

Facharbeit für das große Zertifikat

**„Geprüfte Psychologische Beraterin“**

Thema: Alkoholabhängigkeit

Grit Stigge  
Diplom-Sozialpädagogin (FH)  
Sozialtherapeutin / Sucht VT  
Alter Düsedauer Weg 18  
39606 Osterburg

Februar 2020

In meinem Fallbericht stelle ich einen 44-jährigen alkoholkranken Klienten mit einer Stresssymptomatik vor.

Mit Herrn S. habe ich gemeinsam in 12 Sitzungen gearbeitet. Die Therapieziele betreffen die Suchtbearbeitung, die Persönlichkeitsstabilisierung sowie die Erarbeitung von Stress- und Konfliktbewältigungsstrategien.

#### Inhaltsverzeichnis:

1. Psychischer Befund
2. Somatischer Befund
3. Problemanalyse
4. Diagnosen
5. Therapieziele
6. Therapieplanung
7. Therapiedurchführung
8. Ergebnisse der Therapie
9. Reflexion
10. Literatur und Anhang

## 1. Vorstellung des Patienten

Herr S., ein dominant wirkender kleinwüchsiger Mann, berichtete im Aufnahmegespräch, dass er von seiner Lebensgefährtin geschickt worden sei. Zu Hause sei alles „eskaliert“. Wenn er jetzt nichts unternahme, würde seine Familie auseinanderbrechen. Es standen schon einmal seine Koffer vor der Tür. Aktuell drohe die Partnerin mit den gemeinsamen Kindern auszuziehen, wenn er nichts gegen seinen Alkoholkonsum unternahme. „Im Suff hat mich meine Familie nicht interessiert, habe mein eigenes Leben geführt, hab nichts mehr gerafft.“ In dem letzten Jahr habe er schon täglich Wodka nach der Arbeit konsumiert. Er brauchte den Alkohol, um „runterzukommen“ und sich zu belohnen. Erschwerend sei die momentane Situation durch den Entzug der Fahrerlaubnis. Zusätzlich plage ihn der Stress auf Arbeit. „Ich fühle mich morgens wie ein Roboter. Ich wache kaputt auf, muss funktionieren. Ich möchte den ganzen Mist nicht mehr sehen, die Arbeit, die Firma, der Chef – ein Idiot.“ Herr S. wünsche sich jetzt regelmäßige Termine in der Suchtberatung, um „clean zu werden.“ Er äußerte „Ich will keinen Alkohol mehr trinken, ich habe keinen Bock mehr auf den Scheiß.“

Dringend benötige er die Fahrerlaubnis. „Ich möchte wieder fahren können und nicht jeden betteln.“

## 2. Biografische Anamnese

Herr S. berichtete, dass er und seine beiden älteren Geschwister von den leiblichen Eltern aufgezogen wurden. Er war das Nesthäkchen in der Familie und habe somit eine Sonderstellung gehabt. Seine Mutter war Köchin und der Vater arbeitete als Konditor in einer eigenen Gastwirtschaft. Seine Eltern tranken regelmäßig Alkohol und der Vater war ein starker Raucher. Seinen Vater beschrieb Herr S. als eine autoritäre Persönlichkeit. Er musste immer im Mittelpunkt stehen.

Herr S. fühlte sich in der Schule und auch in seinem Dorf integriert. Er war stets und ständig von Kumpels umgeben. Sein Hobby waren das Angeln und an „Simsons rumschrauben“. Er sehe sich selber als damaligen Klassenclown. Für hervorragende Leistungen erntete Herr S. lobende Worte und Umarmungen von seiner Mutter. Jedoch habe er oftmals seine Hausaufgaben nicht erledigt. Dafür bekam er Stubenarrest, Badeverbot oder eine Backpfeife. Ab seiner Jugendweihe habe sich Herr S. häufig im Gastraum seiner Eltern aufgehalten. Er „klopte“ oft Karten mit älteren Gästen. „Ich wollte dazugehören.“ „Die alten Hasen haben täglich gezündet.“ Er habe als Jugendlicher zwei Bier geschafft. Der Klient beendete die Schule mit einem Hauptschulabschluss und absolvierte anschließend eine Ausbildung zum Maurer mit Fachschulabschluss. In Folge führte er verschiedenste Tätigkeiten im Baubereich aus. Immer wieder erlebte Herr S. Stress durch einen hohen Arbeitsdruck in den verschiedensten Firmen.

Der Klient berichtete, dass erste sexuelle Kontakte in seinem 17. Lebensjahr stattgefunden haben. Jetzt lebe er seit 13 Jahren in einer Partnerschaft. Die Partnerin sei Bundeswehrrangestellte und 15 Jahre jünger. Herr S. beschrieb seine Lebensgefährtin als starke Persönlichkeit. Er habe ein gutes Verhältnis zu ihr. Herr S. berichtete weiterhin, sein Alkoholproblem habe die Partnerschaft stark belastet. In der Partnerschaft gäbe es zwei Kinder, einen 7 jährigen Sohn und eine 3 Jahre alte Tochter. Herr S. bewohne mit seiner Familie ein eigenes Haus.

Der Klient berichtete von einem Strafverfahren wegen Alkohol im Straßenverkehr. Ihm wurde daraufhin der Führerschein entzogen.

### Suchtanamnese:

Der Klient gab an, im Alter von 14 Jahren das erste Mal Kontakt mit Alkohol gehabt zu haben. Seit dem 20. Lebensjahr trinke er regelmäßig am Wochenende Alkohol. Ab seinem 30. Lebensjahr habe er nach Feierabend die Gaststätte der Eltern besucht und

dort mit Freunden und Bekannten Bier und anderweitige alkoholische Getränke zu sich genommen. Er habe bevorzugt Bier, Wein und Cola Wodka konsumiert. Er berichtete von einer Trinkmenge von 6-8 Bier, 2 Flaschen Wein oder 8 Gläser Cola-Wodka täglich. Es sei ein schleichender Prozess gewesen. Der Alkoholkonsum sei Teil der Tagesgestaltung gewesen.

Herr S. berichtete auch, es hätten abstinente Phasen in seinem Leben gegeben, wenn der Alkohol nicht mehr geschmeckt hätte. Der Klient hätte besonders viel Alkohol getrunken nach erfolgreicher Arbeit, zum Abschluss des Tages, aus Geschmacksgründen und zur Erleichterung.

Als weiteres Rauschmittel nahm Herr S. Cannabis und Speed zu sich. Im Erstkontakt mit den Drogen sei der Patient 24 Jahre alt gewesen. Der Klient gab an, er konsumierte von 1993 bis 2000. Er habe seit 2000 den Drogenkonsum eingestellt.

