei Abhängigkeit von illegalen Drogen

Unter dem Oberbegriff illegaler Drogen werden alle Suchtmittel zusammengefasst, „deren Besitz, Erwerb, Handel und Herstellung nach dem Betäubungsmittelgesetz verboten ist“ (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, n.d.).

Häufig sind junge Menschen vom Konsum illegaler Drogen betroffen, da die Neugierde, die Anziehung des Verbotenen, sowie auch das entsprechende soziale Umfeld sie in eine Abhängigkeit drängen können.

Die am häufigsten konsumierte illegale Droge ist Cannabis; so wird davon ausgegangen, dass in den letzten 12 Monaten in Deutschland 8,8% der Bevölkerung Cannabis konsumiert hat, während es bei Kokain 1,6%, bei Heroin 0,5%, und bei neuen psychoaktiven Substanzen 1,3% waren (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, n.d.).

Jede illegale Droge hat ihre eigenen Wirkungen, Nebenwirkungen und Folgen. Deutlich wird aber, dass Konsumenten illegaler Drogen sich häufig in einer Peergroup befinden, die die Aufrechterhaltung der Abhängigkeit

mitträgt, selbst abhängig ist, und die Beschaffung des Suchtmittels erleichtert (Kubny, 2020).

2.5.4 Besonderheiten bei abhängigen Frauen

Im Generellen unterliegen Frauen und Männer den gleichen körperlichen und lerntheoretischen Bedingungen, wenn es um die Entwicklung einer Abhängigkeit geht (Schneider, 2009).

Allerdings gibt es Unterschiede in den gesellschaftlichen Rollenvorstellungen und in der Bewertung von Abhängigkeiten. So passt eine trinkende Frau weniger ins Bild als ein trinkender Mann, weshalb Frauen häufiger heimlich und versteckt konsumieren.

Zudem kommen auf Frauen eine Reihe geschlechtsspezifischer Auslöser für Substanzen-Konsum hinzu, wie beispielsweise:

- Ehelosigkeit
- Kinderlosigkeit
- Ungeplante Schwangerschaft
- Beendigung der eigenen Erwerbstätigkeit nach der Geburt eines Kindes
- Scheidung
- Missbrauchs- und Gewalterfahrungen

Viele Frauen greifen in solchen Situationen zu Alkohol oder Medikamenten, um das Rollenbild der Frau, Mutter oder Ehefrau in der Gesellschaft aufrecht erhalten zu können und entwickeln so eine Abhängigkeit (Schneider, 2009).

2.6 Angehörige und Co-Abhängigkeit

Angehörige werden zu Co-Abhängigen, wenn sie Bedingungen herstellen oder fördern, die zum Fortschreiten der Krankheit beitragen. Dies geschieht meist unwillentlich und unbewusst (Schneider, 2009).

Es ist nicht schwierig, ein/e Co-Abhängiger/Abhängige zu werden, denn bereits „nichts tun“, und sich von der Erkrankung der Person zu distanzieren, führt dazu, dass der/die Betroffene weiterhin abhängig bleibt. Weiter co-abhängige Verhaltensweisen können sein:

- Suchtmittel besorgen, um einer Krise vorzubeugen
- Verantwortung für das Verhalten des/der Betroffenen übernehmen
- Den Konsum des Familienmitglieds entschuldigen oder verschleiern
- Dem betroffenen Familienmitglied Belastungen im Haushalt oder in der Familie abnehmen
- Sich selbst oder dem/der Betroffenen gegenüber nicht aufrichtig sein (Schneider, 2009)

Die Motive, weshalb Angehörige, Freunde oder Bekannte von Menschen mit Abhängigkeitserkrankung so wie oben genannt handeln, sind nachvollziehbar; sie mögen den/die Betroffene/n und versuchen zu schützen, kontrollieren und helfen. Darunter leidet nicht nur die Beziehung zwischen den betroffenen Personen und ihren Angehörigen und Freunden, sondern setzt diese auch unter Druck, weil sie beispielsweise immer wieder lügen müssen und im Alltag mehr Aufgaben auf sich nehmen (Schneider, 2009).

Studien zeigen auch, dass bei Partner:innen von Abhängigkeitserkrankten vermehrt psychische Erkrankungen auftreten. So erkrankten ca. 30% der Partner:innen an affektiven Störungen, allen voran an Depression und auch an Angststörungen (Kubny, 2020).

Abhängigkeitserkrankungen in der Familie stellen auch ungünstige Faktoren für die gesunde Entwicklung von Kindern dar. So erleben Kinder viel Unzuverlässigkeit und Unbeständigkeit im Alltag; oft müssen sie bereits früh Verantwortung für Geschwister oder im Haushalt übernehmen. Auch fehlen Vorbilder, die einen gesunden Umgang mit Gefühlen und Bedürfnissen zeigen und an denen Kinder sich in ihrer Entwicklung orientieren können.

Oft kommt es in Familien mit Abhängigkeitserkrankungen auch zu psychischer und physischer Gewalt (Gastpar et al., 1999).

Außerdem haben Kinder abhängigkeiterkrankter Eltern eine höhere Wahrscheinlichkeit, selbst an Abhängigkeitserkrankungen und anderen psychischen Störungen zu erkranken. Dazu tragen zum einen die Familienumwelt und zum anderen die genetischen Faktoren bei. Diese

Kinder neigen dazu, frühzeitig Substanzen-Missbrauch zu erleben, das Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätssyndrom oder ein gestörtes Sozialverhalten, sowie somatische und affektive Störungen zu entwickeln (Kubny, 2020).

2.7 Behandlung von Abhängigkeits-Erkrankungen

Bei der Behandlung von Abhängigkeits-Erkrankten gilt es zu bedenken, dass:

- Betroffene durch den Effekt des Suchtmittels durchaus auch Positives erleben (z.B. reduzierten Stress, weniger Ängste),
- der Zugang zu Erkrankten häufig schwierig ist,
- die Krankheitseinsicht sich häufig spät entwickelt,
- und zum Störungsbild Abwehr- und Vermeidungstendenzen zählen.

(Wilms, 2005)

In der Betreuung von Abhängigkeits-Erkrankten wird generell zwischen niederschweligen Angeboten, Therapie und Rehabilitation und berufliche und soziale Reintegration unterschieden (Autonome Provinz Bozen, 2003).

2.7.1 Niederschwellige Angebote

Niederschwellige Hilfsangebote dienen der Schadenminimierung und der Sicherung des Überlebens der Erkrankten. Häufig kann dadurch auch ein erster therapeutischer Kontakt geknüpft werden und eine weiterführende Behandlung angestrebt werden. Beispiele für niederschwellige Angebote können Möglichkeiten des Spritzentausches und Wundversorgung (Kubny, 2020), anonyme HIV-Tests, soziale Angebote wie Wasch-, Dusch- und Essmöglichkeit und medizinische Hilfsangebote (Autonome Provinz Bozen, 2003).

2.7.2 Therapie und Rehabilitationsangebote

Als ersten Schritt der Rehabilitation steht eine Entzugsphase, bei der die Betroffenen die ersten Wochen nach Absetzen des Suchtmittels betreut

werden. Diese Phase kann in einem Akutkrankenhaus oder ambulant stattfinden und ist je nach Suchtmittel unterschiedlich lang (Schneider, 2009). Von einem „warmen Entzug“ wird gesprochen, wenn die Entgiftung durch Substitutionstherapie mithilfe von Medikamenten unterstützt wird und von einem „kalten Entzug“, wenn Betroffene das Suchtmittel ohne Zufuhr anderer Medikamente, oft sogar zu Hause und ohne ärztliche Aufsicht, absetzen (Kubny, 2020).

Nach der Entgiftung kann eine Entwöhnungstherapie folgen, bei der es darum geht, die psychische Abhängigkeit zu beenden (Schneider, 2009) und ein aktives Leben, soziale Teilhabe und wenn möglich, auch die Erwerbstätigkeit wiederherzustellen (Kubny, 2020). Die Entwöhnungsphase dauert je nach Suchtmittel zwischen sechs und zwanzig Wochen (Kubny, 2020) und kann stationär, ganztägig ambulant oder ambulant stattfinden (Schneider, 2009).

Um das Therapieergebnis zu sichern, und die Rückfallquote zu minimieren, gibt es Nachsorge-Angebote für Betroffene. Dabei stehen die therapeutischen Angebote im Hintergrund und es geht vor allem um die soziale Reintegration, Krisenintervention und Rückfallprophylaxe. Häufig geht es um Wohnungs- und Arbeitssuche und den Aufbau eines strukturierten Alltags (Kubny, 2020).

2.7.3 Dienste und Netzwerke für die Betreuung Abhängigkeits-Erkrankter in Südtirol

Der Dienst für Abhängigkeitserkrankungen (DfA) ist Teil des Südtiroler Sanitätsbetriebs und betreut Menschen mit Abhängigkeitsproblemen.

Dabei leisten sie sowohl niederschwellige Angebote wie beispielsweise anonyme HIV-Tests, als auch ambulante Rehabilitation und Nachsorge, sowie Angehörigen-Arbeit. Dazu gehören pharmakologische Substitutionstherapie, Vor- und Nachbereitung stationärer Aufenthalte, Beratung, und individuelle ambulante Therapieangebote.

Es gibt sie in allen vier Gesundheitsbezirken (Südtiroler Sanitätsbetrieb, 2023).

Bad Bachgart ist ein Therapiezentrum des Südtiroler Sanitätsbetriebs in Rodeneck, dass neben einer Reihe psychischer und psychosomatischer Störungen auch Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen betreut. Es bietet ein stationäres Therapieangebot über 6 bis 8 Wochen, in dem durch die Veränderung des Lebensstils eine verbesserte Lebensqualität erzielt werden soll. Die Angebote sind vielfältig und reichen von Psychotherapie über Entspannungstraining bis hin zu Ergo- und Gestaltungstherapie (Südtiroler Sanitätsbetrieb, 2023).

Außerdem bieten auch die psychiatrischen Abteilungen und Ambulatorien in den einzelnen Krankenhäusern Angebote zur Krisenintervention und zum körperlichen Entzug (Südtiroler Sanitätsbetrieb, 2023).

Außer den Diensten des Südtiroler Sanitätsbetrieb bietet auch der Verein „Hands-Onlus“ Beratung und Therapie für Menschen mit Alkohol- und Medikamenten-Abhängigkeit, sowie Spielsucht.

Dazu gehören ein Ambulatorium in Bozen und Meran, sowie eine Therapiegemeinschaft, die Menschen stationär oder teilstationär aufnimmt, die in Notlage geraten sind oder einen neutralen Ort für ihre Therapie benötigen. Außerdem leitet der Verein Hands-Onlus die Trainings-Werkstätte „Handwork“, die zur Wiedererlangung der Erwerbstätigkeit verhilft (Verein Hands-Onlus, n.d.).

Ein ähnliches, wenn auch weniger spezialisiertes Angebot bietet auch der Verein „la strada – der Weg“ in Bozen. Neben psychologischer Betreuung betreibt der Verein zwei Wohngemeinschaften sowie einige Tagesprojekte für Abhängigkeitserkrankte und Menschen mit anderen psychischen Störungen, wie beispielsweise das Projekt „Naturelemente“ für Abhängigkeitserkrankte (la strada – der Weg, 2022).

Eine Anlaufstelle für niederschwellige Angebote ist das Kontaktkaffee „Bahngleis 7“ in Bozen, das von der Caritas betrieben wird. Es bietet Menschen mit Abhängigkeitserkrankung warme Mahlzeiten, medizinische Grundversorgung, Möglichkeiten zum Duschen und Wäschewaschen, sowie Spritzentausch. Die Angebote beruhen auf Freiwilligkeit und garantieren Anonymität (Caritas, Diözese Bozen-Brixen, n.d.).

Im Besonderen zu nennen gilt auch das Forum Prävention, dass zu vielen Themen, u.a. Sucht Informationen, Projekte und Hilfsangebot bietet. Im Bereich Abhängigkeit leistet das Forum Prävention beispielsweise wichtige Aufklärungs- und Präventionsarbeit durch Sensibilisierungs-Projekte und vernetzt die verschiedenen Hilfsangebote in Südtirol (Stiftung Forum Prävention Onlus, 2021).

Teil II

Der zweite Teil dieser Facharbeit ist eine Literaturrecherche über den ergotherapeutischen Prozess bei Menschen mit Abhängigkeitserkrankung. Hierfür wurden folgende Datenbanken konsultiert: PubMed, Embase und Cinahl. Für die Recherche wurden die Wörter „occupational therapy“ und „occupational therapists“ mit den Begriffen „substance use disorder“, „substance abuse“ und „substance addiction“ kombiniert.

Ebenfalls waren ergotherapeutische Fachzeitschriften und Bücher eine große Hilfe. Für kleine Zusatzrecherchen wurde Google Scholar genutzt.

Der ergotherapeutische Prozess bei Menschen mit Substanzen-Abhängigkeit

Abhängigkeitserkrankungen und die damit einhergehenden Einschränkungen können Hürden für eine gesunde Partizipation und Betätigungsperformance sein. Deshalb ist es eine logische Schlussfolgerung, dass Ergotherapeut:innen auch Menschen mit Abhängigkeitserkrankung betreuen (Jimenez & Rothman, 2023).

Es gibt keinen standardisierten ergotherapeutischen Prozess bei Menschen mit Abhängigkeitserkrankung. Vieles hängt von der Struktur ab, in der der/die Ergotherapeut:in arbeitet, und welche Konzepte und Ansätze in den jeweiligen Einrichtungen genutzt werden. Noch dazu führt die Einzigartigkeit eines/r jeden Klienten/in dazu, dass jeder ergotherapeutische Prozess sich unterscheidet (Wilms, 2012).

