



Therapiekonzept



Verfasser: Wolfgang Bär
Dr. Eric Hempel
Gotthard Lehner

Datum 05.04.2019

Präambel	5
Einleitung	6
Therapieangebote	7
Fachklinik	7
Nachsorge	7
1. Einrichtung	7
1.1 Träger	7
1.2 Standort und Einzugsgebiet	7
1.3 Anzahl der Plätze	8
1.4 Indikationsspektrum	8
1.5 Räumlichkeiten	8
1.6 Geschichte	8
2. Krankheitsmodell und Suchtverständnis	9
2.1 Das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell	9
2.2 Das bio-psycho-soziale Modell einer Abhängigkeitserkrankung	13
2.3 Geschlechtsspezifik der Abhängigkeitserkrankung	19
3. Personal	21
3.1 Die Mitarbeiter	21
3.2 Vereinbarter Sollstellenplan	21
3.3 Supervision und Fortbildung	21
4. Dokumentation und Qualitätssicherung	23
4.1 Dokumentation	23
4.2 Qualitätssicherung	23
5. Kooperation und Vernetzung	23
5.1 Kooperation innerhalb der Einrichtung	23
5.2 Vernetzung in der Stadt und im Landkreis Kulmbach	23
5.3 Vernetzung mit der professionellen Suchtkrankenhilfe	23
5.4 Vernetzung mit medizinischer und psychosozialen Hilfesystemen	23
5.5 Vernetzung im Bereich Freizeitgestaltung und Kultur	24
6. Behandlungsansatz	24
6.1 Verhaltenstherapeutische Ansätze	24
6.2 Gesprächspsychotherapeutische Ansätze	24
6.3 Systemische Ansätze	25
6.4 Psychoanalytische Ansätze	25
7. Behandlung in der Fachklinik	26
7.1 Grundüberlegungen	26
7.1.1 Frauenspezifische Behandlung	26
7.2 Zielgruppen	27
7.3 Behandlungsdauer	27
7.4 Indikationen (ICD-10)	27
7.5 Therapieziele	28
7.5.1 Suchtspezifische Ziele	28
7.5.2 Allgemeine psychotherapeutische Ziele	28
7.5.3 Soziale Therapieziele	28
7.5.4 Somatische Ziele	28
7.6 Behandlungsverlauf	28
7.7 Diagnostik	29
7.8 Behandlungsplan	30
7.9 Behandlungselemente	30
7.9.1 Ärztliche Behandlung	30
7.9.2 Bezugstherapeutensystem	30

7.9.3	Gruppentherapie	31
7.9.4	Einzelpsychotherapie	31
7.9.5	Indikative (störungsspezifisch und/oder themenzentriert) Gruppenpsychotherapien	32
7.9.6	Klinische Sozialarbeit/Soziale Rehabilitation	32
7.9.7	Kreativitätstherapie	33
7.9.8	Physiotherapie	33
7.9.9	Ernährungsberatung	33
7.9.10	Freizeitgestaltung	33
7.9.11	Angehörigenarbeit	33
7.9.12	Arbeitstherapie/arbeitsbezogene Therapie	34
7.9.13	Körpertherapie	35
7.9.14	Seelsorge und spirituelles Angebot	35
7.9.15	Heimfahrten oder Besuche	35
7.9.16	Ergotherapie/ Hirnleistungstraining	36
7.9.17	Therapie der Essstörungen	36
7.9.18	Komorbidität	36
7.9.18.1	Suchtmittel und Persönlichkeitsstörung	37
7.9.18.2	Suchtmittel und Depression	37
7.9.18.3	Suchtmittel und Angst	38
7.9.18.4	Suchtmittel und Psychose.....	38
7.9.19	Therapie der Spielsucht	38
7.9.20	Abhängigkeit im Alter und ihre Behandlung	39
7.10	Mutter-Kind-Behandlung	40
7.11	Integrative Therapie bei Posttraumatischer Belastungsstörung und Alkohol-/Medikamentenabhängigkeit	41
7.12	Konzept zur Umsetzung der beruflichen Orientierung in der medizinischen Rehabilitation	
	Abhängigkeitskranker (BORA) in der Fachklinik Haus Immanuel	45
7.12.1	Einführung	45
7.12.2	Einrichtungsbezogene Organisation für BORA-Zielgruppen	45
7.12.3	Medizinisch-beruflich orientierte Diagnostik zur Identifikation von besonderen beruflichen Problemlagen	45
7.12.4	Medizinisch-berufliche BORA-Zielgruppen orientierte Beratung und Therapie.....	46
7.12.4.1	Inhalt, Methodik und Zielsetzung der medizinisch-beruflich-orientierten Basis- und Kernmaßnahmen	46
7.12.4.1.1	Basismaßnahmen.....	46
7.12.4.1.2	Kernmaßnahmen	48
7.12.4.2	Ärztliche Aufgaben.....	49
7.12.4.3	Vorträge/Seminare	49
7.12.4.4	Arbeitsplatztraining/Belastungserprobung	49
7.12.4.5	Beteiligte Berufsgruppen	50
7.12.4.6	Beendigung der Maßnahme und Nachsorge	50
7.12.4.7	Vorbereitung.....	50
7.12.5	Dokumentation einschließlich KTL-Codierung.....	50
7.12.6	Therapieplanung	50
7.12.7	Qualitätsmanagement.....	50
7.13	Teilstationäre (ganztägig ambulante) Entlassphase in der Fachklinik (TSE)	52
7.14	Kombinationstherapie	53
7.15	Notfälle	57
7.15.1	Lebensbedrohliche Notfälle	57
7.15.2	Psychische Notfälle.....	58
7.16	Therapievereinbarung	59
7.17	Stundenplan	60
8.	Besondere Behandlungssituationen	61
8.1	Psychische Krisen und Kriseninterventionen	61
8.2	Rückfall	61
8.2.1	Grundüberlegungen zum Rückfall	61
8.2.2	Rückfallprävention	62
8.2.3	Rückfall während einer therapeutischen Maßnahme	63
	Literaturverzeichnis	64
	Notizen	66

Präambel

Die Fachklinik Haus Immanuel ist eine Einrichtung zur Behandlung suchtkranker Frauen, überwiegend alkohol- und medikamentenabhängige Erwachsene. Sie ist eine Einrichtung des Deutschen Gemeinschafts-Diakonieverbandes GmbH mit Sitz in Marburg.

