

THERAPIEKONZEPT

für die stationäre Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen
mit Schwerpunkt Drogenabhängigkeit



Klinik Neumühle

HOLLSTADT

Rehabilitationsklinik für Drogenabhängige

ZERTIFIZIERTES QM - SYSTEM · DIN EN ISO 9001:2008 &



Mitglied im: **Fachverband Sucht e.V.** GCAA GERMAN COUNCIL ON ALCOHOL AND ADDICTION



Impressum

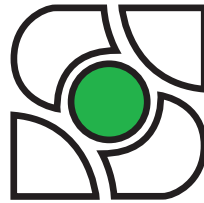
Haus Saaletal GmbH
Klinik Neumühle Hollstadt

Autoren:

Dr. med. Sabine Freundhuber, Klaus Müller, Jörg Rieger

Nachdruck nur mit schriftlicher Genehmigung des Herausgebers

I000 - 09.2010



Klinik Neumühle

Hollstadt

Rehabilitationsklinik
für Drogenabhängige

**Wissenschaftlich begründetes
Therapiekonzept**

für die stationäre Rehabilitation
von Abhängigkeitserkrankungen
mit Schwerpunkt Drogenabhängigkeit

Neumühle 3 · 97618 Hollstadt
Telefon 09773/9150-0 · Fax 09773/9150-10
E-Mail: rezeption.nm@saaletalklinik-bad-neustadt.de
www.saaletalklinik-bad-neustadt.de

INHALTSVERZEICHNIS:

Vorwort, Gegenstand der Betrachtung, neurobiologische Grundlagen und psychotherapeutische Leitlinien

1. AUFNAHMEMODUS	11
1.1 Stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme	11
1.2 Indikationen	11
1.3 Kontraindikationen	11
1.4 Vergabe der Aufnahmetermine	12
1.5 Aufnahmeverfahren/Aufnahmetermin	12
2. MEDIZINISCH-TECHNISCHE AUSSTATTUNG	13
2.1 Ärztlicher Dienst/Pflegerische Maßnahmen	13
2.2 Patienten mit besonderen medizinischen Risiken	14
2.2.1 Chronische Hepatitis C-Virusinfektion	14
2.2.2 Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS)	14
2.2.3 Diätpflichtige Patienten	15
3. BEHANDLUNGSKONZEPT	16
3.1 Vorbereitung der Aufnahme	16
3.2 Aufnahmetag/Aufnahmewoche	16
3.3 Behandlungsteam	17
3.4 Behandlungsorganisation	17
3.5 Behandlungsziele	18
3.6 Behandlungsdauer und Therapieangebote	18
3.7 Qualitätssichernde Maßnahmen	19

4. DETAILLIERTE BESCHREIBUNG DES BEHANDLUNGSVERLAUFES DER PSYCHOTHERAPIE-PHASEN

4.1 A. Aufnahmephase (1. bis ca. 4. Woche)	20
4.2 B. Durcharbeitungsphase (ca. 5. bis 13. Woche)	20
4.3 C. Kompetenzphase (ca. 14. bis 18/21. Woche)	21
4.4 D. Ablösephase (ca. 21. bis 26. Woche)	22
	22

5. THERAPEUTISCHE INHALTE

5.1 Krankheitsmodell	23
5.2 Gruppentherapie	23
5.2.1 Psychologische Testung	23
5.3 Beschreibung psychotherapeutischer Einzelgespräche und Maßnahmen der Behandlung bei Borderline Persönlichkeitsstörung	25
5.3.1 Psychotherapeutische Einzelgespräche	25
5.3.2 Komorbidität bei Suchterkrankungen - Behandlung bei komorbiden Störungen	25
5.3.2.1 Hyperkinetische Störung	25
5.3.2.2 Borderline Persönlichkeitsstörung	27
5.3.2.3 Narzisstische Persönlichkeitsstörung	27
5.3.2.4 Dissoziale Persönlichkeitsstörung	27
5.3.2.5 Schizoide Persönlichkeitsstörung	27
5.4 Sozialdienst	28
5.5 Behandlungsangebot für Frauen	28
5.6 Behandlungsangebot für Mutter/Vater-Kind	28
5.7 Behandlungsangebot für Paare	29
5.8 Indikative Gruppen	30
5.8.1 Indikative Gruppe: Bewerbungstraining	30
5.8.2 Indikative Gruppe: Essstörungen	30
5.8.3 Indikative Gruppe: Schulung der Patientenpaten	31
5.8.4 Indikative Gruppe: Aggression	31

5.8.5 Indikative Gruppe: Migranten/Aussiedler	31
5.8.6 Indikative Gruppe: Raucherentwöhnung (Kompaktprogramm über drei Wochen)	32
5.8.7 Indikative Gruppe: Verkehrsmedizin	33
5.8.8 Indikative Gruppe: Gesundheitsinformation	34
5.8.9 Indikative Gruppe: Skills-Training	34
5.8.10 Indikative Gruppe: Qigong	34
5.9 Rückfallprophylaxe	35
5.9.1 Rückfall und Rückfallbearbeitung	35
5.10 Angehörigengespräche	35
5.11 Ergotherapie / Kreativtherapie	38
5.12 Physiotherapie und Krankengymnastik	39
5.13 Sport-, Bewegungs- und Körpertherapie	40
5.14 Arbeitstherapie	40
5.15 Schule am Krankenhaus	42
5.16 Ehemaligentreffen	44
5.17 Selbsthilfegruppen	45
	45

6. Literaturverzeichnis

	47
--	----

7. Anhang Klinikregeln

	48
--	----

8. Konzept berufliche Reintegrationsphase

	52
--	----

9. Verkehrsanbindung

	54
--	----

Vorwort

Die Haus Saaletal GmbH betreibt drei Klinikbereiche für Abhängigkeitserkrankungen, die Saaletalklinik, Rehabilitationsklinik für Alkohol- und Medikamentenabhängige in Bad Neustadt/Saale mit 166 Behandlungsplätzen, die Adaptionseinrichtung „Maria Stern“, Medizinische Rehabilitationseinrichtung für suchtkranke Menschen in Bad Neustadt/Saale mit 18 Behandlungsplätzen und die Klinik Neumühle, Rehabilitationsklinik für Drogenabhängige in Hollstadt mit 48 Behandlungsplätzen.

Die Haus Saaletal GmbH ist eine 100%ige Tochtergesellschaft der Rhön-Klinikum AG. Die Rhön-Klinikum AG ist einer der großen, privaten, bundesdeutschen Krankenhausträger.

Die Klinik Neumühle ist seit 1980 eigenständiger Klinikbereich für Drogenabhängige, sie liegt am Rande des etwa zehn km von Bad Neustadt/Saale entfernten Dorfes Hollstadt und ist ein ehemaliger Mühlenbetrieb. Nach Bad Neustadt/Saale fährt mehrmals werktäglich ein klinikeigener Bus, samstags und sonntags werden bei Bedarf auch Fahrten mit dem Taxi auf Klinikkosten durchgeführt. Derzeit können 48 Patienten überwiegend in modern eingerichteten Zweibettzimmern untergebracht werden. Alle Zimmer verfügen über Dusche und WC.

In der Rehabilitation drogenabhängiger Patienten ist die Aktualisierung des Behandlungskonzeptes von Zeit zu Zeit notwendig.

Die Hauptdiagnose der behandelten Patienten lautet „Polytoxikomanie“. Angestiegen sind Behandlungsfälle, die während der stationären Rehabilitation einer längeren medikamentösen Behandlung bedürfen, insbesondere der opiatabhängigen Patienten mit Methadon, aber auch Codein und Buprenorphin. Durch den polyvalenten Missbrauch benötigen Patienten für die Entgiftungsbehandlung wesentlich längere Zeit und während der Phase der vegetativen Umstellung noch mehrere Wochen in der Rehabilitationszeit, wo sie mit Entzugserscheinungen behandlungsbedürftig bleiben. Die schlechtere körperliche Verfassung geht einher mit rasch wechselnden Stimmungs- und Gemütszuständen, die sich erst allmählich stabilisieren. Seelische Entzugserscheinungen in Form innerer Leere, plötzlich auftretender depressiver Verstimmungen, Ratlosigkeit, usw. beeinflussen und erschweren die Mitarbeit der Patienten in der Rehabilitation. Lässt sich keine Rehabilitationsfähigkeit herstellen, erfolgt die Rückverlegung in eine erneute stationäre Entgiftung.

Unter dem Einfluss der praktizierten Polytoxikomanie entstehen neue, abhängigkeitsinduzierende Grunddrogenkonsummuster. Noch mehr als früher isolieren sich Patienten und begreifen sich als Einzelkämpfer. Daher sind therapeutische Veränderungen notwendig, die einerseits die Gruppenkohäsion fördern, andererseits auch mit Hilfe konzentrationsübender Verfahren berufs- und leistungsbezogene Fertigkeiten der Patienten intensiv ver-

bessern helfen. Konzentrationsübungen in den verschiedensten Therapiebereichen, eine Intensivierung des Gehirnjogging, Bewegungs- und Körpertherapie und eine Erweiterung des Angebotes indikativer Themen sollen als neue Behandlungsmodule die Wirksamkeit der Rehabilitation verbessern.

Mit Einführung des neuen Therapiekonzeptes bietet die Klinik Neumühle auch die Aufnahme von Patienten mit Haustieren – Hund oder Katze – an.

Aus Gründen der sprachlichen Vereinfachung wurde für die Formulierung des Konzeptes und der Regeln bzw Hausordnung die männliche Form gewählt. Angesprochen sind selbstverständlich alle Frauen und Männer in der Klinik Neumühle.

An dieser Stelle sei allen Mitarbeitern der Klinik gedankt, die die Inhalte dieses Konzeptes mitgestaltet haben. Dank gebührt ebenso vielen Anregungen aus den externen Qualitätszirkeln, sowie dem sachkundigen und kompetenten Rat der Mitarbeiter der Rentenversicherungsträger, Krankenkassen, Sozialhilfeträger und Suchtberatungsstellen.

Hollstadt, im September 2010.



GEGENSTAND DER BETRACHTUNG:

Drogenabhängigkeiten bzw. Polytoxikomanie gehören als Untergruppen in der Klassifikation nach der ICD10 zu den Abhängigkeitserkrankungen. Von ihrer Psychodynamik her steht häufig eine tiefe geistig-seelische Entwicklungsstörung, die im Laufe der Therapie immer deutlicher zutage tritt, mit allen Formen von geistig-seelischer, neurobiologischer und sozialer Komorbidität. Die sich daraus ergebenden Beziehungs- und Entwicklungsstörungen bedürfen deutlich mehr einzeltherapeutischer Maßnahmen, nicht nur in Form von Gesprächen, sondern auch im Bereich der Sport-, Kreativ-, Arbeits- und Ergotherapie. Letztlich sind alle Mitarbeiter berufsgruppenübergreifend gefordert. Betrachtet man im Vorfeld die berufliche und soziale Situation der meisten Rehabilitanden, so haben viele, neben dem vorangegangenen prozesshaften Einstieg in die „illegale Szene“, häufig parallel dazu verlaufend einen prozesshaften Ausstieg aus tragenden gesellschaftlichen Bezügen wie Familie, Schule, Beruf, drogenfreien Freunden und Lebenspartnern.

Die Frage nach der sich rasch verbreitenden „Polytoxikomanie“ ist immer wieder notwendig, um sich mit den Funktionen und Anteilen aller Drogen, die bei dem Einzelnen und in den Gruppen eine bestimmende Rolle spielen, auseinanderzusetzen. „Spaß haben“ ist neben der „Neugier“ Hauptgrund dafür geworden, dass viele Jugendliche Drogen konsumieren. Freizeitsituationen und Partys spielen eine wesentliche, mitbestimmende Rolle.

Jeder mögliche „Drogenkonsument“ benötigt als eine Bedingung mindestens eine Person, von der er die Droge erhält. Dies ist nicht so häufig wie vermutet der „Dealer“, sondern eine oder mehrere Personen aus dem engeren Bekanntenkreis mit der oder mit denen dann auch gemeinsam über längere Zeit konsumiert wird. Aus soziologischen und gruppodynamischen Unter-

suchungen ist bekannt, dass für den fortgesetzten Substanzgebrauch eine „individuelle Motivation“ zugrunde liegt unter dem Stichwort „Drug-set Interaktion“. Dies bedeutet, dass die Auswirkung des Drogenkonsums mehrere Ebenen betrifft. Ecstasy z.B. ist keine einheitliche Medikamentengruppe, sondern enthält in der Regel Anteile von Amphetaminen, Begleitsubstanzen mit mehr oder minder schädlichen Wirkungen und Nebenwirkungen. Bei der Drogeneinnahme reagiert aber der Konsument nicht nur auf die Droge mit ihrem Verändern seelischen Befindens und neuen Zeittaktes, sondern auch auf wahrgenommene soziale und psychische Eindrücke, die Ergebnis der Drogeneinnahme sind. Damit können Individuum und Droge nicht losgelöst betrachtet werden von sozialen Lernprozessen und vom sozialen Umfeld, dem psychischen und sozialen Bewusstsein. Hier entsteht nicht nur eine Beziehung „Droge – Mensch“, sondern ein Motivationskomplex, aber auch das „Craving“. Dieses Empfinden „abhängiger Gier“ wird z.B. schon vom ersten Kokainkonsum berichtet mit raschem Eintritt von Entzugserscheinungen.

Die grobe Einteilung der Drogen durch die Konsumenten selbst in „Uppers“ und „Downers“, also z.B. Opiate und Amphetamine ist zwar pharmakologisch bekannt, trotzdem gilt es, begleitend im gesamten Therapieverlauf die Suchtanamnese und die wechselnden Konsummuster für jeden einzelnen Patienten genau zu untersuchen. Dabei sind Rückmeldungen der Patienten untereinander in Gruppen- und Einzelgesprächen bedeutsam. Soziale Kontrollen in Form von Ritualen und Sanktionen sind deutlich herauszuarbeiten. Dies gilt auch für die häufig anzutreffende Einstellung „den anderen nicht in die Pfanne zu hauen“, ein wiederkehrendes „Subgruppenverhalten“. Dies gilt es in allen Facetten auszuleuchten. Die Spannweite sowohl im psychischen als auch sozialen Umgang mit sich selbst und anderen ist dabei groß. Es kann sich herausstellen, dass das Interesse am anderen nur gering entwickelt ist, eine Äußerung dazu könnte lauten – „der ist ja alt genug, der muss wissen was er tut“. Der Hinweis danach

etwa, dass wir es in der sozialen Begegnung mit Abhängigkeitskranken nicht mit Altersfragen sondern mit Einstellungsfragen zu tun haben, kann den Anfang einer anderen Betrachtungsweise finden. Das andere Extrem besteht aus einer Mischung von Gruppenzugehörigkeit (wir müssen auf jeden Fall zusammenhalten), starker Reserviertheit in der Vertrauensfindung, realistischer „Knasterfahrung“, persönlichem Erleben, auch bei lebensbedrohlichen Situationen in der „Szene“ völlig hingengelassen zu sein. Die Art des Drogenkonsums ist ebenfalls notwendig in der individuellen Bedeutung zu verstehen, denn für einen Cannabisabhängigen ist „Eimer zu rauchen“ mit einer ganz anderen Anschwemmung der Droge im Körper verbunden als etwa gelegentliches Kiffen. Das „Eimer rauchen“ geschieht mit einem handelsüblichen Haushaltseimer, Wasser, einer großen Flasche und den üblichen Rauchtensilien. Über das Herauspumpen der Luft aus der Flasche und das Hineinpumpen cannabishaltigen Rauches und zunehmender Konzentration in die Flasche hinein, beginnt ein Ritual, des „alles auf einmal Inhalieren“ des Stoffes. Risikoverhalten, maximales Austesten der Substanz und ihrer Wirkung stehen dabei im Mittelpunkt. Aber auch soziale Konnotation, denn wer „Eimer rauchen“ nicht kennt, ist möglicherweise „nicht in“. Bei Konsumenten von psychedelischen Drogen ist die Funktion der „Goapartys“ etwas anderes als wenn ein Konsument primär „Raver“ ist. Ein „Raver“ geht zum Raving, d.h. zum Tanzen, in die Musik, manche sagen auch in den „Ozean“. Ein Drogengebrauch geschieht gelegentlich, meist als Beikonsum, daraus kann sich trotzdem eine Abhängigkeitserkrankung entwickeln. Ein Besucher einer „Goaparty“ geht auch zum Tanzen, sich zu treffen, sich zu zeigen usw., aber in der Mehrzahl wird von vornherein ein Drogengebrauch mit eingeplant.

Das „Chill-Out-Phänomen“ ist ebenfalls eine Art festgelegtes Handlungsmuster innerhalb der Techno-Szene, wobei der über setzte Begriff „Entspannungsphase“ eher bedeutet, dass auf speziellen Partys Clubräume oder Bereiche mit diesem Namen vor-

handen sind, um einen schrittweisen „Ausstieg“, z.B. in Form des „Runter-Rauchens“ der Ecstasywirkungen mittels Cannabis zu ermöglichen. Diese scheinbare Normalität des Konsumes großer Mengen von Speed, „Pillen“, Cannabis, teilweise Benzodiazepinen, die im direkten Konsumfeld häufig zunächst jedes Wochenende in wiederkehrenden Mustern zu sich genommen werden, sind sicherlich mit ein Grund für die sich ausbreitenden „Polytoxikomanien“. Nicht selten berichten Patienten von den „Grenzerfahrungen“, z.B. infolge von Überdosierungen mit längerfristigen Zuständen von Bewusstlosigkeit, Einlieferung als Notfallpatienten, Herzstillstand, usw..

Nach immer wiederkehrenden Berichten von Patienten unterscheidet sich offenbar die Droge „Ecstasy = E“ von vielen anderen gängigen Drogen, dass sie nach dem „Schlüssel-Schloss-Prinzip“ funktioniert. Dem Konsumenten ist es kaum möglich, das Wirkungsniveau langsam zu steigern, sondern die Wirkung kommt und bleibt für mehrere Stunden mit Nachwirkungen, teilweise noch für ein bis drei Tage. Das anschließende Gefühl starker Empathie wird keineswegs immer als angenehm interpretiert, sondern kann mit dafür Ursache sein, dass der übergroße Anteil der Konsumenten nach mehreren Versuchen auch wiederum das Interesse - nach dem Motto „mit soviel Glückseligkeit kann ich einfach nicht viel anfangen“ - verliert. Für den Rehabilitationsprozess ist aber weiterhin bedeutsam, dass sich unter dem Umgang mit Amphetaminen insbesondere vom MDMA-Typ Reflektionen zum eigenen Erleben und Risikobewusstsein beim Einzelnen viel langsamer einstellen als in anderen Drogenszenen. Bei zunehmend intensiven Abhängigkeitserkrankungen besteht ohnehin als zusätzlicher Faktor der „Subkultur“ gleichzeitig eine weitgehende Indifferenz gegenüber dem gesetzlichen Status der Substanzen. Je jünger aber die Patienten bezüglich des Einstiegsalters werden, dies ist aus Befragungen und Statistiken gut bekannt, desto eher üben illegale Drogen einen zusätzlichen Konsumanreiz aus. Die durchaus bei Drogenkonsumenten über

längere Zeit vorhandene individuelle Fähigkeit zur Interpretation der pharmakologischen Effekte nehmen im Bereich zunehmender Abhängigkeit deutlich ab. Damit hat sich auch der Begriff der Einstiegsdroge verschoben. Falls Cannabis jemals eine Einstiegsdroge war, ist sie heute bei Drogenpatienten in der Regel ein „omnipräsentes Verhalten“ geworden.

Mitarbeiter von Drogenkliniken gelten zunächst für viele Patienten als „Gleichsetzung“ gegenüber staatlichen Instanzen. Dies ist nicht nur bei Patienten wichtig, die aus der Haft gemäß §35 BtmG zur Rehabilitationsbehandlung kommen, aus ganz anderen Gründen auch für russischsprachige Migranten, letztlich für die meisten aller Patienten am Anfang der Behandlung. Hier ist die Art der bisherigen Zusammenarbeit mit Mitarbeitern der Beratungsstellen, Bewährungshelfern, die Offenheit gegenüber Eltern ein wesentlicher sozialer Indikator, um eine gemeinsame Arbeitsbeziehung entwickeln zu können. Der Satz „ich hatte halt Pech, dass ich erwischt wurde“ muss dabei zunächst als interaktionelle Beschreibung der Einstellung bei fast allen Patienten am Neubeginn festgehalten werden. Bei vielen besteht als mehr oder weniger direkter Einfluss der Illegalität eine ebenso mehr oder weniger stark ausgeprägte „Paranoia“ gegenüber staatlichen Instanzen, usw.. Dies gehört bei jedem Patienten angesprochen, um nicht in sozialen Folgen der Droge „kleben zu bleiben“ und um das häufig vorhandene „Schwarz-Weiß-Schema“ anzusprechen. Dabei bleibt eine zentrale Frage, wie stark die Identifikation der einzelnen Patienten mit einem Lebensstil in den Drogen integriert ist, und ob sich hier eine Veränderungsfähigkeit und Veränderungsbereitschaft im Laufe der Therapie entwickeln lässt.

Grundlegende Handlungsphilosophie für die Mitarbeiter der Klinik ist dabei, dem Patienten soviel Hilfe wie möglich, aber auch nur so viel Hilfe wie notwendig, abgestimmt in den jeweiligen Behandlungsphasen, anzubieten. Besonders wichtig erscheint es dabei, vom einfachen „Ursache-Wirkungdenken“ wegzukom-

men. Der immer wieder gespürte Wunsch aus der Umgebung von Patienten – er könne ja so bleiben, wie er sei, er müsse nur die Drogen weglassen – beschreibt die notwendigen Veränderungsschritte keineswegs und nur eindimensional.

Vernetztes Denken und Empfinden sowohl auf Seiten der Mitarbeiter als auch auf Seiten der Patienten in biopsychosozialen Gewichtungungen sind notwendige Basis für eine erfolgreiche Drogenrehabilitation.

Dabei ist es keineswegs eine Binsenweisheit, dass nicht nur gesellschaftlich abweichende Verhaltensweisen, wie etwa Drogenkonsum, über zwischenmenschliche Kommunikation vermittelt werden, sondern sogenannte konforme Verhaltensweisen und Motivationen ebenso. Dies ist Risiko wie Chance sowohl für Mitarbeiter als auch für Patienten.

Der Behandlungsauftrag lautet, die Leistungsfähigkeit der Patienten im Arbeitsleben und sozialen Kontext wiederherzustellen. Ohne Behandlung bestehen für Drogenabhängige wenige Möglichkeiten in die Arbeitswelt integriert zu werden. Aus dem Klinikalltag und vielen Befragungen wissen wir, dass berufliche Perspektiven die Motivation zum Ausstieg fördern und hilfreich sein können, Rückfälle zu vermeiden. Dies gilt für die Behandlung körperlicher Erkrankungen bis hin zur Schuldnerberatung. Nachdem in unserer konsumorientierten Gesellschaft „Genuss“ häufig von außen kommt, zu einem passiv pluralisierten Handlungsmuster geworden ist, wird Arbeit eher als etwas Feindseliges, „asketisches“ angesehen. Aufgrund der vorangegangenen Verlusterfahrung im Arbeitsbereich der Patienten ist diese individuelle Sichtweise nicht ohne Belang. Da wir als Menschen aber Sachverhalten gegenüber auf der Grundlage der Bedeutung der Sachverhalte handeln, die diese Sachverhalte als Überzeugung für uns besitzen, lässt dies auch eine neue therapeutische Chance als Veränderungsmotivation zu. Die Mitarbeiter bieten sich als „ganze Men-

schen“ an, um mit gemeinsamer sozialer Interaktion kreative Arbeit soweit wie möglich in einem schöpferischen Prozess neu entstehen zu lassen. Gerade alltägliche Arbeit beinhaltet die Chance in gemeinsamer Auseinandersetzung etwas Schöpferisches zu tun.

Der völlige Wiedereinstieg in die Gesellschaft kann innerhalb des Rahmens der stationären Rehabilitation allein nicht geleistet



werden, aber die Richtung des Weges muss gemeinsam angegangen werden, da sich sonst keine neue soziale Stabilität für den Patienten einstellen wird. Sinnfragen, psychotherapeutische Reflexionen über die einzelnen Behandlungsschritte gemeinsam mit dem Patienten und insbesondere die Vorstellung, wie sein zukünftiges Leben ablaufen könne, stehen immer wieder im Mittelpunkt der Gespräche.

Über „Schnupperpraktika“ werden Patienten intensiv mit allen Arbeitstherapiemöglichkeiten im Hause bekannt gemacht, wo möglich, werden berufliche Vorerfahrungen genutzt. Die Verbesserung des Konzentrationsvermögens sowohl in der Einzel- als auch in der Gruppenarbeit hat dabei sozialmedizinisch eine sehr hohe Bedeutung. Dies reicht von abgestuften Arbeitsaufgaben in den einzelnen Arbeitstherapiebereichen mit zunehmender sozialer Verantwortung für andere und sich selbst, über die regelmäßige Teilnahme am „Gehirnjogging“, bis zur ausführlichen Vorbereitung auf einen Kurs zur Steigerung des beruflichen „Grundleistungsvermögens“. Dieser Kurs wird gemeinsam mit dem „Christlichen Bildungswerk“ in Bad Neustadt/Saale als Maßnahmenträger für unsere Patienten mit dreiwöchigem Verlauf und einer Nachbesprechungsphase durchgeführt. Die berufliche



und schulische Situation nach der Entlassung wird unter Einbeziehung des sozialen Umfeldes gemeinsam geprüft, dies gilt auch für die Durchführung notwendiger adaptiver Maßnahmen einschließlich der Antragstellung. Auf die in gleicher Trägerschaft stehende, eigenständige Adaptionseinrichtung Maria Stern in Bad Neustadt/Saale mit 18 Behandlungsplätzen, gegründet im Oktober 1998, wird verwiesen.

TIEFENPSYCHOLOGISCHES KONZEPT UND GRUNDANNAHMEN ZUR KOGNITIVEN VERHALTENSTHERAPIE UND DER PRAKTISCH THERAPEUTISCHEN ARBEIT:

Die klinikinternen Leitlinien in der psychotherapeutischen Rehabilitationsbehandlung der uns anvertrauten drogenabhängigen Patienten beschreiben aus der psychoanalytischen Sicht des Menschen die Entwicklung des Selbst und seiner strukturierten Ich-Funktionen in hohem Maße als Funktion der Verinnerlichung von Beziehungen. Die Entwicklung einer neuen Selbstwertregulierung ohne den Einfluss von Drogen, eines veränderten Selbstbil-



des im Sinne einer sich neu entwickelnden positiven Identität soll ermöglicht werden.

Das Klinikkonzept geht von der Annahme aus, dass bei der Entwicklung von Abhängigkeitserkrankungen bei den einzelnen Betroffenen die Drogen als Substitut wesentlicher „Ich-Funktionen“ gedient haben, daher wird versucht, diesen fehlgeschlagenen „Selbstheilungsversuch“ in allen sozialen, persönlichen und psychischen Lebensbereichen zu verstehen und zu verändern. Über Hilfen bei der Krisenbewältigung und Problemen mit der Realwelt sowie erlebnispädagogischen Maßnahmen in variablen Settings wird versucht, den Patienten eine persönliche, allmählich positiv zu notierende belastbare und belastungsfähige Beziehung anzubieten, dabei aggressive Gegenübertragungsimpulse zu verstehen, „auszuhalten“ und im Beziehungssinne von eigenen, privaten Bedürfnissen freizuhalten. Über klinikinterne regelmäßige Supervision werden sowohl therapeutische Techniken als auch die professionelle Haltung vermittelt, um dies neuen Erfordernissen anzupassen, basierend auf Einfühlen und Verstehen der differierenden Übertragungen in Verbindung mit den jeweils formulierten realen Anliegen. Über klinikeigene sowie externe Weiterbildungen werden Therapeuten dazu befähigt, auch mit Übertragungen aus der Zeit der frühesten Objektbeziehung der Patienten in geeigneter Weise umzugehen. Die Fähigkeit, insbesondere zu Behandlungsbeginn auf Deutung zu Gunsten der Beziehungsentwicklung zu verzichten, ermöglicht dem Therapeuten hilfreiche Interventionen, die zunächst als Auf- und Ausbau von „Hilfs-Ich-Beziehungen“ dienen, später die Erweiterung der Ich-Kompetenzen verbunden mit besserer sozialer Alltagsbewältigung der Patienten beinhalten sollen. Ziel ist die Vermittlung von sozialer Kompetenz, psychischer Reflexivität, Verbesserung der Kontrolle der Handlungsmuster, deutliche Verbesserung des Konzentrations- und Durchhaltevermögens mit berufsnahen Erprobungen sowie zeitnahe Aufnahme eines Beschäftigungsverhältnisses.

Des Weiteren beziehen wir uns in unserem therapeutischen Ansatz in der Behandlung von Patienten, welche unter Suchterkrankungen und Persönlichkeitsstörungen leiden, auf theoretische und praktische Erkenntnisse, welche in den letzten Jahren von führenden Wissenschaftlern der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Forschung ausgearbeitet wurden.

Kognitive Therapie ist eine Form der Psychotherapie, deren Ziel es ist, exzessive emotionale Reaktionen und selbstständiges Verhalten durch Modifikation der zugrundeliegenden unangemessenen Denkmuster zu reduzieren.

Ausgangspunkt für unser therapeutisches Vorgehen bei einem Patienten ist die sorgfältige Bearbeitung eines individuellen Fallkonzepts. Dieses wiederum basiert auf dem kognitiven Störungsmodell. Die Erarbeitung eines Fallkonzeptes, das die aktuelle Problematik eines Patienten in Beziehung zu seinen im Verlauf seiner Lebensgeschichte verfestigten Denkmustern setzt, unterscheidet die kognitive Therapie von Beginn an von vielen anderen Formen der Psychotherapie. Unser Ansatz ist (1) kollaborativ (basierend auf einem Vertrauensverhältnis zwischen Therapeuten und Patienten), (2) aktiv, (3) zu einem großen Teil auf offenen Fragen basierend und (4) sehr strukturiert und problemorientiert.