Der Klient berichtete, im Alter von 14 Jahren das erste Mal geraucht zu haben. Regelmäßig rauche er seit dem 15. Lebensjahr ca. 10 Zigaretten pro Tag. Herr S. gab an, schon einmal 6 Jahre ohne Rauchen geschafft zu haben. Er berichtete, er sei nicht an einer Raucherentwöhnung interessiert.

### **3. Psychischer Befund**

Der 44-jährige Klient erscheint altersentsprechend. Er ist ordentlich gepflegt und sportlich gekleidet. Im Bereich des linken Oberarmes befindet sich eine große Tätowierung. Herr S. ist wach und bewusstseinsklar.

Im Kontakt wirkt Herr S. zunächst unauffällig und aufgeschlossen, im Verlauf des Gesprächs zu aufgeschlossen, manipulativ und ohne Emotionen.

Konzentration, Aufmerksamkeit sowie Gedächtnis erscheinen nicht beeinträchtigt oder gestört. Die Intelligenz ist im mittleren Normbereich einzuschätzen. Der Antrieb ist unauffällig. Affektiv wirkt der Klient ausgeglichen. Die emotionale Schwingungsfähigkeit ist ausreichend gegeben. Der formale Gedankengang ist geordnet. Es gibt keine Hinweise auf inhaltliche Denkstörungen. Keine Wahrnehmungsstörungen. Störungen des Ich-Erlebens werden nicht deutlich. Kein Hinweis auf Angststörung oder Zwangssymptome. Aus der Vorgeschichte sind keine Suizidgedanken oder -versuche bekannt. Keine Hinweise auf aktuelle Suizidalität. Therapiemotivation ist erkennbar.

### **4. Somatischer Befund**

Körpergröße: 1,58 m, Körpergewicht: 71 kg BMI: 28,4 kg/m<sup>2</sup>, konstantes Gewicht, normaler Appetit,

Herzaktionen regelmäßig: normaler Puls HF 70/min, RR 120/80 mmHg, Extremitäten passiv und aktiv frei beweglich, Sprache unauffällig, Intaktes Seh- und Hörvermögen ohne Hilfsmittel

Schlaf: zu wenig, Einschlafstörungen

Vitalstörung: innere Unruhe, Rastlosigkeit

Medikamenteneinnahme: keine, Nikotinkonsum: 10 Zigaretten täglich,

Koffeinkonsum: 1 Kanne Kaffee täglich, Energiedrinks: 1-2 Flaschen täglich

### **5. Problemanalyse**

Prädisponierende Faktoren – auslösende Bedingungen

Der Klient gab an, als jüngstes Kind (zwei ältere Schwestern) bei seinen leiblichen Eltern aufgewachsen zu sein. Er sei von seinen großen Schwestern und seinen Großeltern sehr umsorgt gewesen. Herr S. berichtete, er sei der kleine „Liebling“ der Familie gewesen.

Als der Klient 14 Jahre alt gewesen war, hätten die Eltern eine Gaststätte eröffnet. Herr S. berichtet, sein Großvater sei ein Trinker gewesen (Trinkvorbild – Modelllernen). Herr S. sei oft in der Gaststätte der Eltern gewesen und hätte dort viele trinkende Leute erlebt. Vom 14. Bis zum 20. Lebensjahr habe er unregelmäßig dort getrunken. Ab seinem 20. Lebensjahr gab Herr S. regelmäßigen Alkoholkonsum an. Ein die meiste Zeit nicht verfügbarer Vater und damit ein fehlendes männliches Vorbild begünstigte die Entstehung der Selbstwertproblematik des Klienten. Es kam zu einer ungenügenden Ausbildung von Stressbewältigungsstrategien und Problemlösekompetenzen im Elternhaus und in der Großfamilie.

Ein besonders einschneidendes Erlebnis in seiner Kindheit und Jugend sei der Tod der Großeltern gewesen.

### Aufrechterhaltende Bedingungen

Herr S. benennt, den Alkohol zum Entlastungstrinken (Stress auf Arbeit und in der Familie) konsumiert zu haben. Er habe seine Gefühle betäuben wollen.

Eine der ersten Verhaltensanalysen auf der Makroebene (SORCK) gibt Aufschluss über die Problemlage im letzten halben Jahr von Herrn S.:

### Stimulus:

Die inneren/ internen Auslöser seien negativ erlebte Gefühlszustände wie hohe Anspannung, Angst Frustration, Ärger, Wut, Suchtdruck und Auftreten von Entzugserscheinungen.

Die äußeren/externen Auslöser seien die Konflikte auf der Arbeit, Stress, Probleme mit der Partnerin und ein trinkender Freundes – und Bekanntenkreis.

Auf der Organismus-Variable : Reduziertes Selbstwertgefühl, mangelnde Fähigkeiten zur Problembewältigung, Ausbildung einer Alkohol -abhängigkeit, sexuelle Probleme

Daraus erfolgt die Reaktion:

Auf der Verhaltensebene: Herr S. konsumiere Alkohol

Auf der Gefühlsebene

(Emotionen):

Angst, Trauer, Wut (Ablehnung)

Die Kognitionen (Gedanken):

„Ich muss funktionieren.“

Selbstabwertung: „Ich darf nichts falsch machen, um die Liebe der anderen nicht zu verlieren.“

Überkompensation der Selbstunsicherheit durch Überhöhung der eigenen Fähigkeiten

Körperebene: innere Anspannung, Unruhe (Suchtdruck, Entzugssymptome)

### C-Konsequenzen

Kurzfristig: Reduktion der Ängste, kurzzeitig Entspannung und Zufriedenheit, Wegfall von Stress, Suchtdruck und Entzug, Selbstwertstabilisierung „Ich bin etwas Besonderes.“

Langfristig: weiterer Verlust des Selbstwertes, Verstärkung von Konflikten, verstärkte soziale Probleme infolge der Alkoholabhängigkeit (Partnerschaft, Beruf, Führerschein → zunehmenden Alkoholabusus)

In einer zweiten Bedingungs- und Verhaltensanalyse (Mikroebene) wird deutlich, dass der auslösende Stress auf Arbeit zu Problemen im beruflichen und im privaten Bereich von Herrn S. führt.

Foto: Der Wecker klingelt um 6.00 Uhr und Herr S. bleibt liegen und steht nicht auf.

Innerer Auslöser: Herr S. fühlt sich gestresst und kaputt („wie ein Roboter“). Er hat kein privates Leben mehr und er verliere den Bezug zu seiner Partnerin und den Kindern.