3 Therapeutische Haltung

3.1 Beziehungsvorbild

Viele Klient:innen mit Abhängigkeitserkrankung haben Erfahrung mit unsicheren Beziehungen gemacht. Das führt zu einer permanenten Angst vor Beziehungsabbrüchen und einem Vermeidungsverhalten gegenüber den eigenen Emotionen, so Wilms (2012). Deshalb ist es wichtig, dass der/die

Ergotherapeut:in mit einer zuverlässigen Haltung in die therapeutische Beziehung geht. Dazu gehört Respekt, Toleranz, Ehrlichkeit, Vertrauen und Kommunikationsbereitschaft gegenüber dem/der Klient:in, auch wenn er/sie noch nicht alle diese Eigenschaften erwidern kann. Besonders in Konfliktsituationen kommt diese Haltung zum Tragen, da der/die Klientin in einem solchen Moment eher mit einem Beziehungsabbruch rechnen würde (Wilms, 2012)

Einige wichtige Aspekte der therapeutischen Haltung sind;

Illusionslose Empathie

Es geht darum, konstruktive Unterstützung zu leisten und den/die Klient:in dennoch selbst aktiv werden zu lassen. In diesem Prozess soll der/die Klient:in sich gesehen und angenommen fühlen, ohne von dem/der Therapeut:in zu sehr umsorgt zu werden (Kubny, 2020).

Vertrauen

In einer stabilen therapeutischen Beziehung wächst Vertrauen auf der Basis von Werten wie Toleranz und Ehrlichkeit heran. Es ist wichtig, dass der/die Therapeut:in dabei in Vorleistung geht, dem/der Klient:in also einen Vertrauensvorschuss gibt.

Damit das aufgebaute Vertrauen auch bestehen bleibt, ist es unerlässlich, von Anfang an zu klären, dass alle Informationen über den/die Klient:in vertraulich behandelt werden, aber im behandelnden Team weitergegeben werden können (Kubny, 2020).

Wertfreiheit

Dabei geht es darum, die Handlungen, Haltungen und Normen des/der Abhängigkeitserkrankten nicht zu bewerten. Allerdings kann der/die Ergotherapeut:in mit den eigenen Werten und Normen vorausgehen und dem/der Klient:in eine Orientierung und ein Vorbild sein, auch wenn immer

bedacht werden muss, dass jeder Mensch das Recht dazu hat, nach eigenen Werten und Normen zu leben (Kubny, 2020).

In dieser Form kann die therapeutische Beziehung als Modell für eine funktionierende, wert-freie und positive Beziehung stehen (Wilms, 2012).

3.2. Kommunikationsformen

Wilms (2012) unterscheidet in der Arbeit mit Menschen mit Abhängigkeitserkrankung zwei Kommunikationsformen; die annehmend-unterstützende Form und die konfrontativ-fordernde Gesprächsform.

Bei der annehmend-unterstützenden Gesprächsform geht es darum, durch gezieltes Nachfragen die Eigenverantwortung und die Bereitschaft des/der Klient:in, sich selbst zu helfen, zu fördern.

In einer Gesprächssituation versucht der/die Ergotherapeut:in die Emotionen des/der Klient:in zu spiegeln und zu kommunizieren. Auch werden Gesprächsinhalte immer wieder von dem/der Therapeuten:in zusammengefasst und es wird nachgefragt, ob der Sachverhalt richtig verstanden wurde (Wilms, 2012).

Beispiele:

- „Mir kommt vor, das Thema macht sie sehr nachdenklich. Kann das sein?“
- „Sie sagen also, dass xy sie so aufgebracht hat, habe ich das richtig verstanden?“
- „Ich finde, Sie sind heute sehr ruhig. Merken Sie das auch?“

Im Gegensatz dazu steht die konfrontativ-fordernde Gesprächsform. Dabei reagiert der/die Ergotherapeut:in direkt und lässt nicht locker.

Obwohl es für den/die Klient:in befremdlich oder gar ärgerlich sein kann, dass der/die Ergotherapeut:in sich nicht abschütteln lässt, wird auch die Botschaft übermittelt, dass der/die Klient:in nicht alleine ist und dass ihm/ihr

geholfen werden möchte. Der/die Klient:in erfährt wiederum Wertschätzung und eine positive Beziehung.

Beispiel:

Der/die Klient:in weint in einer Gruppensituation.

Ergotherapeut:in (E): „Was würden Sie jetzt am liebsten tun?“

Klientin (K): „Weggehen“

E: „Was wäre dann?“

K: „Ich würde mich alleine irgendwo hinsetzen und warten, dass es vorbeigeht“

E: „Was wäre noch möglich?“

K: „Hierbleiben. Aber den anderen gehe ich sicher auf die Nerven“

E in die Gruppe: „Ist das so?“

Es entsteht ein Gespräch, in dem es um Anteilnahme und Mitgefühl geht.

Der/die Betroffene verlässt die Gruppe nicht (Wilms, 2012).

Es ist abschließend wichtig zu nennen, dass diese Grundsätze der therapeutischen Haltung nicht nur für Ergotherapeut:innen gelten, sondern für alle Berufsgruppen, die Menschen mit Abhängigkeitserkrankung begleiten.

Ergebnisübersicht

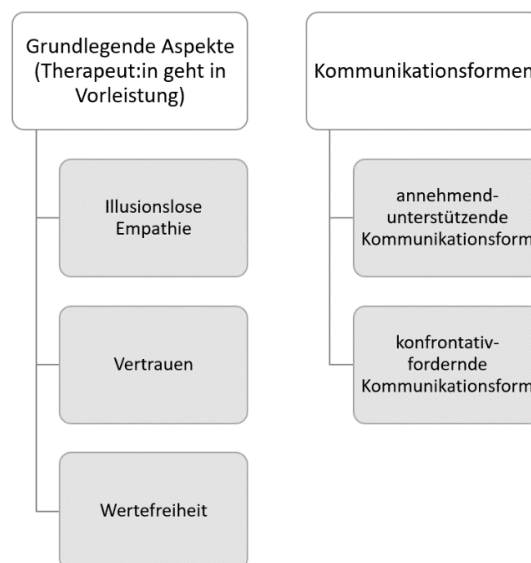


Abbildung II: Ergebnisübersicht Kapitel 3 (Pfeifer, 2023).

4 Konsum und Betätigung

Im Bereich der Ergotherapie wächst das Bewusstsein heran, dass auch Handlungen, die illegal, ungesund oder riskant sind, durchaus eine Bedeutung oder sogar einen positiven Effekt auf den Menschen haben, der diese Betätigungen ausübt (Jimenez & Rothman, 2023). In diesem Zusammenhang spricht man in der Betätigungswissenschaft auch von „dark occupations“, also von *dunklen Betätigungen*, oder „non-sanctioned occupations“, auf Deutsch *von der Gesellschaft nicht gebilligte Betätigungen* (Mischner, 2021).

Guyonnet et al. (2023) fordern dazu auf, sich über die Begrifflichkeiten *Bedeutung* und *bedeutungsvoll* Gedanken zu machen, die oft dazu genutzt werden, um eine Betätigung zu definieren. Letztlich sei *Bedeutung* nicht mehr als die Interpretation einer Erfahrung, und deshalb eng an denjenigen/diejenigen gebunden, der/die diese Erfahrung gemacht hat. Die Interpretation hängt dabei von den Bedürfnissen, Wünschen und Werten der Person ab. Deswegen kann es vorkommen, dass bedeutungsvolle Betätigungen nicht immer der sozialen Norm entsprechen, und als ungesund oder illegal gelten (Guyonnet et al., 2023).

Allerdings geht es bei der Betrachtung von diesen potentiell nicht gesundheitsfördernden Betätigungen nicht um eine generelle Klassifizierung der Betätigungen in *gut* und *schlecht*, sondern viel eher wird dazu aufgefordert, die Betätigungswelt der Klient:innen ganzheitlich zu betrachten. Selbstverständlich liegt der Fokus vieler Ergotherapeut:innen darauf, die gesundheitsfördernden und produktiven Betätigungen im Leben ihrer Klient:innen voranzutreiben und zu fördern. Dieser Ansatz ist sicherlich richtig. Dennoch sollte im Rahmen eines holistischen Blickwinkels nicht vergessen werden, dass auch dunkle oder von der Gesellschaft nicht gebilligte Betätigungen einen positiven Effekt auf die handelnde Person haben (Mischner, 2021).

Betätigungen können also „*unsozial, kriminell, von der Norm abweichend, gewalttätig, zerstörerisch, schädlich, suchterzeugend sowie politisch, kulturell, sozial oder religiös extrem*“ sein und dennoch für die handelnde Person „*angenehm, bedeutsam, zielgerichtet oder unterhaltsam*“ sein (Mischner, 2021).

Beispiele für diese Art von Betätigungen sind das Ausüben von Gewalt, Sexarbeit, Betteln, das exzessive Teilnehmen an Schönheitswettbewerben, Doping und eben auch der Konsum von Suchtmitteln.

4.1 Bedeutung von Konsum

Viele Ergotherapeut:innen haben sich im Rahmen der Betätigungswissenschaften damit beschäftigt, welche Rolle der Konsum von Alkohol, Medikamenten und illegalen Drogen auf Ebene der Betätigungen spielen kann.

Washmut et al., (2014) haben Menschen mit Alkohol- und Mehrfachabhängigkeit im Rahmen mehrerer Interviews nach ihren Gewohnheiten, Rollen und Motivationen in Zusammenhang mit der Betätigung des Konsumierens gefragt. Sieben Themen wurden identifiziert, darunter folgende;

Soziale Verbundenheit

Viele Befragte gaben an, dass der Konsum von Substanzen ihre sozialen Fähigkeiten verbessere und sie sich so leichter einer Gruppe angehörig fühlen würden. Auch wurde ein gesteigertes Selbstbewusstsein genannt, was es einfacher mache, mit anderen Menschen in Kontakt zu treten.

Dennoch antworteten auch einige Befragte, dass gerade der Konsum von Substanzen sie von anderen isoliere und die soziale Eingebundenheit seit der Abhängigkeitserkrankung abgenommen habe.

Es zeigt sich, dass das Netz zwischen Abhängigkeitserkrankung und sozialer Zugehörigkeit sehr komplex ist (Washmut et al., 2014).

Kontrolle bzw. Kontrollverlust

Ebenso komplex ist das Thema der Kontrolle und des Kontrollverlustes. Viele Betroffene fühlen sich in ihrer Abhängigkeitserkrankung fremdbestimmt und ohne Kontrolle.

Auf die Befragung antworteten einige Personen, dass der Konsum von Substanzen ihnen ein gewisses Maß an Kontrolle zurückgebe. Durch das Konsumieren könnten sie sich selbst und ihre Emotionen besser händeln und kontrollieren.

Andere antworteten, dass gerade dieser Kontrollverlust für sie das Besondere am Konsumieren sei. Weil sie im alltäglichen Leben sehr perfektionistisch und genau seien, und - auch bedingt durch ihre Rollen - alles unter Kontrolle hielten, würden sie diese Momente des Kontrollverlustes brauchen (Washmut et al., 2014).

Gewohnheit/Routine

Die Befragten erzählten, dass das Konsumieren Teil ihres alltäglichen Lebens geworden war. Es lassen sich zeitliche Muster und Strukturierung von Tagesabläufen erkennen. Entgegen der allgemeinen Meinung, dass Menschen mit Abhängigkeitserkrankung impulsiv und planlos sind, zeigt sich hier, dass Erkrankte in Bezug auf das Konsumieren von Substanzen sehr wohl planen und sich zeitlich organisieren können (Washmut et al., 2014).

Identität

Zum Thema Identität gaben die Befragten an, dass das Konsumieren von Substanzen dazu beitrage, wer sie sind. Der Konsum gehöre zu ihnen und zu ihrer Geschichte und mache sie zu dem, was sie sind (Washmut et al., 2014).

Ähnliche Ergebnisse ergab auch die Sammlung von Studien in Bezug auf die Bedeutung von Cannabis-Konsum von Guyonnet et al. (2014).

Besonders hervorgehoben wird, dass viele Cannabis-Konsument:innen ihren Konsum als lebenserhaltend oder gar lebensrettend beschrieben. Nur durch die Einnahme dieser Substanz würden sie physische Symptome wie Schmerz und psychische Symptome wie Angst im alltäglichen Leben ertragen.

Andere Themen dieser Studie sind ebenfalls die Frage nach Identität und Zugehörigkeit, ebenso wie die Strukturierung der Zeit durch den Substanzen-Konsum. Speziell für den Konsum von Cannabis gaben die Befragten auch an, dass sich dadurch ihr Blick auf die Welt weiten würde und sie kreativer sein könnten (Guyonnet et al., 2023).

Dieser Einblick zeigt, dass das Konsumieren von Substanzen durchaus Betätigungs-Charakter hat, da es zu Routine und Identität beiträgt, und insgesamt sehr bedeutungsvoll für den/die Konsumenten/in sein kann, auch wenn dadurch das Eingebundensein in andere Betätigungen negativ beeinflusst wird (Washmut et al., 2014).

Die Autor*innen empfehlen auch, bei einem Erstgespräch oder in einem späteren Moment nach der Bedeutung des Konsums für den/die Betroffene/n zu fragen. Dadurch kann die Therapie klientenzentriert gestaltet werden und die Rückfallrate der Klient:innen könnte sinken (Guyonnet et al., 2023).

4.2 Betätigung und Betätigungsschwierigkeiten

Bei Menschen mit Abhängigkeitserkrankung steht oft ein Betätigungsungleichgewicht im Vordergrund, aus dem in Folge Betätigungsschwierigkeiten resultieren (Ryan et al., 2023). Dadurch kommt es auch zum Verlust der Rollen, die ein Mensch innehat, sowie zu einer Abschwächung seines Identitätsgefühls (Kritzinger et al., 2023).

4.2.1 Betätigungsgleichgewicht und -ungleichgewicht

Mit Betätigungsgleichgewicht, in Englisch *occupational balance*, wird das gleichmäßige Eingebundensein in verschiedene Betätigungen bezeichnet (Ryan et al., 2023). Gemeint ist beispielsweise das Gleichgewicht zwischen kognitiven, physischen und sozialen Betätigungen, das Gleichgewicht zwischen Betätigungen, die man sich freiwillig aussucht und Betätigungen, die man tun muss, oder das Gleichgewicht zwischen entspannenden und anstrengenden Betätigungen (Wagman et al., 2011).