Speziell in der Suchttherapie soll die kognitive Therapie einem Patienten helfen, den Zusammenhang zwischen emotionaler Belastung und der Einnahme von Suchtmitteln zwecks Genuss und/oder Erleichterung zu erkennen. Gleichzeitig werden Strategien zur Reduktion von Suchtmittelverlangen und zur Stärkung der Selbstkontrolle vermittelt. Außerdem kann die kognitive Therapie Patienten dabei helfen, Emotionen (z.B. depressive Verstimmungen, Ängste oder Ärger) besser in den Griff zu bekommen, die oftmals Suchtverhalten auslösen.

Das Hauptanliegen der kognitiven Therapie ist es, (1) die Intensität und Häufigkeit von Verlangen durch Umbewertung der zu-

grundlegenden Grundannahmen zu reduzieren und (2) den Patienten verschiedene Techniken zu vermitteln, mit denen sie Verlangen kontrollieren bzw. erträglich machen können. Kurz gesagt, besteht das Ziel darin den Drang, Suchtmittel zu konsumieren, zu reduzieren und die Kontrolle des eigenen Verhaltens zu erhöhen. Wenn der Patient außerdem auch unter anderen psychischen Störungen leidet, werden diese in der Therapie auf jeden Fall mitberücksichtigt.

Kognitive Therapie kann auf verschiedene Weise durchgeführt werden. Der Therapeut hilft dem Patienten, die Folge von Gesehnissen zu erkennen, die zu seinem Drogenkonsum geführt hat und sich seiner Grundannahmen über die Bedeutung von Drogen, Alkohol und Nikotin bewusst werden. Gleichzeitig trainiert der Therapeut den Patienten darin, zu erkennen und kritisch zu hinterfragen, auf welche Weise für ihn typische Denkweisen zu emotionalen Belastungen und Anspannung führen. Der Therapeut hilft dem Patienten, Denkweisen zu modifizieren, damit dieser einen besseren Zugang zu seinen wirklichen Problemen findet und sie von durch irrationales Denken entstandenen Problemen unterscheiden kann. Schließlich können Patienten durch verschiedene Übungen ein Kontrollsystem aufbauen, das ihnen hilft, selbst auf starkes Verlangen angemessen zu reagieren. Die Techniken, die unsere Therapeuten anwenden, beinhalten vor allem eine genaue Analyse und Bewertung der kurzfristigen Vor- und Nachteile des Suchtmittelkonsums. Der Therapeut hilft dem Patienten außerdem, erfolgreiche Bewältigungsstrategien für konkrete Probleme im Alltag und den Umgang mit unangenehmen Gefühlen zu finden, die als Alternativen zum Drogenkonsum eingesetzt werden können. Diese Strategien helfen den Patienten, ihr Leben wieder neu zu strukturieren und so neue und andere Quellen der Befriedigung zu finden.

Da viele Suchtpatienten eine geringe Frustrationstoleranz aufweisen, wird in der Therapie darauf geachtet zu verdeutlichen, wie

selbstbewertende Gedanken über die eigenen Fähigkeiten zu Überreaktionen führen, wenn Hindernisse oder Verzögerungen in der Befriedigung von Wünschen auftauchen. Der Therapeut demonstriert auch, wie Patienten solchen Hindernissen als lösbaren Problemen und nicht als lähmenden Blockaden begegnen können.

Viele Patienten, die Schwierigkeiten haben, sich durchzusetzen, lassen sich leicht von anderen dominieren oder ausbeuten und verspüren so häufig Ungeduld, Enttäuschung und Ärger. Indem sie interpersonelle Fähigkeiten erlernen, können die Patienten ihre Rechte besser durchsetzen. Diese Sicherheit kann ihnen auch von Nutzen sein, wenn andere ihnen Suchtmittel anbieten. Das Ablehnen von Suchtmitteln kann eine neue Bedeutung erhalten: Etwas für sich selbst tun, langfristige Interessen vor kurzfristige Entspannung stellen und weniger empfindlich auf kleinere Ärgernisse reagieren.

Eine der Hauptstrategien in der kognitiven Therapie ist der Einsatz des sokratischen Dialogs. Durch gezielte Fragen bringt der Therapeut den Patienten dazu, Bereiche, die er sonst völlig aus seinen Betrachtungen ausgeklammert hat, neu und aus einer anderen Perspektive zu sehen. Solche Bereiche können z.B. die tatsächliche Menge und Häufigkeit des Suchtmittelkonsums, die tatsächlich aufgetretenen Einschränkungen, die durch Suchtmittel entstanden sind sowie seine Auswirkung auf die Qualität der interpersonellen Beziehungen beinhalten.

Das gezielte Fragen ermöglicht es dem Patienten außerdem, Lösungsmöglichkeiten in Betracht zu ziehen, die ihm vorher noch nicht klar waren. Schließlich bringt die Methode dem Patienten die Rolle des Fragenden (statt des impulsiv Reagierenden), so dass er nun seine Gedanken und Grundannahmen objektiver bewerten kann.

Den Drogen- bzw. den Alkoholkonsum einzustellen, ist in gewisser Hinsicht ein „technisches Problem“. Die Patienten, die um

Hilfe bitten, möchten meistens aufhören, aber sie wissen nicht wie. Viele Suchtkranke haben es schon oft genug in Eigentherapie probiert, doch meist erfolglos.

Kognitive Therapie bietet ihnen ebenso konkrete Techniken, die ihnen helfen können, den Konsum einzustellen und abstinenz zu bleiben, als auch Techniken, um ihren Suchtmittelkonsum gezielt zu verringern. Patienten können diese Techniken außerdem auf ihre alltäglichen Probleme anwenden und so ein erfülltes Leben führen.

Die therapeutischen Grundhaltungen der Gesprächspsychotherapie (Echtheit des Therapeuten, unbedingte Wertschätzung des Patienten, Empathie) haben sich in der Psychotherapie im allgemeinen und auch in der Suchttherapie als wichtige Merkmale zur Gestaltung therapeutischer Beziehungen durchgesetzt. Gesprächspsychotherapeutische Elemente finden sich besonders in der Beratung in ihren verschiedenen Ausprägungsformen, z.B. bei der frühen Kontaktaufnahme, im Vorfeld der Entgiftungs- und Entwöhnungstherapien, in der Nachsorge oder in der Beratung von Angehörigen.

Aus unserer Sicht stellt die „Motivierende Gesprächsführung“ nach Miller und Rollnick eine Weiterentwicklung der oben genannten Gesprächspsychotherapie dar. Die Definition von Rollnick, wonach die Motivierende Gesprächsführung „ein direktives, klientenzentriertes Beratungskonzept zur Lösung ambivalenter Einstellungen gegenüber Verhaltensänderungen“ darstellt, weist selber auf diesen gemeinsamen Ursprung hin. Die Gesprächsführung oder -haltung ist durch ein „ruhiges, respektvolles und konstruktives Gespräch, in dem konfrontative Elemente nicht vorkommen, um so den inneren Motiven der Klienten zu erlauben, Richtung und Ergebnis der Sitzung zu bestimmen“.

Der flexible Umgang mit dem Widerstand des ambivalenten Patienten beruht auf der Überzeugung, dass Menschen mit Sucht-

mittelproblemen für eine Veränderung selbst verantwortlich sind und wir Experten Begleiter und nicht Führer dieses Veränderungsprozesses sind. Wird Motivation als beeinflussbare Veränderungsbereitschaft verstanden, die von Situation zu Situation schwankt, aber durch eine unterstützende und vertrauensvolle Atmosphäre beeinflusst werden kann, so ergibt sich für uns daraus der Schluss, genau dieses therapeutische Klima herzustellen, um so möglichst vielen Patienten die Freiheit zu geben, in die „Handlungsphase“ zu kommen und diese aufrecht zu erhalten.



I. AUFNAHMEMODUS

I.1 Stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme

Leistungs- und Kostenträger dieser stationären Behandlungsart sind die Rentenversicherungsträger gemäß §15 SGBVI, Krankenversicherungen nach § 40 Abs.2, SGB V, Privatkrankenversicherungen und Sozialhilfeträger nach § 39 und § 40 BSHG. Darüber hinaus kann die Klinik Angestellte des Öffentlichen Dienstes aufnehmen. Die Aufwendungen hierfür werden durch die Beihilfen des Dienstherren gedeckt. Die Zuweisung der Patienten erfolgt auf Veranlassung der Sozialversicherungsträger in Zusammenarbeit mit Suchtberatungsstellen und niedergelassenen oder stationär tätigen Ärzten.

Es besteht ein Vertrag nach §111 SGB V mit den Bayerischen Verbänden der Gesetzlichen Krankenversicherungen.

Die Klinik Neumühle ist im Sinne der §§ 35, 36 BtmG staatlich anerkannt durch das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit. Somit können Abhängigkeitskranke mit richterlicher Auflage behandelt werden.

I.2 Indikationen

In der Klinik Neumühle werden von illegalen und legalen Drogen Abhängige, in der Regel polytoxikomane Patienten, ab dem 18. Lebensjahr behandelt. „Polytoxikomanie“ bedeutet gleichzeitige oder wechselnde Abhängigkeit von verschiedenen Drogen, wie z.B. Heroin, Polamidon, Amphetaminen, Kokain, Speed, Tranquilizern, Alkohol, etc..

Bei allen genannten Erkrankungen wird die Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD10) benutzt. Nachdem die ICD10 zwischen „schädlicher Gebrauch“ und „Abhängigkeitssyndrom“ unterscheidet, besteht die Hauptindikation in der Rehabilitation der Patienten in der Klinik Neumühle unter dem Begriff des Abhängigkeitssyndromes (F1x.2). Der Schwerpunkt liegt auf substanzspezifischen Subtypen, Störungen durch Opiode (F11), Cannabinoide (F12), Sedativa/Hypnotika (F13), Kokain (F14), Stimulanzien einschließlich Coffein (F15), Halluzinogene (F16), Tabak (F17), flüchtige Lösungsmittel (F18) sowie multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen (F19).

Besondere Personengruppen:

Abhängigkeitserkrankte Eltern und Alleinerziehende mit Kindern im Lebensalter ab drei Jahren werden seit vielen Jahren aufgenommen. Die Kinder werden werktags gegen 7.45 Uhr bis ca. 16.00 Uhr mit dem klinikeigenen Bus in einen mit der Klinik zusammenarbeitenden in Hollstadt ansässigen Kindergarten gebracht. Ein entsprechendes Merkblatt mit einschlägigen Informationen kann angefordert werden. Eine Aufnahme von Eltern mit schulpflichtigen Kindern bzw. schwangeren Patientinnen ist nach vorheriger Absprache ebenfalls möglich.

Paartherapie:

Die Klinik Neumühle bietet seit langem verheirateten und unverheirateten sowie homosexuellen Paaren Therapieplätze an. Die Zuordnung zu getrennten Behandlungsgruppen ist die Regel, **Paare** erhalten, wenn möglich, von Beginn an ein gemeinsames Zimmer. Begleitend findet eine Paarbetreuung durch die jeweiligen Bezugstherapeuten statt.

Patienten mit komorbiden Störungen:

In der Klinik Neumühle können die Suchterkrankung häufig begleitende „Doppeldiagnosen“ mitbehandelt werden.

Häufige Begleiterkrankungen:

- ▶ Organisch-psychische Störungen (F0)
- ▶ Psychosen (F20-F29)
- ▶ Affektstörungen wie Depressionen (F31-F33, F38)
- ▶ Angststörungen, Posttraumatische Belastungsstörungen (F40, F41, F43)
- ▶ Borderline-Persönlichkeitsstörung (F60.3)
- ▶ Impulskontrollstörung (F63) und andere Persönlichkeitsstörungen
- ▶ Spezifische und tiefgreifende Entwicklungsstörungen (F80 bis F84)
- ▶ Störungen des Sozialverhaltens (F90 bis F92)
- ▶ Essstörungen (F50)

Bei allen Patienten mit psychiatrischen und/oder somatischen Begleiterkrankungen sind zur Rehabilitationsplanung medizinische Verlaufsberichte über vorangegangene Behandlungen notwendig.

Selbstverständlich können alle gängigen somatischen Begleiterkrankungen, wie z.B. Hepatitis und AIDS bei entsprechender Indikation mitbehandelt werden.

I.3 Kontraindikationen

- ▶ Chronisches himorganisches Psychosyndrom
- ▶ Diagnostisch ungeklärte ansteckende Erkrankungen im Sinne des Bundesseuchengesetzes
- ▶ Überwiegende Pflegebedürftigkeit

I.4 Vergabe der Aufnahmetermine

Voraussetzungen für die Aufnahme sind:

- ▶ Gültige Kostenzusage
- ▶ Bewerbung mit Lebenslauf und Schilderung der Suchterkrankung
- ▶ Versichertenkarte der zuständigen Krankenversicherung

Nach Möglichkeit:

- ▶ Zahnsanierungsbescheinigung
- ▶ Laborbefunde (HIV, Hepatitis-Serologie), nicht älter als drei Monate
- ▶ Antrag auf Taschengeld und Krankenhilfe beim zuständigen Sozialhilfeträger, falls kein Anspruch auf Übergangsgeld besteht

In gesondert verabredeten Ausnahmefällen ein persönliches Vorstellungsgespräch.

I.5 Aufnahmeverfahren/Aufnahmetermin

Eine feste Terminabsprache zur Aufnahme in die Klinik Neumühle kann erst nach vorliegender schriftlicher Kostenzusage erfolgen. Abweichende Verfahren können im Einzelfall geregelt werden. Eine engmaschige telefonische Zusammenarbeit mit den Entgiftungsstationen der einweisenden Kliniken existiert. Behandlungsbeginn, eventuelle Behandlungsabbrüche, das Abklingen von Entzugssymptomatik in Verbindung mit einem möglichen Aufnahmetermin werden mit den behandelnden Ärzten besprochen. Besonders die Zeit der Entgiftung und die erste Phase in der Entwöhnungstherapie sind für die Patienten extrem rückfallgefährdend, weiterhin sind vegetative Entzugssyndrome für die Teilnahme an einer Rehabilitationsmaßnahme hinderlich, so dass eine nahtlose Anschlussmaßnahme mit direkter Aufnahme am sinnvollsten erscheint.

Die Einzelheiten können mit dem Aufnahmebereich der Klinik Neumühle, **Tel.-Nr. 09773/9150-0, Fax-Nr. 09773/9150-10** abgesprochen werden. Unter Leitung der Chefärztin Dr. Sabine

Freundhuber sowie des Leitenden Psychologen Klaus Müller und erfahrenen Mitarbeitern der Verwaltung werden dabei Inhalte und Form der Aufnahme einschließlich Terminbestimmung festgelegt.



2. MEDIZINISCH-TECHNISCHE AUSSTATTUNG

Durch die enge Verbindung der Klinik Neumühle mit der in gleicher Trägerschaft stehenden Saaletalklinik in Bad Neustadt/Saale erfolgt dort die internistische Routinediagnostik und - falls notwendig - die Verlaufskontrolle für alle Patienten. An technischer Routinediagnostik werden EKG und Oberbauchsonographie durchgeführt.

Alle weiteren notwendigen Untersuchungen werden im Delegationsverfahren durchgeführt. Die Klinik ist einem großen klinischen Labor angegliedert. Dort sind kurzfristig alle klinischen Tests, einschließlich eines im eigenen Hause durchgeführten Kontrollsystems für Alkohol und Suchtmittel möglich. Alle Facharztgruppen einschließlich Zahnarzt/Kieferorthopäde befinden sich in Bad Neustadt/Saale. Dies gilt auch für die Therapiesituation der Patienten mit chronischer Hepatitis C - Infektion (siehe Kapitel 2.2) und weiteren chronischen Infektionen. Bei HIV-Infektionen und kinder- bzw. jugendpsychiatrischen Fragestellungen wird mit den entsprechenden Facharztpraxen vor Ort kooperiert.

2.1 Ärztlicher Dienst/Pflegerische Maßnahmen

Jeder neu aufgenommene Patient erhält zunächst ein psychiatrisch/fachärztliches Aufnahmegespräch durch die Chefärztin, im Anschluss daran eine assistenzärztliche Aufnahmeuntersuchung mit ausführlichem Anamnesegespräch. Sie bilden den Beginn, um mit den Patienten gemeinsam die weiteren Rehabilitationsschritte der ersten Wochen festzulegen. Erste Zielvorstellungen, gemeinsam erarbeitet mit den Patienten, z.B. Verbesserung der Beweglichkeit der Wirbelsäule aufgrund von Verspannungen der Rückenmuskulatur werden über notwendige fachärztliche Konsi-

liaruntersuchungen im Sinne der Differentialdiagnostik weiter untersucht, andererseits etwa an den Sporttherapeuten im Hause unter bestimmten Empfehlungen für die Sport- und Bewegungstherapie weitergeleitet. Wichtige Aufgabenstellung aller ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen ist es, die Patienten zu befähigen, allmählich wieder selbstverantwortlich mit dem eigenen Körper umgehen zu lernen.

Zu Beginn der Behandlung kommen viele Patienten – durchaus nachvollziehbar – in die morgendliche, tägliche Sprechstunde nach dem Motto „mach mir das schnell weg“. Unwohlsein, Gefühle innerer Leere, aber auch anklingende Schmerzen sollen möglichst rasch und ausschließlich ohne Gespräche etwa mit Schmerzmitteln „behandelt“ werden. Es ist ein mühsamer, aber lohnender gemeinsamer Lernprozess, die genaue Beobachtung des Patienten zu schulen, etwa durch ein Beschwerdetagebuch einen Zusammenhang zwischen Befindlichkeitsstörungen, inneren und äußeren Lebensereignissen selber herauszufinden, damit eine vertiefte Form von Hilfe möglich wird.

Alle fachärztlichen Befunde, weitere Diagnosen und Therapievor schläge werden über Termineinbestellungen während der Sprechstunden und Visiten einzeln mit den Patienten erörtert. Diese dienen der regelmäßigen medizinischen Verlaufskontrolle, besonders für Patienten in Krisensituationen, mit psychiatrischen Diagnosen und der Notwendigkeit z.B. von Umstellungen oder Neueinstellungen mit Neuroleptika, Antidepressiva usw..

Alle vorangegangenen ärztlichen Arbeitsschritte dienen der den gesamten Behandlungsverlauf begleitenden sozialmedizinischen Schlussfolgerung, den Behandlungsverlauf für den Patienten so zu gestalten, dass das Rehabilitationsziel möglichst vollschichtiger Leistungsfähigkeit erreichbar wird.

Im Rahmen der Behandlung nimmt der Pflegedienst regelmäßig unter Sicht Urinkontrollen vor, welche für alle Patienten jeweils

verbindlich spätestens drei Stunden nach erfolgter Aufforderung durchgeführt werden. Diese Vorgehensweise hat sich bewährt, da die Sicherheit der Maßnahme hoch ist, Fälschungsmöglichkeiten auf ein Mindestmaß reduziert werden, jedoch nicht ausgeschlossen werden können.

Das Pflegepersonal unterstützt die Patienten außerdem bei der Anleitung z.B. regelmäßiger Blutdruck- und Blutzuckerkontrollen, der Erhebung von Blutzuckertagesprofilen, aber auch bei körper- sowie lebensraum - hygienischen Maßnahmen.

Einmal wöchentlich findet im Wechsel (Chefärztin/Assistenzärztin) die „Medizinische Informationsgruppe“ statt, mit dem Ziel der allgemeinen Gesundheitsaufklärung. Die Teilnahme ist für alle Patienten verpflichtend, die Dauer beträgt etwa eine Stunde. Medizinische Themen zur Suchtentstehung, zur Auswirkung von Suchtmitteln auf den Organismus und die Psyche, zu Erkrankungen und Gesundheitsrisiken, die mit der Sucht assoziiert sind (Virushepatitis, HIV-Erkrankung, Folgeerkrankungen des Alkohol- und Nikotinkosums), Behandlungsmöglichkeiten und Aufklärung über prophylaktische Maßnahmen werden erörtert. Es können aber auch andere medizinische Themen zur Sprache kommen, die von besonderem Interesse sind oder die aktuell starke Beachtung finden (z.B. Ernährung, Sexualaufklärung, Familienplanung und vieles andere mehr).

Ebenfalls findet regelmäßig eine Chefarztvisite zusammen mit Pflegekräften, Assistenzärztin und Bezugstherapeuten statt, bei der z.B. Stand des therapeutischen Verlaufes, Zukunftsorientierung, etc. supervidiert werden.

Für den ärztlichen Dienst im Hause ist ebenso wie bei den psychotherapeutischen Mitarbeitern die regelmäßige Beantwortung verschiedenster Anfragen von Gerichten, Leistungs- und Kostenträgern, ein wesentlicher Bestandteil der alltäglichen Arbeit. Wei-

terhin koordiniert der ärztliche Dienst zur Abfassung des Entlassungsberichtes gemeinsam mit den Bezugstherapeuten und allen therapeutischen Mitarbeitern einschließlich des Pflegedienstes die notwendigen Ablaufdaten. Der formale Aufbau des Entlassungsberichtes richtet sich nach dem „Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der Medizinischen Rehabilitation der Gesetzlichen Rentenversicherung“ und den entsprechenden Anforderungen des „Peer-Review-Verfahrens“ zur Wahrung der qualitätssichernden Maßnahmen. Die sozialmedizinische Beurteilung der Leistungsfähigkeit steht dabei im Mittelpunkt. Der zeitnahe Versand parallel zur Entlassung des Patienten gewährleistet den Leistungsträgern eine frühzeitige Information über möglicherweise weitere notwendige Förderungsschritte und Maßnahmen.

2.2 Patienten mit besonderen medizinischen Risiken

2.2.1 Patienten mit chron. Hepatitis C-Virusinfektion

Drogenabhängige Patienten in der Rehabilitation leiden häufig unter einer chronischen Hepatitis C-Virusinfektion. Trotz der Hoffnung, dass zwanzig bis dreißig Prozent der akuten Infektionen spontan ausheilen, geht die chronische Infektion in der Regel mit dem klinisch/histologischen Befund einer chronischen Hepatitis einher. Das Fortschreiten dieser Erkrankung zu einer substanzialen Leberschädigung nach Ablauf von ca. drei bis fünf Jahren und mehr im Sinne einer Leberzirrhose wird in der Literatur sehr unterschiedlich beurteilt. Sie hängt auch von Lebensumständen wie weiterem Alkohol- und Drogenkonsum körperlichem Grundbefinden und speziellen Ernährungsparametern ab. Auch wiederholte Infektionen und Reinfektionen scheinen eine Rolle zu spielen. Neben dem i.v.-Drogenkonsum sind z.B. Tätowierungen, Piercings, ungeschützter Geschlechtsverkehr weitere bekannte Risikofaktoren. Nach der Einführung der antiviralen Therapie Anfang der neunziger Jahre mit Heilungschancen damals unter zehn Prozent können jetzt mit modernen Kombinati-

onstherapien Response-Raten mit über fünfzig Prozent - zeitweilig auch abhängig vom Genotyp des Virus bis zu achtzig Prozent - erreicht werden.

Im Sinne einer genauen Indikationsstellung wird in der Praxis des Rehabilitationsablaufes in der Klinik Neumühle versucht, mit den Patienten, bei denen eine Kombinationstherapie geplant ist, frühzeitig eine Diagnostik und Differentialdiagnostik einzuleiten, wozu besonders ausführliche Arzt- und Laborvorbefunde zum bisherigen Krankheitsverlauf notwendig sind. Darauf wird in der indikationsbezogenen Patientenaufnahmeplanung, die in der Regel acht bis zwölf Wochen beträgt, besonders geachtet.

In Zusammenarbeit mit einer internistischen Facharztpraxis in Bad Neustadt/Saale, wobei der behandelnde Arzt jahrelange Erfahrungen im Umgang mit dieser Therapie hat, ist eine gute Kooperation zwischen Rehabilitand und den begleitenden Therapeuten gewährleistet, um den Einfluss der Therapie Nebenwirkungen auf die Rehabilitationsbehandlung möglichst gering zu halten.

2.2.2 Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom

Das Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS) ist ein wesentliches Beispiel für den Bio-Psycho-Sozialen Rehabilitationsansatz unter besonderer Betonung neurobiologischer Mechanismen. Bei Kindern als sogenannte Begleitpersonen, aber auch bei drogenabhängigen Patienten wurde dieses Krankheitsbild in den letzten Jahren vermehrt beobachtet, diagnostiziert und therapiert.

Vielen ist der „Zappelphillip“ aus dem Struwpeter bekannt: „Ob der Phillip heute still wohl bei Tische sitzen will?“. Die bereits beim Leser sich zunehmend ausbreitende Ungeduld und Unruhe im Umfeld kannte offenbar der Autor, der Frankfurter Nervenarzt Hoffmann selbst aus seiner Kindheit. Aus verschie-

den Briefen und Eindrücken ist heute belegt, dass er mit hoher Wahrscheinlichkeit selbst unter einem Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom in der Kindheit gelitten hatte.

In der deutschen Sozialmedizin wurde in Vorlesungen die Folgen der Encephalitis lethargica der Jahre 1918 bis 1923 geschildert, die bei Erwachsenen deutliche Symptome eines Morbus Parkinson, bei Kindern aber hyperkinetische Symptome mit Aufmerksamkeitsstörungen und Unruhesymptomen hervorgerufen hatte. Daraus ergab sich die Hypothese, dass bei der Erkrankung in bestimmten Hirnzentren ein Dopamin-Mangel die Verursachung sei, der sich alters- bzw. entwicklungsspezifisch in den oben genannten Erkrankungen manifestiere. Diese Befunde sind heute durch neurophysiologische und funktionsbildgebende Untersuchungen bei hyperkinetischen Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen belegt.

Dabei ist Dopamin eine der Substanzen, die als sogenannte „Transmitter“ wesentliche Regulations- und Steuerungsfunktionen in verschiedenen Hirnarealen übernehmen. Die einzelnen Stoffe sind über kybernetische Verschaltungen miteinander verknüpft, wobei Dopamin ganz allgemein zelluläre Strukturen aktiviert, d.h. antriebsfördernd ist. Drei weitere Stoffe (es sind keineswegs alle) haben eine besondere Bedeutung für die Angst- und Stressregulierung und beeinflussen emotionale Gedächtnis Spuren. Serotonin, einer dieser Stoffe, erhält eine besondere Bedeutung in der „Erschöpfungstheorie“ nach Einnahme von Amphetaminen. So können Gefühle innerer Leere, Depressionen und Zwangsimpulse entstehen. Ein weiterer Stoff „Acetylcholin“ ist für bestimmte Formen von Gedächtnisleistungen aber auch muskuläre Übertragungen zuständig.

Die Prävalenz des kindlichen ADHS wird mit ca. sechs Prozent angegeben. Die Hoffnung, die Störung würde sich „auswachsen“, hat sich nicht bestätigt. Die Symptomatik persistiert in der Regel

zumindest als Teilsyndrom auch im Erwachsenenalter: Leider fehlen exakte Persistenzberechnungen sowie epidemiologische Untersuchungen.

Eine persistierende ADHS ist nach den Kriterien der ICD 10 (F90.0) als Erkrankung anerkannt. Es gibt verschiedene Subtypen mit vorherrschender Aufmerksamkeitsstörung. Entweder als eher stille, zurückgezogene Patienten oder mit impulsiver Symptomatik. In der allgemeinen bzw. forensischen Psychiatrie in Drogenrehabilitationseinrichtungen befinden sich wesentlich häufiger Patienten mit Hyperaktivitätssyndromen als aus der durchschnittlichen Diagnoseerwartung vorher geschätzt worden war.

Genetische Untersuchungen sind heute bereits soweit, dass sie den neurobiologischen Ansatz auch aus dieser Richtung unterstützen. Genetische Polymorphismen sind als unterschiedliches Erkrankungsrisiko auch bei ADHS diskutiert. Hier werden insbesondere genetische Varianten untersucht, die die Relevanz für dopaminerge, serotonerge und noradrenerge Neurotransmittersysteme mitcodieren. Es gibt erste Untersuchungen verschiedener Assoziationen mit Promotor-Polymorphismusgenen des Serotonintransporters und den Werten auf der neuesten Diagnostikskala des Adulten ADHS, der sogenannten Wender-Utah-Ratingskala (WURS). Durchaus für die Altersdiagnostik geeignet ist der Fragebogen für hyperkinetisches Verhalten bei Kindern nach Conners (1975) mit den Aktivitätsgraden von Null gleich gar nicht bis Drei gleich meistens und zehn Parametern; erstens: ruhig und überaktiv, zweitens: erregbar und impulsiv, drittens: stört andere Kinder, viertens: bringt angefangene Aktivitäten nicht zu Ende, kurze Aufmerksamkeitsspanne, fünftens: immer in Bewegung, sechstens: unaufmerksam und unruhig, siebtens: geringe Frustrationstoleranz, achtens: weint oft und leicht, neunten: Stimmung wechselt schnell und heftig, zehntens: Wutausbrüche und unvorhersehbares Verhalten.

Daraus lässt sich bereits im Vorfeld bei unbehandelten Kindern

und Jugendlichen abschätzen, dass soziale, psychische und psychiatrische Komplikationen bei diesem Risikoklientel weit über der Norm liegen. Antisoziale Persönlichkeitszüge, dissoziales Verhalten, Alkohol- und Drogenabhängigkeit haben eine hoch signifikante Erhöhung. ADHS-Kinder erfahren bereits im Kindergarten vielfache Ablehnungen nicht nur durch Gleichaltrige, sondern auch durch überfordertes Personal. Beobachtbar sind aus der Erkrankung heraus gespeistes oppositionell-aggressives Verhalten bei mehr als zwei Dritteln der Kinder; Überforderungen im Umfeld natürliche Konsequenz.

Mehrere Patienten sahen sich mit ihrer eigenen durchlebten ADHS-Erkrankung in ihren begleitenden Kindern wieder: Sie kannten die raschen Stimmungswechsel, die gegenteiligen Affekte nur zu gut. Dabei reicht die Verhaltenspalette von Wut und Aggressivität über Depressivität bis zur Euphorie. „Kleine Anlässe genügen, um große Wirkungen zu erzielen“, d.h. reichen aus, solche Wechsel herbeizuführen mit dem Ergebnis deutlicher sozialer Problemlagen. In Elternselbsthilfgruppen existiert das Bild „von der Kerze, die von beiden Enden abbrennt“. Neben Wut und Aggressivität stehen am anderen Pol der Affektivität depressive Symptome mit Leeregefühl, Verarmung, Angstsymptomen und sozialer Phobie.