Externer Auslöser: Herr S. schildere eine hohe berufliche Anforderung. „Er arbeite zu viel und zu schwer. Ich bin nur noch für die Firma da.“

**B (Verhalten):** Herr S. bleibt liegen.

**A (Gefühle):** lustlos, allein, niedergeschlagen, traurig

**S (Körperreaktion):** Herzrasen, innere Anspannung, Schmerzen in den Knochen

**I (Innere Bilder):** Er sieht sich auf Arbeit. („wie ein Roboter“)

**C(Gedanken):** „Ich gehe da nicht hin.“  
„Was erzähle ich meinen Chef, wie kann ich ihm erklären, dass ich nicht zur Arbeit gekommen bin.“

### Kurzfristige Folgen

Intern: C+ → gönne mir Schlaf, Atmung wird langsamer, innerlich ruhiger

Extern: C - → Freundin reagiert abweisend, muss Erklärung meinem Chef geben

### Langfristige Folgen

Intern: C - → eigene Unschlüssigkeit, Unsicherheit und Stress werden größer

Extern: C - → Freundin zieht aus dem gemeinsamen Schlafzimmer aus

C - → Setzt berufliche und private Zukunft aufs Spiel, Konflikt mit dem Arbeitgeber

## **6. Diagnosen**

### Sucht Diagnosen:

Alkoholabhängigkeit: F10.2  
Herr S. erfüllt folgende Kriterien gem. ICD-10 einer Alkoholabhängigkeit:  
-Verlangen, Alkohol zu trinken  
-Körperliches Entzugssyndrom  
-Toleranzaufbau

Tabakabhängigkeit: F17.2  
Der zu Beginn der Therapie durchgeführte Fagerström-Test erbrachte mit 4 Punkten Hinweise auf eine geringe Nikotinabhängigkeit.

### Verhaltenstherapeutische Diagnose:

In den Äußerungen des Klienten sind Schwierigkeiten in Bezug auf die Lebensbewältigung klar erkennbar. Primär gehe ich bei Herrn S. eine von Stresssymptomatik aus.

1. Kriterium narzisstischer Persönlichkeitsstörung (ICD 10: 60.80)
  - Selbstaufwertung- und Erhöhung
2. Abwertung der Umwelt (Chef ist ein Idiot)
3. verringerte Frustrationstoleranz
4. Konflikte mit der Umwelt
  - auf Arbeit: Stress durch Aufgaben → Befriedigung durch Vorstellung, Chef muss selbst die Arbeit machen
  - Partnerschaft: Androhung – Trennung

## **7. Therapieziele**

Die mit dem Klienten gemeinsam erarbeiteten Therapieziele betreffen die Suchtbearbeitung, die Persönlichkeitsstabilisierung sowie die Erarbeitung von Stress- und Konfliktbewältigungsstrategien.

Standartziele (1., 2., und 8.)

1. Aufbau einer therapeutischen Beziehung
2. Erarbeitung und Vermittlung eines individuellen Störungsmodells
3. Erlernen und Festigung der Abstinenzfähigkeit (Körgel)
4. Eigene Emotionen erkennen, zulassen und verbalisieren (TEK)
5. Erarbeitung von Stress- und Konfliktbewältigungsstrategien (ATP-, SKT-H. Alsleben)
  - Erfassung von Stressoren
  - Erfassung der Stressbewältigung, Selbstwertsteigerung
  - Persönliche Ressourcen im Berufsleben
  - Erfassung der Krankheitsbewältigung
6. Erarbeitung eines realistischen Selbstbildes (Kognitive Umstrukturierung Beck-ABC Schema)
7. Vorbereitung für die MPU
8. Rückfallprophylaxe

## **8. Therapieplanung**

Überblick über die Therapiesitzungen



<b><u>Diagnostische Gespräche</u></b> <b>→ Ziel</b>	<b><u>Methode</u></b>	<b><u>Materialien</u></b>
1. Aufbau einer therapeutischen Beziehung Beginn der Exploration	Motivierende Gesprächsführung	Fragebogen zur Symptomatik und Lebensgeschichte
2. Anamneseerhebung	Psychoedukation VA + BA	Checkliste ICD - 10
3. Anamneseerhebung	Psychoedukation – Stress Makroanalyse	Warnsignale für Stress, Erfassung Stressbarometer
<b><u>Therapiegespräche</u></b> →Ziel	<b><u>Methode</u></b>	<b><u>Materialien</u></b>
1. Psychoedukation Alkohol und Aufbau der Veränderungsmotivation	Psychoedukation Motivierende Gesprächsführung	Arbeitsblatt: „Erklärungsmodell“
2. Förderung der Veränderungsmotivation	Motivationstherapie	Arbeitsblatt: „ Waagschale“ Arbeitsblatt: „ Wichtigkeitsskala“
3. Verstehen eigener Konsummuster	Motivationstherapie Kognitive Verhaltenstherapie VA + BA	Lebensalkoholkonsumkurve
4. Entwicklung von Veränderungszielen	Kognitive Verhaltenstherapie Stimulus Kontrolle	Arbeitsblatt: „ Veränderungsziele“
5. Strategien im Umgang mit Verlangen nach Alkohol	Kognitive Verhaltenstherapie Geleitetes Entdecken	Arbeitsblatt: „ Verlauf des Verlangens“
6. Rückfallprophylaxe	Kognitive Verhaltenstherapie	Arbeitsblatt: „ Rückfallmodell Marlatt und Gordon“ Notfallplan
7. Problemlösen	Problemlösetraining Nach D`Zurilla & Goldfried	Arbeitsblatt: „ Schritte des Problemlösens“ Problemlöseplan
8. Psychoedukation Stress Stressanalyse	Psychoedukation Mikroanalyse	Checkliste: „Warnsignale für Stress“ TEK-Arbeitsblatt: „Analysieren“
9. Stressregulation	Kognitive Verhaltenstherapie	TEK-Arbeitsblatt: „Regulieren“
10. Vermittlung des ABC-Modells	Kognitive Verhaltenstherapie	Beispielsammlung Flipchart
11. Herbeiführen bewusster Entscheidung zur Veränderung bestimmter Gefühle/Verhaltensweisen	Kognitive Verhaltenstherapie	Arbeitsblatt ABC - Schema
12. Soziale Kompetenz und Abschluss der Therapie	Kognitive Umstrukturierung Rollenspiel	Arbeitsblatt: „Praktische Übung“