Die Einrichtung wurde 1907 vom damaligen Ortspfarrer Ernst Keupp in Hutschdorf gegründet. Für ihn war die aus dem Glauben an Jesus Christus entsprungene Liebe zu den armen und bedürftigen Menschen der Beweggrund des Handelns. Gottes Liebe zu den Menschen im eigenen Handeln weiterzugeben und erfahrbar zu machen, bestimmt auch heute noch das Leben und Arbeiten in den Einrichtungen des Deutschen Gemeinschafts-Diakonieverbandes.

Der Deutsche Gemeinschafts-Diakonieverband ist Mitglied im Diakonischen Werk.

Einleitung

Die Fachklinik Haus Immanuel behandelt seit dem 03.03.1907 alkoholabhängige Menschen. Sie ist damit die älteste Fachklinik in Bayern. Bereits in den 60er Jahren des letzten Jahrhunderts wurde vom Träger das Behandlungsangebot durch die Fachklinik Römerhaus erweitert.

In diesem Geiste der Verbesserung der Therapiequalität, v. a. der Strukturqualität, hat sich der Träger nun entschlossen, das Therapieangebot der Fachklinik zu erweitern, indem er auf 60 Plätze aufstockte und auch ein Angebot für Mutter und Kind vorhält.

Die bisher vorgelegten Konzepte stützten sich auf eine langjährige praktische und theoretische wissenschaftliche Erfahrung in der Behandlung von suchtkranken Menschen. Es konnte in jedem Konzept auf Bewährtes zurückgegriffen werden, es wurden aber auch immer die neuen wissenschaftlichen Erkenntnisse mit berücksichtigt und in ihrer Umsetzung für die jeweilige Fachklinik beschrieben.

Die medizinische Rehabilitation Suchtkranker ist in den letzten Jahren einem starken Wandel unterworfen. In früheren Jahren war eine Behandlung nur in der Abgeschiedenheit einer Fachklinik (oder früher: Trinkerheilstätte) möglich. Es galt den Abhängigen¹ aus seinem sozialen Milieu herauszunehmen, sicherzustellen, dass er keinerlei Alkohol konsumierte, ihn zu entwöhnen und ihn anschließend wieder gestärkt in den Lebensalltag zurück zu entlassen.

In der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker ist ein sehr differenziertes, flexibles Versorgungssystem entstanden, das neben körperlichen und psychischen auch soziale Faktoren auf der strukturellen wie auch auf der inhaltlich-therapeutischen Ebene umfassend berücksichtigt und dabei die Forderung nach einer weiteren Individualisierung der Behandlung in besonderer Weise Rechnung trägt, indem es die Vorteile von stationärer, teilstationärer und ambulanter Therapie miteinander verknüpft.

In der fachlichen Diskussion wurde in den letzten Jahren verstärkt auf die Notwendigkeit einer wohnortnahen Einrichtung hingewiesen, die stärker das soziale Umfeld mit einbezieht und mehr Konstanz in der Beziehung aufweist.

Kooperation und Koordination

Die Fachklinik Haus Immanuel und ihre Abteilungen sind in vielfältiger Weise mit anderen professionellen Hilfesystemen vernetzt. Ziel ist eine möglichst enge Kooperation im Hinblick auf Prävention, Behandlung und wohnortnahe Anschlussbehandlung.

Einbezug der bestehenden Hilfesysteme

Die Patientinnen können während der Behandlung den Kontakt zu den Selbsthilfegruppen behalten bzw. neu aufnehmen.

Kontinuität in der Behandlung

Die Notwendigkeit einer flexiblen Behandlung mit der Möglichkeit des Wechsels der Behandlungsform, falls es notwendig erscheint.

Das Integrierte Konzept wird dem in besonderer Weise gerecht:

Die Bandbreite der therapeutischen Angebote ermöglicht es, zu Beginn der Behandlung einen individuellen Behandlungsplan zu erstellen, der den Bedürfnissen des einzelnen entspricht.

Alle Behandlungsformen beziehen sich auf die gleichen therapeutischen Grundannahmen.

Ein Wechsel zwischen den einzelnen Behandlungsformen ist auch im Verlauf der Behandlung möglich.

Durch die Möglichkeit einer flexiblen Gestaltung der Übergänge zwischen den einzelnen Therapieangeboten können Therapieabbrüche verringert werden.

Durch die Kompatibilität der Therapieangebote bleibt die Beziehungs-, Behandlungs- und Einrichtungskontinuität weitgehend gewährleistet.

Das Integrierte Konzept bietet damit die Möglichkeit, die gesamte Rehabilitationsmaßnahme optimal auf die Wünsche und Erfordernisse der einzelnen Patientinnen unter der Einbeziehung ihrer Lebenswelt abzustimmen.

Das vorliegende Integrierte Konzept medizinischer Rehabilitation beschreibt die Behandlungsmöglichkeiten in der Fachklinik Haus Immanuel. Alle Abteilungen werden von den zuständigen Kostenträgern belegt.