Beim Auftreten von Suchterkrankungen sind affektive Störungen, Angststörungen neben der ADHS sich gegenseitig verstärkende Erkrankungen. Da Patienten aus dieser Gruppe z.B. die Einnahme von Amphetaminen mit Verbesserung der Konzentration und Aufmerksamkeit erlebt haben, die sich in der Abhängigkeit nicht mehr in dem gewünschten Maße einstellt, kann dies als „falscher Selbstheilungsversuch“ verstanden werden.

Es gibt verschiedene medikamentöse Hilfen, etwa aus der Gruppe antriebssteigernder Antidepressiva, Atomoxetin, Tridon, Captagon und die Grundsubstanz Methylphenidat (=Ritalin) mit

dem bekannten Risiko der Abhängigkeitsentwicklung. Weltweit ist Ritalin am intensivsten untersucht.

Bereits niedrige Dosierungen dieser Substanzen von etwa 0,2 mg pro Kilogramm Körpergewicht und Tag sind ausreichend, den Dopamintransporter (DAT) im Striatum zu reduzieren. Bereits bei dieser niedrigen klinischen Dosierung ist häufig bereits eine positiv-klinische Wirkung zu erzielen. Sie setzt weder bei den betroffenen Eltern noch bei den Kindern das Abstinenzgebot außer Kraft. Es werden individuelle medizinische und psychotherapeutische Umgangsweisen benötigt verbunden mit Anregung der Eltern und Kinder, Selbsthilfgruppen aufzusuchen. Konstantes Eingebundensein in die Ambulanz, z.B. einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik oder eines besonders befähigten kinder- und jugendpsychiaters vor Ort sind weiterhin notwendig. Sollte sich das Rückfallrisiko für die Eltern deutlich erhöhen, kommen durchaus auch andere medikamentöse Wege in Betracht.

Die Bedeutung der Gabe eines Stoffes aus dem Bereich der Betäubungsmittel gehört in den Behandlungsteams ausführlich in allen Facetten diskutiert. Hier gilt es eine genaue und differenzierte Interessensabwägung zwischen dem berechtigten Abstinenzparadigma in der Klinik und der Medikation eines Betäubungsmittels als therapeutische Notwendigkeit der Krankheitsbehandlung der einzelnen vorzunehmen. Kinder als Begleitpersonen werden bei vorliegender Symptomatik an entsprechend geeignete Behandlungszentren vermittelt.

2.2.3 Diätpflichtige Patienten

Für Patienten, die einer speziellen Diät bedürfen (z.B. bei Diabetes mellitus, Lactoseintoleranz, etc.), steht unser Küchenmeister bzw. eine Diätassistentin der Saaletalklinik in Bad Neustadt/Saale beratend zur Seite.

3. BEHANDLUNGSKONZEPT

3.1 Vorbereitung der Aufnahme

Bereits vor der Aufnahme des Patienten finden vielfältige Kontakte zwischen Beratungsstellen, Ärzten und den zukünftigen Patienten statt. Ärztliche Berichte, der Sozialbericht und der Lebenslauf des Patienten helfen bei der Rehabilitationsvorbereitung.

Wenn immer möglich finden inhaltliche Gespräche mit Mitarbeitern der Beratungsstellen und möglichst auch mit den Patienten selbst statt, hier insbesondere um die „Schnittstelle“ zwischen geplanter Entgiftung und möglichst direkter Aufnahme in die Klinik ausführlich zu besprechen und so reibungsfrei wie möglich zu gestalten.

Den Mitarbeitern der Beratungsstellen, Betreuern, Bewährungshelfern, etc. sowie den Bezugspersonen und Angehörigen der Patienten wird mitgeteilt, sich am Aufnahmetag soviel Zeit einzuräumen, dass ein Mitarbeiter unserer Klinik – in der Regel die

Chefärztin oder der Leitende Psychologe - ein gemeinsames Erstgespräch führen kann. Mindestens so häufig wie mit Mitarbeitern von zuständigen Beratungsstellen gibt es in der Behandlungsvorbereitung Gespräche mit behandelnden Ärzten, besorgten Angehörigen, Eltern, Geschwistern oder Freunden. Bei mitgeteilten körperlichen Erkrankungen, Co-Morbiditäten, etwa vorangegangenen und noch als Restsymptomatik bestehenden Psychosen, Depressionen, Ängsten finden im Vorfeld ausführliche Telefonate mit der Bitte um Zusendung entsprechender Befunde statt.

Bereits vor der Aufnahme des Patienten wird versucht die somatischen, psychischen und sozialen Problemkreise entsprechend des Bio-Psycho-Sozialen-Krankheitsmodelles so deutlich wie möglich zu machen.

3.2 Aufnahmetag/Aufnahmewoche

Als Aufnahmetage sind generell Montag bis einschließlich Freitag, täglich bis ca. 12.00 Uhr möglich. Mitarbeiter sowie Patientenpaaten haben selbstverständlich den Ablauf der Aufnahme vorbereitet. So können beispielsweise Eilaufnahmen sowie Aufnahmen

aus anderen wichtigen Gründen problemlos erfolgen. Dabei lernen die Patienten die Rezeption als organisatorischen Drehpunkt kennen. Den Mitarbeitern ist es hier ein besonderes Anliegen, Patientenbelange und Verwaltungsnotwendigkeiten übersichtlich zu gestalten und die Grundfunktionen der Rezeption zu erläutern. Die Rezeption verständigt den ärztlichen und pflegerischen Dienst, sowie den zuständigen Gruppentherapeuten. Ein Erstgespräch mit den Patienten und den Begleitern soll Schwellenängste verringern und Vertrauensbildung fördern.

Nach durchgeführter Anmeldung und Schlüsselausgabe wird den Patienten ihr Zimmer gezeigt, sie werden bekannt gemacht mit dem „Patenpatienten“, einem therapieerfahrenen Patienten, der den „Neulingen“ in den ersten Tagen zur Seite gestellt wird. Am gleichen Tag erfolgt ein chef- und assistenzärztliches Anamnesegespräch, die Aufnahmeuntersuchung wird durchgeführt und es erfolgt die Begrüßung durch den zuständigen Therapeuten.

In den nächsten Tagen werden Gespräche vertieft fortgesetzt und die Patienten in ihrer neuen Bezugsgruppe vorgestellt. Ferner findet ein erster Kontakt mit dem Mitarbeiter des Sozialdienstes statt.



3.3 Behandlungsteam

Für die individuelle und ganzheitliche Betreuung jedes Patienten sorgt ein unter fachärztlicher Leitung stehendes multidisziplinäres Team mit folgendem Stellenplan:

- 1 Chefärztin
- 1 Assistenzärztin
- 1 Leitender Psychologe
- 5 Psychotherapeuten (Diplom-Psychologen, Diplom-Pädagogen, Diplom-Sozialarbeiter)
- 4 Arbeits-, Beschäftigungs- und Ergotherapeuten
- 1 Sporttherapeut
- 1 Küchenmeister, miteingebunden in die Arbeitstherapie
- 4,5 Krankenpflegekräfte
- 3 Verwaltung

3.4 Behandlungsorganisation

Die Klinik Neumühle verfügt über fünf halboffene Therapiegruppen, die von den zuständigen **Bezugstherapeuten** psychotherapeutisch und organisatorisch geleitet werden. Im „**Co-Therapeuten**system“ vertreten sich die Psychotherapeuten in Urlaubs-, Krankheits- und Weiterbildungszeiten und nehmen regelmäßig pro Woche Co-Therapeutenfunktion wahr. Unter Anleitung der Chefärztin werden gemeinsam mit den Patienten durch den zuständigen Bezugstherapeuten in Zusammenarbeit mit seinem Co-Therapeuten, Mitarbeitern der zuständigen Therapiebereiche sowie dem ärztlichen Dienst die jeweiligen Rehabilitationsziele festgelegt und regelmäßig, z.B. einmal pro Woche im Rahmen von Visiten und berufsgruppenübergreifenden Fallsupervisionen überprüft.

Dabei sind laut Wochenplan Gruppentherapie, nach Indikation vergebene Einzelgespräche, Teilnahme an der Arbeits-, Ergo-, Sport- und Bewegungstherapie, bestimmte Termine im Pflege-

dienst und Chefarztvisite sowie bestimmte Indikationsgruppen Pflicht. Um die individuelle Entwicklung der Patienten zu fördern, wird die Teilnahme an indikativen Gruppen zwischen Therapeuten und Patienten festgelegt. Sie ist dann für den abgesprochenen Zeitraum ebenfalls verpflichtend.

Der Pflegedienst organisiert und dokumentiert die pflegerische Grundversorgung, die Kurvenführung, Medikamentenausgaben, die Organisation fachärztlicher Untersuchungstermine, die Zimmervergabe sowie Hygienemaßnahmen unter Berücksichtigung des Wochenplanes der Patienten. Im Pflegedienst finden regelmäßig Drogenscreeninguntersuchungen in nicht angesagter Weise unter Sicht statt. Alle weiteren medizinischen Maßnahmen werden mit dem ärztlichen Dienst unter Absprache sichergestellt, zum Beispiel Blutentnahmen, Blutdruckkontrollen, Blutzuckerüberwachungen, Behandlung interkurrenter Erkrankungen, usw..

Es besteht ein Präsenzdienst des Pflegepersonals im Dreischichtsystem (Früh-, Spät- und Nachtdienst), der ärztliche Bereitschaftsdienst ist in Kooperation mit der Saaletalklinik 24h sichergestellt.

Die Psychotherapeuten haben entsprechend den Bestimmungen der Deutschen Rentenversicherung abgeschlossene oder begonnene psychotherapeutische Weiterbildungen.

Dabei wird Therapie inhaltlich sowohl als indikationsorientierter als auch problembezogener Prozess definiert. Psychotherapeutische Interventionen und Rehabilitationsziele werden dabei stets auch als rehabilitative Interventionen mit dem Ziel der beruflichen Tätigkeit und damit Integration durchgeführt.

Der Inhalt aller Aktivitäten, die im Wochenplan erscheinen, wird über die Klassifikation der therapeutischen Leistungen (KTL) abgebildet und im Rehabilitations-Entlassungsbericht mitgeteilt.

Die Chefärztin der Klinik ist Fachärztin für Psychiatrie, Psychotherapie und Suchtmedizin. Zusatzqualifikationen bestehen für die Bereiche Akupunktur, medizinische Hypnose sowie PEER-REVIEW Verfahren. Die Zusatzbezeichnung „Sozialmedizin“ wird erworben.

Der Chefärztin obliegt die regelmäßige Supervision der psychotherapeutischen und medizinischen Versorgung der Klinik auch mit Berücksichtigung der Indikationsstellung und des Überganges geeigneter Patienten in die Adaptionseinrichtung „Maria Stern“ in Bad Neustadt/Saale. Diese wurde im Oktober 1998 als eigenständige Einrichtung gegründet. Die Leitung der Adaptionseinrichtung in Bad Neustadt/Saale hat der Chefarzt der Saaletalklinik. Die therapeutische Leitung erfolgt durch eine Sozialpädagogin. Zwischen beiden Klinikbereichen besteht eine rege Zusammenarbeit. Das Therapiekonzept der Adaptionseinrichtung Haus Maria Stern in Bad Neustadt/Saale kann ebenfalls angefordert werden.

Die letzte Verantwortung für die Medizinische Rehabilitationsmaßnahme liegt bei der Chefärztin. Die medizinische Versorgung liegt per Delegation bei der zuständigen Bezugsärztin, die psychotherapeutische und soziotherapeutische Betreuung beim zuständigen Gruppentherapeuten sowie Sozialdienst. Die Chefärztin der Klinik Neumühle wird in Leitungsfunktion und psychiatrischer Kompetenz vom Chefarzt der Saaletalklinik in Bad Neustadt/Saale bei Abwesenheit vertreten; dies geschieht wechselweise. Die ärztliche Rufbereitschaft erfolgt über den ärztlichen Bereitschaftsdienst der Saaletalklinik, ansonsten über den ärztlichen Notdienst der zuständigen kassenärztlichen Vereinigung.

Besonders verwiesen sei auf die Internet-Präsentation der Saaletalklinik in Bad Neustadt/Saale, der Adaptionseinrichtung Haus Maria Stern in Bad Neustadt/Saale und der Klinik Neumühle in Hollstadt – anzuklicken unter www.rhoen-klinikum.de.

3.5 Behandlungsziele

Oberstes Ziel der Therapie ist die drogenfreie Lebensgestaltung und –bewältigung, im Sinne der Medizinischen Rehabilitation. Der Behandlung liegt unter anderem die Annahme zugrunde, dass Störungen im Erlebens- und Verhaltensbereich durch die Einwirkung von Umweltereignissen und deren Verarbeitung bedingt sind. Jede Abhängigkeit entwickelt eine prozesshafte Eigen- dynamik im Betroffenen selbst, aber auch in seinem Umfeld (Co- Abhängigkeit).

Im Laufe der Behandlung wird besonderer Wert auf das Errei- chen folgender Ziele gelegt:

- ▶ Erarbeiten der Krankheitseinsicht
- ▶ Akzeptieren der Abstinenznotwendigkeit
- ▶ Kenntnis des individuellen Suchtverlaufs und der rückfallge- fährdenden Situationen
- ▶ Entwicklung von Bewältigungsstrategien zum Erreichen einer zufriedenstellenden Abstinenz
- ▶ Medizinische und psychosoziale Rehabilitation
- ▶ Prüfung und Durchführung adaptiver Maßnahmen
- ▶ Zeitnahe Aufnahme eines Beschäftigungsverhältnisses

All dies ist dem Ziel verpflichtet, dass der Patient ein drogenfreies Leben nicht als Verlust, sondern als Gewinn in persönlicher, be- ruflicher, familiärer und gesundheitlicher Hinsicht erlebt.

3.6 Behandlungsdauer und Therapieangebote

Die Grundbehandlungsdauer beträgt für alle vier Behandlungs- phasen (**Aufnahmephase, Durcharbeitungsphase, Kompetenz- phase, Ablösephase**) bis zu 26 Wochen. Aufgrund der Kombi- nierbarkeit einzelner Behandlungsmodule sind im Einzelfall sowohl Verkürzungen als auch Verlängerungen möglich, die je- weils mit den zuständigen Kosten- und Leistungsträgern abge- sprochen werden. So können z.B. bei Patienten der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV Bund) Verlängerungen über das Zeitbudget erfolgen.

Dies gilt besonders bei Patienten mit „Co-morbiden Störungen“ als auch bei Alleinerziehenden und Eltern mit Kindern. Falls die entsprechenden Indikationen gegeben sind, kann sich an die Me- dizinische Rehapphase I die Notwendigkeit einer Adaption-be- handlung als Medizinische Rehapphase II anschließen, die mindes- tens fünf Wochen vor Ende der Kostenzusage beantragt werden muss.

Die therapeutische Gemeinschaft in der Klinik ist Rahmen und Grundlage des Zusammenlebens von Mitarbeitern und Patien- ten. Diese versteht aus ihrer langjährigen Entwicklung heraus Abhängigkeit als den ganzen Menschen betreffend und nicht nur als Symptom isoliert mit bestimmten Auswirkungen. Linderung oder Heilung als Ziel ergibt sich daraus als Prozess des Lernens, der Herbeiführung von langfristigen und umfassenden Verände- rungen im Denken, Fühlen und Handeln des Individuums, wobei stufenweise organisiert auch der Aufbau einer neuen sozialen Identität zur Erreichung eines abstinenten Lebensstiles dazuge- hört. Der Rehabilitand soll in die Lage versetzt werden, seine im Zuge der „Drogenkarriere“ zerrütteten oder teilweise defizitä- ren Lebensbereiche neu zu ordnen, manche auch erst grund- sätzlich neu zu entdecken und zu entwickeln.

Dabei haben für ehemalige Patienten in Nachbefragungen in un- terschiedlicher Gewichtung folgende Motive eine besondere Bedeutung, die subjektiv ein „drogenfreies Leben“ als wichtig er- scheinen lassen:

- I. Während der Therapie die Möglichkeit erhalten zu haben, eine bewusste Entscheidung für ein neues, sinnvolles Le- ben treffen zu dürfen.



2. Das bisherige, drogenbezogene Leben als einen Bestandteil des eigenen Lebens zu akzeptierten, aber die Fortsetzung abzulehnen.
3. Eine zufriedenstellende Arbeits- oder Ausbildungssituation.
4. Eine zufriedenstellende private und familiäre Situation.
5. Die Angst vor weiteren und schlimmeren gesundheitlichen Beeinträchtigungen.

Die grundlegende theoretisch-konzeptuelle Vorstellung der Rehabilitation im psychotherapeutischen Bereich ist tiefenpsychologisch orientiert mit psychoanalytisch-interaktionellem oder tiefenpsychologisch fundiertem Zugang zum Patienten, ergänzt durch verhaltenstherapeutische Übungsverfahren und Therapieansätze, Sozialtherapie, im Bereich der Klinikregeln und der Gestaltung des Realraumes Klinik durch ein pädagogisch-verhaltenstherapeutisches Stufensystem.

In den einzelnen Behandlungsphasen kommen mit unterschiedlicher Gewichtung die folgenden Behandlungsmodule zum Einsatz:

- ▶ Gruppentherapie, je nach Indikation zusätzliche Einzeltherapie
- ▶ Arbeitstherapie
- ▶ Haus- und Gemeinschaftsdienste
- ▶ Kreativtherapie
- ▶ Sport- und Bewegungstherapie
- ▶ Beschäftigungstherapie
- ▶ Paartherapie
- ▶ Indikative Gruppen (siehe Inhaltsverzeichnis)
- ▶ Entspannungstherapie
- ▶ Körpertherapie
- ▶ Freizeitgestaltung
- ▶ Angehörigengespräche
- ▶ Vorbereitung auf die nachstationäre Phase einschließlich Belastungserprobungen wie Ausgänge, Heimfahrten, etc..

3.7 Qualitätssichernde Maßnahmen:

Struktur-/Prozess-/und Ergebnisqualität ist ein ständiger Arbeitsschwerpunkt. Die Klinik Neumühle verfügt über eine rehabilitationspezifische bauliche Ausstattung mit überwiegend Doppeltzimmern, Gruppenräumen, verschiedenen Einrichtungen zu sportlichen Aktivitäten, Werkstätten, einem eigenen Gartenbereich mit Gewächshaus, Tierhaltungsgebäude und –gelände, Außen Sportfeldern, Teilnahmemöglichkeit in Turnhallen, Schwimmbädern und Sauna. In Besprechungen mit dem Hauptbelegungsgeber, der DRV-Bund in Berlin, werden die Stellenpläne der Aufgabenstellung entsprechend festgelegt. Gemäß der „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen“ besteht ein multiprofessionelles Team. Dieses arbeitet im Rahmen eines wissenschaftlich anerkannten, tiefenpsychologisch orientierten und mit ergänzenden verhaltenstherapeutischen Therapiemodulen versehenen Therapiekonzeptes mit regelmäßiger Supervision durch einen externen, erfahrenen Analytiker und beständiger klinischer Intervention. Über die Therapieleitung als auch über die verschiedenen Mitarbeiter findet eine Kooperation mit einer Reihe psychotherapeutisch anerkannter Weiterbildungsinstitutionen statt. Prozess- und Ergebnisqualität werden über das „Peer-Review-Verfahren“ regelmäßig untersucht und geprüft, wobei die Chefärztin der Klinik selbst „Peer“ im „Peer-Review-Verfahren“ ist.

Die Chefärztin ist gemeinsam mit dem Leitenden Psychologen Mitglied im Qualitätszirkel „Drogen“ im Fachverband Sucht (FVS). Weiterhin besteht zu verschiedenen bayerischen Drogenkliniken im Sinne der Regionalisierung ein regelmäßiger Austausch. Mitarbeiterinnen der Klinik nehmen in regelmäßigen Abständen im Sinne eines Qualitätszirkels über verschiedene bayerische Drogeneinrichtungen und Beratungsstellen an dem Arbeitskreis „Frauen und Sucht“ teil. Zu der regionalen „Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft“ in Schweinfurt und dem hiesigen Landkreis (Rhön-Grabfeld) besteht eine aktive Mitarbeit.

Besondere Bedeutung hat die regelmäßige Zusammenarbeit mit den Beratungsstellen, den Entgiftungsstationen in den zuständigen Bezirks- und Landeskrankenhäusern, mit den ärztlichen Diensten der Deutschen Rentenversicherung Bund und Regional sowie zu weiteren ärztlichen Diensten anderer Leistungs- und Kostenträger. Dies dient dazu Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität und deren Rückmeldungen zur weiteren Konzeptentwicklung zu nutzen.

Die Konformität des eingeführten Qualitätsmanagementsystems mit DIN EN ISO 9001; 2008 und IQMP-Reha wurde durch ein Zertifizierungsaudit im Dezember 2005 sowie durch eine Rezertifizierung im April 2009 und ein jährlich stattfindendes Kontrollaudit - zuletzt im Februar 2010 - erfolgreich bestätigt.

4. DETAILLIERTE BESCHREIBUNG DES BEHANDLUNGSVERLAUFES DER PSYCHOTHERAPIEPHASEN

Allgemeines

In der Klinik Neumühle ist die Gesamtbehandlungsdauer, in der Regel bis zu 26 Wochen, in vier Behandlungsphasen unterteilt – innerhalb der Klinik, auch zum besseren Verständnis für die Patienten, symbolisiert durch vier „Phasen-Farben“. Die Phasen markieren einerseits ein schrittweises Fortkommen im therapeutischen Prozess und versinnbildlichen differenziert Therapieziele und Therapieinhalte. Andererseits stehen die Phasen für schrittweise sich erweiternde Rechte, Pflichten und Verantwortung der Patienten.

Die Klinikregeln, wie z.B. Hausordnung, Geld-, Ausgangs-, Besucherregelung und Therapieplan sind als gesonderter Anhang dem Therapiekonzept beigefügt. Dabei ist die Einhaltung folgender **Grundregeln** bedeutsam:

1. **Drogenfreiheit**
2. **Gewaltlosigkeit sowohl im körperlichen als auch im sprachlichen Verhalten, sich und anderen gegenüber**
3. **Wahrung des Privat-, Mitpatienten- und Klinikeigentums**

Umgang:

Schwerwiegende Verstöße gegen die oben genannten Grundregeln sowie allgemeine und phasenspezifische Regeln werden unterschiedlich gehandhabt. Ein „heimlicher“ Rückfall bei dem eine Rückfallaufarbeitung nicht erfolgen kann, kann die Entlassung des Patienten nach sich ziehen. Dies gilt auch bei schwere-

ren Aggressions- oder Eigentumsdelikten. Wenn die Möglichkeit besteht, in der zuständigen Kleingruppe sowie im gesamten Behandlungsteam ein ausführliches Krisengespräch zu führen, kann eine Fortführung der Behandlung durch eine schriftliche Abmahnung mit einem „Punkteplan“ oder Therapievertrag begleitet werden. In diesem „Punkteplan“ sind in zeitlicher und inhaltlicher Reihenfolge notwendige Veränderungsschritte beschrieben, die nach Rückstufung in eine frühere Behandlungsphase über einen gewissen Zeitraum die Behandlungsmotivation überprüfen sollen, um die Rehabilitationsfähigkeit des Patienten zu verbessern.

Je nach Art und Schwere des Verstoßes gegen die Klinikregeln, werden Einschränkungen wie etwa die Ausgangs-, Besucher-, Geldregelung betreffend für einen überschaubaren Zeitraum getroffen. Nach Festlegung der Sanktionen werden bei gruppenbezogenen Störungen wichtige Schritte zur Neuorientierung durch den Bezugstherapeuten in der Kleingruppe diskutiert, bei wesentlichen gruppenübergreifenden Klinikregelverstößen geschieht die Regelung mit Information des zuständigen Haus-/Patientensprechers.

Klinikintern erhält der Patient die Ampelfarbe „Rot“.

Ein Roter Punkt als Konsequenz bei bestimmten Regelverstößen signalisiert eine Störung des Therapieverlaufs bzw. therapieschädliches Verhalten. Er soll deshalb nicht ausschließlich als Sanktionsmaßnahme oder pädagogisches Instrument verstanden werden, sondern als Warnhinweis, die eigene Haltung, Einstellung, Mitarbeit und das Verhalten zu überprüfen.

Behandlungsphasen:

- A. Aufnahmephase**
Klinikinterne Farbe zur Orientierung: weiß
▶ (1. bis ca. 4. Woche)
- B. Durcharbeitungsphase**
Klinikinterne Farbe zur Orientierung: blau
▶ (ca. 5. bis 13. Woche)
- C. Kompetenzphase**
Klinikinterne Farbe zur Orientierung: gelb
▶ (ca. 14. bis 18./21. Woche)
- D. Ablösephase**
Klinikinterne Farbe zur Orientierung: grün
▶ (ca. 21. bis 26. Woche)

4.1 A. Aufnahmephase (1. bis ca. 4. Woche) Klinikinterne Farbe zur Orientierung: weiß

Neue Patienten werden in eine der halboffenen Bezugs- bzw. Kleingruppen mit ca. acht bis zehn Patienten aufgenommen. Ihnen wird ein therapiereiferer Mitpatient als „Patientenpate“ zur Seite gestellt, um das Einleben im Haus zu erleichtern und zu begleiten. Eine differenzierte Kontaktsperre - Besuche und Ausgänge betreffend - fördert die „Innenorientierung“. Eine Auseinandersetzung mit der Motivation zur Therapie findet im Verlauf dieser ersten Wochen über einführende Gespräche, Untersuchungen, Erläuterung der Abläufe, Therapieinhalte und der Hausregeln statt. Das schrittweise Zugehen auf die Mitpatienten, das Kennenlernen des Teams, erste Gruppenerfahrungen, der geregelte Tagesablauf geben zunehmend Sicherheit und erleichtern das Einleben. Jeder neu aufgenommene Patient wird im Bereich der Arbeitstherapie zunächst der Schnupperergruppe zugeordnet. Über eine Hospitation in allen Bereichen der Arbeitstherapie wird einerseits die Integration in die Hausgemeinschaft gefördert, andererseits die Aufgaben der einzelnen Arbeitstherapie-

bereiche vorgestellt. Hierdurch ist gewährleistet, dass der Patient innerhalb von spätestens zwei Wochen in dem von ihm gewählten Arbeitstherapiebereich tätig werden kann.

Therapieschritte

- ▶ Erste Kontakte zu Mitpatienten und dem Team knüpfen
- ▶ Mit den Hausregeln vertraut werden und sie akzeptieren
- ▶ Den eigenen Zimmerbereich aufgeräumt und sauber halten
- ▶ Sich für einen Arbeitsbereich interessieren und bewerben
- ▶ Etwas für sich Bedeutsames herstellen
- ▶ Akzeptanz der eigenen Abhängigkeit
- ▶ Erstellen eines ersten Rehabilitationsplanes

Um die Innenorientierung zu fördern, sind folgende phasenspezifische Klinikregeln sinnvoll:

Arztbesuche außerhalb der Klinik:

Nur in therapeutischer Begleitung oder mit therapieälteren Patienten erlaubt.

Ausgang:

Es besteht keine Möglichkeit zu privaten Ausgängen.

Besuch:

Es finden noch keine Besuche statt.

Fernseh- und Videoregelung:

siehe Hausordnung

Geldregelung:

Der Umgang mit Bargeld ist nicht gestattet. Im hauseigenen Kiosk kann wöchentlich mit bis zu € 15,- Euro bargeldlos eingekauft werden.

Post/Pakete:

Es können Briefe sowie Pakete empfangen und abgeschickt werden. Posteingänge sowie die Pakete werden kontrolliert.

Spaziergänge:

Das Verlassen des Geländes ist nicht gestattet. Spaziergänge siehe Ausgangsregelung.

Sport:

Nur nach ärztlicher Genehmigung in therapeutischer Begleitung und unter Anleitung möglich.

Entwicklungsmöglichkeiten

- ▶ Verpflichtende Teilnahme am gesamten Therapieprogramm
- ▶ Entwicklung einer sinnvollen Freizeitgestaltung (unterstützt durch Teammitglieder, Paten und Mitpatienten)
- ▶ Tagebuch schreiben
- ▶ Anlegen und Führen eines Haushaltsbuches; dieses wird fortgeführt während der gesamten Therapiedauer
- ▶ Anlegen und Führen eines Sozialordners mit wichtigen persönlichen Unterlagen
- ▶ Beginn der Schuldenregulierung

Zur Reflexion und Stabilisierung seiner Therapiemotivation fertigt der Patient bis zur vierten Therapiewoche einen schriftlichen Bericht an. Inhaltliche Schwerpunkte sind eine Beschreibung seines bisherigen Lebens- und Suchtverlaufes, der Beziehung zu Freunden und Verwandten, der beruflichen Erfahrungen, des Freizeitverhaltens sowie der Erfahrungen der ersten Wochen in der Klinik Neumühle. Hieraus leitet sich ein individueller Rehabilitationsplan ab, der gemeinsam mit dem Patienten, dem Bezugspsychotherapeuten, dem zuständigen Ergotherapeuten, dem ärztlichen Dienst unter Supervision der Chefärztin und des Leitenden Psychologen festgelegt wird.

4.2 B. Durcharbeitungsphase (ca. 5. bis 13. Woche) Klinikinterne Farbe zur Orientierung: blau

Inhaltliche Aufgabe der Durcharbeitungsphase ist es, die bisher gewonnenen Ergebnisse der therapeutischen Auseinandersetzung mit dem eigenen Lebens- und Suchtverlauf zu verknüpfen und Lösungsmöglichkeiten auf verschiedenen Ebenen zu erarbeiten, Probleme zu verstehen, zu verarbeiten und positiv bewältigen zu lernen. Der Sinn dieser Durcharbeitungsphase ist ein adaptiver, wobei „Eigenschaften und Entwicklungsmöglichkeiten“ des Patienten als Ressourcen bei der eigenen Entwicklung erkennbar werden sollen.

Therapieschritte der Patienten:

- ▶ Zunahme von Offenheit und Ehrlichkeit
- ▶ Auseinandersetzung mit der Bedeutung des eigenen Drogenkonsums
- ▶ Wahrnehmung und Unterscheidung äußerer und innerer Realität
- ▶ Wahrnehmung und Bearbeitung eigener Probleme und Konflikte
- ▶ Wahrnehmung und Entwicklung eigener Fähigkeiten und Möglichkeiten
- ▶ Schrittweise Übernahme von Verantwortung in den verschiedenen Bereichen des Klinikalltags
- ▶ Realistische Einschätzung des eigenen „Abhängigkeitspotentials“ und Auseinandersetzung mit der Abstinenzmotivation
- ▶ Aufbau eines zunehmend tragfähigen Selbstwertgefühls
- ▶ Erarbeitung des Zusammenhanges zwischen gegenwärtigem Verhalten, Erleben und der eigenen Lebensgeschichte

Phasenspezifische Klinikregelungen:

Arztbesuche:

Nur in Begleitung eines Mitarbeiters oder eines therapieälteren Patienten erlaubt.