## 9. Therapiedurchführung

Herr S. erschien am 15.04.2016 zunächst fremdmotiviert zu unserer ersten Sitzung. Ich begrüßte Herrn S. freundlich und zugewandt und informierte mich über seine Erwartungen und seine angedachten Ziele. Anschließend klärte ich ihn über formale Rahmenbedingungen der Beratungsstelle auf und stellte mich persönlich vor. Ich erläuterte Herrn S. meine Arbeitsweise zur VT und schilderte ihm einen formalen Ablauf. Nachdem ich grob sein derzeitiges Konsumverhalten und seine aktuelle Lebenssituation exploriert habe, habe ich die wesentlichen Punkte seiner Erzählungen zusammengefasst. Ich vergewisserte mich, ob seine Schilderungen richtig erfasst habe. Anschließend erläutere ich die unterschiedlichen Hilfsangebote wie z.B. eine stationäre Entgiftung oder eine ambulante Entgiftung unter ärztlicher Begleitung. Gemeinsam wägen wir das Für und Wider der unterschiedlichen Hilfeformen ab. Herr S. entschied sich für eine ambulante Entgiftung unter ärztlicher Begleitung. Wir vereinbarten diesbezüglich für den kommenden Tag einen Termin bei seinem Hausarzt. Als Aufgabe für zu Hause habe ich Herrn S. den Fragebogen zur Symptomatik und Lebensgeschichte (G.Görlitz, M.Müther & G.Zarbock) mitgegeben. Des Weiteren planten wir die nächsten zwei probatorischen Sitzungen. Nach diesem informativen Teil fragte ich Herrn S. ob es noch Ungereimtheiten gäbe, was er verneint. Während des Gespräches wirkte Herr S. sehr aufgeregt und verzettelte sich selbst in nicht enden wollenden Sätzen.

Ab dem Erstgespräch der diagnostischen Sitzungen habe ich als wichtigste Aufgabe angefangen, eine gute therapeutische Beziehung mit den Basisvariablen nach Rogers Empathie, Wertschätzung und Echtheit mit Herrn S. aufzubauen. Es dient zur Grundlage für alle Interventionen.

In der zweiten diagnostischen Sitzung, nach erfolgreicher Entgiftung, konnte ich an Hand des gut ausgefüllten Fragebogen und weiterer diagnostischer Mittel, wie eine erste Verhaltens- und Bedingungsanalyse auf der Makroebene sowie die Checklisten ICD-10 Alkohol und Nikotin eine Anamnese erheben. Mit Hilfe der Motivierenden Gesprächsführung vertiefte ich die therapeutische Beziehung zu Herrn S. In dieser Sitzung haben wir angefangen erste Bewertungen und Informationen mit Hilfe des Problembaumes zu ordnen. Herr S. hat als Hausaufgabe den Problembaum mitbekommen und sollte versuchen, ihn weiter auszufüllen.

Im dritten diagnostischen Gespräch analysierte ich gemeinsam mit Herrn S. die Problembaum-Metapher. Hieraus entwickelten wir die ersten Therapieziele.

Im Rahmen der Vorinformationen aus dem Erst- und Zweitgespräch besteht der Verdacht, dass bei Herrn S. erhöhte stressverursachende Belastungen vorliegen. Mit Hilfe des Fragebogens nach Stächele & Volz und einer Makroanalyse wurden in der dritten probatorischen Sitzung die stressassoziierten Symptomatik exploriert und erfasst. Dabei wurde ermittelt, welche privaten Belastungen und Arbeitssituationen aus Sicht von Herrn S. einen Zusammenhang mit der Entstehung der Stresssymptomatik haben, welche Bewältigungsversuche unternommen werden und welche Konsequenzen sich daraus ergeben. Durch die Erfassung der Konsequenzen haben sich schon erste Hinweise auf aufrechterhaltende Faktoren ergeben.

In dieser Sitzung lernte Herr S. das Transaktionale Modell (Lazarus & Folkmann, 1984) für die Erklärung von Stress als psychologisches Geschehen, das vor allem durch kognitive Prozesse gesteuert wird, kennen. (siehe Anhang 1)

Nach den probatorischen Sitzungen wurde mit dem Klienten vereinbart, dass wir uns in den nächsten sieben Sitzungen zunächst um die Alkoholproblematik und die Stabilisierung und Festigung der Abstinenz von Alkohol kümmern. In den Sitzungen 8 -11 werden wir das Thema Stress bearbeiten. Die letzte Sitzung dient der Reflektion der erreichten Ziele.

Als Hausaufgabe hat Herr S. Literatur zum Durcharbeiten erhalten, um sich seiner Alkoholproblematik zu stellen.

## Therapeutische Sitzungen

### 1.Sitzung

Zum Beginn der ersten therapeutischen Sitzung erläuterte ich Herrn S. das Ziel und den Ablauf der Sitzung. Zunächst vermittelte ich ein bio-psycho-soziales Entstehungsmodell der Alkoholabhängigkeit. Das bedeutet, dass biologische Faktoren eine Rolle spielen. Man nimmt an, dass es eine genetische Veranlagung für die Suchtentwicklung gibt. Durch einen regelmäßigen Alkoholkonsum kann es zu „Umbauprozessen im Gehirnstoffwechsel“ kommen, die dann Entzugserscheinungen auslösen, wenn der Konsum von Alkohol eingestellt wird. Unter sozialen Faktoren versteht man die Verbreitung des Alkohols in der Familie, im Freundeskreis, der Arbeitsstelle usw. Diese Faktoren bestimmen, ob man den probierten Alkohol weiterkonsumiert und ob es zu einem Problem für den Betroffenen wird. Für eine Abhängigkeitsentwicklung sind psychologische Faktoren wichtig. Ein solcher Lernmechanismus ist zum Beispiel das Klassische Konditionieren. Es erklärt den zwanghaften Alkoholkonsum, Entzugserscheinungen und Craving. Herr S. konsumiert nach der Arbeit um 17.00 Uhr in der Küche sein Feierabendbier. Er bemerkt, dass er beim Trinken entspannt. Im Laufe der Zeit werden die äußeren Reize (Uhrzeit, Küche) selbst zum Auslöser, Alkohol trinken zu wollen. Somit bildet sich ein Suchtgedächtnis. Weiterhin spielte bei Herrn S. auch das „Lernen am Modell“ eine wichtige Rolle. Das Modell besagt, dass wir ohne weitere Übung das Verhalten anderer Menschen nachahmen: „sein Großvater sei ein Trinker gewesen“.

Herr S. lernte die Unterscheidung von Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit kennen. Er konnte seine eigene Alkoholabhängigkeit zurückmelden, nachdem wir die einzelnen ICD-10-Diagnosekriterien besprochen haben.