Therapieangebote

Fachklinik

Stationäre Rehabilitation in der Fachklinik

Dauer: bis 15 Wochen

Anzahl der Behandlungsplätze: 60

Ganztagesambulante Entlassform in der Fachklinik

Dauer: bis 4 Wochen

Anzahl der Plätze: variabel, bis max. 10 Plätze

Kombinationstherapie

Der besondere Vorteil einer Fachklinik liegt darin, dass die betroffene Patientin aus ihrem häuslichen Umfeld herausgenommen werden kann. Sie kann sich neue Lebensentwürfe entwickeln und auch umsetzen, ohne dass sie von ihrem häuslichen Umfeld immer wieder umgestimmt wird. Diese Phase der Trennung wird im Regelfall auch von den Angehörigen als sehr positiv erlebt.

Nachsorge

Ambulante Nachsorge als Anschlussbehandlung

Dauer: bis 6 Monate

Anzahl der Behandlungsplätze: bedarfsabhängig

1. Einrichtung

1.1 Träger

Der Träger der Fachklinik Haus Immanuel ist der Deutsche Gemeinschafts-Diakonieverband GmbH in Marburg/Lahn.

1.2 Standort und Einzugsgebiet

Die Fachklinik Haus Immanuel hat ihren Standort im Dorf Hutschdorf in der Gemeinde Thurnau in Oberfranken.

Die Klinik verfügt über eine eigene Sporthalle, eine Turnhalle und ein eigenes Schwimmbad, nebst Kinderneist, Beach-Volley-Ball-Platz und Minigolfanlage.

Einzugsgebiet

Die Fachklinik Haus Immanuel nimmt Patientinnen aus dem gesamten Bundesgebiet auf, vorwiegend jedoch aus Bayern, Thüringen und Sachsen.

Sie ist in das regionale und überregionale Suchthilfesystem in Deutschland eingebunden. Es bestehen Kontakte zu den Beratungsstellen, den Entgiftungsstationen und den betrieblichen Suchtkrankenhelfern in Bayern und den angrenzenden Bundesländern.

Wir verstehen die Suchtkrankenhilfe eingebunden in den Gesamtkomplex von ambulanter Vorbereitung, stationärem Aufenthalt und den verschiedenen Formen der weiteren Behandlung (Tagesreha, Adaption, ambulante Nachsorge). Deshalb legen wir besonderen Wert auf die Pflege und den Ausbau von Kooperationen mit Beratungsstellen, Sozialdiensten, betrieblicher Suchtkrankenhilfe, Abstinenzverbänden und Selbsthilfeorganisationen.

Stationäre Therapie greift nur in dem Maß, in dem Vorbereitung und Nachsorge gesichert sind. Wir legen daher großen Wert auf die Vernetzung unserer Arbeit mit den o. g. Verbänden und Institutionen. Dies ist insofern eine besondere Herausforderung, da die Klinik durch ihren frauenspezifischen Ansatz überwiegend überregional belegt wird.

Die Zusammenarbeit mit den Beratungsstellen ist hauptsächlich patientinnenbezogen und betrifft die Abklärung der Behandlungsindikation und das Einholen fremdanamnestischer Daten, Informationen über den Therapieverlauf sowie Absprachen über die poststationäre Weiterbehandlung bzw. Nachsorge. Diese Kontakte erfolgen überwiegend telefonisch.

Außerdem lädt die Klinik die Beratungsstellen und alle weiteren Vernetzungspartner regelmäßig zu Fachtagungen ein, um persönliche Begegnungen zu ermöglichen, den fachlichen Gedankenaustausch zu fördern und die Behandlungsangebote der Klinik transparent zu machen.

1.3 Anzahl der Plätze

Die Fachklinik Haus Immanuel hält folgende Therapieplätze vor:

60 Plätze für stationäre Therapie

(10 Plätze für Ganztagesambulante Entlassungsform)

1.4 Indikationsspektrum

Abhängigkeitskranke Frauen ab dem 18. Lebensjahr nach abgeschlossener Entzugsbehandlung

Patientinnen mit Posttraumatischen Belastungsstörungen (Sekundärindikation)

Patientinnen mit Essstörungen (Sekundärindikation)

Patientinnen mit Glücksspielsucht (Sekundärindikation)

1.5 Räumlichkeiten

Der Gesamtkomplex der Klinik wurde 2012 neu erstellt.

Auf dem Klinikareal sind folgende Gebäude erstellt:

ein Hauptgebäude mit den verschiedenen Funktionsdiensten und Wohngruppen

eine Sporthalle, ein Schwimmbad, ein Kinderneust und eine Minigolfanlage und ein Beachvolleyballfeld.

Das Klinikareal umfasst ca. 10000 m².

1.6 Geschichte

Die Fachklinik Haus Immanuel blickt auf eine lange Tradition zurück. Gegründet wurde sie 1907 als Heilstätte für alkoholabhängige Männer. Der damalige Ortspfarrer von Hutschdorf, Pfarrer Ernst Keupp, engagiertes Mitglied im Blauen Kreuz, gründete zunächst den „Verein für evangelische Trinkerheilstätten in Bayern e.V.“ und finanzierte aus den Geldern dieses Vereines den ersten Bau des späteren Klinikkomplexes, das Haus Immanuel.

Der Pfarrer wurde später zum ersten Rektor des Diakonissen-Mutterhauses Hensoltshöhe in Gunzenhausen. Zwischen 1919 und 2008 arbeiteten Diakonissen in der Fachklinik.