Ausgang:

siehe Ausgangsregelung

Besuch:

Erstbesuch von nahen Angehörigen ist nach Absprache mit dem zuständigen Therapeuten und der Bezugsgruppe möglich. Bei dem Erstbesuch ist ein Gespräch mit dem Bezugstherapeuten möglich, der Besuch ist 14 Tage vorher zu beantragen.

Ausgang mit Besuch:

siehe Ausgangsregelung

Fernseh-, Video- und DVD-Regelung:

Siehe Hausordnung

Geldregelung:

Siehe Geldregelung

Post/Pakete:

Es können Briefe sowie Pakete empfangen und abgeschickt werden. Posteingänge sowie die Pakete werden kontrolliert.

Spaziergang:

Siehe Ausgangsregelung

Sport:

Nach ärztlicher Genehmigung Teilnahme am Therapie- und Freizeitsport möglich.

Entwicklungsmöglichkeiten:

Patienten dieser Phase können als sogenannter „bereichsverantwortlicher Patient“ (Wart, Schichtführer oder –manager) oder in Funktion seines Stellvertreters Verantwortung zwischen Mitarbeiter und Patientengruppe im jeweiligen Arbeitsbereich übernehmen. Übernahme von Verantwortungsbereichen (Bücherei, Fahrräder, usw.).

4.3 C. Kompetenzphase (ca. 14. bis 18./21. Woche) Klinikinterne Farbe zur Orientierung: gelb

In dieser Phase fertigt der Patient eine umfassende Reflexion und Bilanz des bisher Vorgenommenen und Umgesetzten in den Schwerpunktbereichen Sozialverhalten, Arbeitserfahrungen, Gruppentherapie und Freizeit an. Es soll deutlich werden, inwieweit sich der Patient in einem Prozess der Selbstreflexion befindet, Verantwortungsbewusstsein sich selbst und seinen Mitpatienten gegenüber zeigt, ein möglichst umfassendes Problembewusstsein entwickelt (siehe Therapieschritte in der Phase blau) und erste Schritte zur Veränderung eingeleitet hat.

Phasenspezifische Klinikregelungen:

Therapieschritte

- ▶ Vertiefende Auseinandersetzung mit den bereits aufgeführten Therapieschritten
- ▶ Weiterentwicklung und Konkretisierung des Rehabilitationsplanes
- ▶ Vertiefende Auseinandersetzung mit dem Lebens- und Suchtverlauf und Erarbeitung von Lösungsmöglichkeiten auf verschiedenen Ebenen
- ▶ Planung zur beruflichen, sozialen und wohnlichen Lebenssituation nach der Behandlung

4.4 D. Ablösephase (ca. 21. bis 26. Woche) Klinikinterne Farbe zur Orientierung: grün

Klinikinterne Farbe zur Orientierung: grün

Die bereits begonnene Planung zur beruflichen, sozialen und wohnlichen Außenorientierung wird zum Behandlungsschwerpunkt. Es werden Ausgänge und Heimfahrten zur Abstinenz- und Belastungserprobung durchgeführt. Auf dem Hintergrund der gewonnenen Erfahrungen in der Arbeitstherapie findet die weitere berufliche Orientierung und Planung der Praktikums- bzw. Berufstätigkeit sowie eine Auseinandersetzung darüber statt, ob und wo eine Adaptionphase oder Betreutes Wohnen notwendig und sinnvoll ist. In dieser Phase wird von den Patienten Eigen- und Mitverantwortung in allen Bereichen des Hauses und ein verstärktes Engagement für die Hausgemeinschaft erwartet. Übungsfelder hierfür sind Patenschaften, herausgehobene Verantwortungsbereiche (z.B. Patientensprecheramt, Kioskverantwortung, etc.) sowie eine schrittweise Zunahme der Verselbstständigung über Ausgänge.



Phasenspezifische Klinikregelungen:

5. THERAPEUTISCHE INHALTE

5.1 Krankheitsmodell

Die Klinik Neumühle arbeitet im psychotherapeutischen Bereich auf der Grundlage einer psychodynamischen Suchttherapie. Dies beinhaltet gemäß den Qualitätsstandards etwa der ärztlichen Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“. Die von der Deutschen Rentenversicherung geforderten suchttherapeutischen Zusatzausbildungen sind das angestrebte Weiterbildungsziel aller psychotherapeutischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Psychoanalytische Theorien zur Suchtentstehung- und Aufrechterhaltung, zur Neurosenlehre, zu sogenannten frühen (präödiipalen) Störungen einschließlich theoretischer Ansätze, frühkindlicher Objektbeziehungen sowie soziopschoanalytischer Ansätze über den gesellschaftlichen Kontext von Abhängigkeitserkrankungen sind insgesamt notwendige Voraussetzungen für eine qualitätsorientierte Arbeit der Mitarbeiter mit den Patienten. Die Bedeutung traumatisierender Ereignisse und konfliktauslösender Situationen hat dabei in dem genannten Feld eine besondere Bedeutung. Hieraus ergibt sich die Diagnostik neurotischer Konflikte und sogenannter „früher Störungen“, daraus abgeleitet mit Kriterien der Indikation für deutende und stützende Verfahren sowie zu Hauptthemen in der Gruppentherapie und notwendigen einzeltherapeutischen Maßnahmen.

Die tiefenpsychologisch orientierte Diagnostik durch wiederkehrende Anamnesegespräche lässt Fragen der Motivation, des Behandlungsauftrages und des jeweils neu zu definierenden Arbeitskontraktes mit den Patienten in den Mittelpunkt der Behandlung rücken. Setting und Settingvariable, Differentialindikati-

onen und die voran geschilderten verschiedenen Maßnahmen der Behandlungsevaluation des therapeutischen Prozesses werden im Rahmen des Gesamtteams kompetent diskutiert und beantwortet. Sie bilden die gemeinsamen Lernziele zwischen Patient und Mitarbeiter.

Durch die Schulung der Selbsterfahrung, durch Praxis und Theorie der Fremderfahrung im Sinne des psychoanalytischen Umgangs mit Übertragung und Gegenübertragung einschließlich der sich daraus ableitenden Möglichkeiten etwa der Gegenübertragungsdiagnostik helfen als immer wiederkehrender Lernprozess, die eigene gefühlsmäßige Beteiligung im therapeutischen Prozess zielgerichtet und zuverlässig einsetzen zu können. Der bewusste Umgang aus Co-Therapiegesprächen und Supervisionen soll individuelle Fixierungen im Bereich Übertragung/Gegenübertragung den Teilnehmern deutlich machen und zum Beispiel Agieren und Spaltungsprozesse im Sinne von Abwehrmechanismen der Patienten zu erkennen, sie zu verstehen und daraus für die Entwicklung des Patienten förderliche Interventionen abzuleiten.

Ziel ist es damit, Patienten eine Beziehungsform anzubieten, die sie selbst bei starken Störungen der Objektbeziehungen und der Ich-Beziehungen wie bei Borderline-Patienten in die Lage versetzt, einen Beziehungsabbruch zu verhindern. Als gefühlsmäßige Grundeinstellungen sind dabei sowohl Respekt als auch Akzeptanz notwendig, unter besonderer Berücksichtigung der Fähigkeit Übertragungs- und Beziehungsdeutungen besonders anfangs nur sehr behutsam zu vermitteln. Wie im Bereich der interaktionellen Psychotherapie nach Heigl-Evers, seit vielen Jahren bewährt, ist nur gezielt ein Teil der eigenen Empfindungen mitzuteilen. Häufig ist es notwendig, den „Suchtstoff“ über längere Zeit durch die Übernahme einer Hilfs-Ich-Funktion zu übernehmen, ohne in wesentlichen Strukturmerkmalen „co-abhängiges Agieren“ an die Stelle zu setzen.

Je nachdem ob eine Entwicklungs- oder Konfliktpathologie beim Patienten vorliegt, erfolgt die methodische Orientierung entweder an einem psychoanalytisch-interaktionellen oder tiefenpsychologisch fundierten Ansatz. Im Mittelpunkt stehen also einerseits interaktionsbezogene, auf die Wahrnehmung von Objektbeziehungen und Ich-Funktionen fokussierte Konflikte, andererseits die Ausgestaltung von Konflikten in sogenannten psychosozialen Kompromissbildungen sowie deren Spiegelung in der Behandlung.

Über die Abstimmung unterschiedlicher Wahrnehmungen des Behandlungsteams für die Klärung anamnestischer Daten, auslösender Konfliktsituationen, Bedeutung und Funktion des Suchtmittels, über die Reflektion der Gegenübertragung in die szenische Ausgestaltung der Übertragung im Klinikalltag wird versucht sich ein Bild vom Erleben des Patienten zu machen, sein Verhalten zu verstehen und dieses Verstehen in die Formulierung von diagnostischen Schlussbildungen, Behandlungszielen und Interventionen einmünden zu lassen.

Durch eine regelmäßige externe Supervision, an der alle Mitarbeiter des Behandlungsteams der Klinik Neumühle teilnehmen, werden einzelne Patienten- oder Gruppenkonstellationen vorgestellt und mögliche Kooperationsschwierigkeiten zum Thema gemacht (im Sinne eines Qualitätssichernden Verfahrens).

5.2 Gruppentherapie

Gruppentherapien haben sich in der Suchtkrankenbehandlung bewährt. Professionelle Gruppen bis hin zu Selbsthilfegruppen haben einen jeweils eigenen Stellen- und Behandlungswert. Dabei wird der gruppenspezifische Prozess sowohl von sozialen Rollen, pädagogischem Lernen als auch Gefühlen der Identifizierung und des Sich-Gegenseitigen-Verstehens, Fremd- und Selbsthilfeanteilen beschreibbar. „Sprechen und Zuhören“ werden in

ihrer Bezogenheit zueinander und in der Gruppe als Therapeutikum erlebt, die Dichotomie bildet sich ab in dem Satz: „Sprache kann kränken – aber auch heilsam sein“.

Die therapeutische Grundhaltung des klinischen Behandlungskonzepts ist eine psychodynamische, wobei auch hier - wie in allen Anwendungsfeldern - die spezifische Kommunikationsstruktur psychodynamischer Verfahren gewahrt bleibt. Diese lebt durch den Dialog der Gruppenmitglieder untereinander, zum Therapeuten und umgekehrt. Die besondere Kompetenz des Therapeuten besteht darin, in der Wahrnehmungsverarbeitung seiner phantasiegeleiteten Erkenntnisfähigkeit über den stattfindenden Dialog zu reflektieren.

Wenn bei Abhängigkeitskranken im psychodynamischen Sinne „präädipale“ Störungsanteile vorherrschen, benutzt sowohl der Gruppen- als auch der Einzeltherapeut das psychotherapeutische Prinzip authentisch-emotionaler Antworten, die er sowohl kognitiv kontrolliert, als auch hinsichtlich des Ausdrucks selektiv gestaltet. Damit bietet er sich als „ausreichend gutes Objekt“ zur allmählichen und neuen gefühlhaften Verinnerlichung für den Patienten an.

Dieser Verinnerlichungsprozess kann nicht nur in der Gruppentherapie gefördert werden, sondern alle Mitarbeiter des Behandlungsteams können diesen entwicklungsfördernden Prozess der Antwort durch eigene Maßnahmen unterstützen, z. B. in der Körpertherapie im Vermitteln eines liebevolleren Umgangs mit dem eigenen Körper; in der Ergotherapie durch die Bestätigung kreativer Signale, usw..

Ein weiteres Ziel der Gruppentherapie ist es, dem Patienten allmählich eine „Selbstdiagnostik“ seiner eigenen gefühlhaften Befindlichkeit zu ermöglichen. Gruppenprozesse sind aber auch insgesamt ein wesentlicher gestaltender Faktor in allen anderen therapeutischen Prozessen.

Die Arbeit der Patienten miteinander; sowohl in der Therapiezeit mit dem multiprofessionellen Behandlungsteam als auch in ihrer Freizeit untereinander; bedingt einen multimodalen Gestaltungsprozess, der auf den verschiedenen psychischen Ebenen des Patienten ansetzt und als wichtigste rehabilitationsfördernde Grundsituation gelten kann. Über innere und äußere Dialoge werden Handlungsmuster und Symbolik mit inneren Bildern und Phantasien verknüpft, allmählich einer sprachlichen Verarbeitung zugänglich und damit gemeinsam veränderbar.

Zusammenfassend bestehen die Elemente gruppenspezifischer Arbeit in der Selbstwahrnehmung des Therapeuten, der Mitteilung der vorherrschenden Interaktionen, dem Einüben von Identifikation, Abstinenzmotivation und zunehmendem Zugang zu eigenen Empfindungen.

Obwohl die Gruppentherapie eine in der Regel obligate Veranstaltung darstellt, gibt es trotzdem zeitweilig relative Kontraindikationen. Eine zeitweilige Befreiung von der Gruppenpsychotherapie kann nur dann in Frage kommen, wenn zum Beispiel für einen Patienten mit der Doppeldiagnose einer paranoiden Psychose das Gefühl des Verfolgtseins zum gegenwärtigen Zeitpunkt so stark ängstigend bzw. regressionsfördernd ist, dass ein soziales Miteinander in der Gruppe unmöglich ist, also zeitweilig eher einzeltherapeutische Maßnahmen indiziert sind.

Indikativgruppen sollen thematisch und gruppenspezifisch Zielsetzungen erweitern und vertiefen.



5.2.1 Psychologische Testdiagnostik

Eine differenzierte Diagnostik stellt einen wesentlichen Basis-Baustein unserer Behandlung dar. Die Diagnose-Ergebnisse bieten Patienten wie Therapeuten eine Grundlage für individualisierte Therapieplanung, ermöglichen eine zielgerichtete Behandlung und tragen dadurch entscheidend zu einer langfristig erfolgreichen Psychotherapie und durch unsere Verlaufsdagnostik zur Dokumentation des Behandlungserfolges bei.

Innerhalb der ersten Tage des Klinikaufenthaltes wird das aktuelle Ausmaß der psychischen Belastung erhoben. Das entsprechende Testergebnis gibt Auskunft über Vorkommen und Intensität möglicher psychischer Störungen und zeigt damit bereits erste weitere Diagnostik- und Interventionsschritte auf. Dieses Testverfahren findet im Rahmen der Verlaufsdagnostik auch zum Abschluss der Therapie erneut Verwendung.

Zusätzlich erhoben wird innerhalb der ersten vier bis sechs Wochen standardisiert:

- ▶ Konzentrations-, Tempo- und Sorgfalsleistung
- ▶ Intelligenz
- ▶ Persönlichkeitseigenschaften

Bereits diese ersten gewonnenen Ergebnisse unterstützen eine evidenzbasierte Auswahl indikativer Therapiemaßnahmen wie beispielsweise Gehirnjogging, Nach-Beschulung oder Anti-Aggressionstraining.

Zusätzlich bieten sie unseren Therapeuten wichtige erste Anhaltspunkte für Motive und Bedürfnisse unserer Patienten und ermöglichen Rückschlüsse auf deren Interaktions- und Beziehungsstrukturen, was wiederum die Gestaltung der therapeutischen Beziehung im Team Patient/Therapeut deutlich erleichtert.

Nicht zuletzt erfolgt bei auffälliger Standarddiagnose eine weiterführende indikative Diagnostik zur Abklärung spezifischer psychischer Erkrankungen wie beispielsweise Depressionen, Ängste, Essstörungen, Borderline-Störung, ADHS, etc.. Daraufhin erfolgt eine erneute entsprechende Ausrichtung sowohl der psychologischen als auch medizinischen Therapiestrategien.

Fazit: Eine diagnostisch fundierte Behandlung ermöglicht einen höheren therapeutischen Erfolg und folglich eine wachsende Zufriedenheit der Patienten.

5.3 Beschreibung psychotherapeutischer Einzelgespräche und Maßnahmen der Behandlung bei Borderline Persönlichkeitsstörung und anderen komorbiden Störungen

5.3.1 Psychotherapeutische Einzelgespräche

Die im Rahmen des Gruppenkonzeptes geschilderten Wahrnehmungs- und Kommunikationsprozesse gelten in ähnlicher Weise für den Rahmen der Einzelgespräche. Die Erhebung der biographischen Anamnese nach tiefenpsychologischen Gesichtspunkten erfordert ohnehin je nach psychischer Situation des Patienten und seiner Belastbarkeit Einzelgespräche von unterschiedlicher Dauer. Um eine relativ angstfreie Gesprächssituation zu beachten und im Patienten Interesse an seinen eigenen Lebensschritten zu wecken, ist unter den Aspekten der Akzeptanz und des Respekts eine offene Gesprächssituation notwendig.

Psychotherapeutische Einzelgespräche werden immer dann indikativ notwendig, wenn z. B. in dem Zusammenleben der Patienten mit anderen in der Klinik massive konflikthafte Beziehungskonstellationen entstehen. Diese können sich bei bestimmten Rollenzuschreibungen in der Gruppe, unbewussten Wiederholungssituationen, Ängsten, depressiven Verstimmungen, „Agieren“

in Form überschießender Reaktionen oder bei Rückzugsverhalten einstellen. Die einzeltherapeutische Sitzung kann hier einen relativ angstfreien Rahmen anbieten, um eine zusätzliche Verständigungsbasis zu finden. Bei Patienten, die aus ihrer depressiven Grundposition heraus möglichst gerne alles in „Zweierbeziehungen“ besprechen wollen, besteht eine zusätzliche therapeutische Möglichkeit darin, die Einzelgespräche nicht vom zuständigen Bezugstherapeuten sondern zum Beispiel vom zuständigen Co-Therapeuten über einen abgegrenzten Zeitraum in Form einer fokussierten Einzelpsychotherapie durchzuführen.

5.3.2 Komorbidität bei Suchterkrankungen – Behandlung bei komorbiden Störungen

In der Klinik Neumühle können auch Patienten behandelt werden, die an einer psychiatrischen Erkrankung (z.B. Depression, Schizophrenie, Persönlichkeitsstörung, Angststörung, Phobie, somatoformen Störung, posttraumatischen Belastungsstörung - z.B. nach sexuellem Missbrauch - etc.) leiden und zusätzlich ein Suchtproblem aufweisen, sofern sie im Rahmen einer stationären Rehabilitationsmaßnahme geführt werden können.

Internistische Erkrankungen (z.B. Hepatitiden, chronische Pankreatitis, Diabetes mellitus, kardiale und gastroenterologische Probleme, uvm.) und neuropsychiatrische Folgen der Suchterkrankung (z.B. Polyneuropathie, Anfallsleiden, etc.) stellen ebenfalls keine Kontraindikationen dar.

In ausgewählten und medizinisch absolut indizierten Fällen ist die medikamentöse Behandlung einer Hepatitis C (Interferontherapie) oder einer HIV-Erkrankung (antivirale Medikation) während der stationären Rehabilitation möglich. Die Maßnahmen und Nebenwirkungen der medikamentösen Therapie dürfen jedoch nicht den Ablauf der Rehabilitation stören, und die Kostenüber-

nahme durch die jeweilige Krankenkasse oder den jeweiligen Kostenträger muss vorab eindeutig geklärt sein.

Patienten mit Borderline-, narzisstischer, dissozialer, schizoider und anderen Persönlichkeitsstörungen können in unserer Klinik ebenfalls behandelt werden. Psychosomatische Syndrome, Angststörungen und posttraumatische Belastungsstörungen, die neben einer Abhängigkeitserkrankung bestehen, werden durch verhaltenstherapeutische Therapiemodule effektiv mitbehandelt. Kurze psychotische Episoden, etwa nach Amphetaminkonsum, stellen ebenfalls keine Kontraindikation dar.

Viele Patienten, die an einer stofflichen Abhängigkeit leiden, weisen oft auch Probleme im Umgang mit Geld, beim Spielen, Kaufen oder in der Sexualität auf. Eine derartige zusätzliche Problematik wird in der Gruppen- und Einzelpsychotherapie ebenfalls bearbeitet. Hierin ist keine Kontraindikation zu sehen.

Die Zahlen für weitere psychiatrische Störungen, die komorbid zur Suchtmittelabhängigkeit auftreten, schwanken in den verschiedenen Untersuchungen enorm. Dies liegt vermutlich an unpräzisen Diagnosestellungen, die v.a. durch verschiedene Störungsmodelle verursacht werden. So kann die Entwicklung einer Abhängigkeit als Dekompensation einer narzisstischen Persönlichkeit oder als Ausdruck einer massiven Selbstschädigung aufgrund einer Borderline-Persönlichkeitsstörung interpretiert werden. Moderate Untersuchungen berichten, dass ca. 45% der Drogenabhängigen auch die Kriterien einer Persönlichkeitsstörung erfüllen (Kunze et al. 1998).

Besonders bei Frauen ist häufig eine posttraumatische Belastungsstörung zu diagnostizieren. Die Diagnose einer weiteren psychiatrischen Diagnose ist erschwert, weil einzelne Symptome wie Schreckhaftigkeit, intrusives Wiedererleben, emotionale Instabilität und Identitätsstörungen auftreten, jedoch nicht hinrei-

chend die Kriterien einer Diagnose nach ICD10 oder DSM-IV erfüllen. Bei vielen Abhängigen sind antisoziale Verhaltensweisen beobachtbar. Hier ist zu prüfen, ob die Symptomatik primär oder sekundär zum Drogenkonsum besteht. Bei ca. 65 % der Abhängigen liegt bereits vor Beginn des Drogenkonsums delinquentes Verhalten vor (Kreutzer 1998), was auf eine antisoziale bzw. dissoziale Persönlichkeitsstörung hinweisen kann. Antisoziale Interaktionsmuster werden bei der Diagnostik durch Praktiker eher vernachlässigt, dürfen jedoch bei der Therapieplanung nicht übersehen werden.

In der abstinenten Behandlung von Drogen- und Alkoholabhängigen gibt es viele Parallelen. Jedoch gibt es auch einige wichtige Unterschiede, die für eine Therapie relevant sind:

- ▶ frühes Einstiegsalter
- ▶ früher Beginn der Abhängigkeit
- ▶ hohe Komorbidität
- ▶ starke Konditionierungsprozesse (durch Substanz und Applikation)
- ▶ Entwicklungs- und Sozialisationsdefizite
- ▶ Fixierung auf Subkultur

Neben der Drogenabhängigkeit bestehen häufig folgende Probleme:

- ▶ Stark gestörte Familienbeziehungen
- ▶ Soziale Isolation
- ▶ Fehlen eines stützenden sozialen Netzwerkes
- ▶ Keine längeren regelmäßigen Arbeitsverhältnisse
- ▶ Vorliegen von Persönlichkeitsstörungen und depressiven Episoden (Vollmer u. Krauth 2001)

Bei Menschen, bei denen eine Abhängigkeitserkrankung zusammen mit einer weiteren psychischen Störung auftritt, ist häufiger

mit besonders schwierigen Krankheitsentwicklungen und komplizierten Behandlungsverläufen zu rechnen. Patienten mit Komorbiditätsproblematik kommen zwar häufiger in die psychiatrische Akutbehandlung, lassen sich jedoch schwerer für weitere therapeutische Maßnahmen motivieren. Diese werden dann häufiger abgebrochen und die Anamnesen sind schlechter. Diese Patientengruppe scheint besonders schwer therapeutisch erreichbar zu sein. Vermutlich liegt dies an einer ungünstigen Versorgungssituation.

Zu fordern ist eine individuellere Therapiekonzeption, die berücksichtigt, wofür der Klient motiviert oder auch motivierbar ist. Dies impliziert einen prinzipiell zieloffenen Kontext, jedoch auch eine konkrete Vermittlung von Wissen über die eigene Erkrankung und das Erlernen von Kompetenzen. Hier scheint zum gegenwärtigen Zeitpunkt die Alltags- und Krankheitsbewältigung im Vordergrund zu stehen. Um dies leisten zu können, muss sich der Behandelnde an den Bedürfnissen des Klienten orientieren, um Überforderungen und damit die hohe Abbruchquote reduzieren zu können.

Phänomenologisch typisch für Drogenabhängige ist die geringe soziale Anpassung, nicht selten eine antisoziale Einstellung, delinquente Vorerfahrung, ein höheres und offeneres Aggressionspotential, eine gegen Autoritäten gerichtete rebellierende Haltung und eine höhere Risikobereitschaft in Konfliktsituationen.

Nach klinischen Kriterien lassen sich Persönlichkeitsstörungen finden, welche die Sucht häufig als Epiphänomen erscheinen lassen.

Bei unseren Patienten sind dies:

1. Hyperkinetische Störungen

ICD10: F90.0

2. Borderline-Persönlichkeitsstörung

ICD10: F60.31

3. Narzisstische Persönlichkeitsstörung

ICD10: F60.8

4. Antisoziale Persönlichkeitsstörung

(=dissoziale Persönlichkeitsstörung)

ICD10: F60.2

5. Schizoide Persönlichkeitsstörung

ICD10: F60.1

6. Seltener andere Persönlichkeitsstörungen

(z.B. depressive Persönlichkeitsstörung)

ICD10: F60.9

aber intensiven zwischenmenschlichen Beziehungen, mit einem Wechsel zwischen den beiden Polen der Idealisierung und der Abwertung. Die scheinbare Unfähigkeit zur Bewältigung von Kränkungen, Frustrationen und Belastungen führt für sie zu unerträglicher Spannung und Erregung.

Als Gegenmaßnahme wird der zunächst entlastende Konsum von Rauschmitteln gesucht. Unreife Abwehrformen wie Spaltung (=Unfähigkeit, das Bild der eigenen Person oder anderer mit Widersprüchen, positiven und negativen Anteilen wahrzunehmen und zu integrieren), Projektion, Verleugnung und Idealisierung herrschen vor.

In den letzten Jahren hat die Patientengruppe mit Borderline-Persönlichkeitsstörung oder Störungen auf diesem Strukturniveau ganz erheblich zugenommen. Diese zeichnen sich durch gravierende Schwierigkeiten in der Verhaltensregulation, durch Planlosigkeit und mangelndes Durchhaltevermögen sowie instabile Beziehungsgestaltungen mit impulsiven und selbstschädigenden Verhaltensweisen aus. Sie können mit entsprechenden testpsychologischen Untersuchungen, z.B. dem SKID II-Interview gemäß dem DSM-IV diagnostiziert werden, aber die Fülle der geschilderten und durchaus nachfühlbaren Symptome sind häufig so deutlich, dass bei mehreren Patienten dieser Persönlichkeitsstruktur in einer Psychotherapie- oder Arbeitsteamgruppe das gesamte Behandlungsteam immer wieder vor die Aufgabe gestellt wird, häufig „wie aus heiterem Himmel“ wegen des Auftretens sehr negativer Übertragungsmuster, plötzlicher Abbruchwünsche, feindselig projizierter Tendenzen auf Mitpatienten oder Therapeuten einen differenzierten therapeutischen Zugang zu finden.

Regelmäßige kurze Einzelgespräche sowohl vom zuständigen Bezugstherapeuten, aber auch des Therapeuten des jeweiligen Arbeitsbereiches haben hierbei eine nicht zu unterschätzende haltende und stabilisierende Funktion.

Erste neurobiologische Untersuchungen ergeben neben erheblichen frühkindlichen und späteren Traumatisierungen Hypothesen zu Veränderung von Gehirnregionen, die für die Pathophysiologie dieser Störung von Bedeutung werden könnten, ähnlich der Erforschung des Aufmerksamkeits-Defizit-Syndromes. In Einzelgesprächen stellt sich der Fokus des „intuitiven Handelns“ in kleinen gemeinsamen Schritten und das Leben von Tag zu Tag als besonders wesentlich heraus.

5.3.2.3 Narzisstische Persönlichkeitsstörung (ICD10: F60.8)

In der Persönlichkeit bestehen massive Selbstwertprobleme (Selbstzweifel, Minderwertigkeitserleben, Selbstverachtung). Diese werden oft durch Größenphantasien und entsprechendes Verhalten abgewehrt. Gegenüber Frustrationen ist diese Form der Kompensation sehr störungsanfällig. Aufgrund der hohen Kränkbarkeit reagieren diese Patienten oft mit übermäßigen Aggressionen oder mit Rückzug.

In Beziehungen zeigen sie entweder ein sehr abhängiges oder sehr ausbeutendes Verhalten. Aufgrund ihres Minderwertigkeitsgefühls sind diese Menschen ständig unbewussten Neidgefühlen ausgesetzt.

5.3.2.4 Dissoziale Persönlichkeitsstörung (ICD10: F60.2)

Fehlendes Verantwortungsgefühl, Reizbarkeit, Aggressivität und erniedrigte Frustrationstoleranz sind Symptome, die auf die schwere strukturelle Störung hinweisen, die meist aus frühen Beziehungsstörungen resultiert. Bedürfnisse werden impulshaft durchgesetzt. Die emotionale Beziehung zu anderen Menschen ist brüchig und ist intrapsychisch kaum repräsentiert. Schuldbewusstsein und eine verantwortungsvolle Haltung sind oft gering

5.3.2.1 Hyperkinetische Störung (ICD10: F90.0)

Das Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom mit oder ohne Hyperaktivität entsteht in Kindheit und Jugend und ist im Erwachsenenalter häufig gekennzeichnet durch schlechte Konzentrationsleistungen und Instabilität in den verschiedenen Lebensbereichen. Auch klagen die Betroffenen über eine intrapsychische Labilität und einschließende Impulse. Konsequenzen des Handelns werden selten bedacht. Es kann zu Schwierigkeiten mit Autoritätspersonen kommen. Oppositionelles und aufsässiges Verhalten ist häufig die Folge. Misserfolge und Auffälligkeiten wegen delinquenten Verhaltens kennzeichnen die Lebenslinie. Substanzkonsum ist oft der Versuch einer Selbstmedikation der belastenden Symptome.

5.3.2.2 Borderline-Persönlichkeitsstörung (ICD10: F60.31)

Diese Patienten sind im Bereich der Selbst-Objektdifferenzierung (d.h. Selbstwahrnehmung in Abgrenzung zu anderen), der Selbstwertregulation, der Ich-Funktionen, der Beziehungserwartungen und der Kommunikationsfähigkeit strukturell unreif. In Beziehungen zeigen diese Patienten ein Muster von instabilen,

ausgeprägt. Es fehlen die Voraussetzungen zur Verinnerlichung von Normen und Regeln.