### 2.Sitzung

Nach der Begrüßung habe ich die Therapiemotivation von Herrn S. erfragt. „Er sei gespannt und gut motiviert für die heutige Sitzung. Ich habe kurz die Inhalte der vergangenen Sitzung zusammengefasst und habe nach offen gebliebenen Fragen mich erkundigt. Dann habe ich dem Klienten den Inhalt und den Ablauf der zweiten Sitzung erläutert. Es sollen Motive und Anlässe für den Alkoholkonsum identifiziert werden.

Mit dem Arbeitsblatt Waageschale habe ich mit Herrn S. die individuellen Gründe für seinen Alkoholkonsum besprochen. Der Klient sollte die Wichtigkeit einzelner Konsummotive bewerten. Es soll dabei eine Akzeptanz geschaffen werden, später voreingenommen über Veränderungsziele nachzudenken. Im nächsten Schritt habe ich mit Herrn S. über die Vorteile seiner Veränderung des Alkoholkonsums, der erreichten Abstinenz, gesprochen. Dabei sollte er die Wichtigkeit seiner Veränderungsmotive auf

einer Wichtigkeitsskala von 0 – 10 bewerten (Skala 0 = nicht wichtig bis Skala 10 = sehr wichtig)

Als weiteren Schwerpunkt der Sitzung reflektierte Herr S. seinen Alkoholkonsum in der Vergangenheit. Der Klient begann mit der Erarbeitung seiner Lebens-Alkoholkonsumkurve, vom Erstkonsum bis zur Gegenwart. Mit Hilfe dieses Diagrammes soll Herr S. seine Trinkmotive und seine Trinkanlässe kennenlernen.

Mit Hilfe der Arbeitsblätter ergeben sich Hinweise auf die Funktionalität von Alkohol für Herrn S.

Als Aufgabe für zu Hause vereinbarten wir die Beendigung der Kurve, um in der nächsten Sitzung über Konsumgewohnheiten, die sich aus der Erstellung des Diagrammes ergeben, sprechen können.

### 3. Sitzung – Verstehen eigener Konsummuster

Herr S. kommt mit seiner fertig gestellten Kurve zur dritten Sitzung. Er beklagte sich zunächst, dass die Hausaufgabe zu viel Zeit in Anspruch genommen hat und bei ihm auch Stress hervorgerufen habe. Mit Techniken der motivierenden Gesprächsführung konnte sich Herr S. auf die heutige Sitzung konzentrieren und akzeptierte, dass wir uns in einer späteren Sitzung um den Stress kümmern werden.

Mit der Lebens-Alkohol-Konsumkurve reflektierte Herr S., dass er die Menge des Alkoholes ständig steigerte, um seine gewünschte Wirkung realisieren zu können. Die positiven Erlebnisse wandelten sich zunehmend in negative Konsequenzen um.

Anhand der Kurve haben wir im nächsten Schritt eine beispielhafte Auslösesituation ausgewählt (Probleme mit der Partnerin). Hieraufhin erstellten wir gemeinsam eine Verhaltensanalyse. Die Auslösesituation, Gedanken, Gefühle, körperliche Reaktionen und Folgen, die mit dem Alkoholkonsum in Verbindung stehen, haben wir erkundet.

Mit Hilfe von Verhalten- und Bedingungsanalysen konnte Herr S. seinen Toleranzaufbau Alkohol) verstehen, er sah wie das Alkoholproblem entstanden ist und wodurch es aufrechterhalten wurde.

Als Aufgabe für zu Hause, sollte Herr S. weitere Auslösesituationen aufschreiben und versuchen selbständig eine Verhaltensanalyse durchzuführen.

### 4. Sitzung – Entwicklung von Veränderungsstrategien

Nach der Begrüßung und nach der Erkundigung seiner Therapiemotivation heute, besprechen wir gemeinsam die Hausaufgaben der vorherigen Sitzung und besprechen die eigenständig erstellte Verhaltensanalyse.

Das Ziel der vierten Sitzung ist das Stabilisieren seiner erst kürzlich erreichten Abstinenz, das Erlernen von Bewältigungsstrategien und Informationen über Entzugserscheinungen. Sein neu erlerntes Verhalten wird durch Verstärkung des Therapeuten und durch Selbstverstärkung stabilisiert.

Mit dem Arbeitsblatt Veränderungsstrategien konnte Herr S. Veränderungen in seinem Verhalten und in seinen Gedanken vollziehen. Ihm ist es gelungen, sein Haus, Hof und Garage von allen leeren und vollen Alkoholflaschen zu befreien. Er erhält seit seiner Abstinenz Unterstützung von seiner Partnerin und sucht die SHG des Caritasverbandes auf. Er trifft sich nicht mehr mit Kumpels in der Garage „wo nur Alkohol fließt“.

Herr S. lernte die Methode „Gedankenstopp“ kennen. Hierbei werden die unliebsamen Gedanken aktiv gestoppt. Immer wenn Gedanken an Alkohol aufkommen, ruft Herr S. laut STOPP oder stampft kräftig mit dem Fuß auf. Herr S. lernte negative Gedanken zu

hinterfragen „ich schaffe die MPU sowieso nicht“ und mit positiven Inhalten „Ich werde die MPU bestehen“ zu ersetzen.

Herr S. lernt, dass er Entzugssymptomen nicht hilflos ausgesetzt ist, sondern kann sie vielmehr in verschiedensten Bewältigungsstrategien anwenden. z.B. Verlangen nach Alkohol → „ich gehe in meinen Garten und grabe um oder hacke Holz.“ Oder bei Ärger/Reizbarkeit → „Ich lasse meine Wut raus, ich power mich aus.“ (Boxsack)

Zum Schluss der Sitzung haben wir besprochen, dass es wichtig ist, sich für seine Erfolge zu belohnen. Herr S. soll als Aufgabe für zu Hause überlegen, wie er sich angemessen belohnen kann, wenn er sein Ziel erreicht hat, z.B. eine weitere Woche in der Abstinenz zu sein.

#### 5.Sitzung – Strategien im Umgang mit Verlangen nach Alkohol

Zum Einstieg in die Sitzung habe ich Herrn S. gefragt welche persönlichen Erfahrungen er mit dem Thema Verlangen verbindet. Durch „geleitetes Entdecken“ soll der Klient die Erkenntnis erlangen, dass sein Verlangen nach Alkohol eine zeitlich begrenzte körperliche Reaktion ist, die allmählich nachlässt, wenn man ihr nicht nachgibt. Herr S. hat auf dem Arbeitsblatt „Verlauf des Verlangens“ aufgezeichnet, wie sich sein Verlangen zeitlich entwickelt hat. Herrn S. wurde in dieser Stunde vermittelt, dass das Verlangen eine ganz normale körperliche Reaktion ist, die besonders stark in der ersten Zeit nach der Entgiftung/Entwöhnung auftritt. Zu dem bereits erarbeiteten Erklärungsmodell Klassisch konditionierte Reiz-Reaktionsketten konnten wir nochmal Bezug nehmen. Er erkannte, dass bestimmte Reize (Anblick von Bierflaschen, trinkender Freundeskreis, Wunsch nach Entspannung) eine Schlüsselrolle beim Auslösen von Alkohol spielen.