2. Krankheitsmodell und Suchtverständnis

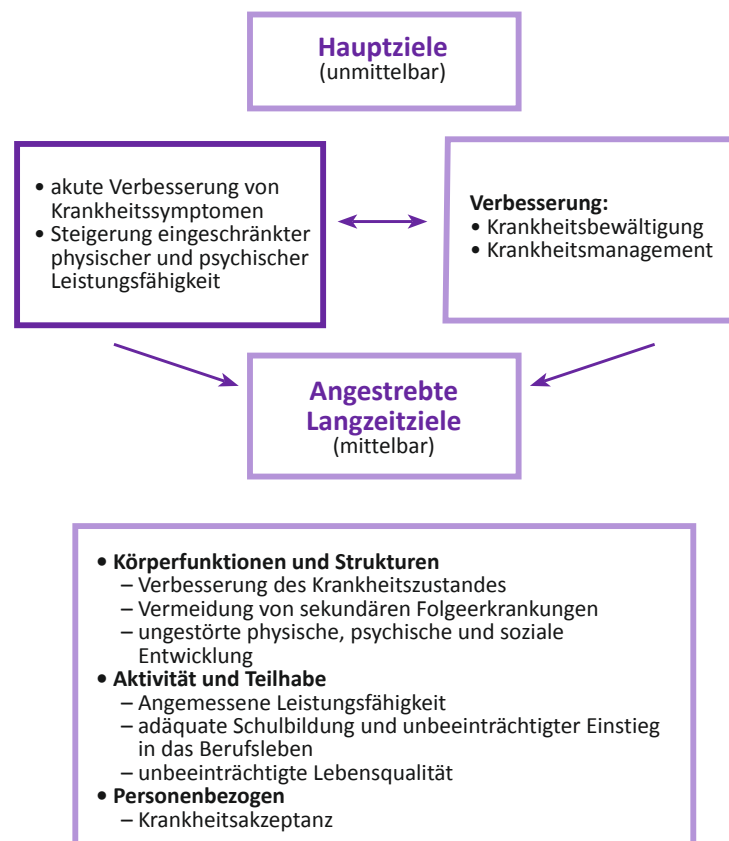
Noch bis in die 80er Jahre waren eindimensionale Erklärungsansätze weit verbreitet, konnten aber weder empirischen Überprüfungen standhalten (Süss 1988) noch erwiesen sie sich als ausreichende Grundlage zur Entwicklung effektiver Therapieformen.

„Bislang existiert kein einheitliches Störungsmodell für die Entstehung einer Alkoholabhängigkeit. Es ist angesichts der Komplexität aber auch nicht verwunderlich, dass eindimensionale Modelle nur widersprüchliche empirische Bestätigung fanden (...), sondern ein bio-psycho-soziales Modell am ehesten geeignet erscheint, die Entstehung und die Aufrechterhaltung von Alkoholabhängigkeit zu beschreiben.“²

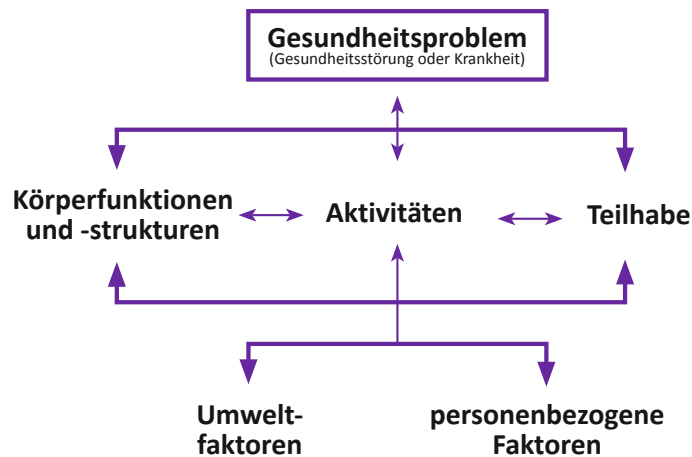
Deshalb soll hier zunächst das bio-psycho-soziale Modell dargestellt und in einem zweiten Schritt konkret auf die Abhängigkeitserkrankungen umgesetzt werden.

2.1 Das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell

Das allgemeine bio-psycho-soziale Modell von Krankheit sieht sein Hauptziel und seinen Ansatzpunkt in der Verbesserung des Krankheitszustandes unter Berücksichtigung körperlicher, psychischer und sozialer Faktoren und die Vermeidung von sekundären Folgeerkrankungen entsprechend den Vorgaben und Zielen der ICF (Stand März 2002). Um diese Ziele erreichen zu können, steht die Förderung der Krankheitsbewältigung und des Krankheitsmanagements, die Linderung akuter Krankheits-symptome, die Verbesserung einer eingeschränkten physischen oder psychischen Leistungsfähigkeit und die soziale Unterstützung im Vordergrund der Rehabilitation.



Das bio-psycho-soziale Modell, auf dem ICF basierend:



Damit kann der Zustand der funktionalen Gesundheit einer Person betrachtet werden als das Ergebnis der Wechselwirkung zwischen einer Person mit einem Gesundheitsproblem (ICD) und ihren Kontextfaktoren auf ihre Körperfunktionen und -strukturen, ihre Aktivität und ihre Teilhabe an Lebensbereichen.

Nach diesem komplexen Interdependenzmodell variiert der Zustand der funktionalen Gesundheit mit dem Gesundheitsproblem und den Kontextfaktoren, und eine Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit kann neue Gesundheitsprobleme nach sich ziehen. Jedes Element des Modells kann als Ausgangspunkt für mögliche neue Probleme herangezogen werden. So kann z.B. die längere Bettlägerigkeit einer Person (Aktivitätseinschränkung) eine Muskelatrophie (Strukturschaden mit Funktionsstörung) bewirken. Derartige Prozesse werden Sekundärprozesse genannt. Mit möglichen Sekundärprozessen sollte immer gerechnet werden.