5.3.2.5 Schizoide Persönlichkeitsstörung (ICD10: F60.1)

Eine scheinbare Gleichgültigkeit gegenüber sozialen Beziehungen und eine eingeschränkte emotionale Ausdrucksfähigkeit sind auffallend. Hinter diesem Verhalten verbirgt sich oft eine tiefe Sehnsucht nach harmonischen Beziehungen und eine große Angst vor Ablehnung und Missbilligung.

5.4 Sozialdienst

Eine besondere Bedeutung im Behandlungskonzept der Fachklinik Neumühle nimmt der Sozialdienst ein, der sich mit den mannigfaltigen sozialen Notwendigkeiten und Problembereichen der Patienten auseinandersetzt und hier unterstützend und oft höchst wirksam die immer wieder zu fördernde Behandlungsmotivation mancher Patienten weckt. Eine stringente Auseinandersetzung mit den sozialen Problemen bewirkt oftmals bei betroffenen Patienten die Bereitschaft, sich mit dem persönlichen Ausmaß eigener Abhängigkeitsstrukturen auseinanderzusetzen.

Während des gesamten Therapieverlaufes hat die in der Eingangsphase erhobene Sozialanamnese und ihre Fortschreibung einen bedeutenden Stellenwert.

Im Vordergrund der sozialpädagogischen Betreuung stehen vor allem Fragen der sozialen und materiellen Existenzsicherung und Beratung und Unterstützung bei der Vermittlung in weiterführende Behandlungsformen (stationäre Medizinische Rehabilitation, ambulante Therapie, Soziotherapie, etc.).

Die Betreuung der Patienten findet in Einzelgesprächen statt.

Folgende Bereiche werden nach individueller Problemstellung entsprechend gewichtet und bearbeitet:

- ▶ Abklärung der wirtschaftlichen und sozialen Verhältnisse für die Zeit während und nach der Therapie (Krankengeld, Barbetrag, ALG II Anspruch, etc.)
- ▶ Krankenversicherungsschutz
- ▶ Fortlaufende Kooperation mit Behörden, Ämtern, Betreuern, Gerichten, Bewährungshelfern, etc.
- ▶ Hilfe bei der Schuldenregulierung mit Schuldnerberatung (tlw. durch externe Fachreferenten)
- ▶ Abklärung des Aufenthalts-Status bei ausländischen Patienten
- ▶ Bearbeitung aktueller zivil-, straf- und sozialrechtlicher Fragen
- ▶ Maßnahmen zur Vorbereitung einer Umschulung, zur Stellensuche oder
- ▶ Arbeitsplatzsicherung
- ▶ Vorbereitungen und Einleitung der ambulanten oder teilstationären Nachsorge
- ▶ Vermittlung bzw. Kontaktaufnahme zu wohnortnahen Suchtberatungsstellen
- ▶ Wohn- und Aufenthaltsverhältnisse (Wohnsitz, Personalausweis, usw.)

5.5 Behandlungsangebot für Frauen

Ausgangspunkt für die Notwendigkeit einer frauenspezifischen Indikationsgruppe in der Klinik Neumühle ist die langjährige Erfahrung, dass Frauen eine eigene Abhängigkeitsentwicklung haben. Die oben genannten Themen können die Problematik nur anreißen. Ihren besonderen Bedürfnissen wird in einem geschützten, „männerlosen Rahmen“ zur angstfreien Aufarbeitung von frauenspezifischen Problematiken durch die regelmäßig stattfindende Frauentherapiegruppe Rechnung getragen. Exzessives Suchtverhalten widerspricht der gesellschaftlich gebilligten, traditionellen Rolle der Frau. Weibliche Drogenkonsumentinnen

sind daher gesellschaftlich häufig stärker stigmatisiert als männliche. Bei Frauen treten entsprechend häufiger Schuldgefühle und Versagensängste auf.

Ein „Trend“ besteht darin, dass süchtige Frauen häufiger die Schuld bei sich selbst suchen, während süchtige Männer eher die widrigen Lebensumstände oder andere dafür verantwortlich machen. Aus der Gender-Forschung wissen wir, dass bei Frauen die Suchterkrankung sehr häufig mit Gewalterfahrungen in Zusammenhang stehen. Der Anteil von Frauen, die in suchtkranken Familien groß geworden sind, ist höher als bei Männern. Neuere Untersuchungen geben Größenordnungen von bis zu zwei Dritteln aller Frauen an, die solche Lebenserfahrungen gemacht haben. Viele Frauen litten schon als Kind unter Ängsten, Depressionen und anderen psychischen Störungen. Dadurch resultierte bereits häufig vor der Abhängigkeitsentwicklung ein wenig ausgeprägtes Selbstwertgefühl. Wiederum zwei Drittel der abhängigen Frauen nennen fehlende Durchsetzungsfähigkeit und mangelnde Ich-Stärke als Suchtursache. Dazu kommt, dass es eine Reihe frauenspezifischer Erkrankungsformen insgesamt in allen medizinischen Bereichen mit dem Schwerpunkt psychiatrischer Erkrankungen gibt, in denen Frauen ein stark abweichendes Risikoprofil gegenüber Männern aufweisen. Der vor einigen Jahren neu gegründete Arbeitskreis „Frauen in der Psychiatrie“ an der psychiatrischen Universitätsklinik in Erlangen hat verschiedene Forschungsvorhaben begonnen, Unterschiede und Gemeinsamkeiten erstmalig längerfristig zu untersuchen. Desweiteren arbeiten Mitarbeiterinnen der Klinik seit vielen Jahren in den Treffen des Arbeitskreises „Frauen und Sucht“ mit.

Themen und Zielsetzung von frauenspezifischen Angeboten: z.B.

- ▶ Verbesserung der Kommunikation unter Frauen mit Bildung von „Netzwerken“
- ▶ Rahmen für frauenspezifische Themen

- ▶ Rahmen für Themen wie körperliche und psychische Gewalt, Sexualität, Missbrauch, Prostitution
- ▶ Auseinandersetzung mit Gefühlen von Rivalität und Konkurrenz
- ▶ Reflexion der Position als Frau
- ▶ Freundschaft und gegenseitige Unterstützung
- ▶ „Unterordnung“: Lernen eigene Wünsche und Interessen zu entwickeln und diese sich selbst und den Männern gegenüber zu vertreten und die Frauengruppe als Rückhalt und Stütze zu nutzen
- ▶ Verbesserung der Beziehungsgestaltung

gen. Dies kann in die Notwendigkeit münden, eine Behandlungsverlängerung zu beantragen. Die Möglichkeit, kleinere Urlaube der Kinder bei Angehörigen oder Eltern der Erziehungsberechtigten zu ermöglichen, wird sehr flexibel gehandhabt, um auch hier gelegentliche Entlastung zu schaffen. Auch die Möglichkeiten bei bestimmten Verhaltensauffälligkeiten wie etwa bei hyperaktiven Kindern (siehe dort) werden Kinder- und Jugendpsychiatrische Diagnostik und Therapie vermittelt. Dies gilt selbstverständlich auch für die regelmäßig notwendig werdende Kinder- und Jugendmedizinische Betreuung. Obwohl die Kinder aus versiche-

rungstechnischer Sicht „Begleitpersonen“ sind, wird bereits in der Aufnahmeplanung versucht, möglichst viel Informationen einschließlich der notwendigen Bescheinigungen zur Vorlage für den Kindergarten zu erhalten.

Im Rahmen qualifizierter Entgiftungsbehandlungen werden den Müttern Kliniken mit eigenständigen Mutter-Kind-Stationen empfohlen. Während die Vermittlung unter aktiver Einschaltung und Mitarbeit der Eltern in der hiesigen Frühförderungsstelle auch zeitlich noch ausreichend gelingt, ist eine weitergehende Förde-

5.6 Behandlungsangebot für Mutter/Vater - Kind

In die Konzeption dieses Behandlungsangebotes fließen die jahrelangen Erfahrungen mit der schrittweisen konzeptionellen Ausgestaltung einer gemeinsamen Unterbringung von drogenabhängigen Erziehungsberechtigten mit Kindern ab dem Alter von drei Jahren ein. Bereitgehalten wird eine gemeinsame Unterbringung im Zimmer mit Spiel- und Gestaltungsraum. Den Kindern steht ein angelegter Spielplatz auf dem Klinikgelände zur Verfügung. Während der Werktage besuchen die Kinder den ortsansässigen Kindergarten in Hollstadt bzw. zusätzlich die Schule. Der Kindergarten bietet die Möglichkeit im Rahmen der dortigen Qualitätssicherung zu regelmäßigen Gesprächen mit den Eltern.

Besonders am Anfang der Therapie ist der Wunsch miterlebbar, dass Patienten ihr Kind plötzlich gut versorgen, „es ganz anders machen wollen als es bisher war“. Dabei haben die Patienten selbst große Not, aus dem Kreis der Beziehungsstörungen, der zurückliegenden Gewalt, einer Fülle von Konflikten und dem zunehmenden inneren Druck, die ersten Lebensschritte ohne Suchtmittel zu bewältigen, zu treten. Auf die besondere Belastung der Eltern oder des Elternteiles wird besonders eingegan-



rung unter anderem im Rahmen des Kinder- und Jugendlichenhilfegesetzes (KJHG) überaus schwierig, da es erhebliche Schwierigkeiten in der Antragsannahme und Finanzierung gibt. Außer dem besteht die Möglichkeit, nach Absprache Kinder, die aus unterschiedlichen Gründen nicht mit in die Klinik gekommen sind, hier bei ihrem Elternteil während der Rehabilitationsmaßnahme „Urlaub“ machen zu lassen.

All dies dient dazu, vorhandene Beziehungen zu unterstützen und durch möglichst intensive soziale Teilhabe zu fördern.

5.7 Behandlungsangebot für Paare

In Partnerschaften von Drogenabhängigen fehlt häufig die Erfahrung einer gemeinsamen drogenfreien Zeit. Zentrales Thema der Beziehung war die Droge, eine Auseinandersetzung mit dem Partner und den allgemeinen Problemen des Alltags konnte unter diesen Bedingungen nur eingeschränkt stattfinden. Unter dem Einfluss der therapeutischen Gemeinschaft werden diese Schwierigkeiten in Paarbeziehungen schneller und intensiver evident. Paare haben während der Therapie Gelegenheit, ihr eigenes Beziehungsverhalten und das des Partners kennenzulernen, ihre Schwierigkeiten zu thematisieren und unter therapeutischer Anleitung aufzuarbeiten.

Der Entstehung einer Paarbildung innerhalb der Einrichtung wird insbesondere dann therapeutisch entgegengewirkt, wenn Patienten Beziehungen benutzen, um der Auseinandersetzung mit der eigenen Persönlichkeit auszuweichen. Das therapeutische Team akzeptiert eine innerhalb der Einrichtung entstandene Beziehung nur, wenn die Patienten sich kritisch damit auseinandersetzen und der individuelle Therapieerfolg dadurch nicht gefährdet wird. Die Teilnahme an Paargesprächen ist in solchen Fällen obligatorisch.

5.8 Indikative Gruppen

Indikative Gruppen werden verbindlich nach Rücksprache zwischen Therapeut und Patient und nach ärztlicher Verordnung über einen gewissen Zeitraum in Anspruch genommen. Sie unterliegen Behandlungsnotwendigkeiten einerseits, können andererseits auch Wünschen aus der Patientenschaft entgegenkommen und finden angebotsorientiert auch zeitlich begrenzt statt.

- ▶ Spezifische Psychotherapiegruppen, mit Schwerpunktthemen wie z.B. Essstörungen (s.u.), Identitätsprobleme
- ▶ Frauengruppe
- ▶ Entspannungstechniken, z.B. Autogenes Training, Meditation, progressive Muskelrelaxation nach Jakobson, kreative Bewegung
- ▶ Rückenschule, Jogginggruppe
- ▶ Raucherentwöhnung - ein Kompaktprogramm über drei Wochen mit ganzheitlichem Ansatz
- ▶ In der Freizeit stattfindende, teils verpflichtende Gruppenveranstaltungen, z. B. durch die Klinik angebotene Kurse
- ▶ Gehirnjogging - diese Veranstaltung dient zur Verbesserung des Konzentrationsvermögens. Sie findet in Gruppenform unter schriftlicher Anleitung und Kontrolle sowie über mehrere Monate den gesamten Therapieverlauf des Patienten aktiv begleitend, statt (s.d.)
- ▶ Bewerbungstraining
- ▶ Schulung der Patientenpaten
- ▶ Essstörungen
- ▶ Antiaggressionstraining (s.d.)
- ▶ Verkehrsmedizinische Infogruppe
- ▶ Migranten/Aussiedler
- ▶ Medizinische Infogruppe
- ▶ Skills-Training
- ▶ Qigong

Siehe auch Unterpunkte 5.8.1 bis 5.8.8

5.8.1 Indikative Gruppe: Bewerbungstraining

Patienten werden durch Selbstbeobachtung und Wahrnehmung aktueller Stärken, Talente, Kompetenzen und Schwächen angeleitet, ihre aktuelle Leistungsfähigkeit zu untersuchen und einzeln und in Gruppen ein Bewerbungsprofil zu erkennen, zu erstellen und in Form sozialer Rückmeldungen zu diskutieren. Diese Veranstaltung wird durch einen ausgebildeten Pädagogen geleitet.

• Zielfindung:

- ▶ Entscheidung für konkrete Trainingsmaßnahmen und/oder Indikationsgruppe
- ▶ Ausrichtung auf berufliche Integration bzw. beruflich orientierte Rehabilitation
- ▶ Ausrichtung an "Gütekriterien", z.B. Ressourcen, Prozessorientierung und Kompetenzerweiterung
- ▶ Strukturelle Einbindung in den gesamten Therapiezusammenhang

• Mögliche Inhalte:

- ▶ Selbstbeobachtung und Wahrnehmung aktueller Stärken, Talente, Kompetenzen und Schwächen
- ▶ aktuelle Leistungsfähigkeit untersuchen
- ▶ „Talent-marketing“:

• Bewerbungsprofil erkennen und erstellen

• Profiling für persönliche und berufliche Merkmale:

- ▶ Qualifikationen
- ▶ Kenntnisse
- ▶ Berufserfahrungen
- ▶ Aktualität der Kenntnisse

- ▶ Weiterbildungsaktivitäten
- ▶ individuelle Förderung in der Arbeitstherapie
- ▶ Engpasskonzentrierte Strategie in Eigenverantwortung
→ Zielreflexion und Entwicklungsplan

- Ziele definieren:

- ▶ Für Arbeitstherapie: Weiterentwicklung der Beschäftigungsfähigkeit
- ▶ Christliches Bildungswerk: Qualifizierungsziele definieren im Rahmen des dort angebotenen Kurses zur Förderung des beruflichen Grundleistungsvermögens
- ▶ Gruppentherapie: persönliche und soziale Entwicklungsziele schriftlich festlegen
- ▶ Agentur für Arbeit: Vermittlungsfähigkeit recherchieren Job-AQTIV-Gesetz/Profiling-Entwurf
- ▶ Adaption: Notwendigkeit prüfen, Adaptionbewerbung über Bewerbungsblatt vorbereiten als Realitätstraining unter Berücksichtigung der Indikationen für die Beantragung adaptiver Maßnahmen
- ▶ Arbeitsmarkt: Bewerbungen formulieren, am Computer üben und Texte schreiben
- ▶ Nutzung des Internets zur Praktika- und Arbeitsplatzsuche

5.8.2 Indikative Gruppe: Essstörung

Patienten die unter einer Essstörung leiden, weisen häufig mangelndes Selbstbewusstsein, extremes Leistungsbestreben und Perfektionismus sowie ein starkes Bedürfnis nach Kontrolle und Autonomie, Angst vor dem Erwachsenwerden, Abgrenzungs- und Durchsetzungsprobleme in Verbindung mit geringer Wahrnehmung eigener Gefühle und Bedürfnisse und Probleme im Bereich der Sexualität auf. Diese Problembereiche können im Austausch mit betroffenen Patienten einfühlsam bearbeitet werden.

Die Patienten erleben es als besonders hilfreich, wenn sie erkennen, dass sie nicht alleine davon betroffen sind, gemeinsam erste Lösungsansätze erarbeiten und diese auch schon während des Aufenthaltes erproben können.

Indikation: Patienten, bei denen eine Essstörung vorliegt, werden dann zur Teilnahme an der indikativen Gruppe motiviert, wenn sich die Mitbehandlung der Essstörung als relevantes Behandlungsziel erweist.

Zentrale Ziele der Behandlung essgestörter Patienten sind:

- ▶ Normalisierung des Essverhaltens
- ▶ Verbesserung der Körperwahrnehmung
- ▶ Aufbau des Selbstwertes
- ▶ Förderung der Körperakzeptanz
- ▶ Planung und Umsetzung eigenverantwortlicher Veränderungsschritte zur Förderung von Autonomie und Selbständigkeit
- ▶ Erlernen des Umgangs mit rückfallgefährdenden Situationen
- ▶ Genusstraining
- ▶ Eigene Ressourcen erkennen und nutzen

In dieser Gruppe geht es um das gezielte Arbeiten mit der Symptomatik der Essstörung. Hierbei wird dem Patienten ein individuelles Störungsmodell aufgezeigt und Therapieziele abgeleitet.

Im gemeinsamen Gespräch mit anderen Betroffenen und dem zuständigen Therapeuten wird ein vertieftes Verständnis des Funktionszusammenhangs der Symptomatik erarbeitet.

Die Patienten werden dazu angeleitet, sich in Eigeninitiative und Selbstverantwortung mit den Faktoren, die zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Essstörung beitragen, intensiv auseinanderzusetzen und realistische Veränderungsschritte zu entwickeln und umzusetzen.

Die Gruppe bietet die Möglichkeit über eine Selbstbeobachtung hinaus durch Erfahrungen und Rückmeldungen der Gruppenmitglieder die eigene Haltung und Verhaltensweisen zu verändern.

5.8.3 Indikative Gruppe: Schulung der Patientenpaten

Rahmen: Es handelt sich um einen gruppenübergreifenden festen Kreis von mindestens sechs Patienten als Stamm. Die Therapeuten dieser indikativen Gruppe sind gleichzeitig Ansprechpartner für die Auswahl der Patientenpaten in Absprache mit dem Gesamtteam. Da der Patientenpate die Abläufe im Haus, Klinikregeln und Organisation gut kennen sollte, ist eine Aufnahme in diese Gruppe ab der Kompetenzphase (ca. 14. Woche) sinnvoll, Abweichungen sind nach Rücksprache möglich. In den Gruppen sollen Vorschläge für Patientenpaten gesammelt werden, wer als Patientenpate in Frage kommt. Die Tätigkeitsdauer sollte acht Wochen nicht überschreiten.

Die Patengruppe findet im 14tägigen Abstand statt.

Folgende Themen werden behandelt:

- ▶ Grundlagen und Einführung in die Funktion des Paten, Regelkunde sowie
- ▶ Austausch über praktische Erfahrungen, Fragen, Anregungen, Wünsche, Probleme, Verbesserungen

5.8.4 Indikative Gruppe Aggression bzw. Antiaggressions training

Unter dem Begriff Aggression (lat. aggredere = sich nähern/an-greifen) werden viele verschiedene Verhaltensweisen zusammengefasst, die mit der Absicht ausgeführt werden, ein Individuum direkt oder indirekt zu schädigen.

Die Aggression tritt oft als Reaktion auf eine wirkliche oder nur scheinbare drohende Minderung der eigenen Macht in Erscheinung. Sie richtet sich primär gegen andere Personen und Gegenstände, kann sich aber auch sekundär gegen die eigene Person zurückwenden, wenn sie durch äußere Widerstände gehemmt bzw. aufgrund der Forderung der Gesellschaft und zum Zwecke der sozialen Anpassung verdrängt wird (z.B. Selbsthass, Selbstschädigung, Selbstmord, Masochismus, etc.).

Aggression kann von den primitivsten Reaktionen (beißen, schlagen, treten, usw.) bis zu den sublimsten Reaktionen (entwerten, herabsetzen, etc.) in Erscheinung treten. Im Zusammenhang mit sexuellen Beziehungen kann Aggression als Lust an der Grausamkeit und als Lust an der Zufügung von Schmerz auftreten (Sadismus).

Aggressives Verhalten wird wie anderes Verhalten auch im wesentlichen durch Beobachtungs- und Verstärkungslernen erworben.

Drei verschiedene Formen der Aggression werden voneinander unterschieden:

1. Aggression vom Typ A (Instrumenteller Typ) ist der Versuch, gezielt und/oder geplant, anderen Menschen zur Erlangung eines persönlichen Vorteils (z.B. Machtgewinn, Besitz) Schaden zuzufügen.
2. Aggression vom Typ B (Emotionstyp) ist durch Erregung bzw. Emotion hervorgerufenes und/oder begleitetes Verhalten zum Abbau von Spannung und zur Abwehr bedrohlicher Reize, wobei die Schädigung eines anderen in Kauf genommen wird.
3. Aggression vom Typ C (Erregungstyp) ist ein durch hohe Erregung hervorgerufenes, weitgehend ungesteuertes Verhalten mit schwerer Gefährdung von Menschen und Sachen.

Im Umgang mit Frustrationen drückt sich aus, in welchem Ausmaß ein Mensch gelernt hat, mit Enttäuschungen und eigenem Versagen umzugehen.

Geringe Kompetenzen im Umgang mit Aggressionen können die Entstehung von Krankheiten begünstigen und u.a. zur Entwicklung von Abhängigkeitserkrankungen, wie z.B. Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit führen.

Andererseits können Alkohol und illegale Drogen für sich und in Kombination die Hemmschwelle für aggressives Verhalten senken und die Aggressionsbereitschaft eines Individuums erhöhen.

Diese indikative Gruppe erfolgt in Kooperation zwischen der Klinik Neumühle und der Schule am Krankenhaus unter der Leitung eines ausgebildeten Pädagogen.

Thema: Weg mit Emotionen – Aggression und Umgang mit schwierigen Emotionen:

- ▶ Training in Alternative zu herkömmlichen Antiaggressionstrainings
- ▶ Theoriebildung zu Aggression und Emotionen als Reflexionsgrundlage
- ▶ Untersuchung der allgemeinen Prozessabläufe und individuellen Ablaufmuster
- ▶ Biographische Aufarbeitung
- ▶ Übungen zur Selbstwahrnehmung
- ▶ Übungen zur Prävention und Intervention für konfliktauslösende Situationen
- ▶ Stärkung der inneren Zentrierung und des Selbstbewusstseins
- ▶ Möglichkeiten des Spannungsabbaus

5.8.5 Indikative Gruppe Migranten/Aussiedler

In den letzten Jahren wurden vermehrt Migranten/Aussiedler in unserer Einrichtung aufgenommen. Dabei ist die Entwicklung zielgruppenspezifischer Hilfsangebote nur in einem gemeinsamen Lern- und Erfahrungsprozess möglich. In ihrer Zielsetzung der Notwendigkeit ist sie unbestritten. Menschen aus anderen sozialen Milieus und Kulturkreisen müssen angemessen und differenziert, z.T. auch anders beraten und behandelt werden. Kulturbedingte „Blockaden“ und z.T. auch Widerstände treten dabei in verschiedenen Bereichen auf. Durch Mitarbeit in Arbeitskreisen wird versucht, migrationspezifische Gesichtspunkte der Sucht herauszuarbeiten und uns gemeinsam verständlich zu machen. Heranwachsende Migranten/Aussiedler erfahren eine vielfältige Belastung. Sie müssen das Erwachsenwerden in einer zunächst für sie völlig fremden Welt bewältigen. Häufig mussten sie Freunde und die vertraute Umgebung zurücklassen, die sie alters- und entwicklungsbedingt gebraucht hätten. Manche Migranten/Aussiedler waren bereits vor ihrer Umsiedlung nach Deutschland Drogenkonsumenten oder bereits drogenabhängig. Die meisten Familien und die Betroffenen selbst haben aber die Erfahrung gemacht, dass eine überaus repressive Drogenpolitik durchgeführt wird, und so kann es nicht wundern, dass sie zunächst unserem, ihnen unbekanntem abgestuften Hilfesystem der Drogentherapie hilflos, misstrauisch, mit Unverständnis gegenüberstehen. Dies wird auch in der Mitarbeit in Selbsthilfegruppen im Rahmen der gesamten sozialen Hilfe für Migranten/Aussiedler deutlich.

Beispielweise aus den GUS-Staaten kommende ältere Sozialarbeiter, opfern sich für die Integration ihrer „Deutschen Landsleute“ auf, sind in den Gruppen sehr anerkannt, weil es ihnen gelungen ist, Arbeitsplätze, Sprachkurse, Förderungsmöglichkeiten für neuangekommene Umsiedler zu organisieren, haben aber bei „Drogenabhängigen ihr altes Schema im Kopf“, d.h. kompromiss-

lose Härte, Einsperren, Bestrafen, Verprügeln, etc.. In den Medien sind die Behandlungsmethoden „Drogenabhängigen“ gegenüber in den GUS-Staaten bekannt, sie werden dort als richtig und notwendig verteidigt. Drogenabhängige werden dort über Jahre in unwürdigsten Asylen eingesperrt, ihrer menschlichen Würde beraubt und gequält. Sie stehen in einer völligen Feindorientierung. Kommen die Jugendlichen zu uns „in die neue Heimat“, erfahren sie durch verschiedenste auch wirtschaftlich beeinflusste Faktoren häufig nur ungenügende Spracheinführungen, damit weniger oder gar keine qualifizierten Schulabschlüsse, ihre Chancen auf dem Ausbildungsmarkt sind schlechter, sie benötigen besondere Förderungen.

Die Verständigung leidet seltener unter Sprachproblemen als befürchtet. Häufiger besteht der Wunsch der Abschottung, sich wie ein Stück Heimat die eigene „Sprache zu sichern“, das „Russische“ wie eine Heimatinsel zu erleben.

Eine wichtige Aufgabe dieser offenen Gruppe, die die Zielfindung jeweils selber heraus arbeiten muss, besteht darin, den Rückzug in die „zelebrierte“ Subkultur zu hinterfragen. Die Erfahrung bisher zeigt, dass viele Migranten/Aussiedler vor ihrer Umsiedlung nach Deutschland keine besonderen Hobbys hatten, ihr Freizeitverhalten bestand darin, sich mit Freunden zu treffen, mit ihnen häufig „herumzuhängen“. Es besteht ein erheblicher Unterschied zwischen Spätaussiedler-Jugendlichen, die in der Stadt oder auf dem Land groß geworden sind. Auch „Sport“ wurde aus der Erfahrung wenig mit Freude oder Spaß in Verbindung gebracht, sondern es war eines von vielen disziplinierten Leistungsfächern in der Schule. Als Identitätsfindung dienen russische Musik, „die russische Seele“ in Form melancholischer Folklore, oder auch Techno und Hip-Hop, wenn Jugendliche in großstädtischer Umgebung aufgewachsen sind. Auch die alten Symbole wie kommunistische Texte und Lieder, „Hammer und Sichel“ sind durchaus identitätsstiftend, werden aber erst nach langer Zeit und guter Vertrauensfindung mitgeteilt.

Das besondere Rückfallrisiko mit Alkohol, hier spezifisch Wodka und der unkritische Umgang hiermit, setzt durch selbstinszenierte Abbruchsituationen häufig der Behandlung ein jähes Ende. Das Suchtpotential der Droge Wodka wird erheblich verdrängt. Übermäßiger Alkoholmissbrauch in der GUS ist weder gesellschaftlich sanktioniert, noch wird er als gesundheitsgefährdend betrachtet. Derjenige, der Alkohol gut verträgt, wird durchaus geschätzt. Männliche Spätaussiedler setzen exzessiven Alkoholgebrauch mit Männlichkeit, Selbstbewusstsein, Stärke und Identität gleich. Im Gegensatz dazu ist auch in den Familien der „Genuss“ von Alkohol, z.B. eines Glases Wein zum Essen, kaum oder gar nicht bekannt. Die Erreichung des Vollrausches, in kurzer Zeit und in hohen Mengen zu trinken, bis man narkoseähnliche Zustände erreicht hat, ist durchaus erwünscht. Diese Wirkung wird von Spätaussiedlern, aber nicht nur von ihnen sehr einleuchtend mit der Umschreibung „wenn man trinkt, muss es knallen“ sehr bildhaft dargestellt. In der Gruppenveranstaltung werden als zentrale Themen Tradition und Elternfunktion, der Lebensstil, Misserfolgs erleben, das Festhalten an traditionellen Rollen, die frühere und heutige Jugendkultur und Identitätsprobleme im Mittelpunkt stehen. Es werden bewusst keine festen Ziele definiert, da sie sich aus den Gruppengesprächen ergeben sollen. Der Begriff der Integration wird aber ganz bewusst vorsichtig gebraucht, denn er bedeutet, dass sich beide Seiten zu etwas Neuem formen. Dies wäre als Ergebnis sehr wünschenswert, in der Regel wird aber Integration zumindest sozialpolitisch im Alltag als Anpassung verstanden, dass sich diejenigen, die nach Deutschland kommen, aufgeben und in unserer Aufnahmegesellschaft sozusagen aufgehen sollen. Damit wäre Assimilation gemeint und nicht Integration. Ein Abstimmen und eine Zusammenarbeit mit anderen Gruppenveranstaltungen und indikativen Gruppen erscheint sinnvoll. Als ein Teil dieser indikativen Gruppe ist auch geplant, Besuche in Schulen durchzuführen, Austausch zu fördern, für besseres Verständnis zu werben.

5.8.6 Indikative Gruppe Raucherentwöhnung: (Kompaktprogramm über drei Wochen)

Die Klinik bietet den Patienten Hilfen zur Erlangung der Nikotinabstinenz an. Multimodale Behandlungsmethoden unter gleichzeitiger Verwendung nikotinsubstituierender Präparate in Kombination sind nach neuesten Forschungsergebnissen erfolversprechend.

Dabei sind die Stadien der Änderungsmotivation nach DiClemente und anderen (seit 1991 veröffentlicht) hier besonders nachvollziehbar. Aus dem Stadium der Absichtslosigkeit ist das Stadium der Absichtsbildung durch ganz bestimmte psychotherapeutische Schritte zu fördern, das Stadium der Vorbereitung eine Änderungsmotivation zu unterstützen, um Abstinenz zu erreichen. Dabei ist eine Zusammenarbeit in der Gruppe zwischen dem Ärztlichen Dienst und dem Therapeuten der Indikativen Gruppe Voraussetzung.