#### 6.Sitzung - Rückfallrisiko / Rückfall / Rückfallprophylaxe

Nach der Begrüßung von Herrn S. habe ich mich nach seiner Abstinenz und nach eventuellen schwierigen Situationen erkundigt. Und wie er sich für seine Einhaltung der Abstinenz belohnt hat. Freudestrahlend hat mir Herr S. daraufhin berichtet, dass er zu seiner Belohnung mit seiner Familie ins Theater gefahren sei, um „den kleinen Muck“ zu sehen. Er kann sich nicht erinnern, wann er das letzte Mal so einen schönen Familienausflug hatte.

In unserer heutigen Sitzung geht es um das Thema Rückfall. Ein langjähriger Alkoholkonsum ist durch die klassische Konditionierung mit einer Vielzahl von Schlüsselreizen verknüpft. Diese automatisierten Verhaltensketten sind im Gehirn gespeichert und können bei Klienten die schon über mehrere Jahre in der Abstinenz mit einer guten Prognose leben, zum Rückfall führen. Anhand des Rückfallmodells von Marlatt und Gordon und einem Beispiel aus einer seiner vergangenen Trinkauslöser „Konflikte mit der Partnerin“ habe ich Herrn S. über die Mechanismen eines Rückfalls aufgeklärt. Somit ist er gut ausgerüstet, um sich Risikosituationen stellen zu können. Im folgenden Gesprächsverlauf setzte sich Herr S. mit seinen Hochrisikosituationen auseinander. Er sollte überlegen, welchen Herausforderungen er sich in der nächsten Zeit stellen muss. Herr S. hat alle Risikosituationen in eine Rangreihe gebracht, wobei „Stress auf Arbeit“ das höchste Rückfallrisiko darstellt. Nun stellt sich die Frage, was Herr S. tun kann, falls er einen „Ausrutscher“ bzw. „Rückfall“ erleidet, um keinen „Rückfallschock“ zu bekommen und die Therapie in Frage stellt? Als Strategie hierfür stelle ich Herrn S. einen Notfallplan vor. Wir

besprechen die Inhalte und Herr S. bekommt als Hausaufgabe seinen persönlichen Notfallplan zu erstellen.

### 7. Sitzung – Problemlösetraining

Mit seinem erstellten Notfallplan kommt Herr S. zur der siebenten Sitzung. Nach dem alle Fragen beantwortet wurden, widmeten wir uns dem Thema Probleme rechtzeitig zu erkennen und strategisch zu lösen. Im Mittelpunkt stehen Probleme die nicht direkt mit dem Alkoholkonsum verbunden sind, aber die wichtig für die Aufrechterhaltung des Abstinenzzieles sind. Eine erfolgreiche Bewältigung der eigenen Probleme ist ein wichtiger Baustein auf dem Weg zur Stabilisierung der Abstinenz. Ich erläutere Herrn S. die Phasen des Problemlösens (nach D`Zurilla & Goldfried). Die zwei größten Probleme, die Herrn S. zu schaffen machen, sind → die Stresssituation auf der Arbeit und → der Verlust des Führerscheins. „Ich schaffe das alles nicht.“ Herr S. hat die letzte Situation so genau wie möglich beschrieben und nach Lösungsansätzen gesucht. Unter therapeutischer Anleitung konnte er für jeden Ansatz Vor- und Nachteile sowie kurz- und langfristige Konsequenzen erarbeiten (siehe Anhang). Als Hausaufgabe soll Herr S. den erstellten Problemlöseplan in die Praxis umsetzen.

### 8. Sitzung- Stress-Psychoedukation-Analyse

Herr S. kommt erwartungsvoll zur nächsten Sitzung. Denn wie geplant, wenden wir uns nun in den vier folgenden Sitzungen den Themen Stress, Gedanken und Gefühlen zu. Durch Recherchen im Internet hat Herr S. bereits gute Grundkenntnisse über die Wirkungsweise von Stress im Gehirn. Ergänzend zu seinem bereits vorhandenen Wissen erläutere ich die Ebenen des Stressgeschehens (Stress-Ampel) und erkläre körperliche Reaktionen unter Stress. Außerdem verweise ich auf das Transaktionale Modell, welches Herr S. schon in der dritten diagnostischen Sitzung kennengelernt hat. (Anhang 1). Mit Hilfe der Checkliste: Warnsignale für Stress (Aus: Kaluza, G.: Stressbewältigung) stellte Herr S. fest, dass er mit 52 Punkten tief im Teufelskreis der Verspannungen, emotionalen Belastungen und Gesundheitsstörungen liegt. Er erkannte, dass er auf jedem Fall etwas gegen den Stress unternehmen muss.

Im Sinne einer Mikroanalyse erstellte ich gemeinsam mit dem Klienten eine detaillierte Erhebung der Bedingungen, Reaktionen und Folgen in konkreten belastenden Stresssituationen. Mit therapeutischer Hilfe und Bausteine aus dem TEK hat Herr S. angefangen, das Gefühl Stress zu analysieren. Als Hausaufgabe sollte Herr S. die Stressanalyse reflektieren und das Arbeitsblatt „Stressdetektiv: Dem Stress auf die Spur kommen“ (Aus Kaluza, G.: Stressbewältigung) ausfüllen.

### 9.Sitzung - Regulation

In dieser Sitzung reflektierten wir die Analyse aus der letzten Sitzung und wandten uns dann dem Regulieren zu. Diese Sitzung gestaltete sich als sehr schwierig, denn Herr S. konnte sich nur wenig konzentrieren. Und schweifte immer wieder von dem aktuellen Thema ab. Seine Gedanken kreisten um die MPU. Wir vereinbarten, dass wir uns 10 Minuten seiner Gedanken widmen und dann wieder zum eigentlichen Thema zurückkehren. Nachfolgend werteten wir seine Hausaufgaben aus. Diese Aufgabe ist ihm sehr schwer gefallen und er wollte sie im therapeutischen Gespräch vervollständigen. Herr S. hat sich in den letzten Wochen vor der Entgiftung zunehmend unwohler und unzufriedener gefühlt. Er fühlte sich zunehmend körperlich

angespannt. Immer wieder löste die Situation auf Arbeit bei ihm Stress aus. Seine Gedanken zur Arbeit zu gehen, waren nur negativ besetzt. „Ich schaffe das nicht mehr. Mein Chef ist ein Idiot.“ Als Aufgabe für zu Hause sollte er Stresssituationen sammeln und nochmals einem Stressfaktor auf die Spur kommen.