Das Betätigungsgleichgewicht beeinflusst das Wohlbefinden und die Gesundheit der Menschen positiv. Besonders deutlich wird dies beispielsweise im Konzept der *Work-Live-Balance*, bei dem es darum geht, Arbeit und privates Leben so zu gestalten, dass beide Bereiche nicht zu kurz kommen und am Ende die Person gesund und zufrieden leben kann (Wagman et al., 2011).

Bei Menschen mit Abhängigkeitserkrankung verschiebt sich dieses Gleichgewicht häufig, weil sich Betroffene nicht mehr in einer Reihe verschiedener Handlungen betätigen, sondern sich ausschließlich auf die Betätigung des Konsums, und die damit zusammenhängenden Handlungen konzentrieren. Es kommt zu einem Betätigungsungleichgewicht, in Englisch *occupational imbalance* (Ryan et al., 2023).

In diesem Betätigungsungleichgewicht kann es zu schlechtem Schlaf und Erholungsphasen, Vernachlässigung von Arbeit, Freizeit und sozialen Kontakten und einer insgesamt Unzufriedenheit kommen (Wagman et al., 2011).

4.2.2 Betätigungsschwierigkeiten

Um die Betätigungsschwierigkeiten von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen besser zu verstehen, lohnt es sich, sich die unter 4.1 aufgeführten Bedeutungen von Konsum für den Einzelnen zu beachten. Denn mit der Abstinenz fallen diese Effekte weg, und Themen wie Kontrolle und Kontrollverlust, Routine und Identität können aktuell werden.

Zudem gilt ein Blick auch den körperlichen und psychischen Folgeschäden von Substanzenkonsum, denn gerade langjähriger Konsum kann sehr einschränkende Nebenwirkungen mit sich bringen, die sich auch negativ auf die Betätigungsperformanz auswirken.

Selbstversorgung

Die Literatur gibt zum Betätigungsbereich Selbstversorgung wenige Informationen an. Fest steht aber, dass Menschen mit Abhängigkeitserkrankung häufig ein Betätigungsungleichgewicht erfahren und viele Betätigungen zugunsten des Substanzenkonsums vernachlässigen (Ryan et al., 2023), so auch die Betätigungen der Selbstversorgung, wie beispielsweise regelmäßiges Duschen und Essensaufnahme.

Auch das Fehlen eines geregelten Tagesablaufes (Ryan et al., 2023) trägt dazu bei, dass nicht alle Betätigungen des Betätigungsbereiches Selbstpflege regelmäßig und mit ausreichender Qualität durchgeführt werden. Diese Vernachlässigung hat oft auch mit einer Veränderung des Selbstwertes zu tun (Kubny, 2020) und führt dazu, dass Betroffene sich selbst nicht mehr Gutes tun und auch die Genussfähigkeit abnimmt.

Ryan et al. (2023) gibt ebenfalls an, dass Menschen mit Abhängigkeitserkrankung oft keinen geregelten Schlafrhythmus haben und sich auch in Erholungsphasen nicht gut erholen können.

Produktivität

Im Bereich der Produktivität liegt das Augenmerk vor allem auf dem Thema Arbeit und Arbeitslosigkeit.

Viele Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung verlieren im Laufe der Krankheit ihren Arbeitsplatz. Dies wirkt sich nicht nur negativ auf das Selbstwertgefühl und den geregelten Tagesablauf aus, sondern führt auch zu einer unsicheren finanziellen Lage und der Anhäufung von Schulden (Kubny, 2020).

Oft verlieren Betroffene ihren Arbeitsplatz aufgrund von abnehmender Leistung, sozialer Ausgrenzung und Konflikten. Diese Faktoren

verschlechtern sich mit dem Verlust der Arbeitsstelle zusätzlich und führen dazu, dass es noch schwieriger ist, wieder in die Arbeitswelt einzusteigen (Kubny, 2020).

Freizeit

Während die Betätigungen der Produktivität und der Selbstpflege häufig durch äußere Umstände, wie Arbeitszeiten, und Routinen, wie tägliches Duschen nach dem Aufstehen, strukturiert werden können, bleibt der Betätigungsbereich der Freizeit oft offen und weniger strukturiert. Zu diesem Bereich gehören das Planen der Freizeitaktivitäten, das Ausüben eben dieser, sowie auch die Aufrechterhaltung eines Betätigungsgleichgewichts mit anderen Betätigungen (Kritzinger et al., 2023).

Für Abhängigkeitserkrankte kann es schwierig sein zu identifizieren, welche Betätigungen sie im Bereich der Freizeit interessieren und in welchen sie sich gerne betätigen würden. Gleichzeitig ist es gerade diese freie, ungenützte Zeit, die Betroffene als die schwierigste beschreiben. (Kritzinger et al., 2023).

Strukturierung der Zeit

Studien zeigen, dass Menschen mit Abhängigkeitserkrankung durchschnittlich 16-18 Stunden täglich mit Konsumieren, Beschaffung von Suchtmitteln und der Erholung vom Effekt des Suchtmittels beschäftigt sind. Werden Erkrankte im Rahmen einer Entwöhnungstherapie abstinenter, kommt es zu einer großen Menge freier Zeit, die mit bedeutungsvollen Betätigungen gefüllt werden muss (Kritzinger et al., 2023). Wie bereits im vorherigen Abschnitt gezeigt, beschreiben Menschen mit Abhängigkeitserkrankung, dass der Konsum von Suchtmitteln ihnen eine Struktur gegeben hat und auch zur Schaffung von Routinen beigetragen hat.

Gleichzeitig erleben viele Abhängigkeitserkrankte ein Betätigungsungleichgewicht, weil sie nur noch wenige Betätigungen ausüben (Ryan et al., 2023).

Das bedeutet, dass Menschen mit Abhängigkeitserkrankung neue oder vor der Erkrankung durchgeführte bedeutungsvolle Tätigkeiten finden müssen, um die neugewonnene Zeit zu füllen, sowie erneuerte Routinemuster erschaffen müssen (Kritzinger et. al., 2023), um ein gesundes Betätigungsgleichgewicht herzustellen (Ryan et al., 2023).

Im Folgenden werden einige Faktoren genannt, die Betätigungsschwierigkeiten bei Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen zusätzlich fördern können.

Identität und Selbstwahrnehmung

Menschen identifizieren sich über die Betätigungen, die sie ausüben. Wenn diese Betätigungen sich für lange Zeit auf ein Minimum konzentrieren und sich vor allem um das Konsumieren von Suchtmitteln drehen, kann dies sich selbstverständlich negativ auf das Identitätsgefühl des/der Betroffenen auswirken. Fallen diese Betätigungen zusätzlich weg, weil Menschen im Rahmen eines Entzugs abstinent werden, kann es zu Identitätskrisen kommen (Washmut et al., 2014). Es gilt sein Leben wieder durch bedeutungsvolle Betätigungen zu füllen und so sein Identitätsgefühl wieder zu ordnen.

Dazu kommt, dass Menschen mit Abhängigkeitserkrankung häufig eine gestörte Selbstwahrnehmung haben und so selbstentworfenen oder auch von anderen übernommene Überzeugungen auf sich selbst beziehen. Diese Gedanken können zum einen negativ („ich kann nichts“, „keiner mag mich“, „ich bin nichts wert“) oder übersteigert positiv sein („es gibt nichts, was ich nicht kann“, „ich bin fehlerlos“, „alle anderen sind schlechter als ich“). Diese Überzeugungen sind in jedem Fall schädlich für ein gesundes Identitätsgefühl und Selbstbewusstsein (Kubny, 2020).

Durch sozialen Rückzug haben Menschen zudem oft wenig Möglichkeit, die Rückmeldung durch andere zu erleben und demnach auch kaum

Gelegenheit, diese destruktiven Gedanken in Bezug auf sich selbst zu korrigieren (Kubny, 2020).

Kognitive Defizite

Bei vielen Menschen mit Abhängigkeitserkrankung stellen sich nach vermehrtem Konsum kognitive Defizite ein. Besonders häufig kommt es zu einer reduzierten Merkfähigkeit, v.a. das Arbeitsgedächtnis betreffend (Quednow, 2016) und einer eingeschränkten Aufmerksamkeitsspanne. Auch die exekutiven Funktionen, insbesondere Handlungsplanung und die Problem-Löse-Fähigkeiten können eingeschränkt sein (Kubny, 2020). Dies wirkt sich negativ auf die Betätigungen im Bereich Produktivität aus, aber führt auch Schwierigkeiten im Alltag, so beispielsweise bei den instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (I-ADL).

Soziale Fähigkeiten

Bildgebende Forschungsergebnisse bei Menschen mit chronischem Substanzkonsum, beispielsweise Kokain, zeigen Veränderungen in den frontalen und temporalen Hirnarealen, die für die sozialen und interaktionellen Fertigkeiten von großer Bedeutung sind. So kann es vor allem zu Schwierigkeiten kommen, sich in das Gegenüber hineinzusetzen, dessen/deren Emotionen zu verstehen und danach angemessen darauf zu reagieren. Auch die Empathiefähigkeit und andere soziale Kompetenzen können beeinträchtigt sein (Quednow, 2016).

Diese Schwierigkeiten in den sozialen und interaktionellen Fähigkeiten lassen sich zum einen neuro-anatomisch erklären (Quednow, 2016), zum anderen führt aber auch ein reduziertes soziales Umfeld oder die soziale Isolation zu schwächeren sozialen Fertigkeiten (Kubny, 2020).

Auch eine gestörte Selbstwahrnehmung führt dazu, dass Menschen mit Abhängigkeitserkrankung sich in der Interaktion mit anderen oftmals schwertun (Kubny, 2020).

Selbstverständlich können komorbide Störungen noch andere Schwierigkeiten mit sich bringen, die sich negativ auf die Betätigungsperformanz auswirken.

Ergebnisübersicht

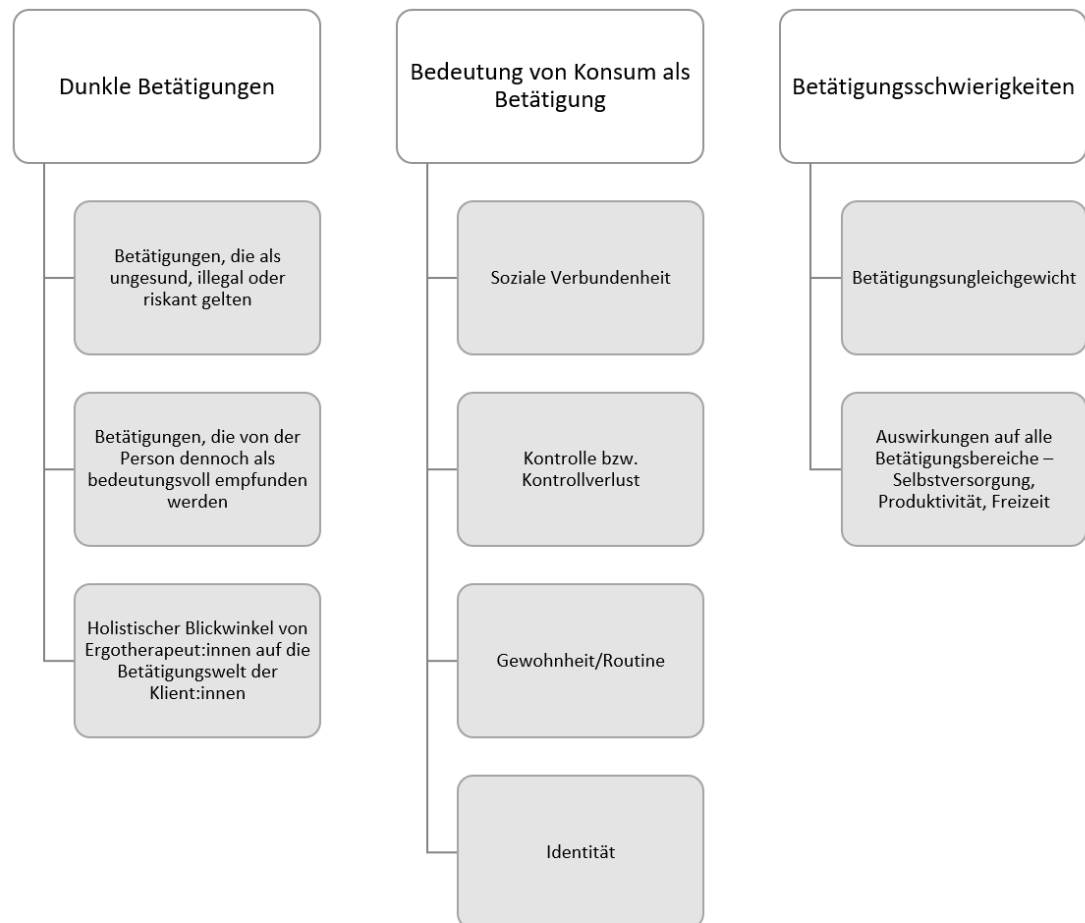


Abbildung III: Ergebnisübersicht Kapitel 4 (Pfeifer, 2023).

5 Ergotherapeutische Befunderhebungsinstrumente

Der Moment der ergotherapeutischen Befunderhebung ist im therapeutischen Prozess von größter Wichtigkeit. In erster Linie dient er dazu, die Betätigungsschwierigkeiten zu erheben, um im Anschluss gemeinsam mit dem/der Klient:in Ziele zu formulieren. Gleichzeitig ist es eine Möglichkeit, den/die Klient:in in den therapeutischen Prozess einzubinden, ihn/sie zu informieren und sich mit ihm/ihr auszutauschen. Für Klient:innen mit schlechter Krankheitseinsicht kann der Moment der ergotherapeutischen Befunderhebung auch eine Gelegenheit sein, sich mit seinen/ihren realistischen Fähigkeiten und Fertigkeiten zu konfrontieren.