Neben Sekundärprozessen sind auch induzierte Prozesse bekannt. Induzierte Prozesse können sich bei Dritten, meist nächsten Angehörigen, entwickeln (Angehörigen von Suchtmittelabhängigen).

Die Doppelpfeile zeigen modellhaft eine allgemeine und abstrakte Wechselwirkung an. Sie bedeuten nicht, dass im Einzelfall z.B. von Einschränkungen bestimmter Körperfunktionen auf Einschränkungen bestimmter Aktivitäten geschlossen werden kann. Zwar ist dies in vielen Fällen möglich, aber nicht immer zwingend begründ-

bar. Es müssen die Aktivitäten selbst betrachtet und beurteilt werden.

Die Behandlung für suchtkranke Menschen setzt voraus, dass:

- Rehabilitationsbedürftigkeit und
- Rehabilitationsfähigkeit bestehen
- Eine positive Rehabilitationsprognose gestellt werden kann und die individuellen Voraussetzungen erfüllt sind.

Erläuterung der Begriffe:

Rehabilitationsbedürftigkeit:

Rehabilitationsbedürftigkeit besteht, wenn aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Schädigung:

- Voraussichtlich nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten vorliegen.
- Über eine kurative Versorgung hinaus der mehrdimensionale und interdisziplinäre Ansatz der medizinischen Rehabilitation erforderlich ist.

Rehabilitationsfähigkeit:

Rehabilitationsfähig ist ein Versicherter, wenn er aufgrund seiner somatischen und psychischen Verfassung die für die Durchführung und Mitwirkung bei der Leistung zur medizinischen Rehabilitation notwendigen Belastbarkeit und Motivation oder Motivierbarkeit besitzt.

Eine Rehabilitationsfähigkeit ist nicht gegeben bei fehlenden Sprachkenntnissen zur Teilnahme am täglichen Programm, nicht ausreichenden sozialen, kognitiven oder emotionalen Ressourcen und bei schweren somatischen Krankheiten, die im teilstationären Setting nicht ausreichend versorgt werden können oder die eines vollstationären Aufenthaltes bedürfen.

Rehabilitationsprognose:

Die Rehabilitationsprognose ist eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage über den Erfolg der Leistung zur medizinischen Rehabilitation:

Auf der Basis der Erkrankung oder Behinderung, des bisherigen Verlaufs, des Kompensationspotentials oder der Rückbildungsfähigkeit unter Beachtung und Förderung individueller positiver Kontextfaktoren

Über die Erreichbarkeit eines festgelegten Rehabilitationsziels durch die geeignete Leistung zur medizinischen Rehabilitation in einem notwendigen Zeitraum.

Rehabilitationsziele:

Ziele der Rehabilitation Abhängigkeitskranker sind, die drohenden oder bereits manifesten Beeinträchtigungen am Leben in der Gesellschaft durch frühzeitige Einleitung gebotener Rehabilitationsmaßnahmen abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Der Rehabilitand soll durch die Rehabilitation (wieder) befähigt werden, bestimmte Aktivitäten des täglichen Lebens in der Art und Weise auszuüben, die für diesen Menschen als „normal“ (für seinen persönlichen Lebenskontext typisch) erachtet werden.

Ziele in diesem Sinne sind z.B.:

Erreichen und Erhaltung von Abstinenz

Behebung und Ausgleich von körperlichen und seelischen Störungen

Krankheitsverarbeitung

Maßnahmen zur Stabilisierung der erreichten Reha-Ziele

Besuch einer Selbsthilfegruppe

Konkrete Rehabilitationsziele leiten sich für den betroffenen Menschen aus seinen speziellen Beeinträchtigungen ab. Dabei sind die verschiedenen Dimensionen der Krankheitsursachen und Krankheitsfolgenmodelle zu berücksichtigen.

1. Rehabilitationsziele, bezogen auf die Dimension psychische Funktionen bzw. Körperfunktionen und Körperstrukturen:

- Primäre psychische Beeinträchtigungen, aber psychische und organische Folgen der Abhängigkeitserkrankung gehen mit unterschiedlich

schweren Einschränkungen psychischen Funktionierens einher.

- In der Abhängigkeit von den konsumierten Suchtmitteln ist mit unterschiedlichen Schädigungen auf der Ebene der Funktionen und Strukturen des menschlichen Organismus zu rechnen. Die Beeinträchtigungen können sich bei Abhängigkeitskranken aus der unmittelbaren und mittelbaren Schädigung aller Organsysteme ergeben.
- Zu den Rehabilitationszielen, bezogen auf die psychischen Funktionen, zählen beispielsweise die Aufrechterhaltung und die Stabilisierung des Abstinenzwunsches und der Befähigung hierzu, die emotionale Stabilisierung, die Vermeidung von negativen Affekten, wie Verzweiflung und Angst, Entwicklung von Frustrationstoleranz und Antizipationsfähigkeit, Verbesserung der Selbstwahrnehmung, Selbstakzeptanz und des Selbstwertgefühls sowie die Korrektur dysfunktionaler Kognitionsmuster. Im Hinblick auf körperliche Krankheitssymptome liegen die Rehabilitationsziele in der strukturellen und funktionalen (Teil)-Wiederherstellung durch die Abstinenz vom Suchtmittel und gezielte medizinische Interventionen sowie im Erlernen eines gesünderen Lebensstil im Hinblick auf Bewegung und Ernährung.
- Für psychische und körperliche Funktionsstörungen gilt gleichermaßen das Rehabilitationsziel, mögliche funktionale Aspekte von Krankheitssymptomen zu erkennen und eine Verbesserung der eigenen Kompetenz im Umgang mit Funktionsstörungen zu erreichen.