#### 10. Sitzung – Kognitive Umstrukturierung –ABC-Modell

In dieser Sitzung erklärte ich Herrn S., dass wir an seinen Gedanken und den Bewertungen seiner Gedanken und den daraus resultierenden Gefühlen und Reaktionen arbeiten wollen.

Zunächst erklärte ich Herrn S. eingehend das ABC-Schema zur Kognitiven Therapie. Er reagierte anfänglich recht skeptisch, ob man wirklich durch andere Gedanken einen Einfluss auf die Gefühle nehmen kann. Und er konnte sich es nur recht schwer vorstellen, dass dadurch sein späteres Handeln beeinflusst wird. Durch Beispiele, die wir gemeinsam erarbeiteten, konnte er sich das jedoch immer mehr und mehr vorstellen. Herr S. nahm wahr, dass unterschiedliche Menschen auf dasselbe Ereignis vollkommen unterschiedlich reagieren. Herr S. bekam zur nächsten Sitzung die Aufgabe eine beispielhafte Stress auslösende Situation der kommenden Tage mit dem ABC-Schema zu analysieren.

#### 11. Sitzung – Kognitive Umstrukturierung – ABC- Modell

Ich lobte Herrn S. zunächst für die sorgfältige Erledigung der Aufgabe. Wir konkretisierten die auslösende Situation A und ich zeigte Herrn S. auf, dass die Situation „zur Arbeit zu gehen“ ein inneres und äußeres Ereignis darstellt. Weiter explorierte ich C (die emotionalen Verhaltenskonsequenzen) „ Ich bin wütend, angespannt und ärger mich, ich habe nur noch Stress. Ich bin wie ein Roboter“. Nun bespreche ich mit Herrn S. wie er sich eine wünschenswerte Reaktion C+ vorstellt. Was könnte ein konkretes Veränderungsziel sein. Herr S. möchte wieder mit Freude zur Arbeit gehen und keinen Druck mehr vom Chef verspüren. Er wünsche sich ein stressfreies Verhalten gegenüber seinem Chef. Die herausgearbeiteten Emotionen, an denen wir weiter arbeiten wollen, sind Wut und Stress. Im nächsten Schritt geht es um die Herausarbeitung der dysfunktionalen Kognitionen B, die dieses Gefühl nähren. „Ich kann das alles nicht schaffen, Ich bin nichts wert.“ Diese Grundannahme bedingt der Gefühle von abgelehnt werden, persönlichem Scheitern und Wertlosigkeit. Herr S. stellt fest, dass er auf der Basis dieser Kognitionen kein selbstsicheres und stressfreies Verhalten an den Tag legen kann. Daraufhin erarbeiteten wir Zusammenhänge zwischen biografisch belastend erlebten Situationen, Rückmeldungen aus dem Umfeld und die davon abgeleiteten Selbstbeurteilungen. Herr S. erkannte, dass seine Gedanken keinesfalls geeignet sind, sich sicherer zu verhalten. Als wirksame Strategie erwies sich, die Sicht von Herrn S. auf eine dritte Person zu projizieren. Anhand der Frage, was er denken würde, wie sich eine andere Person wohl verhalten würde, wenn sie sich eben jene Sätze einflüstere wie er sich selber sage, erkannte Herr S. wie er sich selber klein hielt. Herr S. erhielt die Aufgabe von seiner Familie zu erfragen, welche positiven Eigenschaften sie an ihm wertschätzen.

#### 12. Sitzung – Soziale Kompetenz / Abschluss der Therapie

Zum Beginn der 12. Sitzung berichtet Herr S. dass er auch in dieser Woche abstinent geblieben ist. Die positiven Rückmeldungen seiner Familie haben ihm bestätigt, dass

er ein interessanter und handwerklicher Mann sei. Ich lobe Herrn S. für seine Zuverlässigkeit und sein Durchhaltevermögen. Mit den Inhalten der letzten Sitzung hat Herr S. Probleme. Es fällt ihm noch schwer, verschiedene Bewertungen für nachfolgende Konsequenzen zu finden.

In der letzten Sitzung geht es darum, eigene Bedürfnisse und Gefühle in angemessener Art und Weise anderen Personen mitzuteilen. Herrn S. wird das Konzept der „Sozialen Kompetenz“ vermittelt. Außerdem soll der Klient Kommunikationsfertigkeiten erlernen. Mit Hilfe eines Rollenspiels, Ablehnen von Alkoholangebot, haben wir die besprochenen Fertigkeiten ausprobiert und geübt. Das Rollenspiel dient als Modell einer realen Problemsituation. Herr S. konnte hier im geschützten Rahmen neue Erfahrungen sammeln.

Am Ende der Sitzung bitte ich um eine abschließende Bewertung der Therapie. Herr S. gibt an, dass die Informationen zu den Wirkungen und der Funktionalität von Alkohol und Stress für ihn besonders wichtig gewesen zu sein. Es hat ihm sehr geholfen, sein Abstinenzziel weiterhin aufrecht zu erhalten. Hilfreich für ihn waren besonders das aktive Vermeiden von Auslösereizen und der Blick auf dem Notfallplan.

## **10. Ergebnisse der Therapie**

Im Verlauf der Behandlung ergaben sich umfangreiche Veränderungen im Erleben des Klienten. Diese betrafen sowohl den Konsum von Alkohol als auch die Bewältigung psychosozialer Konflikte und belastender emotionaler Zustände. Zudem war auch die regelmäßige Teilnahme an der Therapie mit Erledigungen der Hausaufgaben als positives Therapieergebnis anzusehen.

Bei der Beurteilung der Therapiezielerreichung zeigten sich die Ziele, Erlernen und Festigung der Abstinenzfähigkeit, Aufbau einer therapeutischen Beziehung und Erarbeitung von Störungsmodellen, voll erfüllt.

Bei der Bearbeitung von Stress- und Konfliktbewältigungsstrategien sowie der Umgang mit Emotionen ließen sich ebenso Fortschritte erreichen. Herr S. wurde sich in der Therapie eigener Wünsche und Bedürfnisse bewusst. Es erfolgte eine kritische Auseinandersetzung mit den Werten der Herkunftsfamilie, so dass er schließlich eine funktionale Zukunftsperspektive erarbeitete.