Unabhängig von den Klient:innen dienen Befunderhebungsinstrumente den Ergotherapeut:innen auch als Kontrolle über die Wirksamkeit ihrer Interventionen. Indem die Testungen am Ende des Therapieprozesses wiederholt werden, kann der/die Ergotherapeut:in ihr Handeln überprüfen und gegebenenfalls daraus lernen.

Schlussendlich dienen Befunderhebungsinstrumente auch dazu, Arbeitskolleg:innen anderer Professionen und letztlich auch den Kostensträger:innen einen Einblick in die eigene Arbeit zu geben (Le Granse et al., 2019).

Die Durchführung einer strukturierten Befunderhebung erfordert von Klient:in und Ergotherapeut:in Zeit und Energie, weshalb die Auswahl des Befunderhebungsmittels eine bewusste Entscheidung sein soll, die an die Situation des/der Klient:in und an die Möglichkeiten des/der Ergotherapeut:in angepasst ist. Es ist also unbedingt notwendig, sich im Vorhinein zu fragen, welche Informationen gesammelt werden sollen und zu welchem Zweck (Le Granse et al., 2019).

Es folgt eine Auswahl an Befunderhebungsinstrumente;

5.1 Canadian Occupational Performance Measure (COPM)

Jarrard et al. (2021) erklären das Canadian Occupational Performance Measure (COPM) als wirksames Befunderhebungsinstrument bei Menschen mit Abhängigkeitserkrankung.

Das COPM ist eines der bekanntesten Befunderhebungsinstrumente für eine klientenzentrierte Ergotherapie. Es wurde im Jahr 1991 von den kanadischen Ergotherapeutinnen Mary Law et. al. herausgegeben und seither in 36 Sprachen übersetzt worden (COPM, 2023).

In einem teilstrukturierten Gespräch wird auf die Betätigungsgeschichte und insbesondere auf aktuelle Betätigungsschwierigkeiten eingegangen. Dabei werden alle Betätigungsbereiche, also Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit abgefragt. Im Anschluss ordnet der/die Klient:in allen genannten Betätigungsschwierigkeiten eine Wichtigkeit von 1 (überhaupt nicht wichtig) bis 10 (extrem wichtig) zu. Gemeinsam können Klient:in und Therapeut:in nun 5 problematische Aktivitäten wählen, an denen in der Therapie gearbeitet wird. Diese 5 Aktivitäten bewertet der/die Klient:in dann in Bezug auf die Performanz, also die Art und Weise, wie er/sie sie ausführt und in Bezug auf die Zufriedenheit hinsichtlich der Ausführung. Auch hier können Punkte zwischen 1 (schlechte Performanz/sehr unzufrieden) und 10 (sehr gute Performanz/sehr zufrieden) vergeben werden (COPM, 2023).

Durch die Ausführung des COPM erhält man nicht nur einen ausführlichen Einblick in die Betätigungsgeschichte des/der Klient:in und seinen/ihren Betätigungsschwierigkeiten, sondern auch einen groben Behandlungsplan, denn üblicherweise wird an den problematischen Aktivitäten in der im COPM festgelegten Reihenfolge gearbeitet (COPM, 2023).

Am Ende des ergotherapeutischen Prozesses kann die Bewertung der Performanz und der Zufriedenheit erneut durchgeführt werden. Eine Punktdifferenz von mindestens 2 gilt als klinisch relevant (COPM, 2023).

Jarrard et al. (2021) schätzen das COPM vor allem als einfaches Mittel, um mit dem/der Klient:in in Kontakt zu kommen und ihn/sie aus

ergotherapeutischer Sicht kennenzulernen. Ebenfalls kann das COPM als gute Basis für weiterführende Befunderhebung dienen.

5.2 Assessment of Motor and Process Skills (AMPS)

Das AMPS ist ein standardisiertes, auf Beobachtungen basiertes Befunderhebungsinstrument, mit dessen Hilfe die Qualität der Betätigungsperformanz in alltäglichen Aktivitäten gemessen werden kann. Dazu wird vom AMPS eine Liste mit über 100 Handlungen bereitgestellt, die kulturbezogen und unterschiedlich in ihrer Komplexität sind (Rojo-Mota et al., 2014).

Mit dem/der Klient:in wird eine Handlung aus dieser Liste gewählt, mit der er/sie vertraut ist und die er/sie zu schaffen glaubt. Der/Die Ergotherapeut:in beobachtet den/die Klient:in bei der Ausführung dieser Handlung und bewertet 36 Items, davon 16 motorische und 19 prozessbezogene Fertigkeiten. Jedes dieser Items kann nach vorgefertigten Kriterien mit einer Punktezahl zwischen 1 und 4 versehen werden, wobei 1 eine niedere und 4 eine sehr hohe Performanz beschreibt. Die Daten werden von einem speziellen Computerprogramm bearbeitet, das den Schwierigkeitsgrad der Aufgabe und die Exaktheit des/der Beobachter:in mit den vergebenen Punktezahlen verrechnet und so quantitativ relevante Ergebnisse liefert (Rojo-Mota et al., 2014).

Das AMPS wird besonders im neurologischen Arbeitsfeld bei Schlaganfall, Schädel-Hirn-Trauma, Multipler Sklerose, Alzheimer und Parkinson u.a. genutzt und gilt dort als wichtiges Befunderhebungsinstrument. Da es auch bei Menschen mit Abhängigkeitserkrankung zu motorischen oder prozessbezogenen Einschränkungen kommen kann, spricht nichts dagegen, das AMPS auch in diesem Bereich zu verwenden (Rojo-Moja et al., 2014).

Die Studie von Rojo-Moja et. al. (2014) zeigt, dass das AMPS bei Menschen mit Abhängigkeitserkrankung durchaus relevante Daten liefert. So zeigt sich beispielsweise, dass Menschen mit einer schwerwiegenden

Abhängigkeitserkrankung niedrigere Performanz, und somit auch einen niedrigeren AMPS-Punktwert, erreichten, als Menschen mit einer weniger schwerwiegenden Abhängigkeitserkrankung. Dasselbe Ergebnis zeigte sich auch bei Menschen, die seit längerer Zeit konsumierten, im Vergleich zu Menschen, die erst seit Kurzem abhängig waren. Kein Zusammenhang hingegen konnte zwischen der Qualität der Betätigungsperformanz und dem Zeitraum der Abstinenz festgestellt werden; Menschen erreichten dieselben Ergebnisse, unabhängig davon, ob sie seit wenigen Wochen oder mehreren Monaten nicht mehr Substanzen konsumierten (Rojo-Moja et al., 2014).

5.3 Befunderhebung nach dem Kawa-Modell

Ergotherapeut:innen wie beispielsweise Hofmann (2009, siehe 6.3) nutzen das Kawa-Modell erfolgreich für die Befunderhebung.

Das Kawa-Modell wurde in den 90-er Jahren vom japanischen Ergotherapeut Michael Iwama entwickelt, um die Komplexität des Lebenskontextes darzustellen, in dem die Betätigungen stattfinden. Sie bedienen sich dabei einer Naturmetapher und beschreiben das Leben als Fluss, der mit der Geburt einer Quelle entspringt, und im Laufe des Lebens schneller, langsamer, breiter oder schmaler fließen kann. Für Ergotherapeut:innen besonders wichtig ist die Grundannahme, dass nur dort wo das Wasser fließt, auch Handlung fließen kann (Kubny, 2020).

Die grundlegende Komponente des Kawa-Modells ist das Wasser (jap. Mizu), das für den Lebensfluss, für Gesundheit und Wohlbefinden steht (Hofmann, 2009). Begrenzt wird das Wasser von den Seitenwänden (jap. Kawa no Soko-Heki) und dem Boden (jap. Kawa no Zoko) des Flussbettes. Sie stehen für den sozialen und physikalischen Kontext eines Menschen, welchen in der metaphorischen Darstellung den Fluss des Lebens beeinflussen. Zudem können Steine (jap. Iwa) den Flusslauf behindern; diese stehen für Umstände, die von dem/der Klient:in als Hindernisse wahrgenommen werden. Diese Steine können sich in ihrer Form und Größe

unterscheiden und am Flussboden oder an den Seitenwänden hängen. Ebenfalls im Fluss befindet sich Treibholz (jap. Ryuboku), das metaphorisch die Ressourcen und persönlichen Eigenschaften des/der Klient:in darstellt. Das können Werte, Charaktereigenschaften, persönliche Fertigkeiten und auch immaterielle (Personen) und materielle Werte (z.B. finanzielle Mittel) sein. Das Treibholz kann sich zwischen den Steinen verkeilen und den Lebensfluss zusätzlich verhindern oder die Steine vom Flussbett lösen und so den Wasserfluss erleichtern, also sich positiv oder negativ auf die momentane Lebenssituation auswirken. Abschließend gibt es noch die Räume zwischen den verschiedenen Hindernissen (jap. Sukima), wodurch das Wasser weiterhin fließen lässt. Es ist für Ergotherapeut:innen wichtig zu verstehen, welche Betätigungen dazu geführt haben, dass der Lebensfluss weiterhin fließt. Die Entwickler:innen dieses Modells laden dazu ein, sich besonders auf diesen Teil der Fluss-Darstellung zu konzentrieren und nicht etwa auf die Hindernisse, die den Lebensfluss beeinträchtigen (Kubny, 2020).

Eine Befunderhebung nach dem Kawa-Modell kann bei Menschen mit Abhängigkeitserkrankung zusätzlich zu anderen Befunderhebungsinstrumenten oder isoliert durchgeführt werden. Zu Beginn wird der/die Klient:in mit den Begrifflichkeiten des Modells bekannt zu machen. Danach soll der/die Klient:in dazu ermutigt werden, über sein Leben zu erzählen und dabei die Metapher des Flusses zu wählen.

Der/die Klient:in kann sein Leben dabei auch graphisch darstellen, indem er den Lebensfluss von Geburt bis zum jetzigen Zeitpunkt aufzeichnet. Besondere Momente, z.B. wenn der Fluss besonders wenig geflossen ist und auch der Moment der Befunderhebung können im Querschnitt dargestellt werden, um explizit auf die einzelnen Faktoren eingehen zu können (siehe Abbildung 3).

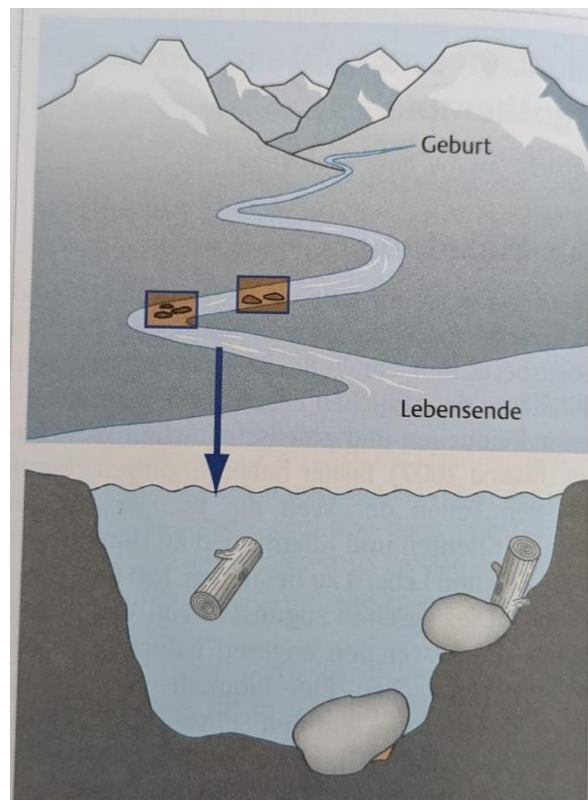


Abbildung IV: Lebensfluss nach Kawa-Modell (Kubny, 2020).

5.4 Interessenscheckliste (IC) nach dem Model of Human Occupation (MOHO)

Die Interessenscheckliste (IC) stammt auf dem Model of Human Occupation (MOHO) von Dr. Gary Kielhofner. Die Liste besteht aus 68 Interessen aus verschiedenen Bereichen (sportlich, kreativ, kulturell, in Gesellschaft oder alleine). Der/die Klient:in kann beim Ausfüllen der Checkliste wählen, wie intensiv er/sie an diesen Handlungen in den letzten zehn Jahren und im letzten Jahr interessiert war, indem er/sie „stark“, „etwas“ oder „kein“ ankreuzt. Des weiteren kann der/die Klient:in angeben, ob er/sie die Handlung in diesem Moment ausführt oder in Zukunft ausführen möchte (Dr. Frank & Partner – Ergotherapeuten, 1999).

So ergibt sich ein Panorama der Interessen des/der Klient:in, das nicht nur die Gegenwart, sondern auch die Vergangenheit und die Zukunft abbildet (Dr. Frank & Partner – Ergotherapeuten, 1999).

An die Interessenscheckliste von Kielhofner angelehnt, entwickelt Schmitt (2015) eine vereinfachte Version, bei der Klient:innen zu jeder Aktivität nur angeben sollen, ob sie diese in der Vergangenheit ausgeübt haben, und ob sie an diesen auch in der Zukunft teilnehmen möchten. Diese vereinfachte Liste eignet sich für Menschen, die schnell überfordert sind, und auch für jene, die im Moment der Befunderhebung wenig Betätigung erleben (Schmitt, 2015).

Die Befunderhebung der früheren Interessen ist deshalb so wichtig, weil Betroffene nach einer Erkrankung eher zu Hobbys zurückkehren, die sie schon ausgeübt haben. Das Entdecken neuer Freizeitaktivitäten hingegen kann vielen Menschen zunächst schwerfallen (Ryan et al., 2023).