Eine medizinische Grundinformation über die peripheren und die zentralen Effekte von Nikotin ist keineswegs so aussichtslos als Vorbereitung, wie es manchmal dargestellt wird. Den meisten Patienten ist es nicht bekannt, dass es Nikotinrezeptoren im Gehirn gibt und welche Bedeutung diese haben, dass Nikotin das „Belohnungssystem“ im Mittelhirn genauso tangiert wie die anderen Drogen, dass bei Schlafstörungen, z.B. die Einschlafzeit verlängert ist, dass der Wachanteil an der Schlafperiode deutlich erhöht ist und dass verschiedenste Hormone durch Nikotin freigesetzt werden, mit den dazugehörigen Nebenwirkungen. Auch die Schilderung der peripheren Wirkungen von Nikotin und die Auswirkungen von Teer können den Wunsch, sein gesundheitliches Befinden zu verbessern, durchaus stützen helfen. Bei Männern ab dem mittleren Lebensalter ist bereits die chronisch obstruktive Lungenerkrankung auch unter der vielfältigen Exposition der Rauchkondensate einschließlich der Teerfraktion mit Ursache,

dass diese die vierthäufigste Todesursache darstellt das Lungenkarzinom und Veränderungen an den Gefäßen gar nicht gerechnet.

Die einzelnen Schritte des Programms sind angelehnt an das Raucherentwöhnungsprogramm des IfT (Institut für Therapiefor-schung) München, das ein entsprechendes Anleitungsbuch veröf-fentlicht hat. Es wird ergänzt durch individuelle Maßnahmen.

5.8.7 Indikative Gruppe: Verkehrsmedizin

Die Fahrerlaubnis hat neben dem Gewinn an individueller Frei-heit auch hohen beruflichen und sozialen Stellenwert. Aufklä-rung über gesetzliche Zusammenhänge, die Bedeutung der Fahr-erlaubnisverordnung, die Durchführung der Medizinisch-Psychologischen-Untersuchung (MPU) beim TÜV und die Notwendigkeit des Nachweises einer poststationären Abstinenz werden erarbeitet. Hausärztliche Nachbetreuung, Abstinenzkon-trollen und regelmäßige Nachbetreuung bei der Suchtberatungs-stelle als Vorbereitung für die Wiedererteilung der Fahrerlaubnis können als abstinenzfördernde Maßnahmen verstanden wer-den.

In unserer Einrichtung werden sowohl für alkoholabhängige wie auch für drogenabhängige Klienten separate Informationsstun-den über den Ablauf zur Führerscheinwiedererlangung abgehal-ten. Auch eine Vorbereitung auf die Medizinisch-Psychologische-Untersuchung (MPU) wird angeboten.

5.8.8 Indikative Gruppe: Allgemeine Gesundheitsbildung

Für die Patienten finden regelmäßige, thematisch definierte In-formationveranstaltungen zu allgemeinen Gesundheitsthemen statt. Durchgeführt werden diese Gruppen von Ärzten, Pflege-personal und spezifischen Fachpersonen (z.B. Küchenmeister;

Diätbetreuung). Über Vorträge, Diskussionsforen, Film- und Video-vorführungen soll das Bewusstsein der Patienten für allgemeine Hygiene, die Gefährlichkeit von Drogen, Genussgiften wie Tabak und anderen Risikofaktoren (z.B. Übergewicht, Hypercholeste-rinämie) geschärft werden. Alternative Therapiemethoden (z.B. 5-Punkt Ohrakupunktur; medizinische Hypnose) oder aktuelle Tagesthemen können auch auf Wunsch von den Patienten hin zum Vortragsthema gemacht werden und werden in unserer Kli-nik als unterstützende therapeutische Maßnahmen angeboten.

Gesundheitsförderung und Gesundheitsinformation sind thera-piebegleitend eine wichtige indikative Gruppenveranstaltung im Wechsel zwischen Vortragsveranstaltung und Kleingruppenar-beit. Hier wird nicht nur wie in den spezifischen Informations-gruppen über Sucht und Suchtentstehung informiert, sondern sowohl in Vortragsform als auch in kleinen Diskussionsrunden versucht die Patienten aktiv mit einzubeziehen. Die Anleitung zur gesunden Ernährung, zu einem physiologischen Alltagsmuster mit Bewegung, Ruhe, Wechsel zwischen Passivität und Aktivität und Anleitung zur Selbsthilfe steht im Mittelpunkt.

5.8.9 Skills-Training

Das Skills-Training unserer Klinik ist angelehnt an die dialektisch-behaviorale Therapie (DBT) der amerikanischen Psychologie-professorin Marsha M. Linehan. Das DBT-Therapiekonzept wird seit mehr als zehn Jahren erfolgreich vor allem bei Problemver-halten wie suizidalem und selbstverletzendem Verhalten ange-wendet. Der Wirksamkeitsnachweis für die DBT wurde durch unterschiedliche Studien erbracht.

Generell kann ein Skills-Training auch für drogenabhängige Pati-enten mit Störungen der Emotionsregulation sehr erfolgreich angewendet werden!

Häufig stehen im Hintergrund der Abhängigkeitserkrankung traumatische Erlebnisse in Kindheit und Jugend. Die Patienten erlebten Situationen und/oder wuchsen in einem ungünstigen Klima auf, das von mangelndem Einfühlungsvermögen bis hin zum Erleben psychischer, physischer und sexueller Gewalt reicht. Diesem Klima sind die Betroffenen häufig ausgeliefert und entwi-ckeln dadurch erhebliche Schwierigkeiten im Umgang mit Gef-ühlen. Zur Kompensation und Unterdrückung der aversiven Gefühle sowie zum Schaffen angenehmer Gefühle entstehen häufig dysfunktionale Strategien, unter anderem auch der Miss-brauch von Drogen.

Das Skills-Training findet regelmäßig einmal wöchentlich statt und besteht aus den vier Modulen:

- ▶ Stresstoleranz
(hier soll neu erlernt werden, wie man mit Erregungen um-geht – wie man sie benennen, ernst nehmen und regulieren kann)
- ▶ bewusster Umgang mit Gefühlen
(es wird geübt, emotionale Spannungen auszuhalten, sich auf die eigenen Gefühle zu verlassen und ihnen zu vertrauen)
- ▶ soziales Kompetenztraining
(für erfolgreiche Kommunikation wird die Verbalisierung ei-gener Emotionen und Bedürfnisse trainiert sowie die Klärung interpersoneller Interaktionen)
- ▶ innere Achtsamkeit
(innere Achtsamkeit bedeutet, sich selbst besser spüren und wahrnehmen zu lernen und seiner Wahrnehmung wieder zu vertrauen)

Ziel des Skill-Trainings ist es, die emotionale Belastbarkeit soweit zu verbessern, dass die Droge ihre Funktionalität verliert.

5.8.10

Indikative Gruppe: Qigong

(Mindestteilnahme 12x = sechs bis acht Wochen)

Bei Einhaltung der Abstinenz von Suchtmitteln werden die Patienten zu Beginn mit erlebter Diskrepanz zwischen der realen Verfassung und dem Ich-Ideal konfrontiert, was vielfach zu einer weiteren Schwächung des Selbstwertgefühls, zu erhöhter Kränkbarkeit und einer eingeschränkten Selbstwahrnehmung führt. Dies kann das Verlangen nach den Suchtmitteln erneut verstärken.

Die mangelhafte Wahrnehmungs- und Verarbeitungsfähigkeit von Affekten spielt dabei eine große Rolle, da sie oft nicht ausreichend

- ▶ introspektiv differenziert,
- ▶ mimisch und sprachlich zum Ausdruck gebracht,
- ▶ empathisch und situativ verstanden,
- ▶ gesteuert und ertragen werden können.

Dies spricht dafür, ein leichtes körperliches Training mit Inhalten von psychotherapeutischer Relevanz als Bestandteil der stationären Therapie einzusetzen. Qigong ist ein übendes Verfahren unter Einbeziehung des Körpers und wird (als eine der asiatischen Bewegungskünste) eingesetzt, um über Körperwahrnehmung und Bewegung einen Prozess zur Selbstfindung zu fördern. Die Flexibilität des Übungssystems ermöglicht eine Anpassung an die individuelle Befindlichkeit der Patienten.

Die psychotherapeutischen Wirkfaktoren lassen sich gut in Anlehnung an die „Schlüsselpunkte“ der Qigong-Übungspraxis nach Prof. Jiao (1989) darstellen.

- Entspannung kann Abwehrmechanismen lockern und den Patienten Kompetenz und Steuerungsfähigkeit vermitteln, den eigenen Anspannungsgrad zu nutzen um das eigene Maß von Spannung und Entspannung herzustellen.
- Ruhe – verbunden mit Wachheit und Konzentration des Geistes auf die Gegenwart des Übungsgeschehens, dies kann ein Anker in unbelasteter Realität sein.
- Achtsamer Selbstkontakt und Selbstausdruck – die Übungen fördern die Koordinationsfähigkeit und den Gleichgewichtssinn, die Patienten können ein Gespür dafür entwickeln, wann sich etwas von selbst natürlich ergibt.
- Vorstellungskraft – auf kognitiver Ebene und mit Imagination, kann förderlich auf Psyche und Körper einwirken. Die Patienten wählen dabei selbst, welchem Teil der Vorstellungen oder Metaphern sie Beachtung schenken wollen.
- Erdung – ein fester Stand wird als notwendige Voraussetzung für eine Stabilität der Persönlichkeit (Ich-Stärke) angesehen. Durch konkrete körperliche Förderung werden die Patienten darin unterstützt, Konstanz und Zuverlässigkeit zu erleben.
- Grenzen – „das richtige Maß“ finden, ein Gespür für eigene Grenzen entwickeln und ein Zuviel vermeiden. In Qigong – Übungen sind Aspekte enthalten, die als Selbstheilungsübungen im Energiefeld angesehen werden, mit streichenden Bewegungen können die Patienten symbolisch ihren eigenen Raum deutlich machen und ihn nach außen abgrenzen.
- Schritt für Schritt – voran gehen, die Möglichkeiten im eigenen Tempo erweitern. Der psychotherapeutische Prozess der Stabilisierung und Ressourcenaktivierung wird unterstützt

Durch regelmäßige Qigong-Praxis können latente Fähigkeiten mobilisiert, die körperliche Vitalität gestärkt werden, diese Erfahrungen können fruchtbar auf andere Lebensbereiche einwirken. Es kann z.B. zu Verbesserung von Ein- und Durchschlafstörungen sowie von Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen kommen. Oft sind chronische Verspannungen ein Ausdruck von konfliktbehafteten Gefühlen und Erinnerungen, die durch Lockerung möglicherweise freigesetzt werden. Hier liegt die Schnittstelle zur Aufarbeitung in der Psychotherapie.

Qigong wird als übungszentriert - funktionales Verfahren eingesetzt, mit dem sich Wahrnehmungs-, Erlebnis- und Verhaltensmöglichkeiten auf behutsame Weise erweitern lassen. Darüber hinaus können die Patienten mit Qigong-Übungen selbst aktiv die eigene Genesung unterstützen, also etwas für das eigene Wohlbefinden tun und erleben dadurch z.B. weniger auf Suchtmittel angewiesen zu sein.

Es wird die Übungspraxis nach Prof. Jiao, G. durchgeführt, die von der Medizinischen Gesellschaft für Qigong Yangsheng e.V., Bonn gelehrt wird.

5.9 Rückfallprophylaxe

Dieses Programm besteht aus zehn Trainingssitzungen, überwiegend orientiert an einem verhaltenstherapeutischen Konzept und wird vom jeweiligen Gruppentherapeuten geführt. Es ist für die spezifischen Bedürfnisse der Klinik Neumühle neu strukturiert worden.

5.9.1 Rückfall und Rückfallbearbeitung

Rückfall

Zu dem Verständnis von Alkohol-, Drogen- und Medikamenten-



abhängigkeit gehört es, den Rückfall während des Klinikaufenthaltes als Symptom der zu behandelnden Störung zu verstehen.

So wird in der Auswertung des Modellprogramms „Stationäre Krisenintervention bei Drogenabhängigen“ eine durchschnittliche Rate von 23,4% Rückfällen angegeben, die Patienten hatten, die eine Drogenentwöhnungstherapie in verschiedenen Kliniken regulär beendeten (Küfner 1994).

Rückfälle sind Ereignisse, die also zu erwarten sind und auch therapeutisch sinnvoll für den Patienten genutzt werden können.

Deswegen kann heute nach Arbeiten von Körkel (1995) und Küfner (1988) eine sofortige Entlassung aus der Klinik wegen eines Rückfalls wissenschaftlich, ethisch und menschlich als einzige Alternative nicht mehr verantwortet werden.

Die Bearbeitung von Rückfällen in einer Suchtfachklinik wie der Klinik Neumühle muss jedoch einen strukturierten, suchtmittelfreien Raum gewährleisten, in dem Abhängige vor Suchtmitteln geschützt ihre Entwicklung zur abstinenten Lebenshaltung vollziehen können. Deswegen wird der Verhinderung von Rückfällen größtmögliche Beachtung gewidmet.

Dies geschieht durch klare Festlegungen in der Hausordnung, durch strenge und regelmäßige Kontrollen der Patienten nach Ausgängen, Heimfahrten und zu beliebigen Zeiten auf Zeichen einer Intoxikation (Atemalkoholbestimmung und Urin-screening auf Drogen- und Medikamentenmetabolite) und bei Hinweisen auf mitgebrachte Suchtmittel.

Bei dem kleinsten Verdacht auf eine Intoxikation mit jeglichem Suchtmittel kann jeder Mitarbeiter der Klinik zu jeder Zeit eine entsprechende Kontrolle veranlassen.

Die Einnahme und der Besitz von Suchtmitteln gilt als Rückfall. Jeder Rückfall kann prinzipiell zur disziplinarischen Entlassung führen.

Einen Rückfall können wir auch nur akzeptieren, wenn alle Informationen dazu offengelegt werden und damit das Vertrauensverhältnis nicht gestört wird. Voraussetzung hierfür ist das unaufgeforderte Anzeigen des stattgefundenen Rückfalls, im Fachjargon auch als „Aufmachen“ bezeichnet.

Rückfallbearbeitung

Intoxikierte Patienten werden zur Entgiftung in die nahegelegene Kreisklinik Bad Neustadt/Saale bzw. in die regionalen Bezirkskrankenhäuser verlegt.

Bei jedem Rückfall muss der Patient dem zuständigen Psychotherapeuten oder Arzt die Umstände: Rauschmittel, Dosis, Beschaffung, Vorhandensein weiterer Vorräte, Mitbeteiligte, Finanzierung, Konsumart, Entsorgung der Flaschen, Spritzen, etc., Ort und subjektive Motivation des Rückfalls offenlegen. Außerdem ist ein schriftlicher Rückfallbericht beim Arzt oder Bezugstherapeuten abzugeben.

Nach Abklingen der Intoxikation wird der rückfällige Patient in die Kleingruppe reintegriert und bearbeitet offen mit seiner Gruppe unter Hilfe des Gruppentherapeuten die Ursachen seines Rückfalls.

Je nach Entwicklungsstand des therapeutischen Prozesses können vorwiegend nur äußere Veranlassung, Bedingungen und Motive des konkreten Rückfalls geklärt werden. Dennoch haben bereits der Vorgang der Veröffentlichung und damit der Entprivatisierung des Rückfalls und die entsprechenden Rückmeldungen der Gruppenmitglieder therapeutisch effektive Wirkungen.

Da die Mitpatienten mit Enttäuschung, Missbilligung, Ängsten, aber auch mit Verständnis und Interesse für die Beweggründe reagieren, fördert dies eine bewusste Entscheidung auf dem Weg zur Abstinenz.

Aus therapeutischer Sicht gelingt die wirklich tiefgreifende Bearbeitung von Rückfällen in der „Arbeitsphase“. Erst dann ist der Patient dazu in der Lage, die tieferen Zusammenhänge der Sucht zu verstehen. Bei genauer Analyse des Rückfalls stellt sich dann heraus, wie durch eine aktuelle psychische Belastung der frühere emotionale Grundkonflikt des Patienten wieder ausgelöst wurde. Durch diese Erkenntnis wird er befähigt, mit seinen inneren Konflikten konstruktiver umzugehen, ohne auf das Suchtmittel zurückgreifen zu müssen.

Wir fassen einen Suchtrückfall als intensiv zu behandelnde Krise auf dem Weg zur Abstinenz auf. Je nach Schwere des Rückfalls und der individuellen Aufarbeitungsmöglichkeiten kann auch eine Verlängerung der Behandlungsdauer, im Einzelfall bis zu sechs Wochen notwendig sein.

Dies hängt vom Entwicklungsstand des Patienten in der Therapie und äußeren Gegebenheiten (z.B. Dauer der Kostenübernahme) ab.

Konsequenzen eines Rückfalls

Nach einem aufgedeckten Rückfall gilt:

1. Einzelgespräch bei der Klinikleitung
2. Vergabe eines roten Punktes
3. Rückstufung auf eine frühere Therapiephase
4. Alle Ausgangsmöglichkeiten dürfen erst nach Absprache (Einverständnis) mit dem Bezugstherapeuten wieder genutzt werden.
5. Rückfallbearbeitungsbogen ausfüllen

6. Rückfallbearbeitung in der Gruppe
7. Einzelgespräche beim Bezugstherapeuten
8. Therapieziele werden neu definiert
9. Ein neuer Therapieplan kann/wird festgelegt/werden

Die Konsequenzen, die sich aus dem Rückfall ergeben, werden innerhalb des neuen Therapieplanes festgelegt. Der Bezugstherapeut informiert das Klinikteam über den mit dem Patienten neu festgelegten Behandlungsplan.

Wir setzen eine aktive und motivierte Aufarbeitung des Rückfalls voraus. Weitere Interventionen können unter dem Punkt Therapieziele/Therapieplan vom Bezugstherapeuten festgelegt werden. Wer am Wochenende (Freitag, Samstag, Sonntag) einen Rückfall aufmacht, darf das Haus nicht verlassen, da erst ein Gespräch mit seinem Bezugstherapeuten stattfinden muss.

Entdeckte Rückfälle, d.h. nicht vom Patienten aufgemacht, können zur disziplinarischen Entlassung führen.

Bei disziplinarischen Entlassungen aufgrund von nicht aufgemachten Rückfällen, kann ein Patient, insofern er das Haus nicht gefährdet, im Haus bleiben, bis eine sozial verträgliche Entlassung möglich ist.

Disziplinarische Entlassung nach einem Rückfall

Prinzipiell werden nach einem Rückfall die therapeutischen Aspekte multiprofessionell zusammengetragen und gewichtet. Über eine disziplinarische Entlassung wird unter chefärztlicher Letztverantwortung entschieden und diese ist prinzipiell schon nach einem ersten Rückfall möglich.

Keine Möglichkeit der Rückfallbearbeitung und damit die disziplinarische Entlassung können sich in folgenden Situationen ergeben:

- ▶ Geplantes und bewusstes Mitbringen von Rauschmitteln in die Klinik oder auf das Klinikgelände, auch ohne eigenen Konsum
- ▶ Verweigerung und Manipulation von Atemalkoholtest und/oder Urinuntersuchung
- ▶ Mangelnde Mitarbeit und/oder Offenheit bei Rückfallbearbeitung, körperlicher Untersuchung und Zimmerkontrolle.

Die disziplinarische Entlassung erfolgt unter Berücksichtigung medizinischer Kontraindikationen nach einem Gespräch mit der Chefärztin und/oder dem Leitenden Psychologen sowie dem jeweiligen Bezugstherapeuten.

5.10 Angehörigengespräche bzw Familienarbeit

In der Entwicklung der Drogenabhängigkeit treffen häufig das „unverantwortliche Handeln“ des Abhängigkeitskranken und das „überverantwortliche Handeln“ mancher Angehöriger aufeinander. Zwar menschlich verständlich, aber vom Ergebnis her wenig effektiv ist dabei, dass der Abhängigkeitskranke angesichts einer derart fürsorglichen Haltung seiner Eltern und Angehörigen häufig keinen Grund sieht, etwas am eigenen Verhalten ändern zu müssen. Daraus ergibt sich trotz der ganzen „liebvollen Zuwendung“ eine erhebliche Verärgerung und Frust für den Angehörigen, und der Teufelskreis beginnt sich zu schließen. Solche und ähnliche „Geschichten“ ereignen sich täglich im Umfeld von Suchtkranken. Sie geschehen über lange Zeit aus Liebe, die allmählich ermattet und prägen den Begriff der „Co-Abhängigkeit“. Die Angehörigen leiden unter der Sucht des Partners, der Kinder, aber auch aufgrund ihres „Unbedingt – Helfen – Wollens“. Dies verlängert die Sucht und lässt die Schlussfolgerung bei Kindern, die in Suchtfamilien groß geworden sind, verständlich werden, z.B. in der Äußerung „wenn ich mit niemandem eine engere Beziehung eingehe, kann ich auch nicht verletzt werden“. Im Umfeld verändert sich die Kommunikationsform, es wird häufig hinter dem Rücken des oder der Betroffenen getuschelt, man redet

mehr über den Abhängigen als mit ihm. Leider wird der Hausarzt von vielen Heranwachsenden nicht als vertrauensvoller Gesprächspartner akzeptiert. Dies prägt häufig die Atmosphäre unserer Erstkontakte zu den Angehörigen. Es gilt zunächst das „Familiengeheimnis“ - ihr Sohn/ihre Tochter ist drogenkrank - offen zu legen. Dies wird auch noch von vielen Eltern und Angehörigen beim ersten Besuch hier in der Drogenklinik geleugnet, ohne leichten Druck kommt es zu keiner realistischen Einschätzung. Dabei ist der emotionale Hintergrund, dass sich viele Familienmitglieder schämen, sich schuldig fühlen, Angst haben, als Versager in der Erziehung zu gelten, mit zu berücksichtigen. Dieses Schamgefühl besteht häufig auf beiden Seiten, sowohl auf Seiten der Angehörigen – wie benannt – als auch auf Seiten der Patienten. Ähnlich wie in einer Gesundheitsinformationsgruppe für die Patienten sind auch sachliche Informationen für Angehörige notwendig. Alle Beteiligten müssen begreifen lernen, dass Sucht eine vielfältige Erkrankung ist, die einen bestimmten Stadienverlauf hat. Notwendige Voraussetzung ist, in einem offenen Gesprächsklima alle Beteiligten von möglichen Schuldgefühlen schrittweise zu befreien und neue Kommunikationsmöglichkeiten zu schaffen. Der Satz „Wahrheit bringt Klarheit“ gerät dabei immer wieder in den Mittelpunkt.

In suchtkranken Familien sind bestimmte Gefühle vorherrschend, die aber nicht ausgesprochen werden: Traurigkeit, Angst, Schuldgefühle, Wut und Scham. Gerade Schamgefühle wird in der Therapie viel zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Die Veröffentlichung des amerikanischen Psychoanalytikers Léon Wurmser „Die verborgene Dimension-Psychodynamik des Drogenzwanges“ ist hier besonders bedeutsam. Im Bereich der generationsübergreifenden Familientherapien tiefenpsychologischer Richtung lässt sich anhand von Genogrammen deutlich zeigen, dass bei sorgfältiger Analyse Schamgefühle und Affekte „sozial vererbt“ werden und wie eine generalisierte Beziehungsstörung über mehrere Generationen weitergegeben werden.

Dabei sind Scham- und Schuldgefühle durchaus wichtige Gefühle der reifen Persönlichkeit, eigene Fehler eingestehen und begreifen zu können, um sie danach wieder gutzumachen. Die gesunde Scham und das gesunde Schuldgefühl sind zum Teil gleichzusetzen mit der Entwicklung des eigenen Bewusstseins. Gesunde Schamgefühle bewachen unsere natürliche Intimität. Diese wird aber in vielen Bereichen verletzt. Der Psychotherapeut Viktor Frankl hat dies mit dem Satz geschildert: „Die Liebe und das Gebet scheuen das Geschautwerden.“ Bei Verlust dieser Intimgrenzen, auch durch Aggressivität, kommt es zu einer traumatisierten Scham, die innerlich bloß stellt und demütigt. Auch stärkere Schuldgefühle in depressiven Entwicklungen sind häufig noch differenzierbar und auch quantifizierbar. Schamgefühle hingegen überfluten, nach der Verletzung der Intimität kommt es dadurch zu einem spürbaren Mangel an psychischer Kraft und zunehmendem Gefühl der Unzulänglichkeit. Diese erzeugt Wertlosigkeit bis hin zur Entmutigung, dies macht Schamgefühle so schwer behandelbar. Bei geeigneter Atmosphäre können Schamgefühle bereits im zweiten oder dritten Angehörigengespräch angesprochen werden. Hier ist der Mut notwendig, in spürbar besonderen Momenten in der Therapie auch diese Verantwortung zu übernehmen. Danach werden Gespräche erstaunlich schnell ehrlich, der gemeinsame Leidensdruck tritt offen zu Tage und die Gesprächsfähigkeit in Familien nimmt dadurch deutlich zu.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Angehörige und Bezugspersonen in die Therapie mit einbezogen werden.

Anfangen über briefliche und telefonische Kontakte wird beim ersten persönlichen Besuch ein Gespräch zwischen Patient, Angehörigen und dem zuständigen Bezugstherapeuten geführt. Je nach entsprechendem Therapiefortschritt und Indikation werden dann Angehörige und Bezugspersonen therapiebegleitend mit einbezogen.

Gerade bei einer heimatnahen Behandlung haben sowohl Patienten als auch Familienmitglieder eine höhere Chance, sich wiederholende familiäre und dysfunktionale Verhaltensmuster zu identifizieren und an einem Ausstieg zu arbeiten.

Die Familienangehörigen (Partner/-innen, Eltern, Bezugspersonen, erwachsene Kinder) sollen in erster Linie die Klinik und ihre Mitarbeiter kennenlernen. Sie werden gleichzeitig über den Ablauf der Therapie informiert und erhalten z.B. Informationen über medizinische und sozialrechtliche Auswirkungen des Suchtmittelmissbrauches.

Ebenfalls erfolgen Informationen über die psychischen Ursachen des Rauschmittelkonsums und die angestrebten Veränderungen während der stationären Psychotherapie. Vor allem wird versucht, sie für die eigenen meist unbewussten Anteile an der Aufrechterhaltung der Sucht ihres jeweiligen Partners zu sensibilisieren (Co-abhängigkeit). Im besonderen aber werden die Angehörigen auf die Auswirkungen dieses Veränderungsprozesses auf die Paarbeziehung hingewiesen. Es wird selbstverständlich auf konkrete Hilfsmöglichkeiten nach der Entlassung verwiesen (z.B. Nachsorge, ambulante Paartherapie, etc.).

Angehörigengespräche dienen als Forum des gegenseitigen Austausches und zur eigenen Stabilisierung von Angehörigen, die häufig unter dem Stigma der Angehörigenabhängigkeit in der eigenen Familie leiden und diesen Austausch oft als sehr hilfreich erleben. In der Suchtbehandlung wird oft die Erfahrung gemacht, dass der Abhängige Situationen aus seiner Familie und traumatische Konstellationen wiederholt und im Gruppenalltag nachbildet.

Das Erkennen von bestimmten Rollen, die unsere Patienten in der Ursprungsfamilie innehatten (z.B. „Sündenbock“) kann viel zur Erklärung der Entstehung einer Abhängigkeit beitragen. Wir versuchen familiäre, sich wiederholende Handlungsmuster zu

identifizieren, um beiden, Patienten und Familienmitgliedern, die Chance zum Ausstieg aus stereotypen Verhaltensmustern zu bieten.

5.11 Ergo/Kreativtherapie

In der psychotherapeutischen Arbeit mit Drogenabhängigen entsteht oft im Gegenüber mit affektiver Distanz das Gefühl langfristiger Entleerung, die Unfähigkeit der Betroffenen, sowohl Gefühle wahrzunehmen, als auch deren möglichen Signalcharakter zu erkennen. Selbst bei oberflächlich gut angepassten Patienten, die sich selbst häufig so beschreiben „ich habe immer gut funktioniert“, erleben wir eine Art Sperre im Zugang zu ihren Gefühlen. Häufig sind sie nur in der Lage, mehr oder weniger chronologisch richtig Fakten aneinanderzureihen mit stark ausgeprägter indifferenter Lebensführung.

Sowohl in der Beschäftigungs- und besonders in der Kreativtherapie, aber auch in der Körpertherapie besitzen wir heute Behandlungsverfahren, mit denen es gelingt, im Laufe einer psychotherapeutischen Entwicklung innere gefühlshafte Antworten gemeinsam für Patienten und Therapeuten herauszufinden, die dem Patienten vorher kaum oder gar nicht zugänglich waren – sie waren „unbewusst“.

Namhafte Psychoanalytiker, hier sei nur Balint erwähnt, haben diese Form der Grundstörung und die Bedeutung beschrieben, neben der sprachlichen die vorsprachliche Kommunikation in Psychotherapien zu fördern. Phantasien, Grundaffekte, Grundängste, Bewegungsmuster, Laute, Töne, Lallen, usw. waren in unserer Entwicklung in der frühen Kindheit schon bedeutsam bevor es Sprache gab. Aus der Rückfallforschung wissen wir heute, dass viele Rückfallmuster aus vorsprachlichen Kommunikationsmustern entstehen, etwa dem sprachlosen „es geschah einfach so“. Bei näherer Betrachtung wird dies um so glaubhafter, je abge-

spaltener Gefühlprozesse innerhalb der jeweiligen Person erlebt werden. Nach dem Psychoanalytiker Winnicott ist ein wesentlicher kreativer Leistungsschritt in der Zeit des Kleinkindes die Kreation eines „Übergangsobjektes“. Das Kind schafft sich damit die abwesende Mutter lebenslang und damit gleichzeitig ein Teil seiner Ich-Identität, die Fähigkeit zum selbständigen Handeln, Teilungsfähigkeit und Autonomie. Alle kreativen Techniken im Sinne der sogenannten Gestaltungstherapien sind in der Lage, Teile solcher Übergangsobjekte zu erinnern oder neu zu schaffen.