2. Rehabilitationsziele, bezogen auf die Dimension Aktivität:

Die durch die Abhängigkeitserkrankung bedingten Schädigungen der Körperfunktionen und Körperstrukturen sowie die psychischen Primär- und Folgestörungen führen häufig zu Beeinträchtigungen auf der Ebene der Aktivitäten, insbesondere in den Bereichen interpersoneller Interaktion und Kommunikation, Umstellungsfähigkeit, psychischer und körperlicher Ausdauer und Belastbarkeit, Ausübung der Aktivitäten des täglichen Lebens sowie Strategien der Krankheitskompetenz und –bewältigung. Die objektiv vorhandenen Einschränkungen werden modifiziert durch die subjektiven Vorstellungen von Krankheit und Gesundheit, Fähigkeiten und Schwierigkeiten.

Die Ziele der Rehabilitation sind folglich gerichtet auf die Abwendung, Beseitigung, Minderung, Verhütung einer Verschlimmerung oder Milderung der Folgen bzw. der Zunahme einer Beeinträchtigung der Aktivitäten.

Ziele können sein:

- Reduzierung von Rückzug aus wesentlichen sozialen Beziehungen
 - (Wieder)Erleben von Interesse und Neugier
 - Verhütung der Gefährdung oder Zerstörung wesentlicher sozialer Beziehungen durch unangemessenes und/oder aggressives Verhalten
- Verbesserung/Erhalt der Selbstständigkeit und Selbstversorgung (z.B. Körperpflege, Haushaltsführung, Einkauf, Nahrungsmittelzubereitung und Nahrungsmittelaufnahme)
- Vermeidung/Beseitigung/Verminderung von Beeinträchtigungen des täglichen Lebens
 - Optimierung der Krankheitsbewältigung
 - Verbesserung der Fähigkeit zur Freizeitgestaltung/ zu sportlichen Aktivitäten.

3. Rehabilitationsziele, bezogen auf die Dimension Teilhabe:

Beeinträchtigungen der Teilhabe können aus den Schädigungen der Körperfunktionen und -strukturen, aus den eingeschränkten psychischen Funktionen sowie den Beeinträchtigungen der Aktivitäten resultieren. Die Teilhabe betrifft Fragen der Eingliederung, des Einbezogeneins oder der Beteiligung an Lebensbereichen, selbstbestimmt zu handeln und Anerkennung zu finden.

Die Ziele der Rehabilitation sind folglich gerichtet auf eine Verbesserung der Lebensqualität und Teilhabe in bedeutenden Lebensbereichen, z.B. im Bereich:

- Der physischen/psychischen Unabhängigkeit
 - Der Selbstversorgung
 - Des häuslichen Lebens (z.B. Haushaltsführung)
 - Des sozialen Lebens (z.B. Freizeitaktivitäten, ehrenamtliche Tätigkeiten)
 - Der sozialen Integration (z.B. neue Freundschaften finden)
 - Der sozialen Kompetenz
 - Der Mobilität (z.B. Nutzung von Verkehrsmitteln)
 - Vermeidung von Pflegebedürftigkeit.

4. Rehabilitationsziele, bezogen auf die Dimension Kontextfaktoren:

Diese zuvor beschriebenen Ebenen sind nicht unabhängig voneinander, sondern stehen, entsprechend dem biopsychosozialen Krankheitsmodell (siehe oben), in einer Wechselbeziehung. Dabei hängen Art und Ausmaß der aus den Schädigungen resultierenden Beeinträchtigungen der Teilhabe vom Krankheitsverarbeitungsprozess ab. Dieser wiederum wird durch unterschiedlich wirkende Kontextfaktoren beeinflusst.

Kontextfaktoren stellen den gesamten Lebenshintergrund einer Person dar. Sie dienen der Beschreibung von Rahmenbedingungen, die die gesellschaftliche Teilhabe eines Menschen fördern oder behindern. Als umwelt- und personenbezogene Faktoren eines Menschen stehen die Kontextfaktoren in Wechselwirkung mit den anderen Komponenten der ICF wie Körperfunktion/-strukturen und psychische Funktionen, Aktivität und Teilhabe.

Umweltfaktoren beziehen sich auf die materielle und soziale Umwelt, in der die Menschen ihr Leben gestalten. Sie umfassen die individuellen und gesellschaftlichen Wertvorstellungen hinsichtlich Gesundheit, Krankheit und Leistungsfähigkeit.

Kontextfaktoren können sowohl einen positiven als auch einen negativen Einfluss auf die Komponenten der funktionalen Gesundheit des Rehabilitanden haben. Positiv und negativ wirkende Kontextfaktoren sind bei der Indikationsstellung, der Durchführung und der sozialmedizinischen Beurteilung zu berücksichtigen.

Personenbezogene Faktoren sind die Attribute oder Eigenschaften der Person, z.B. Alter, Geschlecht, Bildung/ Ausbildung, Erfahrung, Gesundheitsprobleme, Erziehung etc.

Kontextfaktoren beeinflussen nicht nur den Rehabilitationsverlauf, sondern sind auch von Bedeutung für den weiteren Umgang des Rehabilitanden mit seiner Krankheit/Behinderung und seiner Lebensgestaltung. Für den Prozess der Rehabilitation ist es daher von wesentlicher Bedeutung, zu Beginn die individuelle Lebenssituation des Rehabilitanden – d.h. die Kontextfaktoren mit ihren hemmenden und fördernden Einflüssen – zu erfassen, damit sie in der Rehabilitationsplanung und –zielsetzung einbezogen werden können.