Eine Interessenscheckliste kann zusätzlich zu einem Gespräch genutzt werden, da es Klient:innen oft schwer fällt, von sich aus von früheren Hobbys zu erzählen. Ebenso kann der/die Ergotherapeut:in auch nicht alle Interessen abfragen. Deshalb kann es sinnvoll sein, diese Interessenschecklisten im Anschluss an ein Befunderhebungsgespräch zu nutzen, um besonders den Betätigungsbereich Freizeit genauer abzuklären und auch die Betätigungsgeschichte des/der Klient:in noch besser kennenzulernen (Dr. Frank & Partner – Ergotherapeuten, 1999).

5.5 Quality of Life Rating Scale (QOLR)

In den letzten Jahren wurden einige Befunderhebungsmittel zur Einschätzung der Lebensqualität entworfen, die sich in ihrem Aufbau und in ihren Inhalten sehr ähnlich sind.

Martin et.al. (2008) schlagen die Verwendung der Quality of Life Rating Scale (QOLR) vor. Dieses Messinstrument wird häufig bei Menschen mit chronischer Erkrankung oder palliativen Stadium verwendet, aber auch im neurologischen und psychiatrischen Bereich.

Bei diesem Befunderhebungsinstrument handelt es sich um einen Bogen mit 20 Fragen, die der/die Klient:in selbstständig oder gemeinsam mit dem/der Ergotherapeut:in beantworten kann. Für jede Frage kann ein Punktwert

zwischen 1 (sehr gering) und 5 (ausgezeichnet) zugeordnet werden kann; desto höher die Punktezahl, desto positiver empfindet der/die Klient:in seine/ihre Lebensqualität (Martin et al., 2008).

Dieses Befunderhebungsinstrument bewertet Selbstwertgefühl und Wohlbefinden, ebenso wie soziale und finanzielle Ressourcen und Spiritualität. So kann ein globales Bild über die Lebensqualität eines Menschen entstehen (Martin et al., 2008).

Im Vergleich zu den bisher genannten Befunderhebungsinstrumenten ist die QOLR ein Instrument, das von Psycholog:innen entwickelt wurde. Es steht Ergotherapeut:innen frei, dieses Befunderhebungsinstrument in ihrem therapeutischen Prozess zu nutzen. Dabei gilt es zu beachten, dass dieses nicht betätigungsbasiert entwickelt wurde.

5.6 Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES)

Zur Bewertung des Selbstwertgefühls schlagen Martin et.al. (2008) die Verwendung der Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) vor. Dieses Messinstrument stammt aus dem psychologischen Bereich, kann allerdings auch in anderen Tätigkeitsfeldern angewandt werden.

Die RSES erfasst das globale Selbstwertgefühl, also die Einstellung eines Menschen in Bezug auf sich als Ganzes. Diese Einstellung kann negativ oder positiv ausfallen (Martin et. al., 2008).

Der/die Klient:in beantwortet zehn Fragen zum eigenen Selbstwert indem er ihnen einen Wert zwischen 1 und 4 zuordnet. Addiert entsteht somit eine Zahl zwischen 10 und 40. Je höher die Zahl, desto wahrscheinlicher hat die Person ein hohes Selbstwertgefühl (Martin et al., 2008).

Ähnlich wie die QOLR wurde auch dieses Befunderhebungsinstrument nicht von Ergotherapeut:innen entwickelt und wird auch von anderen Berufsgruppen zur Befundung genutzt.

Selbstverständlich können auch nicht standardisierte Befunderhebungsmittel, wie beispielsweise eine Beobachtung, genutzt werden.

Wichtig bei der Befunderhebung ist es auch, sich im Rahmen einer interdisziplinären Zusammenarbeit mit den anderen behandelnden Berufsgruppen auszutauschen, um herauszufinden, welche Ergebnisse deren Tests ergeben haben. Nur so lässt sich ein globales Bild des/der Klient:in erstellen (Le Granse, et al., 2019).

Ergebnisübersicht

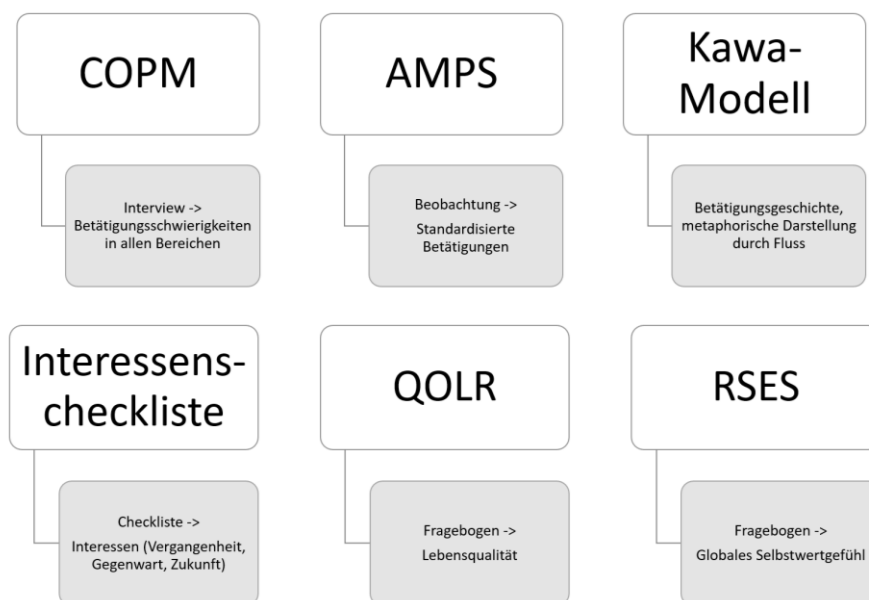


Abbildung V: Ergebnisübersicht Kapitel 5 (Pfeifer, 2023).

6 Ergotherapeutische Interventionen

6.1 Wirksamkeit

Die Literaturrecherche zeigt, dass es insgesamt wenige Nachweise für die Wirksamkeit von ergotherapeutischen Interventionen bei Menschen mit Abhängigkeitserkrankung gibt (Jarrard et al., 2021), und das, obwohl Ergotherapeut:innen schon seit über 70 Jahren im Feld der Abhängigkeitserkrankungen arbeiten (Rojo-Mota et al., 2017). Ein Großteil der veröffentlichten Studien konzentriert sich eher auf die potentielle Rolle, die Ergotherapeut:innen in der Rehabilitation von Menschen mit Abhängigkeitserkrankung spielen könnten, als reale ergotherapeutische Interventionsmöglichkeiten zu erforschen. Dabei wird häufig der ganzheitliche Blick auf den Menschen und das große Wissen über umweltliche Faktoren, Rollen, Identitätsbildung und Betätigung der Ergotherapeut:innen positiv hervorgehoben (Ryan et al., 2023).

Trotz der mageren Literaturnachweise über die Wirksamkeit von Ergotherapie bei Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen gibt es einige vielversprechende Ansätze, die die ergotherapeutische Intervention bei Abhängigkeitserkrankten durchaus positiv bewerten.

So haben beispielsweise Ryan et al. (2023) eine quantitative Studie durchgeführt, die die Wirksamkeit von Ergotherapie bei Abhängigkeitserkrankten darlegen soll. Bei einer relativ kleinen Teilnehmerzahl von 16 Klient:innen wurde über fünf Wochen eine einstündige Gruppentherapie abgehalten. Inhalt dieser Stunden waren Psychoedukation, Gruppendiskussionen und kognitives Training. Vor und nach diesen fünf Therapieeinheiten wurde von den Klient:innen das Canadian Personal Recovery Outcome Measure (C-PROM) ausgefüllt, ein Befunderhebungsinstrument, das generelle Ergebnisse eines Rehabilitationsprozesses abfragt, wie beispielsweise emotionales Befinden, Umgang mit Stress, Schlaf und allgemeine Zufriedenheit. Je höher die Differenz der Punktezahls des C-PROM's zwischen Anfang und Ende des Therapieprozesses, desto größer die Fortschritte in der Rehabilitation.

Bei Ryan et al. (2023) hat sich gezeigt, dass die C-PROM-Punktezahlen besonders im Bereich des Betätigungsgleichgewichts nach dem Therapiezyklus höher waren. Dies entspricht den Betätigungsbereichen der Freizeit und Selbstpflege, und somit allen Betätigungen, die Spaß machen, ebenso wie das Erforschen neuer bedeutungsvoller Betätigungen, aber auch Bereiche wie Schlaf, besseres Stressmanagement und ein insgesamt ruhigeres Wesen (2023).

Wasmuth et al. (2016) hingegen haben versucht herauszufinden, ob betätigungsbasierte Interventionen effektiver sind als andere gängige Therapiemethoden. Die Ergebnisse sind klein, aber signifikant und sprechen für mehr betätigungsbasierte Interventionen, und demnach auch mehr ergotherapeutische Interventionen in der Betreuung von substanzabhängigen Menschen (Wasmuth et al., 2016).

Zudem haben Ergotherapeut:innen eine Vielzahl von Instrumenten und Interventionsmöglichkeiten entwickelt und erforscht, die bei Menschen mit Schädigungen am Gehirn, psychomotorischen Störungen und anderen psychischen Erkrankungen angewandt werden können. Es spricht nichts dagegen, auch diese Instrumente in der Therapie von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen anzuwenden (Rojo-Mota et al., 2017).

Der nachfolgende Teil über ergotherapeutische Interventionen bei Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen ist also eine Sammlung, ausgehend von den Betätigungsschwierigkeiten von Abhängigkeitserkrankten, dem aktuellen Stand der Literatur und anderen Instrumenten, die bei Menschen mit ähnlichen Krankheitsbildern angewandt werden.

6.2 Sozialform der Therapie

Ergotherapeutische Interventionen können in verschiedenen Formen stattfinden; im Einzelsetting, in der offenen oder geschlossenen Gruppe. Längst nicht jede Sozialform der Intervention eignet sich für jede/n Klient:in in

jeder Situation. Deshalb ist es wichtig, die verschiedenen Möglichkeiten in Betracht zu ziehen und individuell zu wählen (Kubny, 2020).

Einzeltherapie

Das Einzelsetting mit dem/der Klient/in wird im psychiatrischen Bereich tendenziell eher selten genutzt, dennoch ist es indiziert bei sehr persönlichen Themen oder bei Klient:innen, für die die Gruppensituation noch zu überfordernd oder angsteinflößend ist. Außerdem kann eine Einzeltherapie ratsam sein, wenn es um individuelle Schwierigkeiten eines/r einzelnen Klient:in geht, wie z.B. das Lesen des Therapieplans oder das Aufräumen des Zimmers in einer stationären Einrichtung. Kubny (2020) schlägt auch für Angebote zur Steigerung kognitiver Fähigkeiten das Einzelsetting vor, um den Klient:innen einen ruhigen Rahmen zu schaffen. Erstgespräche und Befunderhebungen werden selbstverständlich auch im Einzelsetting durchgeführt (Kubny, 2020).

Gruppentherapie

Laut Kubny (2020) ist die ergotherapeutische Arbeit in der Gruppe bei Menschen mit Abhängigkeitserkrankung - falls möglich - dem Einzelsetting vorzuziehen. Gerade mit diesen Klient:innen stehe Öffentlichkeit und Transparenz im Vordergrund, da sie dazu neigen würden, zu manipulieren, zu verschleiern oder zu verheimlichen.

Außerdem bietet die Gruppensituation durchgehend Interaktionsmöglichkeiten für den/die Einzelne/n. Er/sie bekommt Rückmeldung für sein/ihr Verhalten und kann sich in Konfliktsituationen üben (Kubny, 2020).

Einzelarbeit in der Gruppe

Die Einzelarbeit in der Gruppe wird vor allem in den frühen Phasen der Entwöhnungstherapie und bei ausdruckszentrierten Angeboten genutzt. Der/die Klient:in kann sich durch die Einzelarbeit auf sich konzentrieren und seine Abwehrmechanismen im Sinne des Selbstschutzes aufrechterhalten.

Dennoch kann es auch Momente der Reflexion und des Austausches in der Gruppe geben. Hier kann jede/r Klient:in selbst entscheiden, wie viel er/sie preisgeben möchte (Kubny, 2020).

Gruppenarbeit

Die ergotherapeutische Intervention in der Gruppe bietet sich vor allem bei Klient:innen an, die Schwierigkeiten in der Kontaktaufnahme und Kommunikation haben. In der Gruppe entwickeln sich eigene Kommunikationsformen, verschiedene Rollen können angenommen oder abgegeben werden und die Klient:innen können über ihr eigenes Empfinden, ihr Verhalten und das Verhalten der anderen reflektieren.

Zusätzlich kann das Arbeiten in der Gruppe den Leistungsdruck senken und ermöglicht so dem/der Einzelne/n eine Gelegenheit, sich in angenehmer, anspruchsloser Atmosphäre zu betätigen und wirksam zu fühlen (Kubny, 2020).

Offene Gruppenangebote

Offene Gruppenangebote basieren auf dem Prinzip der Freiwilligkeit, also kann jede/r Klient:in entscheiden, ob er/sie teilnehmen möchte. Auch Inhalt und Werktechnik sind meistens offen.

Dadurch kann die Entscheidungsfähigkeit, Selbstständigkeit und Eigeninitiative der Klient:innen gefördert werden. Durch die freiwillige Teilnahme nehmen allerdings häufig Menschen daran teil, die gerade diese Fertigkeiten bereits besitzen, während die anderen sie eher scheuen. Zudem ist die Förderung in offenen Gruppen unspezifisch und hindert die Klient:innen daran, sich selbst sinnvoll mit ihrer freien Zeit auseinander zu setzen (Kubny, 2020).

Offene Gruppenangebote sind also sehr sparsam zu wählen (Kubny, 2020).

6.3 Interventionen

Im Generellen können ergotherapeutische Interventionen bei Menschen mit Abhängigkeitserkrankung betätigungsbasiert oder nicht betätigungsbasiert sein.