Kreativtherapien finden sowohl in Gruppenform als auch nach Indikation mit einzelnen Patienten statt. Es liegt in der Geschicklichkeit des Ergotherapeuten sowohl den Umgang mit den verschiedenen Materialien wie Farben, Ton, Papier, Holz, Stein, Farbstiften und die Themenauswahl in der Gruppe miteinander zu verknüpfen, um eine Arbeitsatmosphäre entstehen zu lassen. Das gestalterische Tun steht dabei im Mittelpunkt über den „Materialkontakt“ selbst, über Farben und Formen, Vorlieben und Ablehnung, z.B. bei Arbeiten mit Ton oder Holz. Eine spätere Besprechung mit den Einfällen der Patienten zu ihren eigenen Produkten wie einzelnen Bildern, einem Gruppenbild oder einer kleinen Plastik können das phantasievolle Miteinander ergänzen, sind aber nicht das Ziel, sondern das vorsprachliche schöpferische Tun steht im Mittelpunkt.

Als Themenanregungen können ohne Anspruch auf Vollständigkeit Malen nach Märchen oder Musik, die einzelnen Jahreszeiten und bevorstehende Festvorbereitungen sein. Aber auch das Erlernen real vorgegebener handwerklicher Techniken, wie z.B. Drucktechniken oder Herstellung von Papier sind Gegenstand spezifischer Angebote. Der Linolschnitt durch eine eigene Presse erweitert die Handlungsmöglichkeiten. Das Angebot des Papierschöpfens kann sowohl für eine Gruppe als auch gruppenübergreifend eine intensive Zusammenarbeit der Patienten, z.B. zur Herstellung eigenen Schreibpapiers nach vorangegangener

Übung der einzelnen Arbeitsschritte und das Erlernen der verschiedenen Techniken als Gestaltungskreis über mehrere Tage sehr spannend sein.

Collagen als Papierarbeit sind besonders phantasieanregend. In dieser Technik können Themen wie „was will ich hier“, „was habe ich von der Therapie“, „mein Zimmer hier in der Klinik“, usw. durch die Hereinnahme fertiger Bildsymbole und die Möglichkeit der eigenen Zusammenstellung immer wieder für Überraschungen sorgen. Malen der Umgebung, Spaziergänge mit der Übung, sich etwas zu merken, um es dann aufzuzeichnen, erweitern den Handlungskreis aber auch die notwendige Konzentrationsfähigkeit.

Die verschiedenen erlernten Techniken, wie auch das Verwenden von Material, können dazu dienen, den Patienten einen aktiven Teil zur eigenen Freizeitgestaltung zu eröffnen. In der Freizeit werden von den Patienten häufig in den ihnen zur Verfügung gestellten Räumen Ton- und Holzarbeiten, Aquarell- und Seidenmalerei eigenständig durchgeführt. Sie sind ein sehr belebendes Element förderlicher Klinikatmosphäre.

5.12 Physiotherapie und Krankengymnastik

Sowohl Physiotherapie als auch Krankengymnastik werden in fachlich enger Kooperation mit niedergelassenen Fachkollegen und ambulanten Angeboten niedergelassener Krankengymnasten durchgeführt. Besonderen Wert legen wir auf aktivierende Verfahren im Sinne der Rehabilitation, also Krankengymnastik mit eigenen Übungen vor passiven Verfahren.

5.13 Sport-, Bewegungs- und Körpertherapie

Im Bereich der Sport- und Bewegungstherapie ist es wiederkehrende Aufgabe, in Zusammenarbeit aller therapeutischen Dienste

sowohl erhebliche Überschätzungen als auch Schonhaltungen der Patienten anzusprechen und allmählich gemeinsam zu verändern. Die chronifizierte Passivität mancher Patienten ist auch körperlich nachweisbar: Geringes Durchhaltevermögen aufgrund eines schlechten Ernährungszustandes oder chronischer Infektionskrankungen benötigen ein gemeinsames behutsames Angehen und Anpassen des vorhandenen Sport- und Bewegungs-therapieangebotes an die Möglichkeiten jedes einzelnen Patienten. Dann kann es gelingen, dass der Patient auch vor einem geringen körperlichen Leistungsvermögen nicht die Augen verschließt, dieses als Basis einer in kleinen Schritten möglichen Aufbausituation akzeptiert und wieder Freude an Spiel und Bewegung mit dem eigenen Körper und den Mitpatienten findet.

In einer Frauensportgruppe wird den Patientinnen die Möglichkeit gegeben, sich sportlich zu betätigen, ohne sich nach den Wertmaßstäben der männlichen Patienten beurteilen lassen zu müssen. In diesem Rahmen werden z.B. auch „frauenuntypische“ Sportarten ausprobiert, z.B. Krafttraining, Fußball, etc.. Ebenfalls angeboten werden sportliche Aktivitäten unter therapeutischer Anleitung zur aktiven Freizeitgestaltung, wie z.B. Jogging, Schwimmen, Eislaufen, Krafttraining, Badminton, Aerobic, Gymnastik, New-Games und Gruppenunternehmungen (z.B. Kanutouren, etc.).

Besonderer Wert wird auf Mannschaftsspiele (z.B. Volleyball, Beach-Volleyball, Fußball, auch Wettkämpfe gegen auswärtige Mannschaften) gelegt, da sie die Anerkennung von Spielregeln, Kooperation, Rücksichtnahme und gegenseitige Unterstützung verlangen. Patienten, die während ihrer Drogenkarriere körperlich kaum aktiv waren oder denen die Freude an sportlicher Aktivität während ihrer Entwicklung genommen wurde, haben hier die Möglichkeit, ihre körperlichen Fähigkeiten kennenzulernen und weiterzuentwickeln.

Körpertherapie und Körperwahrnehmung:

- ▶ Körper-, Bewegungs- und Entspannungsübungen zur Förderung körperlicher Selbstwahrnehmung
- ▶ Achtsamer für Körpersignale werden
- ▶ Eigene „normale“ Haltungs-(Verhaltens-)muster genauer wahrnehmen
- ▶ Zusammenhänge psychosomatischer Beschwerden erkennen und zur Sprache bringen
- ▶ Alternativen ausprobieren – andere Haltungs-(Verhaltens-)muster einüben
- ▶ Körperbewusstsein entwickeln

Personelle Ausstattung:

Sport-Bewegungs-Körpertherapeut

Räumliche und Geräte-Ausstattung:

- ▶ Frei-(Rasen)platz Fußball und Hockey
- ▶ Frei-(Rasen)platz Volleyball
- ▶ Beach-Volleyballplatz
- ▶ Street-Basketballplatz – auch für Badminton nutzbar
- ▶ Krafraum mit Hantelbank und Physiobank, Lang- und Kurzhanteln, Beintrainingsgeräte
- ▶ Bauchtrainer
- ▶ Ergometertrainer
- ▶ Cross-Trainer
- ▶ Boxsack inkl. Bandagen und Boxhandschuhe
- ▶ Ausstattung Bogenschießen (vier Teilnehmer)
- ▶ Kanus mit Zubehör und Anhänger
- ▶ Fahrräder
- ▶ Hockeyschläger – Badmintonschläger – Frisbeescheiben – Fuß-, Basket- und Volleybälle

- ▶ Tischtennisplatte, -schläger, -bälle
- ▶ Diverse Matten

Sonstige zu Fuß oder per Bus erreichbare Möglichkeiten:

- ▶ Sporthalle und Sportplatz – TSV Hollstadt
- ▶ Sporthalle, Schwimmbad und Sauna Saaletalklinik/Bad Neustadt a.d.Saale
- ▶ Erlebnisbadbesuche z.B. Bad Neustadt/Saale und Bad Königshofen
- ▶ Saisonal: Schlittschuhlaufen in Bad Neustadt/Saale oder Bad Kissingen
- ▶ Turnierteilnahme, z.B. Volleyball oder Fußball (z.B. gegen auswärtige Klinikmannschaften, Vereinsmannschaften)

Bogenschießen

- ▶ Förderung von Konzentration auf Wesentliches – Aktuelles
- ▶ Ziel setzen – anstreben – erreichen
- ▶ Eigenen Standpunkt finden und halten
- ▶ Körperhaltung optimieren
- ▶ Spannung aufbauen und loslassen

Durch die Förderung des Zugangs zu abgewehrten (nicht wahrgenommenen Teilen des Körpers) bis hin zu konfliktbedingten Lücken im Körpererleben, Verbesserung des Körperschemas, Abbau konfliktbedingter Körperspannungen und Affektpanzerungen, Erleben des Körpers in Interaktion mit anderen, wird die Förderung eines positiven Körperbildes (eigenes und in der Interaktion mit anderen) ermöglicht.

Aufgrund der Entwicklung von „Körperbewusstsein“ entsteht die Fähigkeit, Körpersignale frühzeitig zu erkennen und damit u.a. die Möglichkeit aktiv-selbstverantwortlich im Sinne der psychischen und physischen „Gesundheit“ zu handeln.

Kanufahren als Beispiel der verschiedenen Behandlungsebenen

Kanufahren im Rahmen der Bewegungstherapie bietet neben der sportlichen Aktivierung für die Patienten neue Erfahrungsmöglichkeiten im Sinne einer Erweiterung des Erlebnishorizontes. Im Bereich von Partner- und Gruppenerfahrung (zweier Teams im Boot, Bootwandern in der Gruppe = sechs Boote = zwölf Teilnehmer) soll im Gegensatz zum Einzelkämpferverhalten Kooperation geübt werden („in einem Boot sitzen“).

Als Beispiel auch für andere indikative Anwendungen sollen die unterschiedlichen Ebenen als Hinweise für die Indikationsstellung dieses Verfahrens geschildert werden:

A Körperliche Ebene

- ▶ Körperliche Belastbarkeit in Verbindung mit körperlich „untrainiert-sein“

B Erlebnis-/Aktivitätsebene

- ▶ Patienten mit eingeschränkten Interessen im Freizeitbereich/ Sport
- ▶ Patienten mit reduzierter Freizeitkompetenz (depressive-, Anpassungsstörungen, langjährige Deprivation nach Suchterkrankung)
- ▶ Erweiterte Erfahrungsbereiche

C Emotionale Ebene

- ▶ Patienten mit leicht erhöhtem Angstniveau vor neuen bzw. ungewohnten Situationen (Ausschluss: Panikstörungen, Phobien in Zusammenhang mit Wasser)

- ▶ Patienten mit depressiven Störungen (verringertes Aktivitätsniveau, verringertes Selbstwertgefühl)
- ▶ Patienten mit Anpassungsstörungen (mangelnde/fehlende Erfolgserlebnisse im Umgang mit ungewohnten/belastenden Erlebnisbereichen, fehlende kognitive Bewältigungsmechanismen im Umgang mit neuen/angstauslösenden Anforderungen)
- ▶ Angstbewältigungsstrategien entwickeln und einüben
- ▶ Realistischere Selbst- und Fremdeinschätzung

D Soziale Beziehungsebene

- ▶ Patienten mit Selbstwertproblemen (Selbstüber- und Selbstunterschätzung, d.h. narzisstische und selbstunsichere Störungen)
- ▶ Patienten mit Defiziten in sozialen Interaktionen (dependente Störungen) und passiv-aggressive Störungen z.B.:

„Ich muss Dinge auf meine Weise erledigen“

„Wenn ich Regeln befolge, wie andere es von mir erwarten, wird meine Handlungsfreiheit dadurch eingeschränkt“

„Ärger – Missfallen drücke ich durch Nichtanpassen aus“

Allgemeine Voraussetzungen auf Patientenseite

- ▶ Bereitschaft sich im Rahmen der Vorbereitungssitzung(en) mit seinem Problemverhalten der Gruppe und dem Therapeuten mitzuteilen und anhand der vorgegebenen Übungssituation persönliche Ziele auszuarbeiten
- ▶ Bereitschaft zur Reflexion in Bezug auf persönliches Problemverhalten

Zusätzliche indikative Angebote in Zusammenarbeit mit ärztlichen oder psychotherapeutischen Mitarbeitern

- ▶ Entspannungstraining (PMR-Jacobson):
Die Progressive Muskelrelaxation (PMR) nach Jacobson wird den Patienten wöchentlich angeboten.
Die progressive Muskelrelaxation geht davon aus, dass psychische Störungen von übermäßiger Muskelanspannung begleitet sind. Die Entwicklung des Trainings liegt die Beobachtung zugrunde, dass ein zunächst angespannter Muskel bei Lockerung zu einer intensiveren Entspannung gelangt und sich psychisches Wohlbefinden einstellt.
Erklärt werden diese positiven Auswirkungen durch eine Veränderung der peripheren Durchblutung und ein damit einhergehendes Wärmegefühl, und einem parasympatischen Effekt der Entspannung.
Wir leiten unsere Patienten zu dieser Entspannungsform an und vermitteln so die nötigen Kompetenzen, um in individuellen Stresssituationen dysfunktionale Coping-Strategien zu vermeiden.
Die PMR bietet sich hierfür besonders an, da sie zügig erlernt und sehr flexibel – auch im Alltag – angewendet werden kann.
- ▶ Autogenes Training
- ▶ Indikative Gruppe Körperwahrnehmung

5.14 Arbeitstherapie

In der Arbeitstherapie spielt zu Anfang der Behandlung der Leistungsaspekt nur eine untergeordnete Rolle. Da viele Patienten noch nicht oder nur unregelmäßig gearbeitet haben, muss das Interesse und eine positive Einstellung zur Arbeit erst geweckt werden. Durch Übernahme von Verantwortung in bestimmten Teilbereichen soll eine Vorbereitung auf das zukünftige Arbeitsle-

ben der Patienten ermöglicht, der Wert der Arbeit erkennbar und eine realitätsbezogene Arbeitshaltung erlernt werden.

Da die Patienten aus dem Angebot der verschiedenen Arbeitsbereiche selbst ihre Wahl treffen, sind sie in der Regel auch gewillt, auf diesem Gebiet etwas zu lernen bzw. für die Alltagsverpflichtungen nach der Therapie mitzunehmen. Dabei steht jedoch der therapeutische Aspekt im Vordergrund. Ziele der Arbeitstherapie sind, dass der Patient strukturierte Abläufe erlernt, seine Grenzen erkennt und annimmt sowie eigene Möglichkeiten entdeckt und weiterentwickelt.

Die Arbeitstherapie wird bis zu einem wöchentlichen Programm von 15 Arbeitsstunden durchgeführt. Jeder der vorgenannten Arbeitsbereiche verfügt über einen bereichsverantwortlichen Patienten (Schichtmanager) als Bindeglied zwischen Arbeitstherapeut und Arbeitsgruppe. Die Position ist zeitlich begrenzt, dadurch finden regelmäßig Bewerbungen oder auch Ernennungen von anderen Patienten statt. In der einmal wöchentlich stattfindenden Arbeitsbesprechung werden alle abgelaufenen Arbeitsinhalte, die Form der Zusammenarbeit, die Qualität der Arbeit, die Atmosphäre und Stimmung des Mit- bzw. Gegeneinander und der ganz normale Alltag „wie in einer kleinen Firma“ besprochen.

Die Arbeitstherapie der Klinik Neumühle umfasst folgende Arbeitsbereiche:

Hausgestaltung: Die Hausgestaltung beinhaltet Sauberkeit und Hygiene in der Einrichtung. Sie wird von einer Ergotherapeutin und den jeweiligen bereichsverantwortlichen Patienten betreut und angeleitet. Für alle Bereiche der Klinik, wie Patientenzimmer, Gruppenräume, Gemeinschaftsflächen, den Außenbereich der Klinik usw. existieren feste Reinigungspläne, die Reinigungsart, Gebrauch der Reinigungsmittel, hygienische Anforderungen, sowie zeitliche und inhaltliche Abläufe festlegen. Leitlinie ist die För-

derung der sozialen Verantwortung jedes einzelnen Patienten für seinen eigenen Lebensbereich durch Zimmerreinigung, Mülltrennung, Reinigung der Gruppenräume, etc..

Küche: Die Küchengruppe arbeitet im Schichtdienst (Frühstück, Mittagessen, Abendessen). Sie wird von einem ausgebildeten Küchenmeister angeleitet. Dieser vermittelt den Patienten Grundkenntnisse in der Nahrungsmittelzubereitung, im Umgang mit Lebensmitteln, in Küchenhygiene, Ökologie, Einkauf und Vorratshaltung sowie für die jeweiligen Bereichsverantwortlichen die Zusammenarbeit in der Menüplanung. In der Vorbereitung verschiedener Feste einzelner Gruppen durch Kuchenbacken, die Herstellung besonderer Gerichte in Gruppenarbeit hält die Küchenmannschaft „Leib und Seele“ zusammen. Einige Patienten entscheiden sich danach, eine abgebrochene Lehre als Koch wieder aufzunehmen oder diesen Bereich für die berufliche Integration neu zu überdenken.

Waschküche: In der Waschküche kann die persönliche Wäsche in Eigenverantwortung jedes Patienten gewaschen, getrocknet und gebügelt werden. Die Patienten sind außerdem für die Pflege der Geräte und die Reinigung des Raumes zuständig und wer-

den von Mitgliedern des Pflegedienstes begleitend beraten. Diese Arbeitstherapieplätze eignen sich besonders gut für diejenigen Patienten, die lernen sollen, sich gegenüber vielfältigen Wünschen abzugrenzen.

Die vom Haus gestellte Arbeitskleidung wird seitens der Klinik gereinigt.

Kiosk: Wegen der eingeschränkten Ausgangsregelung der ersten Wochen steht ein klinikeigener Kiosk zur Verfügung. Hier sind Arbeitstherapieplätze für zwei bis drei Patienten vorhanden, an denen sie sich grundlegende kaufmännische Kenntnisse (Warenbeschaffung, Einkauf, Verkauf und Kassenführung) aneignen oder ihr Wissen erneuern können. Es bestehen für die einzelnen Gruppen getrennte Einkaufszeiten, die Liste der Artikel ähnelt einem „Tante-Emma-Laden“ und befriedigt Alltagswünsche. Die Einkaufsform geschieht bargeldlos und wird von den Mitarbeitern der Rezeption nach Vorlage der entsprechenden Verkaufslisten überprüft und von den einzelnen Patientenkonten abgebucht. Auch dieser Arbeitsbereich ist einer Ergotherapeutin unterstellt.

Schreinerei: In der Schreinerei erlernen die Patienten vor allem den Umgang mit Holz, vermittelt durch einen Arbeitstherapeu-

ten mit handwerklicher Qualifikation auf Gesellenniveau. Das Aufgabengebiet umfasst die Herstellung und Reparatur von Holzmöbeln und Gebrauchsgegenständen sowie den Großteil der in der Einrichtung anfallenden Renovierungsarbeiten an Türen, Schränken, Regalen, usw. Regelmäßig erfolgt eine Einweisung in die Maschinenbenutzung (Kreis- und Bandsäge, Hobelmaschine), die von Patienten nur nach dieser Einweisung und in Gegenwart eines Mitarbeiters benutzt werden dürfen. Es können die Grundfertigkeiten der Holzverbindungen, Auf- und Abmaße, die Struktur der verschiedenen Hölzer, Dübeltechniken erlernt werden, wobei die Arbeitsvorbereitung auch in Vorbereitung auf Reparatur oder Renovierungsarbeiten eine besondere Bedeutung erhält, um planerisches Arbeiten durchführen zu können.

Haustechnik: Der Arbeitsbereich Haustechnik umfasst alle Arbeiten einer hausmeisterähnlichen Tätigkeit und als besonderen Bereich die Kenntnis und Überwachung der hauseigenen Turbinenanlage zur Elektrizitätsgewinnung durch die Nutzung des Mühlbaches. In der Metallwerkstatt erlernen die Patienten einen sachgerechten Umgang mit Metallwerkstoffen. Hier können spezielle Arbeitsschritte wie Bohren, Sägen, Schleifen, Umgang mit verschiedenen Werkzeugen an der Werkbank erlernt werden.



Ein weiterer Schwerpunkt liegt in der Vermittlung von Grundbegriffen der Elektrizitätslehre sowie in der Einführung in die Sicherheitsbestimmungen im Umgang mit elektrischen Geräten des täglichen Lebens. Diese Kenntnisse werden auch durch die jeweiligen Anleiter den Patienten testiert. Die Arbeiten im Bereich der hauseigenen Elektrizitätserzeugungsanlage beinhalten unter Anleitung die Funktionsüberwachung und die Meldung der Notwendigkeit von Wartungs- und Reparaturarbeiten, die teilweise gemeinsam über eigene Mitarbeiter oder Fremdfirmen ausgeführt werden. Da „Wasser keine Balken hat“ werden die Patienten auch in vorausschauendem Planen geschult. Ca. ein Kilometer von der Klinik Neumühle entfernt, befindet sich ein Stauwehr. Der Wasserdurchfluss wird sowohl über das Wehr unmittelbar vor der Klinik, als auch über diese Vorstufe geregelt. Bei sehr unterschiedlicher Wasserführung während des gesamten Jahres kontrollieren die Patienten auch am Wochenende gelegentlich das Zusammenspiel der Wasserregulierung am Vorwehr, Hauptwehr und den Einfluss auf die Turbinenfunktion.

Tierhaltung, Landschaftspflege und Garten: Auf dem Gelände der Klinik Neumühle werden hauseigene Ponys, Ziegen, Schafe und Katzen gehalten. Ebenso finden patienteneigene gängige Haustiere, wie z.B. Hunde oder Katzen bei uns Aufnahme. Der Hauptaufgabenbereich der Patienten besteht in der Fütterung und Pflege der Tiere, sowie der Säuberung und Instandhaltung der Ställe. Dieser Bereich bindet insbesondere Patienten ein, die im Bereich der sozialen Fürsorge Schwierigkeiten haben. Auch wenn sie in anderen Bereichen immer wieder Dinge „vergessen“, die Fütterung und Pflege der Tiere zeigt, welche rasche Bindung und Wärme zwischen Mensch und Tier übertragen wird.

Ein zusätzliches Angebot der Klinik Neumühle – wie bereits erwähnt – besteht in der Mitnahme von patienteneigenen gängigen Haustieren (wie z.B. Hunden, Katzen, etc.) als tierische Be-

gleiter. Diese können derzeit in getrennten Lebensbereichen mit weitläufigen Freigehegen außerhalb des Klinikhauptgebäudes untergebracht und ausschließlich vom Tierhalter unter Supervision der dafür verantwortlichen Mitarbeiter wie zu Hause versorgt und gepflegt werden. Ein tierärztliches Zeugnis (Gesundheitszeugnis, Impfausweis, etc.) sowie ein ausreichender Versicherungsschutz sind unabdingbare Voraussetzungen für die Aufnahme von Haustieren.

Außerdem werden sechs Hektar Land bewirtschaftet, davon überwiegend Grünland. Die entsprechenden Geräte wie Traktor, Anhänger, Frontlader, Balkenmäher, Rasenmäher, eine Vielzahl von Gartengeräten sind vorhanden und werden regelmäßig gewartet. Im Arbeitsbereich Garten mit einem beheizbaren Gewächshaus werden den Patienten praxisnahe Grundkenntnisse im Anbau (von der Aussaat bis zur Ernte von Gemüse, Kräutern und Zierpflanzen) vermittelt. Dazu gehört ein Nutz- und Ziergarten mit Hochbeeten, so dass die Erd- und Sonnenwärme besonders gut ausgenutzt werden kann. Auf dem Gelände befinden sich u.a. verschiedene Stallungen für alle Tiere und die Vorratshaltung des Futters in kleineren Portionen, unter dem Dach des Klinikangebudes, eine große Scheune mit Abstellmöglichkeiten für alle Geräte sowie zur Vorratshaltung von Heu und Stroh und ein eigener Bereich zur Lagerung von Farben und Dieselmotoren mit entsprechender Sicherheitsausstattung. Frische Küchenkräuter; vielerlei Gemüse bereichern die klinikeigene Küche und sind zurecht von Patienten und Mitarbeitern geschätzt. Die vorgenannten Arbeitstherapiebereiche werden von einer Gärtnerin angeleitet.

5.15 Schule am Krankenhaus

Im Rahmen der Einrichtung „Schule am Krankenhaus der Region Main/Rhön“, die regional an das Klinikum Leopoldina in Schwein-

furt angegliedert ist, betreut ein Lehrer seit 2004 Patienten der Klinik Neumühle im Einzel- und Gruppenunterricht.

In den angebotenen Kursen und Unterrichtseinheiten geht es vor allem um das (Wieder-)Erlernen, Einüben und Ausbauen oder Auffrischen von Grundtechniken und Grundelementen des Lernens sowie die Schulung und das Training von Selbstwahrnehmung, Motivation, Aufmerksamkeit und Konzentration.

Die Kurse orientieren sich an Grunderfordernissen des Alltags- und Arbeitslebens und an individuellen Bedürfnissen und sehen sich als pädagogische und motivationale Begleitung zur Therapie/ Rehabilitation und als Vorbereitung auf das Berufs-, Ausbildungs- und Alltagsleben sowie als Hilfe zur Lebensgestaltung.

Es besteht die Möglichkeit einer Vorbereitung auf einen Schulabschluss und der Zulassung zur externen Prüfung (Qualifizierender Hauptschulabschluss) über die Schule für Kranke Schweinfurt, sofern bestimmte Bedingungen erfüllt werden.

In Vorbereitung auf eine berufliche Ausbildung: Auffrischung der Leistungen in Rechtschreibung, bzw. der mathematischen Fähigkeiten und/oder kognitives Training und Gehirnjogging.

Übersicht der Kurse und Unterrichtseinheiten:

► Mathematik

Vorbereitung auf einen Qualifizierten Schulabschluss, Mittlere Reife, Berufsschule in Einzelförderungs- oder Kleingruppenunterricht (in Anlehnung an den bayerischen Lehrplan an Hauptschulen, Realschulen)

► Kompaktkurs Alltagsmathematik

Grundrechenarten, Rechnen mit Mengen und Größen, Dreisatz-Prozentrechnung, Rechnen im Kopf, geometrische Formen

- ▶ **Deutsch**
Vorbereitung auf einen Qualifizierten Schulabschluss, Mittlere Reife, Berufsschule / Kurs zur Verbesserung der Rechtschreibung
- ▶ **Deutsch I** Schwerpunkt Rechtschreibung, Grammatik, Formbriefe, Sprachbetrachtung, Reflexion zur und in der Sprache
- ▶ **Deutsch II** Grundkurs Deutsch für Ausländer und Migranten
- ▶ **Englisch** Lernen mit Kompaktkurs nach der Birkenbihlmethode
- ▶ **Arbeit am PC** Grundlagen Windows XP / Vista / Windows7 auch Mac OSX, MS-Office Word, Powerpoint, Excel, Tabellen, Bildbearbeitung, am Macintosh iwork, ilife, kreatives Gestalten am PC/Mac Photoshop, Indesign, Illustrator
- ▶ **Rhythmik**
Drumset und Percussionsinstrumente mit Schwerpunkt Konzentration und Koordination
- ▶ **Ki-Übungen** zur Selbstwahrnehmung, Aufmerksamkeitslenkung und Konzentrationssteigerung
Übungen aus weichen und harten, „Kampfkünsten“ zur Balance von Körper und Geist, Aikido- und Brokatübungen, Atmung und Aufmerksamkeit, Achtsamkeit und Entspannung
- ▶ **Bewerbungstraining** in drei Einheiten geblockt
Einführung Vorstellung und Sichtung möglicher Bewerbungsformen und deren Vor- und Nachteile / Erstellen von Tätigkeits- und Persönlichkeitsprofil/ Passung von Eigenprofil und Profil der Arbeitsstelle/Ausschreibung
Bewerbungen nach gängigem Standard Umgang mit „Lücken“ im Lebenslauf: Offenheit vs. Weglassen; Kardinalfehler vermeiden

Einheit Besprechung der erstellten Bewerbungsmappen/ Überarbeitung / Kurzbesprechung / Vorstellungsgespräch / allgemeine wichtige Prinzipien / Zusammenfassung

- ▶ **Gehirnjogging** und Hirnleistungstraining
Übungen zur Steigerung der Aufmerksamkeitssteuerung, Konzentration, Gedächtnisleistung, Probleme und systemische Lösungsansätze, Gehirn und gehirngerechtes Lernen, Strategien des Lernens und Gedächtnistechniken
- ▶ **Einzelförderung** individuelles Konzentrationstraining/ Mathe/ Deutsch /Lernen lernen, Methoden der modernen Lernpsychologie, Selbstgestaltung und Organisation von Lernprozessen

5.16 Ehemaligentreffen

Im Abstand von zwei Jahren findet an einem Wochenende im Juni oder Juli ein Treffen ehemaliger Patienten der Klinik Neumühle statt. Hierzu werden auch ehemalige Mitarbeiter eingeladen. Die Organisation erfolgt durch die Patienten und Mitarbeiter der Klinik. Bei diesen Treffen stehen das Kennenlernen und der Austausch aller Teilnehmer im Vordergrund.

5.17 Selbsthilfegruppen

Gerade für Suchtpatienten sind die Selbsthilfegruppen nach absolvierter Entwöhnungstherapie ein wichtiger Schritt, die Abstinenz zu festigen.

Um die Patienten mit diesen Gruppen vertraut zu machen und sie an die Regelmäßigkeit eines Besuches zu gewöhnen, besteht in unserer Klinik die Möglichkeit einer Teilnahme an diesen Gruppen. Die ANONYMEN ALKOHOLIKER (AA) besuchen im Wechsel mit der KREUZBUND-Gruppe zweiwöchentlich die Saaletalklinik und halten mit unseren Patienten Meetings ab.

Damit es nach der Entlassung leichter ist, den Kontakt zur örtlichen Selbsthilfegruppe aufzunehmen, wird bereits in der Klinik die Kontaktaufnahme zu diesen Gruppen initiiert.

Wir vermitteln auch den Kontakt von Angehörigen zu wohnortnahen Gruppen der AL-ANON, AL-ATEEN, etc..