Als Kontextfaktoren für Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung sind zu nennen:

- (Nicht)Vorhandensein persönlicher Unterstützung und tragfähiger Beziehungen (z.B. Familienmitglieder, Freunde, Bekannte, Kollegen, etc.)
- Zugangs- und Nutzungsmöglichkeit sozialer Einrichtungen
- Sozioökonomische Sicherheit bzw. Unsicherheit
- Die soziokulturellen Strukturen (z.B. Familie, Verwandtschaft, Gemeinschaften etc.)
- Die persönliche Umwelt
- Einstellung und Wertesystem (z.B. Religiosität).

Im Rehabilitationsprozess kann die rehabilitationsfördernde Wirkung positiver Kontextfaktoren genutzt werden (Ressourcenkonzept der Rehabilitanden). Umgekehrt ergibt sich damit auch die Möglichkeit, negativ wirkenden Kontextfaktoren (wie z.B. dysfunktionale Beziehungsstrukturen, weitere psychiatrische Erkrankungen,

So können z.B. Gespräche mit den Angehörigen oder Wohnungsbesichtigungen erforderlich sein, mit dem Ziel die Umweltbedingungen an verbleibende Beeinträchtigungen der Aktivitäten des Rehabilitanden anzupassen, z.B. durch:

Für jeden Teufelskreis können verschiedene Modelle und Theorien bei der Erklärung der Entstehung und Entwicklung herangezogen werden. Die Kreise beziehen sich aber auch aufeinander und potenzieren ihre Wirkung.

Intrapsychische Faktoren und Erklärungsmodelle der Abhängigkeit

In Abhängigkeit der Trinksituation kann die Wirkung von Alkohol auf das Erleben und Verhalten einer Person und auch je nach Situation ganz unterschiedlich sein:

Enthemmung/Stimulierung: In vielen Situationen kann Alkohol als eine Art soziales Schmiermittel zur Erleichterung von Kontakten bzw. als Stimmungsmacher in Gesellschaft bei Festen, Feiern oder am Stammtisch dienen. Der Alkohol lässt die Situationen als angenehmer erscheinen, da sich die betreffenden Personen in ihrem Verhalten freier, enthemmter, unternehmungslustiger, ausgelassener sich einfach besser gelaunt fühlen. Mit Suchtmitteln können viele Menschen ihren Gefühlen freien Lauf lassen oder angenehme Erlebnisse intensiver genießen, andere trauen sich plötzlich Verhaltensweisen zu, die sie ansonsten vermeiden.

Neutrale Situation → Alkoholkonsum → Enthemmung/
Stimulierung

- **Dämpfung/Beruhigung:** In anderen Situationen kann Alkohol dagegen zur Erleichterung oder kurzfristigen Überwindung von Belastungen, Ängsten oder Problemen dienen. Das Suchtmittel soll dabei unangenehme Gedanken und Gefühle, wie z.B. beruflichen und/oder privaten Ärger, beruflichen und/oder privaten Stresssituationen, Konflikte, Gefühle der Einsamkeit und Langeweile etc., dämpfen und die Situation zumindest kurzfristig erträglich machen.

Unangenehme Situation → Alkoholkonsum → Dämpfung/
Linderung

Es konnte inzwischen nachgewiesen werden, dass die tatsächliche Wirkung von Alkohol hierbei nicht nur die Folge der unmittelbar chemischen Alkoholwirkung im Körper, sondern immer auch das Ergebnis von Wirkungserwartungen des Trinkenden im Sinne eines Placeboeffektes sind.

Daraus lässt sich ableiten, dass der Erwartung an die Wirksamkeit des Suchtmittels eine höhere Bedeutung zukommt als dem konsumierten Suchtmittel selbst. So konnte in einem Versuch nachgewiesen werden, dass Probanden, nicht wussten, ob sich Alkohol in einem konsumierten Getränk befindet oder nicht. Personen bis zu einer mittleren Blutalkoholkonzentration, die irrtümlich annahmen, keinen Alkohol zu trinken, verspürten eine deutlich geringere Alkoholwirkung. Dagegen verspürten Personen, die irrtümlich annahmen, echten Alkohol zu trinken, auch eine tatsächliche Alkoholwirkung, obwohl sie in Wirklichkeit lediglich alkoholfreie Getränke getrunken hatten.

Die somit bei der erlebten Alkoholwirkung wirksamen kognitiven Vermittlungsprozesse können im Rahmen einer Suchtentwicklung über folgende Mechanismen zu pathologischen Trinkmotiven beitragen:

- **beeinträchtigte Selbstwahrnehmung:** Viele Suchtmittelabhängige verfügen über eine mangelnde Selbstwahrnehmungsfähigkeit. Sie erleben dadurch angenehme wie auch unangenehme Alkoholwirkungen erst bei größeren Alkoholmengen. Umgekehrt dient die Einnahme des Suchtmittels vielen zur Verringerung von unangenehmer Selbstaufmerksamkeit.
- **unrealistische, positiv verzerrte Wirkungserwartung:** Unrealistische, positive Wirkungserwartungen an das Suchtmittel haben das Abhängigkeitsverhalten begünstigt (z.B. Sexualverhalten bei Jugendlichen). Entsprechend konnten positiv verzerrte Wirkungserwartungen bei vielen Suchtmittelabhängigen beobachtet werden.
- **mangelnde Entwicklung alternativer Verhaltensmöglichkeiten:** Die Einnahme des Suchtmittels wird für den Betroffenen dadurch immer zwingender, sie stellt schließlich die einzige Bewältigungsmöglichkeit für diese Situationen dar.