Bei betätigungsbasierten Interventionen steht die als problematisch identifizierte Betätigung im Zentrum und ist Inhalt der Therapie. Es können auch andere Betätigungen genutzt werden, um die Performanz in ebendieser problematischen Betätigung zu verbessern. Im Gegensatz dazu stehen nicht betätigungsbasierten Interventionen, die häufig einen didaktischen Charakter haben. Im weiteren Sinne geht es auch bei diesen Interventionen um problematische Betätigungen, jedoch ist die Betätigung nicht Inhalt der Therapieeinheit (Wasmuth et al., 2015).

Bereich Selbstversorgung

Zu diesem Bereich gibt es in der Literatur kaum bis gar keine Angaben. Das liegt sicherlich auch am Fachbereich der Psychiatrie, in dem Ergotherapeut:innen vorrangig andere Betätigungsbereiche behandeln. Nichtsdestotrotz gibt es auch Interventionen im Bereich der Selbstversorgung, insbesondere wenn der/die Klient:in im Erstgespräch Betätigungsschwierigkeiten in diesem angibt. Das Mittel der Wahl ist hier häufig das Training der Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL). Bei den IADL können auch didaktische Interventionen, z.B. über den Umgang mit Geld erfolgreich sein (Kubny, 2020).

Bereich Produktivität

Arbeitsbezogene Ergotherapie

Oberstes Ziel der arbeitsbezogenen Ergotherapie ist die Wiedereingliederung der Klient:innen in die Arbeitswelt. Die Arbeitsfähigkeit einer Person setzt sich aus verschiedenen Komponenten und Fähigkeiten zusammen (siehe Abbildung 5), die ein Eingebundensein in eine produktive Tätigkeit positiv oder negativ beeinflussen können (Kubny, 2020).

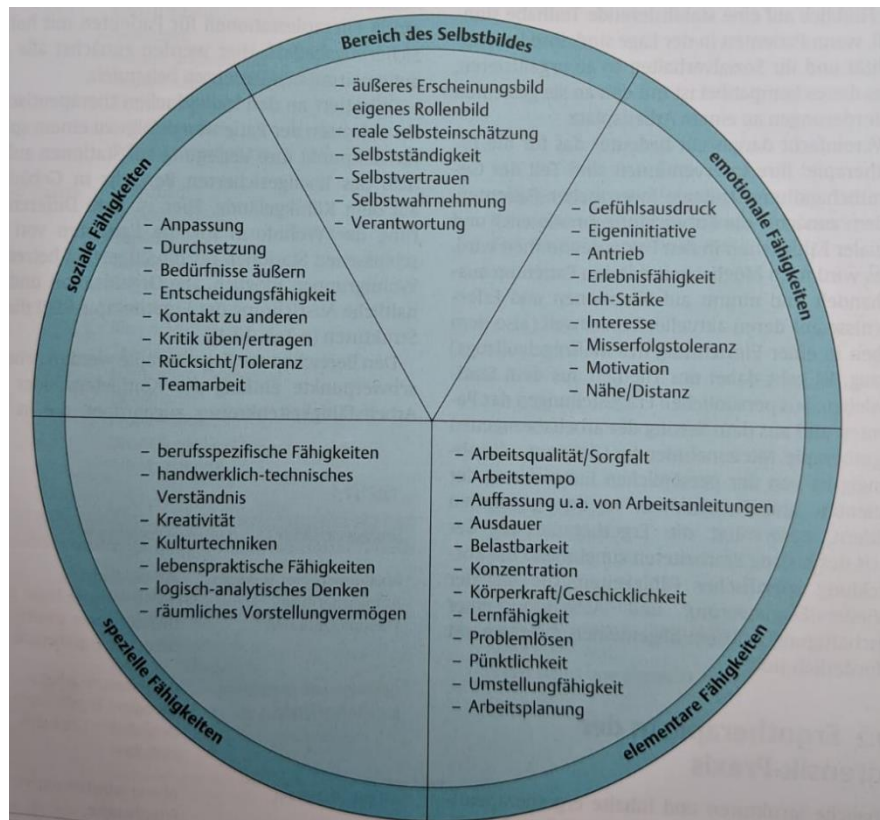


Abbildung VI, Kreisbild der Arbeitsfähigkeit, (Kubny, 2020).

Die Art, wie arbeitsbezogene Ergotherapie stattfindet, hängt sehr von der Einrichtung und deren Möglichkeiten ab. Fest steht allerdings, dass vor allem die Förderung berufsspezifische Fähigkeiten aufgrund von steigender Spezialisierung in der Arbeitswelt immer schwieriger wird (Kubny, 2020).

Haus- und Sozialdienste

In stationären Einrichtungen gibt es die Möglichkeit, dass Klient:innen Aufgaben im und um das Haus herum übernehmen. Dazu gehört das Aufräumen und Sauberhalten des eigenen Zimmers, aber auch Dienste, die eher das Zusammenleben betreffen, wie Aufdecken des Speisesaals, Vorbereiten von Gruppenräumen u.ä. (Kubny, 2020).

Dies fördert zusätzlich auch die soziale Verantwortung und es gilt als Ausdruck des Selbstwertgefühls, das eigene Zimmer zu pflegen.

Allerdings gilt es zu beachten, dass Dienste im Haus nur ein Teil der arbeitsbezogenen Ergotherapie sind, und deswegen auch nur begrenzt zur

Wiedereingliederung in die Arbeitswelt beitragen. Außerdem ist das Ausüben dieser Dienste nicht immer klientenzentriert (Kubny, 2020).

Arbeitstraining

Viele stationäre Einrichtungen für Abhängigkeitserkrankte verfügen über verschiedene Werkstätten, beispielsweise Tischlerei, Gärtnerei, u.ä., in denen die Grundarbeitsfähigkeiten trainiert werden können. Die Belastung kann durch den/die Ergotherapeut:in gesteigert oder gesenkt und so an die Fähigkeiten des/der Klient:in angepasst werden.

Das Arbeitstraining kann so gestaltet werden, dass ein realer Arbeitsplatz simuliert wird, beispielsweise durch geregelte Arbeitszeiten und -pausen, Bewertung der Arbeitsleistung und Stresssituationen (Kubny, 2020).

Weitere Inhalte der arbeitsbezogenen Ergotherapie

Aufgabe der arbeitsbezogenen Ergotherapie ist auch die Beurteilung und eventuelle Umgestaltung eines vorhandenen Arbeitsplatzes, sodass er den Bedürfnissen des/der Klient:in entspricht.

Ergotherapeut:innen können Klient:innen auch bei einer beruflichen Neuorientierung unterstützen und sie beispielsweise bei Praktika begleiten. Außerdem können Ergotherapeut:innen auch dann eine Rolle spielen, wenn Klient:innen nicht mehr an den ersten Arbeitsmarkt zurückkehren können. Es gilt alternative Lösungen zu finden, und die Klient:innen dann auch beim Übergang zu einem neuen Arbeitsplatz zu begleiten (Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V., 2015).

Gefährdende Berufe

Es gibt Berufe und Arbeitsplätze, die für Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung nicht optimal geeignet sind.

Bedingungen wie Schicht- oder Nachtarbeit, flexible Arbeitszeiten, flexible Arbeitsplätze (Home Office, verschiedene Einsatzorte) und unregelmäßig ansteigende Anforderungen und Leistungsdruck erhöhen die Gefahr, das

Klient:innen nach erfolgreicher Entzugstherapie wieder rückfällig werden (Kubny, 2020).

Gefährdende Berufe sind zudem Berufe in der Film- und Werbebranche, ebenso wie in der der Gastronomie und im kulturell-künstlerischen Bereich. Das liegt neben oben genannten Faktoren auch an der Verfügbarkeit von Suchtmitteln in diesen Branchen (Kubny, 2020).

Letzten Endes ist es aber nicht Aufgabe des/der Ergotherapeut:in über den Arbeitsplatz des/der Klient:in zu bestimmen. Es geht viel mehr darum, die Betroffenen zu informieren, und mit ihnen gemeinsam zu reflektieren, wie stark sie ihre Selbststeuerung einschätzen und welche Jobalternativen außerdem attraktiv sein könnten. Die Entscheidung fällt schließlich der/die Klient:in (Kubny, 2020).

Bereich Freizeit

Selbsthilfetraining für Handlungskompetenz im Alltag (SHA)

Das Selbsthilfetraining für Handlungskompetenz im Alltag (SHA) ist ein von Ergotherapeutinnen entwickeltes Programm für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen und/oder anderen psychischen Erkrankungen. Der Fokus liege auf der Veränderung oder der Neuausrichtung der Freizeitverhaltens, so Hofman (2009).

Um die jetzige Lebenssituation und die Probleme der Klient:innen darzustellen, nutzt das SHA im ersten Moment das Kawa-Modell (5.3) Wurden Betätigungsschwierigkeiten identifiziert, wird der zweite Teil des COPM (siehe 5.1) angewandt, um Wichtigkeit der problematischen Betätigungen, und diesbezüglich Performanz und Zufriedenheit zu bewerten. Daraus können dann Ziele für die Therapie formuliert werden (Hofmann, 2009).

Das SHA sieht ein Gruppentraining von sechs Einheiten zu je 90 Minuten vor, wobei die letzte Einheit dazu genutzt wird, zu reflektieren und die gesetzten Ziele erneut zu bewerten. Während der restlichen Gruppenstunden erarbeiten die Klient:innen gemeinsam mit dem/der Ergotherapeut:in Aktionspläne für ihre gesetzten Ziele. Zusammen sollen die Klient:innen auch einen Aktionsplan für eine gemeinsame Freizeitaktivität erstellen, der dann

auch während der Therapie umgesetzt wird, um den Klient:innen einen praktischen Einblick zu geben, worauf es beim Erstellen eines Aktionsplanes ankommt (Hofmann, 2019).

Die Gruppengröße beträgt bei einem/r Ergotherapeut:in sechs Klient:innen. Leiten zwei Therapeut:innen die Gruppe, so können auch bis zu zehn Personen am SHA teilnehmen. Dabei sollen die Gruppenteilnehmer:innen alle zusammen mit dem SHA beginnen und die Gruppe bis zum Ende konstant bleiben. Dadurch können sich die Klient:innen besser kennenlernen, Vertrauen zueinander aufbauen und sich auch gegenseitig beim Erstellen der Aktionspläne unterstützen (Hofmann, 2009).

Beispiel eines Aktionsplanes

Ziel: Ich gehe ab sofort jede zweite Woche ab dem ... (Datum) wieder zum Training meiner Laufgruppe gemeinsam mit einer Freundin.

In diesem Fall wurde das Training im Laufverein als Ziel identifiziert und die Freundin als Ressource.

Was ist zu tun?	Von wem?	Bis wann? Wie oft?	Geschafft?
Im Verein anrufen, ob ich kommen darf	Ich	Heute	
Fragen, wann das Training stattfindet	Ich	Heute	
Training in den Kalender eintragen	Ich	Heute	
Freundin anrufen, ob sie mich begleitet	Ich	Heute Abend	
Trainingskleidung zu Hause kontrollieren	Ich	Am Wochenende	
Eventuell fehlende Trainingskleidung kaufen	Ich, gemeinsam mit der Freundin	Am Wochenende	
...			

Tabelle III, Beispiel eines Aktionsplanes nach SHA (Pfeifer, 2023)

Es ist beim Formulieren der Ziele wichtig, auf die Bedürfnisse der Klient:innen einzugehen. Manche Klient:innen brauchen niederschwelligere Ziele und genauere Angaben als andere. In manchen Fällen kann es auch sinnvoll sein, die Ziele leichter zu formulieren als für den/die Klientin eigentlich angemessen wäre. So können schneller Erfolgserlebnisse gefeiert werden, was besonders anfangs sehr motivierend wirkt. Im Anschluss können die Ziele auch angepasst werden. Auch das Abhaken der einzelnen Schritte im Aktionsplan kann für den/die Klient:in sehr motivierend sein (Hofmann, 2009).

Interessenscheckliste

Die Interessenscheckliste kann nicht nur wie in Punkt 5.6 beschrieben als Befunderhebungsinstrument genutzt werden, sondern ist bei Menschen mit Abhängigkeitserkrankung auch als Intervention geeignet. Klient:innen, deren Ziel es ist, ihre Freizeit neu zu organisieren, können hier erarbeiten, an was sie früher interessiert waren und worauf sie auch zukünftig Lust haben. Die Interessenscheckliste kann helfen, die eigenen Interessen besser zu definieren und dient als Inspiration für neue oder wiederentdeckte Hobbys (Dr. Frank & Partner – Ergotherapeuten, 1999).

Strukturierung der Zeit

Die Strukturierung der Zeit ist der entscheidende Schritt, um ein gesundes Betätigungsgleichgewicht herzustellen.

In der Literatur gibt es dazu viele Angaben, die allermeisten beziehen sich allerdings auf Kinder und die spezielle Diagnose der Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung (Holmefur, 2019)

Besonders vielversprechend hingegen ist das Protokoll Let's get organized (LGO) aus England, das speziell für Erwachsene mit Problemen im Bereich Zeitmanagement entwickelt wurde.

Das Protokoll nutzt einen Terminkalender als kompensatorisches Mittel und zielgerichtete Fehler-Lern-Strategien, um Zeitmanagement- und Organisationsfähigkeiten zu fördern.

Das Protokoll ist auf 10 Wochen mit je zwei Gruppentreffen ausgelegt, insgesamt also 20 Sitzungen. Es wird der Inhalt jeder Sitzung beschrieben; dazu gehören eine Befunderhebung am Anfang des Protokolls sowie eine Überprüfung der gelernten Inhalte am Ende. Ebenfalls Teil des Protokolls sind Einheiten, in denen die Klient:innen herausfinden, welche Betätigungen für sie prioritär sind, welche sie unbedingt in ihrer Zeitplanung berücksichtigen müssen und für welche Betätigungen sie besonders viel Energie benötigen. Dazu kommen immer wieder praktische Einheiten, in der es um die Planung des nächsten Wochenendes geht oder eines gemeinsamen Ausfluges der Gruppe. In regelmäßigen Abständen gibt es auch Momente der Reflexion, in denen die Gruppenteilnehmer:innen festhalten, was sie bisher gelernt haben, was gut und was nicht gut geklappt hat. Daraus kann die Gruppe Wertvolles für die weitere Zusammenarbeit ziehen (Holmefur, 2019).