6. Literaturverzeichnis

- Böning, J.: **Wie lernt das menschliche Gehirn die Sucht?**, in: XIII. Niedersächsische Suchtkonferenz. Neue Trends! Neue Drogen, Akademie für Sozialmedizin, Hannover e.V 2001.
- Engel, G. L.: **The need for a new medical model. A challenge for biomedical medicine**, Science 196: 129-136, 1977.
- Feuerlein, W.: **Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit**, Thieme Verlag, Stuttgart 1989.
- Grawe, K.: **Neuropsychotherapie**, Hogrefe Verlag, 2004.
- Grawe, K.: **Von der Verhaltenstherapie zur Neuropsychotherapie**, Vortrag Berlin, 2004.
- Heigl-Evers, Anneliese / Helas, Irene / Vollmer, Heinz, C.: **Suchtkranke** in ihrer inneren und äußeren Realität, Praxis der Suchttherapie im Methodenvergleich, Vandenhoeck & Ruprecht Verlag, Göttingen, Zürich 1995.
- Huether, G.: **Biologie der Angst – Sucht als gebahnte Bewältigungsstrategie**, in: XIII. Niedersächsische Suchtkonferenz. Neue Trends! Neue Drogen, Akademie für Sozialmedizin, Hannover e.V. 2001.
- König, Karl: **Widerstandsanalyse**, Vandenhoeck & Ruprecht Verlag, Göttingen, Zürich 1995.
- Körkel, J.: **Stationärer Rückfall – Ende der Therapie?**, Neuland-Verlagsgesellschaft, Geesthacht 1995.
- Küfner, H.: **Die Analyse von Therapieabbrüchen im Rahmen der Studie „Münchener Evaluation der Alkoholismustherapie“**, in: Rieger, J., Schmidt, L., Walch-Heiden, E., (Hrsg): Irreguläre Therapiebeendigung – Panne oder Chance?, S.35, Dadder, Saarbrücken-Scheidt 1988.
- Küfner, H. et al.: **Stationäre Krisenintervention bei Drogenabhängigen**, Nomos-Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 1994.
- Küfner, H.: **Die Zeit danach. Chancen und Entwicklungsmöglichkeiten für Betroffene nach Entwöhnungsbehandlung und Selbsthilfegruppe**, Schneider Verlag, Hohemgehren, 6. Auflage 2001.
- Kuntze, M. F. / Ladewig, D. / Strohler, R.: **Art und Häufigkeit der Komorbidität bei Methadonsubstituierten in der ambulanten Versorgung**, Sucht, 44, 2, S.95-103, 1998.
- Lettieri, Dan J. / Welz, Rainer: **Drogenabhängigkeit – Ursachen und Verlaufsformen**, Belz Verlag und Weinheim und Basel 1983.
- Masterson, James F.: **Psychotherapie bei Borderline-Patienten**, Klett-Cotta-Verlag, Stuttgart.
- Masterson, James F.: **Die Sehnsucht nach dem wahren Selbst**, Klett-Cotta-Verlag, Stuttgart 1993.
- Rost, Wolf-Detlef: **Psychoanalyse des Alkoholismus – Theorie, Diagnostik, Behandlung**, Klett-Cotta-Verlag, Stuttgart.
- Schmitz, Bernd u.a.: **Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie**, Psychologie-Verlags-Union, Weinheim.
- Spitzer, M.: **Lernen: Gehirnforschung und Schule des Lebens**, Spektrum Akademischer Verlag 2002.
- Tretter, F.: Suchtmedizin. **Der Suchtpatient in Klinik und Praxis**, Schattauer Verlag, 2000.
- Tretter, F. / Müller, A.: (Hrsg.) **Psychologische Therapie der Sucht**, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle 2001.
- Vollmer, H. C. / Krauth, J.: **Therapie der Drogenabhängigkeit**, In Tretter, F. & Müller, A. (Hrsg.), Psychologische Therapie der Sucht. S. 395-438. Hogrefe, Göttingen 2001.
- Wurmser Leon: **Die verborgene Dimension – Psychodynamik des Drogenzwangs**, Vandenhoeck & Ruprecht Verlag, Göttingen 1997.
- Zieglgänsberger, W. / Spanagl, R.: **Physiologische und psychologische Vorträge des Suchtgeschehens**, in: Backmund, M. (Hrsg.) **Suchttherapie: Grundlagen, Klinik, Standards; Leitfaden für die Praxis und Fortbildung**, Ecomed – Verl.-Ges. 2005.

7. ANHANG

Klinikregeln

Vorwort zu den Klinikregeln

Eine Hausordnung mit Klinikregeln ist ein unverzichtbares Steuerungsinstrument in jeder Klinik. Die Auseinandersetzung mit ihren Inhalten und das Wechselspiel ihrer Vertretung zwischen Patienten und Mitarbeitern gehört zum spannenden Alltag der klinischen Arbeit. Für das Behandlungsteam erfordert sie regelmäßig einen größeren Teil, sowohl zeitlich, als auch emotionalen Aufwandes. Es bildet sich ein Spannungsfeld, in dem sich Patienten und Mitarbeiter regelmäßig neu orientieren und entscheiden müssen. Dabei helfen Regeln, sich zu orientieren, zuzuordnen, Begrenzungen zu schaffen und damit Stabilisierung zu erreichen. Die Frage, „Wie läuft das hier so?“, ist wohl eine der Regelfragen aller „Neuen“. Dies gilt nicht nur für den Tagesverlauf und die Zuständigkeiten, sondern häufig auch, inwieweit man Grenzen austesten kann. Dabei ist es bekannt, dass Regelmäßigkeit und eine gewisse Gleichförmigkeit in der Behandlung aller; Berechenbarkeit, Verlässlichkeit, Sicherheit und Schutz bieten. Regeln erleichtern Konflikte, ersparen sie aber nicht, und sie fordern Verzicht, denn etwa der Beginn einer Gruppensitzung orientiert sich nach einer Uhrzeit und nicht an den evtl. aktuellen Befindlichkeiten, Wünschen und Bedürfnissen einzelner Teilnehmer. In bestimmtem Maße nivellieren Regeln auch, sie machen „gleich“ – bei rot an der Ampel muss man warten, auch wenn man sicher abschätzen kann, dass weit und breit kein Auto kommt.

Dabei benötigen Suchtpatienten Klinikregeln, die ihrem Suchtverhalten eindeutige Grenzen setzen ohne sogenanntes „augenzwinkerndes Tolerieren“, nach dem Motto: „Einmal ist keinmal“.

Bestimmte Drogenpatienten haben sich lange in ihrem Leben nach der Devise gerichtet auszutesten, wer der Stärkere ist. Sie glauben, mit dem inneren Lebensmotto „nie wieder unten“, Gefühlen der Angst und Minderwertigkeit entgehen zu können. Wenn diese Patienten in der Gruppe, mit Mitpatienten oder auch mit Mitarbeitern einen Machtkampf erzwingen, nehmen sie kaum Rücksicht auf Schwächere oder Minderheiten. Sie versuchen in bestimmten Feldern Macht an sich zu ziehen und eine Art „Mafiasystem“ in der Psychotherapie- oder in der Arbeitsgruppe oft auch im gesamten Klinikambiente zu etablieren. Daher muss durch Klinikregeln, die auch die Entlassung beinhalten können, gewährleistet sein, dass das Behandlungsteam die Führung behält, auf Minderheitenschutz bedacht zu sein und die Behandlungsgrundregeln mit verschiedenen abgestuften Sanktionen wieder herstellen zu können. Regeln machen für alle Beteiligten nur einen Sinn, wenn sie auch gemeinsam vertreten werden. Für Mitarbeiter, die neu in ein Behandlungsteam kommen, ist es wichtig, die Geschichte bestehender Regeln kennenzulernen, denn viele Klinikregeln haben Geschichten als Ursprung. Dies bedeutet nicht, „das war schon immer so“. Regeln dienen aber auch dem Schutz der Klinik. Ruf und Ansehen der Klinik können Schaden nehmen, zumal die Außenbetrachtung eines Vorganges häufig nicht der inneren Dynamik entspricht. Für Mitarbeiter und Patienten ist es notwendig, sich über die Regeln auszutauschen und abzustimmen, sie solidarisch zu vertreten oder neu zu diskutieren. Die Verpflichtung der Mitarbeiter den Patienten gegenüber, bestehende Regeln erläutern und transparent machen zu können, ist dafür die Voraussetzung. Ein wichtiges Gremium dazu sind die Gruppensprechersitzungen. Die Polarisierung zwischen Überregulierung und Chaos beschreibt die Dynamik, es gibt etwas dazwischenliegendes, das man als Freiraum in Grenzen beschreiben könnte. Dazu gehört aber auch, dass mit Sanktionen, per Augenmaß und Fingerspitzengefühl umgegangen werden muss, denn ein reines „wenn – dann“ hat zwar den Vorteil der Berechenbarkeit, ist aber trotzdem nicht immer konsequent.

Oberstes Ziel unserer Behandlung ist es, mit den Patienten Grundlagen für ein drogenfreies Leben zu erarbeiten. Da ein erfolgreicher Verlauf der Therapie davon abhängt, dass der Patient Bereitschaft entwickelt, sich aktiv am Tagesablauf zu beteiligen, wird während der gesamten Therapiezeit großer Wert darauf gelegt, dass die Ordnung des gemeinsamen Lebens bewusst und selbständig aufgegriffen wird.

Die folgenden Regeln dienen der Transparenz der organisatorischen Vorgänge im Haus, der Instandhaltung und Sauberkeit der genutzten Räume im Zusammenhang mit einem strukturierten Tages- und Therapieablauf. Sie sind fester Bestandteil des Behandlungsvertrages. Der Übersichtlichkeit wegen sind sie alphabetisch angeordnet.

Voraussetzung für das Funktionieren der Therapiegemeinschaft ist die Einhaltung folgender Grundregeln:

1. **Drogenfreiheit**
2. **Gewaltlosigkeit, sowohl im körperlichen, als auch im sprachlichen Verhalten**
3. **Wahrung des Privat-, des Mitpatienten- sowie des Klinikigentums**

▶ **ABSTINENZ:**

Verboten sind Einbringen, Besitz, Einnahme und Weitergabe von illegalen Drogen, Alkohol, Medikamenten (auch homöopathischen und pflanzlichen Mitteln), Nahrungsergänzungsmitteln, Appetitzüglern, Abführ-, Beruhigungs-, Schlaf-, Stärkungs- und Aufbaumitteln in jeder Form (siehe auch Medikamente).

▶ **APOTHEKENBESUCHE:**

Sind nicht gestattet.

▶ **ARZTBESUCHE:**

Externe Arztbesuche sind nur nach Rücksprache mit dem ärztlichen Dienst möglich. Patienten der ersten und zweiten Behandlungsstufe werden begleitet.

▶ **AUFGABEN:**

Jeder Patient übernimmt im Wechsel Aufgaben für die Hausgemeinschaft.

▶ **AUSGANGSREGELN:**

siehe Anhang.

▶ **AUSWEISE:**

und Papiere, Führerscheine, Versicherungskarten, Sparbücher, Scheckkarten, etc., werden zur Sicherheit von der Klinik aufbewahrt.

▶ **BARFUSSLAUFEN:**

ist aus hygienischen Gründen nicht gestattet.

▶ **BESUCHSREGELUNG:**

Die Besuche sind beim Therapeuten anzumelden und von ihm zu befürworten. Die Fahrtkosten für die Besucher können beim Kostenträger beantragt werden. Die Kostenregelung ge-

schieht entsprechend der geltenden Reisekostenrichtlinien der Rentenversicherungsträger. Beim ersten Besuch von Angehörigen oder engen Bezugspersonen in der Klinik findet nach Möglichkeit ein therapeutisches Gespräch statt.

Die Besucherregelung kann dem Anhang entnommen werden.

▶ **BIBLIOTHEK:**

Die von den Patienten selbstverwaltete Bibliothek ist für alle zugänglich. Sie ist mit einem reichhaltigen Bücher- und Spieleangebot ausgestattet. Zu bestimmten Zeiten können auch Bücher ausgeliehen werden.

▶ **DUFTSTOFFE:**

Duftöle, Räucherstäbchen und ähnliches sind nicht gestattet.

▶ **EINKAUF:**

Einkaufsmöglichkeiten bestehen im hauseigenen Kiosk bargeldlos und in Bad Neustadt/Saale während des Ausgangs. Patienten erledigen ihre persönlichen Einkäufe und Besorgungen selbst (siehe auch „Geldregelung“).

▶ **ELEKTROGERÄTE:**

Rasierapparat, Munddusche, elektrische Zahnbürste, Fön, Wecker, Handy, Musikanlagen (klein, kompakt, integrierte Lautsprecher), CD-Player, iPod, etc. können mitgebracht werden. Die Benutzung erfolgt auf eigene Gefahr, für entstandene Schäden durch defekte Geräte wird seitens der Klinik nicht gehaftet.

▶ **ESSENSZEITEN:**

Zu den festgelegten Essenszeiten ist die Anwesenheit Pflicht. Der Eintrag in die ausliegenden Anwesenheitslisten hat bis spätestens 15 Minuten vor Beendigung der offiziellen Essenszeit zu erfolgen.

▶ **FERNSEHEN:**

Fernsehen ist mit zeitlicher Begrenzung nur in den dafür vorgesehenen Fernsehräumen erlaubt.

▶ **FEUER:**

Offenes Feuer (Kerzen, Windlichte, etc.) ist nicht gestattet.

▶ **GELD:**

Es wird für jeden Patienten ein hauseigenes Konto eingerichtet und von der Klinik Neumühle verwaltet. Jede Bargeldausgabe des Patienten ist mit Quittung zu belegen und im Haushaltsbuch festzulegen. Der Umgang mit dem zur Verfügung stehenden Geld kann dem Anhang „Geldregelung“ entnommen werden.

▶ **GEWALT:**

Ist in jeder Form (z.B. Wort, Schrift, Bild, Musik, Kleidung, etc., sowie tätlich und verbal) nicht gestattet.

▶ **GRUPPENSPRECHER:**

Der Gruppensprecher wird alle vier Wochen von der Gruppe bestimmt und nimmt am Patiententeam teil. Er ist Ansprechpartner für den Patientensprecher, seine Gruppenmitglieder und das Mitarbeiterteam.

▶ **HAFTUNG:**

Für mitgebrachte Wertsachen, verliehene Gegenstände oder Geldbeträge wird keine Haftung übernommen. Geldbeträge sowie Wertgegenstände bis zu 250,- € können kurzfristig im Tresor der Klinik aufbewahrt werden.

▶ **HAUSPARTYS:**

Patienten können zu besonderen Anlässen auf Antrag Feste organisieren.

► **HEIM- UND NACHSORGEFAHRTEN:**

In der vierten Therapiephase sind Heim- und Nachsorgefahrten nach Absprache erwünscht. Eine solche Fahrt muss der Patient in der Regel durch mehrere Tagesausgänge vorbereitet haben.

► **HYGIENE:**

Auf angemessene Sauberkeit und Ordnung im persönlichen (z.B. Kleidung, Zimmer, etc.) und öffentlichen Bereich ist zu achten.

► **KAFFEE UND TEEREGELUNG:**

Kaffee wird morgens, nach dem Mittagessen sowie am letzten Sonntag im Monat am Nachmittag von der Küche zubereitet. Zu besonderen Anlässen (wie z.B. Verabschiedung) ist die außerordentliche Zubereitung von Kaffee auf Antrag ebenfalls möglich.

Schwarz-, Grün- und Weißtee wird zum Frühstück angeboten. Verschiedene Früchte- und Kräutertees werden täglich von der Küche bereitgestellt.

Medizinisch verordnete Tees müssen in der Küche zubereitet werden. Die Teebeutel werden den Patienten ausschließlich vom Pflegedienst ausgehändigt.

Es darf keinerlei Tee, egal welche Sorte (auch Früchte-, Kräuter- oder Eistee) sowie Kaffee von Ausgängen, Besuchen, etc. mit in die Klinik gebracht werden.

Jeder Patient erhält eine Thermoskanne, um sich Tee für den eigenen Gebrauch abzufüllen. Für die Kanne wird ein Pfand von 5,- € erhoben. (Dies ist in der Zimmerkaution enthalten).

► **KAUTION:**

Der Patient hinterlegt insgesamt 35,00 EUR Kautions. Dies beinhaltet die Kautions für den Zimmerschlüssel sowie für den ordnungsgemäßen Zustand des Zimmers bei Abreise.

► **KINDER:**

Die Aufsichtspflicht für ihre Kinder haben die Eltern. Sie können nach Absprache mit dem jeweiligen Gruppentherapeuten die Beaufsichtigung auf einen „Kindersitter“ übertragen. Während der Therapiezeiten werden Kinder im Kindergarten der Kirchengemeinde St. Jakobus, Holzstadt, betreut.

► **KIRCHGANG:**

Kirchgänge sind für alle Konfessionen nach Absprache mit den jeweiligen Gruppentherapeuten möglich.

► **KLEIDUNG:**

Es ist auf eine saison- und situationsangemessene Kleidung im kulturüblichen Rahmen zu achten.

► **KOFFER UND REISETASCHEN:**

Koffer und Reisetaschen werden in einem dafür vorgesehenen verschliessbaren Raum aufbewahrt.

► **KONTROLLEN:**

Kontrollen (z. B. Zimmer, Suchtmittelleinnahme, etc.) werden in unregelmäßigen Abständen durchgeführt.

► **KRAFTFAHRZEUGE:**

Das Mitbringen und Führen von Kraftfahrzeugen ist während der gesamten Therapiezeit, d.h. auch während der Heimfahrten, nicht gestattet.

► **KÜCHE:**

Aus hygienischen Gründen haben nur Patienten Zutritt, die in diesem Bereich arbeiten.

► **MEDIKAMENTE:**

Medikamentenausgabe erfolgt nur nach Verordnung des medizinischen Dienstes der Klinik Neumühle. Dies gilt auch für ex-

tern verordnete Medikamente durch Fachärzte. Rezepte sind an der Rezeption abzugeben.

Nach ärztlicher Verordnung ausgegebene Medikamente müssen in Anwesenheit eines Mitarbeiters des Pflegedienstes oder eines Arztes unter Sicht in der Regel während der offiziellen Ausgabezeiten eingenommen werden.

► **MEDIZINISCHE SPRECHSTUNDE:**

Mo. bis Fr. 8.30 Uhr bis 9.00 Uhr findet die medizinische Sprechstunde statt. Visiten nach Vorankündigung (Teilnahme ist Pflicht).

► **MUSIK:**

Musik ist in Zimmerlautstärke gestattet. Die geltenden Zeiten können der Hausordnung entnommen werden.

► **MUSIKINSTRUMENTE:**

Musikinstrumente dürfen nach Rücksprache mit der Klinikleitung mitgebracht werden.

► **NACHTRUHE:**

Die Nachtruhe beginnt täglich ab 23.00 Uhr und endet um 6.00 Uhr.

► **PATIENTENPATEN:**

Therapieältere Patienten übernehmen Patenschaften für Neuankommlinge. Zur Unterstützung der Paten findet regelmäßig eine Patientenpatengruppe statt.

► **PATIENTENSPRECHER:**

Der Patientensprecher wird alle vier Wochen von der gesamten Patientenschaft gewählt.

► **PATIENTENTEAM:**

Das Patiententeam setzt sich aus allen Gruppensprechern und

dem Patientensprecher zusammen und vermittelt die Anliegen zwischen Patienten und Mitarbeiterteam.

▶ **POLITIK:**

Politische und weltanschauliche Äußerungen in Wort, Schrift, Bild, Musik, etc. haben während der Rehabilitationsmaßnahme keine Verwendung.

▶ **POST:**

Posteingang und –ausgang kann von Anfang an stattfinden. Eingehende Post und Pakete werden von der Klinik kontrolliert.

▶ **RAUCHEN:**

Rauchen ist ausschließlich in den dafür vorgesehenen Arealen und Zeiten erlaubt.

▶ **RÜCKFALL:**

Ein Rückfall ist eine ernstzunehmende Krisensituation im Bestreben um ein abstinentes Leben. Bei aufkommender Rückfallgefährdung wird empfohlen, sich zunächst an den Bezugstherapeuten oder auch an jeden anderen Mitarbeiter zu wenden. Ein Rückfall ist kein „Kavaliersdelikt“, er wird immer individuell bewertet bzw. sanktioniert und kann dazu führen, dass eine Weiterbehandlung in unserer Klinik nicht mehr möglich ist.

▶ **SPIELE:**

Spiele und Wetten um Geld, Wertsachen, Süßigkeiten, Tabak, etc. oder sonstige Gegenleistungen sind untersagt.

▶ **TÄTOWIERUNGEN UND PIERCINGS:**

Tätowieren und Piercen ist während der gesamten Therapiedauer verboten.

▶ **TEILNAHMEPFLICHT:**

Die Anwesenheit bei allen therapeutischen Behandlungseinheiten und Unternehmungen ist Pflicht.

▶ **TELEFON:**

Telefonate können von Therapiebeginn an in der therapiefreien Zeit geführt werden. Siehe auch Hausordnung.

▶ **THEAPIEPLAN:**

Siehe Anhang

▶ **UMWELT:**

Wir bitten unsere Patienten, auf schadstoffhaltige Substanzen zu verzichten, sowie mit Abfällen verantwortungsvoll umzugehen, was eine sachgemäße Entsorgung, z.B. Mülltrennung beinhaltet.

▶ **URINKONTROLLEN:**

Alle Mitarbeiter des Behandlungsteams der Klinik Neumühle sind berechtigt zu jeder Zeit Patienten zur Urinabgabe aufzufordern. Die Kontrollen erfolgen pro Patient immer unangekündigt und zeitlich unregelmäßig. Dabei werden auch schriftliche Anweisungen im Übergabebuch und in der medizinischen Patientenakte berücksichtigt.

Eine Aufforderung erfolgt immer persönlich durch das Klinikpersonal. Die Urinabgabe erfolgt immer unter Sichtkontrolle des ärztlichen und/oder Pflegedienstes nach bestimmt festgelegten Modalitäten und wird ausnahmslos entsprechend dokumentiert (Name und Alter des Patienten, Datum, Uhrzeit, sowie zu untersuchende Substanzen). Den Anweisungen des Personals ist dabei Folge zu leisten.

Der Urin ist bis spätestens **drei** Stunden nach Aufforderung durch das Personal vom jeweiligen Patienten unaufgefordert und rein beim Pflegepersonal abzugeben. Getränke können ggf. von der Klinik zur Verfügung gestellt werden. Verweigerung und/oder Verfälschung kann zu disziplinarischen Konsequenzen (z.B. „Rot“) bis hin zur Entlassung aus der Klinik führen.

Bei unklaren Urinbefunden erfolgt gegebenenfalls eine Zweituntersuchung (B-Probe). Bei positiven Befunden ist es dem Patienten zunächst nicht gestattet, das Haus zu verlassen.

Desweiteren können Urinkontrollen nach jeder Heimreise und nach jedem Ausgang vorgenommen werden. Am Aufnahme- bzw. Abreisetag erfolgt die Kontrolle obligatorisch.

▶ **VERSTÖSSE GEGEN DIE HAUSORDNUNG:**

Regelverstöße werden nach therapeutischen Erwägungen individuell gehandhabt.

▶ **VIDEO:**

Video ist auf Antrag mit zeitlicher Begrenzung nur in den dafür vorgesehenen Fernsehräumen erlaubt.

▶ **WART**

(im Sinne der Übernahme eines Verantwortungsbereiches): Therapieältere Patienten haben die Möglichkeit, eine Aufsichtspflicht –Wart – v.a. im Freizeitbereich zu übernehmen: z.B. Bücher, Spiele, DVD, Sport und vieles andere mehr.

▶ **WÄSCHE:**

In der Waschküche kann die persönliche Wäsche in Eigenverantwortung jedes Patienten gewaschen, getrocknet und gebügelt werden.

▶ **ZEITUNGEN:**

Zeitungen und Zeitschriften dürfen nur nach vorheriger Absprache bezogen werden.

▶ **ZIMMER:**

Über die Belegung der Zimmer entscheidet das Behandlungsteam (v.a. Mitarbeiter des Pflegedienstes). Gründliche Zimmerreinigung, Abnahme des bisherigen Zimmers durch den Pflegedienst sind Voraussetzung für einen Zimmertausch. Jeder Patient hat dafür Sorge zu tragen, dass sein Zimmer bei Abwesenheit abgeschlossen ist. Dies gilt auch in Zeiten der Mittags- und Nachtruhe.

8. KONZEPT: BERUFLICHE REINTEGRATIONSPHASE

Die derzeitige Trennung zwischen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation von Suchtkranken rührt aus den Zeiten relativer Vollbeschäftigung. Unter Rahmenbedingungen, wie sie in den 60er und 70er Jahren vorhanden waren, löst sich das Problem der beruflichen Rehabilitation ohne besondere Anstrengung, wenn die medizinische Rehabilitation erfolgreich abgeschlossen ist. In einer gesellschaftlichen Situation von Massenarbeitslosigkeit erweist sich eine solche Struktur als mangelhaft und häufig erfolglos.

Aus der einschlägigen Literatur ist bekannt, dass arbeitlose Alkoholiker überproportional häufiger rückfällig sind als Alkoholiker, die ihren Arbeitsplatz behalten haben. Es ist nachgewiesen, dass Arbeitslosigkeit Alkoholgefährdungsprozesse begünstigt und sich auf bereits bestehende Alkoholabhängigkeiten intensivierend und chronifizierend auswirkt.

Die veränderte gesellschaftliche Lage erfordert daher ein integratives Rehabilitationskonzept, das der doppelten Problemlage vieler Rehabilitanden, nämlich alkoholabhängig und arbeitslos zu sein, entspricht. „Es reicht nicht mehr aus, nur die Abstinenz zum Ziel der Behandlung zu erklären, ohne die Voraussetzungen für ihr Durchhalten zu schaffen“ (D. Henkel, Arbeitslosigkeit und Alkoholismus, Weinheim 1992, S. 170). Es gilt, dem Rückfall nach Behandlung vorzubeugen. Und das bedeutet, dass eine Verknüpfung von medizinischen und beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen erforderlich ist.

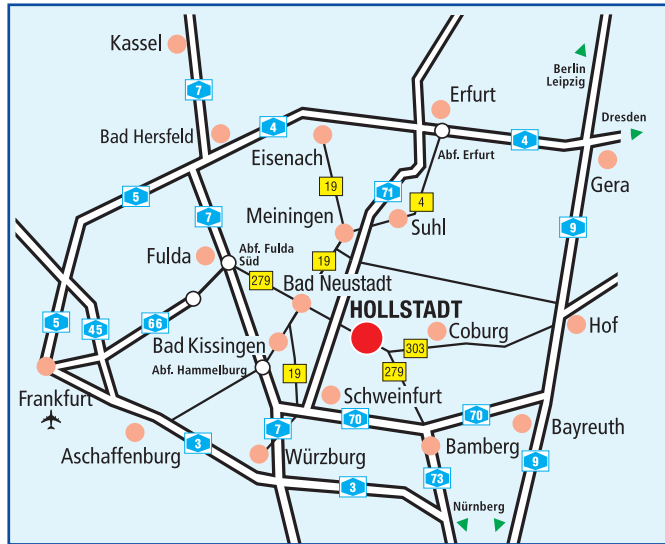
Sowohl der Ausbildungsstand als auch die Tätigkeitsprofile im weitesten Sinne im beruflichen Feld haben sich für Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen von illegalen Drogen in den letzten Jahren erheblich verschlechtert. Dies ist mehrfach begründbar: Mehr und mehr Patienten sind polytoxikoman, sie konsumieren

immer früher einschließlich Alkohol, „wahllos“ alle erhältlichen Drogen in hohen Dosierungen. Dies lässt unter anderem Konzentrationsvermögen, Durchhaltefähigkeit, usw. verkümmern, so dass Anforderungen des Arbeitsplatzes im individuellen Sinne bei vielen neu aufgenommenen Drogenpatienten gar nicht beschreibbar – weil nicht vorhanden – oder kaum vorhanden sind. Noch in einem viel drastischeren Sinne als in der Regel bei Alkoholkranken sind hier Erfahrungen oder auch nur Grundbegriffe über „Arbeit“ oft nur in vagen Vorstellungen erhalten.

Unser Konzept versucht diesen Ansatz bei Alkohol- und Drogenkranken zu verwirklichen, indem bereits während der Medizinischen Rehabilitation ein berufsförderndes Training eingesetzt wird und sich auch nach Abschluss der Medizinischen Behandlung noch nahtlos fortsetzt, z.B. in Form einer Behandlung in einer Adaptionseinrichtung.



So finden Sie zu uns in die Klinik Neumühle



Anreise mit der Bahn:

- ▶ von Fulda mit dem Nahverkehrszug Gersfeld (Rhön), von dort aus mit dem Bus bis zum Bahnhof Bad Neustadt/Saale
- ▶ ab Würzburg Nahverkehrsverbindung über Schweinfurt, dort umsteigen in Richtung Erfurt nach Bad Neustadt/Saale
- ▶ aus den neuen Bundesländern oder Berlin über Erfurt, von dort Direktverbindung nach Schweinfurt über Bad Neustadt/Saale
- ▶ der Klinik-Bus holt unsere Patienten am Bahnhof (bitte vorher mit dem Sekretariat der Klinik abstimmen) ab

Anreise mit dem Auto:

- ▶ **von Norden** kommend über die Autobahn A 7 bis zur Ausfahrt Fulda-Süd/Bad Neustadt/Saale, weiter über die B 279 in Richtung Gersfeld/Bischofsheim. Der B279 folgen bis zur Kreuzung B19. An der Kreuzung links abbiegen Richtung Mellrichstadt, dann rechts abbiegen Richtung Junkershausen / Hollstadt und erst bei der zweiten Abfahrt Hollstadt links abbiegen
- ▶ **aus dem Nordosten** auf der Autobahn A 71 bis zur Ausfahrt Bad Neustadt/Saale, rechts ab auf die B 279 Richtung Bad Königshofen, dann links abbiegen in Richtung Heustreu / Hollstadt bis Hollstadt
- ▶ **aus dem Süden und Südosten** kommend auf der Autobahn A70 Richtung Schweinfurt bis zum Autobahndreieck Werntal, dann auf die Autobahn A 71 in Richtung Erfurt bis zur Ausfahrt Bad Neustadt/Saale, rechts ab auf die B279 Richtung Bad Königshofen, dann links abbiegen in Richtung Heustreu/ Hollstadt bis Hollstadt

in Hollstadt gleich nach dem Ortsschild rechts abbiegen und den Hinweisschildern der Klinik folgen (ca. 300 m bis zur Klinik Neumühle)

Den Patienten steht innerörtlich ein kostenloser Buspendelverkehr ganzjährig an allen Kalendertagen zur Verfügung.

Träger: Haus Saaletal GmbH

Salzburger Leite 1 · 97616 Bad Neustadt/Saale · Telefon 09771/905-0 · Telefax 09771/905-4610

E-Mail: stk@saaletalklinik-bad-neustadt.de · www.saaletalklinik-bad-neustadt.de