## **11. Reflexion**

Im Erstkontakt wirkte Herr S. sehr bestimmend auf mich. Ich habe lange gezögert, ob er der „richtige Klient“ für meinen Fallbericht ist. Anfänglich ist es Herrn S. schwer gefallen die Hierarchie in der Klient-Therapeuten-Beziehung zu akzeptieren und anzunehmen. Immer wieder hat er versucht, die Gesprächsführung zu übernehmen. Meine Empfehlungen eine Entwöhnungsbehandlung durchzuführen, ignorierte Herr S. vollständig. „Er sei auf keine fremde Hilfe angewiesen. Zur Not habe er seinen Hausarzt. Die Sitzungen bei der Caritas reichen ihm und seiner Partnerin völlig aus.“ Insbesondere hat der Klient zu Beginn der Therapie seinen Alkoholkonsum in der Vergangenheit verharmlost und bagatellisiert. Schuld waren immer nur die anderen. Durch lautes, ausschweifendes und bestimmtes Reden, wollte Herr S. immer wieder von seinem damaligen Alkoholkonsum und den auslösenden Stressreaktionen ablenken. Diese Situation hat mich zuerst verunsichert und löste bei mir Ärger, sowohl



auf Herrn S. als auch auf mich aus. Nachdem ich das in der Therapie ansprach, konnte Herr S. das als ein für sich typisches Verhalten erkennen. Mit Hilfe der motivierenden Gesprächsführung ist es immer mehr gelungen, eine gute therapeutische Beziehung aufzubauen. Herr S. konnte zunehmend Vertrauen in die einzelnen Sitzungen gewinnen.

Die Aufarbeitung und Reflektion des Alkoholkonsums in der Vergangenheit mit Problemlösetraining und Erarbeitung von Rückfallstrategien, sowie gegenwärtiger Verhaltensänderungen konnte von Herrn S. mit steigendem Interesse bearbeitet werden. Er arbeitete zunehmend interessiert und aktiv mit und konnte für sich eine positive zufriedene Abstinenz entwickeln.

Das Thema Stress- und Stressbewältigung stellte für mich eine Herausforderung dar. Dieses Thema habe ich zum ersten Mal durch Herrn S. mit einem Klienten bearbeitet. Herr S. sowie ich konnte große Fortschritte in der Thematik erzielen. Die Gesprächseinheiten waren aus meiner Sicht nicht ausreichend. Dies hat auch Herr S. bestätigt und hat Interesse gezeigt, weiter daran zu arbeiten. Im gemeinsamen Gespräch haben wir eine Möglichkeit erwogen, dass Herr S. im Anschluss an die Therapiesitzungen sich um ein Trainingsprogramm zur Stressbewältigung, dass von den Krankenkassen anerkannt ist, zu bemühen.

Das Ziel „Vorbereitung auf die MPU“ konnte aus zeitlichen Gründen nicht umgesetzt werden.

Ich habe auf den nächsten MPU-Vorbereitungskurs in unserer Beratungsstelle hingewiesen.

Insgesamt war ich sehr erfreut über die Vielzahl der Veränderungen, die Herr S. im Verlauf der Therapie realisieren konnte. Um die Stabilität der erreichten Veränderungen aufrechtzuerhalten wurde mit Herrn S. besprochen, dass er eine Selbsthilfegruppe besucht und bei Bedarf eine Wiedervorstellung vereinbart.



Grit Stigge  
Dipl.-Sozialpädagogin (FH)

## 12. Literatur und Anhang

- A. Batra / R. Wassmann / G. Buchkremer : Verhaltenstherapie, Grundlagen –  
(4. Auflage Thieme) Methoden – Anwendungsgebiete
- M.Heinrichs / T.Stächele / G. Domes (2015): Stress und Stressbewältigung
- H. Alsleben / I.Hand  
(2. Auflage 2013 Springer-Verlag): Soziales Kompetenztraining
- J. Körkel / C. Schindler  
(2003 Springer-Verlag): Rückfallprävention mit  
Alkoholabhängigen (Das strukturierte  
Trainingsprogramm S.T.A.R.)
- Beate Wilken  
(7.überarbeitete und erweiterte  
Auflage 20015 Kohlhammer): Methoden der Kognitiven  
Umstrukturierung

### Anhang

#### 1. Diagnostisches Gespräch – 2. Sitzung

Das Modell fokussiert auf das subjektive Erleben von Stress. Es dient als Basis für kognitive Erklärungsansätze und Interventionen. Mithilfe dieses Stressmodells erkannte Herr S. den Einfluss kognitiver Prozesse auf sein Stressgeschehen. Zudem stellt dieses Modell das Behandlungsrational für kognitive Interventionen dar. Das Transaktionale Stressmodell erklärt, dass zunächst das auslösende Ereignis einer primären Bewertung hinsichtlich seiner Relevanz und Valenz unterzogen wird. Die sekundäre Bewertung der Situation bezieht sich auf die zur Verfügung stehenden Bewältigungsstrategien. Basierend auf dem Ergebnis der Bewertung werden Bewältigungsstrategien gewählt, welche nach deren Anwendung zu einer Neubewertung der Situation führen. Im Prozess der Bewältigung unterscheidet Lazarus das Emotionsfokussierte Coping mit dem Ziel, den emotionalen Zustand zu verändern und unangenehme Gefühle zu reduzieren und zum anderen eine Problemfokussiertes Coping mit dem Ziel, die Stressursachen zu verändern.

2. zur 11.Sitzung

ABC – Schema

<b>A - Situation</b>	<b>B – Gedanken über A-----</b>	<b>---&gt; C Gefühle / Verhaltensweisen</b>
Auf der Arbeit sein	„Ich kann das alles nicht schaffen.“ „Ich bin nichts wert.“	- Wütend, angespannt - Ärger - Stress
<b>A - Situation</b>	<b>B` hilfreiche Gedanken über A- - (Erwiderung zu B)</b>	<b>---&gt;C` gewünschte Gefühle/ Verhaltensweisen</b>
Auf der Arbeit sein	„Ich werde das schaffen.“ „Ich werde sagen was mich stört.“ „Ich werde mehrere kleine Pausen einlegen.“ „Ich werde tief Luft holen.“	- Mit Freude auf der Arbeit sein - Keinen Druck spüren - Stressfreies Verhalten

„ Ich habe diese Prüfungsarbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe und nur unter Hinzuziehen der angegebenen Quellen angefertigt.“

Grit Stigge

Osterburg, 05.02.20