Mit dem Ziel der Strukturierung der Zeit arbeiten im praktischen Alltag nicht nur Ergotherapeut:innen, sondern auch Psycholog:innen. Dies kann von Einrichtung zu Einrichtung variieren. Das oben angeführte Protokoll LGO wurde von Ergotherapeut:innen entwickelt, und hat deswegen einen relevanten Alltagsbezug.

Kognitives Training

Das Training kognitiver Funktionen, also von Konzentration, Aufmerksamkeit, Merkfähigkeit und Problemlösung, kann zum Erreichen vieler therapeutischer Ziele beitragen. Es gilt als wertvolle Maßnahme zum Erlangen einer Grundarbeitsfähigkeit, Selbstständigkeit im Alltag und zur Stabilisierung der psychischen Grundleistungsfunktionen (Ladner-Merz, 2008).

Zu beachten gilt, dass den Klient:innen Material zur Verfügung gestellt wird, dass ihren kognitiven Fähigkeiten entspricht, sodass sie optimal gefördert

werden und gleichzeitig Erfolgserlebnisse erfahren. Ebenso soll kein Leistungs- oder Zeitdruck entstehen. Wichtig für das kognitive Training in der Ergotherapie ist auch, dass das Material einen Bezug zum Alltag der Klient:innen hat (Ladner-Merz, 2008).

Das kognitive Training nach Dr. Stengel gilt als nachweisbar effektives Mittel zur Förderung kognitiver Funktionen. Es erfüllt alle therapeutischen Standards sehr vorbildhaft. Mithilfe von Inhalten und Fragestellungen aus dem alltäglichen Leben trainieren Klient:innen ihre kognitiven Fähigkeiten in stressfreier Umgebung. Dr. Stengel hat eine spezielle Fragetechnik entwickelt, die das selbstständige Erfassen von Fragestellungen fördert, und verhindert, dass Klient:innen sich abgefragt fühlen. Das kognitive Training nach Dr. Stengel findet in der Gruppe statt, sodass weniger Leistungsdruck herrscht und die Gruppenteilnehmer:innen sich gegenseitig unterstützen können (Ladner-Merz, 2008).

Das kognitive Training kann je nach Einrichtung auch von Psycholog:innen durchgeführt werden. Es erhält ergotherapeutische Relevanz, wenn, wie beim Programm von Dr. Stengel, auf betätigungsbasierte und aus dem Alltag stammende Fragestellungen und Inhalte geachtet wird.

Interaktionelle Interventionen

Interaktionelle Interventionen finden bei Menschen mit Abhängigkeitserkrankung immer wieder Verwendung. Die Interventionen finden in der Gruppe statt; der/die Ergotherapeut:in gibt eine Aufgabe vor, die es zu bearbeiten gilt.

Gefördert werden dabei

- Sich Auseinandersetzungen zu stellen
- Eigene Bedürfnisse zu vertreten
- Rücksicht auf Schwächere zu nehmen
- Kritikfähigkeit
- Konfliktbewältigung
- Entscheidungsfähigkeit

Der/die Ergotherapeut:in kann die Ansprüche an die Gruppe auch steigern, indem er/sie die Gruppen oder Paare neu zusammenstellt, die Aufgaben so stellt, dass verschiedene Rollen eingenommen werden müssen oder zusätzlich Herausforderungen schafft.

Wichtig ist auch bei dieser Methode das gemeinsame Reflektieren in der Gruppe (Kubny, 2020).

Ausdruckszentrierte Interventionen

Abhängigkeitserkrankte werden in der Entwöhnung mit einer Reihe von Emotionen, Erinnerungen und Situationen konfrontiert, die ein inneres Spannungsgefühl entstehen lassen können. Zum Abbau dieser Gefühle eignen sich ausdruckszentrierte Interventionen. Zudem verbessern diese auch die Introspektion der Klient:innen und stärken ihre Fähigkeit, sich selbst zu kennen und einzuschätzen. Diese Fertigkeiten sind dann auch für eine erfolgreiche Psychotherapie von Bedeutung.

Der Fokus liegt bei den ausdruckszentrierten Interventionen auf dem Prozess und nicht auf der Qualität des Ergebnisses. Die Themenstellungen werden so gewählt, dass sie Gefühle und innere Bilder abrufen, das therapeutische Mittel kann danach aus einer Vielzahl gestalterischer oder handwerklicher Techniken gewählt werden (Kubny, 2020).

Ein Beispiel für eine ausdruckszentrierte Methode kann kreatives Schreiben sein. Hierfür werden Themen vorgegeben, an denen die Klient:innen in Einzelarbeit in der Gruppe arbeiten können. Im Anschluss kann ein Moment des gemeinsamen Reflektierens stattfinden.

Im folgenden werden einige Themenvorschläge für eine kreative Schreibarbeit aufgelistet;

Ich, ich und ich

Beschreiben sie sich selbst – Sie haben nur eine Seite Platz! Achten Sie darauf, auf welchen Aspekt Sie sich konzentrieren: Äußerlichkeiten? Ihr

Gefühlsleben? Geistige Verfassung? Überlegen Sie, in welcher Hinsicht dieser Aspekt uns alle betrifft. Oder schreiben Sie drei vollkommen unterschiedliche Selbstportraits. Sie können Ihnen auch andere Titel geben: „Ich“, „Meine Person“, „Ego“ beispielsweise (Goldberg, 1996).

Jahreszeiten

Was ist ihre liebste Jahreszeit? Erinnern Sie sich zuerst an einen besonderen Augenblick, den Sie mit dieser Jahreszeit verbinden. Dann konzentrieren Sie sich auf die Einzelheiten, die diesen Augenblick besonders gemacht haben. Beziehen Sie Tastsinn, Gerüche und Geräusche mit ein (Goldberg, 1996).

Der Plot verdichtet sich

Schreiben Sie ein Ereignis dreimal – in einem Satz, in einem Absatz, auf einer Seite. Achten Sie darauf, in welchem Maß und in welcher Weise sich das Ereignis verändert, je nachdem, wie viel Raum Sie ihm geben (Goldberg, 1996).

Wahrnehmungszentrierte Interventionen

Wahrnehmungszentrierte Methoden können bei Menschen, die einen geringen Selbstwert haben, große Wirkung haben. Zu diesen Interventionen gehören Meditationsgruppen, Entspannungstechniken, Yoga, Achtsamkeitsübungen (Wasmuth et al., 2016), gemeinsam Kochen und Backen und Schönheitsbehandlungen. Das Ziel ist es, sich selbst zu spüren und sich etwas Gutes zu tun (Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V., 2013).

Ein Beispiel für eine wahrnehmungszentrierte Intervention ist das Genusstraining. Dies kann auf viele verschiedene Weisen durchgeführt werden.

Eine Möglichkeit ist das Genusstraining nach Lutz (2005).

Darin wird eine Gruppe von ca. 8 Teilnehmer:innen beschrieben, die sich ein bis zwei Mal in der Woche für 10 Treffen zusammenfinden. In der ersten

Stunde werden von dem/der Therapeut:in die Genussregeln (siehe unten) erläutert. Im Anschluss findet das Genusstraining statt, in dem es um die verschiedenen Sinne – sehen, hören, riechen, schmecken, tasten – geht. Für jeden Sinn können zwei Therapieeinheiten genutzt werden.

Der/die Therapeut:in bereitet für jeden Sinnesbereich verschiedene wohltuende Stimulanzen vor. Diese können von den Teilnehmer:innen exploriert werden, also je nach Thema der Einheit angeschaut, angefasst, gerochen, geschmeckt oder gehört werden. Die Klient:innen können auswählen, welche Stimulanzen für sie positiv sind und Genuss bedeuten. In einem Moment der Reflexion können die verschiedenen Eindrücke und Bilder in der Gruppe geteilt werden.

Die Klient:innen bekommen die Hausaufgabe zwischen den Einheiten entsprechende Stimulanzen für das nächste Treffen zu suchen, mitzubringen und dann den anderen Teilnehmer:innen vorzustellen. So kann der positive Effekt des Explorierens von Stimulanzen auch über die Therapiestunde hinaus verlängert werden (Lutz, 2005).

Es wurden auch positive Erfahrungen mit Varianten dieser Gruppe gemacht, beispielsweise mit einer offenen Gruppe oder weniger Terminen (Lutz, 2005).

Genussregeln:

- Genuss braucht Zeit
- Genuss muss erlaubt sein – im Sinne der Selbstfürsorge sollen Klient:innen sich bewusst erlauben, Dinge zu genießen
- Genuss geht nicht nebenbei – Genuss bedarf unserer vollen Aufmerksamkeit
- Wissen, was einem gut tut – Vorlieben sind individuell, darüber lässt sich nicht streiten
- Weniger ist mehr – ein Überangebot an positiven Stimulanzen verhindert Genuss
- Ohne Erfahrung kein Genuss – hat man in einem bestimmten Bereich schon Erfahrung und Vorlieben, fördert das den Genuss

- Genuss ist alltäglich – Genuss kann im Alltag erlebt werden, es braucht keine besonderen Momente
- Askese kann Genuss erhöhen – Temporäre Enthaltensamkeit kann zu anschließendem besonderen Genuss führen, also nicht jedem Bedürfnis sofort nachgehen
(Handler, 2009)

Das Genusstraining stammt ursprünglich aus der Psychotherapie und wurde inzwischen für Ergotherapeut:innen angepasst.

Ergebnisübersicht



Abbildung VII: Ergebnisübersicht Kapitel 6 (Pfeifer, 2023).

Schlussbetrachtung

Ergebnisse

Wie ist die therapeutische Haltung?

Menschen mit Abhängigkeitserkrankung brauchen für einen erfolgreichen Entwöhnungsprozess stabile therapeutische Bindungen (Wilms, 2012). Besondere Aspekte in der therapeutischen Haltung sind illusionslose Empathie, Vertrauen und Wertefreiheit (Kubny, 2020).

Man unterscheidet in der Arbeit mit Abhängigkeitserkrankten zwei Kommunikationsformen; die annehmend-unterstützende und die konfrontativ-fordernde Kommunikationsform. Bei der ersteren geht es darum, den/die Klient:in durch gezieltes Nachfragen in die Eigenverantwortung zu ziehen, während zweitens durch Hartnäckigkeit geprägt ist, um dem/der Klient:in das Gefühl geben soll, dass er/sie in der Situation nicht alleine ist (Wilms, 2012).

Welche Betätigungsschwierigkeiten können auftreten? Inwiefern kann auch der Konsum von Suchtstoffen eine Betätigung sein?

Die größte Schwierigkeit von Menschen mit Abhängigkeitserkrankung ist häufig ein Betätigungsungleichgewicht (Ryan et al., 2023).

Fehlendes Zeitmanagement, kognitive und interaktionelle Defizite, sowie ein gestörtes Selbstbild und Selbstwahrnehmung können zu Betätigungsschwierigkeiten in allen Bereichen – Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit – sorgen (Kubny, 2020).

Dunkle Betätigungen, also dark occupations, sind Betätigungen, die in erster Linie ungesund, illegal, unmoralisch oder riskant sind. Dennoch können sie einen positiven Effekt auf den Menschen haben, der diese Betätigungen ausübt. Dazu gehört auch das Konsumieren von Substanzen (Mischner, 2021).

Menschen mit Abhängigkeitserkrankung gaben an, dass das Konsumieren von Substanzen, sowie die dazugehörigen Betätigungen, für sie soziale

Zugehörigkeit, Gewohnheit und Identität bedeuten würde. Einige gaben an, dass sie durch den Konsum von Substanzen die Kontrolle über ihr Leben behielten, andere sagten, dass die Abhängigkeit der einzige Weg sei, etwas Kontrolle abzugeben. In jedem Fall gaben die Befragten an, dass der Konsum von Substanzen für sie auch positive Seiten habe (Washmut et al, 2014). Das Konsumieren von Substanzen hat also Betätigungscharakter.

Welche ergotherapeutischen Befunderhebungsmittel können genutzt werden?

Die Literatur zeigt, dass es keine spezifischen Befunderhebungsmittel für Menschen mit Abhängigkeitserkrankung gibt.

Dennoch gibt es eine Reihe ergotherapeutischer Befunderhebungsmittel, die erfolgreich bei Abhängigkeitserkrankten genutzt wurden. Dazu gehören das COPM (Jarrard et al., 2021) und das AMPS (Rojo-Mota et al., 2014). Auch mit der Befunderhebung nach dem Kawa-Modell (Hofmann, 2009) sowie der Interessenscheckliste nach MOHO (Dr. Frank & Partner – Ergotherapeuten, 1999) wurden in der Literatur gute Erfolge erzielt. Martin et al. (2008) schlagen zudem das QOLR und das RSES zur Beurteilung der Lebensqualität und des Selbstwertgefühls vor, auch wenn diese Befunderhebungsinstrumente von Psycholog:innen entwickelt wurden und deshalb nicht betätigungsbasiert sind.

Welche ergotherapeutischen Interventionen können genutzt werden?

Die Literaturrecherche zeigt auch hier, dass es wenige Nachweise über die Wirksamkeit von ergotherapeutischen Interventionen bei Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen gibt (Jarrard et al., 2021). Dennoch wird die Betreuung Abhängigkeitserkrankter durchaus positiv wahrgenommen und seit 70 Jahren praktiziert (Rojo-Moja, 2017).

Es gibt wenige Interventionen, die speziell für Abhängigkeitserkrankte entwickelt wurden. Besonders hervorzuheben ist allerdings das Selbsthilfetraining für Handlungskompetenz im Alltag (Hofmann, 2009).

Zudem werden Interventionen angewandt, die ursprünglich für andere Fachbereiche bzw. andere psychiatrische Störungen entwickelt worden sind.

Von besonderer Wichtigkeit für Menschen mit Abhängigkeitserkrankung ist die arbeitsbezogene Ergotherapie (Kubny, 2020), ebenso wie eine Neustrukturierung der Zeit. Dies kann beispielsweise durch das Protokoll Let's get organized geschehen (Holmefur, 2019). Auch interaktionelle, ausdrucks- und wahrnehmungszentrierte Interventionen sind bei Menschen mit Abhängigkeitserkrankung in Verwendung.

Weiterführende Überlegungen

Diese Literaturrecherche zeigt, dass sich Menschen mit Abhängigkeitserkrankung auf Betätigungsebene von Menschen mit anderen psychiatrischen Störungen unterscheiden. Abhängigkeitserkrankte erleben nämlich nicht, wie bei psychisch Erkrankten üblich, eine Betätigungsdeprivation (engl. occupational deprivation), also eine Verarmung der Betätigungen, sondern eher ein Betätigungsungleichgewicht. Betroffene sind während ihrer Erkrankung also nicht untätig, sondern betätigen sich hauptsächlich in einem bestimmten Bereich, dem des Besorgens und des Konsumierens von Substanzen. Diese Betätigungen sind für die Betroffenen bedeutungsvoll.

Dieses Wissen aus dem Bereich der Betätigungswissenschaften soll und muss in der Ergotherapie beachtet werden. Viel öfter sollte die Frage gestellt werden, was passiert, wenn Menschen sich zu einer Entzugs- und Entwöhnungstherapie entscheiden, und zwar nicht nur auf physiologischer und psychologischer Ebene, sondern auch auf Betätigungsebene. Davon ausgehend können sich ganz neue Interventionsmöglichkeiten ergeben.

Zudem fällt in dieser Literaturrecherche auf, dass einige Interventionsmöglichkeiten von anderen Berufsgruppen, allen voran jener der Psycholog:innen und Psychotherapeut:innen übernommen wurden. Dadurch kann der Bezug auf die Betätigungen des alltäglichen Lebens verloren

gehen. Es ist für Ergotherapeut:innen wichtig, sich dieses Problem bewusst zu machen und die Interventionsmöglichkeiten, die von anderen Berufsgruppen übernommen werden, so zu gestalten, dass der ergotherapeutische Fokus nicht verloren geht. Auch das Entwickeln eigener Interventionsmöglichkeiten ist von großer Bedeutung.

Schlussfolgerungen für zukünftige Forschung

Es stellt sich heraus, dass die ergotherapeutische Betreuung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankung in der Fachliteratur wenig Beachtung findet, auch wenn viele Artikel, die in diese Recherche genutzt wurden, aus den letzten zwei bis drei Jahren stammen. Es scheint sich also zunehmend ein Bewusstsein für die Notwendigkeit von Fachliteratur im Bereich der ergotherapeutischen Arbeit bei Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen zu entwickeln.

Besonders notwendig ist es, die Wirksamkeit von ergotherapeutischen Interventionen durch größer angelegte Studien zu beweisen. Schließlich arbeiten Ergotherapeut:innen seit 70 Jahren mit Abhängigkeitserkrankten; dieser Nachweis ist also mehr als überfällig.

Interessant wäre sicherlich auch die Entwicklung eines Befunderhebungsinstrument, dass die Bedeutung von Substanzenkonsum auf Betätigungsebene abklärt.

Literaturverzeichnis

Autonome Provinz Südtirol – Bozen (2022). *Gesundheitsbericht, Zahlen und Fakten 2021*. Beobachtungsstelle für Gesundheit, Autonome Provinz Südtirol – Bozen, Italien

Caritas, Diözese Bozen-Brixen (n.d.). *Bahngleis 7, ein Rastplatz*. https://caritas.bz.it/hilfe-beratung/alle-caritas-dienste-im-ueberblick.html?tx_rolcaservices_pi1%5Baction%5D=show&tx_rolcaservices_pi1%5Bcontroller%5D=Services&tx_rolcaservices_pi1%5Bservices%5D=5&cHash=adb09eb2f165865906a0f8e3fd40e84f, konsultiert am 10.07.2023

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (n.d.). *Folgen von Alkoholkonsum und Alkoholismus*, <https://www.kenn-dein-limit.de/alkoholkonsum/>, konsultiert am 16.07.2023

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (n.d.). *Illegale Drogen*, <https://www.dhs.de/suechte/illegale-drogen>, konsultiert am 16.07.2023

Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (2015). *Ergotherapie zur Teilhabe am Arbeitsleben*. Karlsbad, Deutschland.

Deutscher Verband Ergotherapie DVE. *Ergotherapie Definition*. <https://dve.info/ergotherapie/definition>, konsultiert am 04.07.2023

Die Techniker (2021). *Medikamentenabhängigkeit – die schleichende Sucht*. <https://www.tk.de/techniker/gesundheit-und-medizin/behandlungen-und-medizin/sucht/medikamentenabhaengig-2015704>, konsultiert am 15.07.2023

Dr. Frank & Partner – die Ergotherapeuten (1999). *Die Interessenscheckliste in der Ergotherapie*. <http://www.ergotherapie-frank.de/die-interessenscheckliste-in-der-ergotherapie/>, konsultiert am 18.09.2023

Ergotherapie Austria (2023). Was ist Ergotherapie?. <https://www.ergotherapie.at/was-ist-ergotherapie>, konsultiert am 04.07.2023

Gastpar, M. & Mann, K., Rommelspacher, H. (1999). *Lehrbuch der Suchterkrankungen*, Georg Thieme Verlag

Ghensi, R. (2020). *Teorie di base della terapia occupazionale e modelli e scale di valutazione in terapia occupazionale*. Unveröffentlichtes Manuskript, Claudiana, Bozen, Italien

Guyonett, E., Stewart, K. E. & Davis, J. A. (2023). Revealing the Meaning of Cannabis Use as an Occupation: A scoping Review. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 17, 1-12. 10.1177/11782218221150113

Hands – Onlus (n.d.). Was wir tun, <https://www.hands-bz.it/de/therapiezentrum-abhaengigkeiten.htm>, konsultiert am 10.07.2023

Hofmann, M. (2009). Selbsthilfetraining für Handlungskompetenz im Alltag – Freizeit bedeutungsvoll gestalten lernen. *Ergopraxis*, 02(06), 20–23. 10.1055/s-0030-1253267

Holmefur, M., Lidström-Holmqvist, K., Roshanai, A. H., Arvidsson, P., White, S., & Janeslätt, G. (2019). Pilot study of Let's Get Organized: A group intervention for improving Time Management. *American Journal of Occupational Therapy*, 73(5), 1-10. 10.5014/ajot.2019.032631

Jarrard, P., Cunningham, S., Granda, P., Harker, P., Lannan, T., & Price, K. (2021). Who are you without your substance? Transforming occupational

time use in recovery. *Modern Applied Science*, 15(6), 19.

10.5539/mas.v15n6p19

Jimenez, C. & Rothman, E. F. (2023). Introduction to the Special Issue on Substance Use and Occupational Therapy. *Substance Abuse: Research and Treatment*. 17, 1-3, 10.1177/11782218231

Kitzinger, R. H., Gardner, J., Moran, M., Celkos, C., Fasano, N., Linares, E., Muthee, J., & Royzner, G. (2023). Habits and Routines of Adults in Early Recovery From Substance Use Disorder: Clinical and Research Implications From a Mixed Methodology Exploratory Study. *Substance Abuse: Research and Treatment*. 17, 1-12, 10.1177/11782218231153843

Kubny, B. (2020). Ergotherapie in der Psychiatrie. Georg Thieme Verlag KG

Ladner-Merz, S. (2008). Die Stengel-Methode - Kognitives Training in der Ergotherapie. *ergopraxis* 01(5), 24-27.

La strada – der weg (2022). *Bereich Abhängigkeiten und psychische Gesundheit*, https://www.lastrada-derweg.org/?page_id=1668&lang=de, konsultiert am 10.07.2023

Le Granse, M., Van Hartingsveldt M. & Kinèbanian A. (2019). *Grundlagen der Ergotherapie*. Georg Thieme Verlag KG

Lutz, R. (2005). Genussstraining: »Kleine Schule des Genießens«. In: Linden, M., Hautzinger, M. (eds) *Verhaltenstherapiemanual*. Springer, Berlin, Heidelberg. 10.1007/3-540-26425-6_68

Martin, L., Bliven, M., & Boisvert, R. (2008). Occupational performance, Self-Esteem, and quality of life in Substance Addictions recovery. *Otjr-occupation Participation and Health*, 28(2), 81–88. 10.3928/15394492-20080301-05

Mattila, A., Santacecilia, G., & LaCroix, R. (2022). Perceptions and knowledge around substance use Disorders and the role of occupational therapy: a survey of clinicians. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 16, 1-6. 10.1177/11782218221130921

Ministero della salute (2022). *Rapporto tossicodipendenti, analisi dei dati del Sistema Informativo Nazionale delle Dipendenze, anno 2021*, Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica, Direzione generale della prevenzione sanitaria, Italia

Ministero della salute (2021). *Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sugli Interventi realizzati ai sensi della legge 30.3.2001 n. 125 “Legge quadro in Materia di Alcol e Problemi alcol correlati”*, Direzione generale della prevenzione sanitaria, Italia

Mischner, J. (2021). Licht ins Dunkel bringen. *ergopraxis*, 11-12 (21), 14-19.

Quednow, Boris B (2016). Substanzgebundene Abhängigkeit: Kokain. Defizite in der sozialen Kognition und Motivation. *CliniCum neuropsych*, 5:30-34. 10.5167/uzh-132697

Ryan, D., Naughton, M., De Faoite, M., Dowd, T. & Morrissey, A. (2023). An Occupation-Based Lifestyle Lecture Intervention as Part of Inpatient Addiction Recovery Treatment: Exploring Occupational Performance, Balance and Personal Recovery. *Substance Use: Research and Treatment*, 17. 1-10. 10.1177/11782218231165123

Rojo- Mota, G. R., Pérez, E. J. P., & Huertas-Hoyas, E. (2017). Systematic Review of Occupational therapy in the Treatment of Addiction: models, practice, and Qualitative and quantitative research. *American Journal of Occupational Therapy*, 71(5). 10.5014/ajot.2017.022061

Rojo-Mota, G., Pedrero-Pérez E.J., Ruiz-Sánchez de León J.M. & Miangolarra Page J.C. (2014). Assesment of motor and process skills in daily life activities of treated substance addicts. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 21:6, 458-464. 10.3109/11038128.2014.922610

Schmitt, R. (2015). *Depression – Raus aus der Abwärtsspirale: Ein Ratgeber für Betroffene, Angehörige, Helfer und Interessierte*. Schulz-Kirchner Verlag

Schneider, R. (2009). *Die Suchtfibel, Wie Abhängigkeit entsteht und wie man sich daraus befreit*. Schneider Verlag Hohengehern GmbH

Stiftung Forum Prävention Onlus (2021). Sucht/Gesundheitsförderung. <https://www.forum-p.it/de/fachstellen/sucht-1025.html>, konsultiert am 01.08.2023

Südtiroler Sanitätsbetrieb (2023). *Territoriale Dienste*. <https://home.sabes.it/de/territoriale-dienste.asp>, konsultiert am 10.07.2023

Südtiroler Sanitätsbetrieb (2017). *Berufsspezifische Aktivitäten der Ergotherapeut/innen*. Pflegedirektion des Südtiroler Sanitätsbetrieb, Südtirol, Italien.

Summerer, T. (2022). *Ergotherapie in der Psychiatrie*. Unveröffentlichtes Manuskript, Claudiana, Bozen, Italien

Wagman, P., Björklund, A. & Håkansson, C. (2011). Occupational balance as used in occupational therapy: A concept analysis. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 1-6. 10.3109/11038128.2011.596219

Washmut, S., Crabtree, J. L. & Scott, P. J. (2014). Exploring Addiction-as-Occupation. *British Journal of Occupational Therapy*, 77 (12). 605-613. 10.4276/030802214X14176260335264

Wilms, R. (2012). Ergotherapie bei Abhängigkeitserkrankungen – Der Weg aus der Suchtschleife. *ergopraxis*, 5(02), 18-21. 10.1055/s-0032-1304186

Wilms, R. (2005). *Ergotherapie mit suchtkranken Menschen*, Schulz-Kirchner Verlag

World Federation of Occupational Therapists WFOT (2023). *About Occupational Therapy*. <https://www.wfot.org/about/about-occupational-therapy>, konsultiert am 04.07.2023

World Health Organization (2001). *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. MMI Medizinische Medien Informations GmbH

World Health Organization (2012). ICD-10-GM 2012, *Systematisches Verzeichnis, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision – German Modification*. Deutscher Ärzte-Verlag Köln

Abbildungsverzeichnis

Abbildung I:

Le Granse, M., Van Hartingsveldt M. & Kinèbanian A. (2019). *Grundlagen der Ergotherapie*. Georg Thieme Verlag KG

Abbildung II:

(Pfeifer, 2023)

Abbildung III:

(Pfeifer, 2023)

Abbildung IV:

Kubny, B. (2020). *Ergotherapie in der Psychiatrie*. Georg Thieme Verlag KG

Abbildung V:

(Pfeifer, 2023)

Abbildung VI:

Kubny, B. (2020). *Ergotherapie in der Psychiatrie*. Georg Thieme Verlag KG

Abbildung VII:

(Pfeifer, 2023)

Tabellenverzeichnis

Tabelle I:
(Pfeifer, 2023)

Tabelle II:
(Pfeifer, 2023)

Tabelle III:
(Pfeifer, 2023)

Anhang

Eigenständigkeitserklärung der Diplomarbeit

Als einziger Verfasser / einzige Verfasserin dieser Diplomarbeit hafte ich im Sinne des gesetzlichen Urheberrechtes für deren Inhalt. Ich erkläre, diese Arbeit unter Einhaltung der geltenden Urheberrechte und der Bestimmungen des Zivilgesetzbuches persönlich erstellt zuhaben.

Datum

Unterschrift