Entwicklung suchtbezogener Grundannahmen: (z.B. „Alkohol ist die einzige Möglichkeit mich besser zu fühlen“). Diese werden nach Beck et al. auf dem Hintergrund persönlichkeitspezifischer Grundüberzeugungen schließlich vollkommen reflexartig in einer Vielzahl von Trinksituationen aktiviert, ohne jemals einer erneuten Überprüfung auf ihre situative Angemessenheit und ihren Wahrheitsgehalt hin unterzogen zu werden.

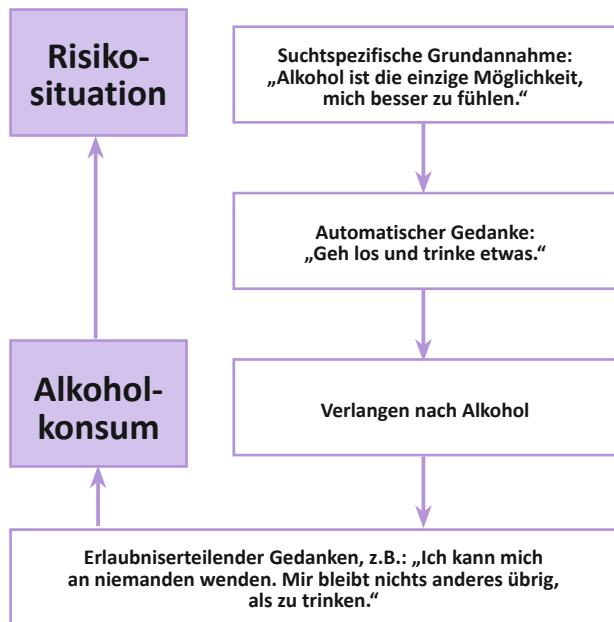


Abb.: Das Modell der sucht-spezifischen Grundannahmen von Beck et al. (1995), leicht verändert

Diese subjektiven Erwartungen an den Alkohol führen in der Regel nach längerer Konsumdauer zu einer sich stetig steigernden Alkoholmenge und damit in die Abhängigkeit. Neuere Untersuchungen haben nachgewiesen, dass für die Wirkung aufgrund eines Konditionierungseffekts oft nicht mehr die tatsächlich zu sich genommene Menge Alkohol von Bedeutung ist, sondern allein die Vorstellung, dass Alkohol konsumiert wurde. Es ist entscheidend, nicht die Menge des konsumierten Alkohols zu betrachten, sondern die psychische Wirkung, die der Alkohol auf die Person entwickelt hat.

Kognitive Modelle betonen die Rolle von Wahrnehmung, Erwartung, automatisierten Denkabläufen, Bewertungsprozessen und intentionalem Handeln bei der Entwicklung und Steuerung und Verhalten. Durch Beeinflussung von Kognitionen kann der sich selbst verstärkende und fixierte Prozess der Suchtentwicklung unterbrochen werden.

Eines der zentralen Modelle⁵ ist mit dem Konzept der Selbstwirksamkeitserwartung verknüpft. Die Selbstwirksamkeitserwartung des Suchtmittelabhängigen beim Versuch, eine Situation oder einen Zustand selbst (nüchtern) zu bewältigen ist geringer als der erlebte Handlungseffekt unter dem Suchtmittel. Das Suchtmittel steigert zunächst die positiven Selbstwirksamkeitserwartungen in lustvollen und unlustvollen Situationen.

Weitere kognitive Mechanismen sind die so genannten internalen und externalen Attributsprozesse: Wird einem Suchtmittelabhängigen gekündigt, so sieht er häufig die Ursache in dem intoleranten Arbeitgeber, nicht jedoch in seinem eigenen Trinkverhalten (externale Attribuierung).

Nach einem Modell von Schneider⁶, das an der Stressbewältigung orientiert ist, steigt die Wahrscheinlichkeit für den Alkoholkonsum:

Mit dem Grad der wahrgenommenen Stressbelastung in einer Situation (Risikosituation): „Der Zustand ist unerträglich.“

Mit dem Grad der wahrgenommenen persönlichen Unfähigkeit zur Kontrolle der Situation, im Sinne von Selbstunwirksamkeitserwartungen: „Ich kann nichts machen.“

Mit dem Mangel an adäquaten Bewältigungsstrategien: „Es hilft nichts.“

Mit den Wirksamkeitserwartungen des Alkoholtrinkens als alternative Bewältigungsstrategie: „Trinken tut gut.“

Mit der Verfügbarkeit des Alkohols und den Trinkzwängen: „Da gibt es was zu trinken.“

Somatisch-neurobiologische Modelle der Abhängigkeit

Abhängigkeitserkrankung hat immer eine körperliche Grundlage, aber obwohl die neurobiologische Suchtforschung in den letzten Jahren erhebliche Fortschritte gemacht hat und die Theorien inzwischen sehr komplex geworden sind, so dass sie selbst von ausgewiesenen Experten nur sehr schwer nachvollzogen werden können, liegt gegenwärtig noch kein umfassendes, empirisch geprüftes und widerspruchsfreies Erklärungsmodell vor. Teilaspekte dieses Modells betreffen:

- die Stimulation des cerebralen Belohnungssystems
Im Mittelpunkt steht das die menschliche Wohlbefindlichkeit bewertende sog. Belohnungssystem im Gehirn. Eine Reihe von biochemischen

5 Bandura: Social learning theory, 1977

6 Schneider, Grundlagen der Verhaltenstherapie der Abhängigkeit. In Schneider, R. (Hrsg.): Stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen, München 1982

Erklärungsansätzen geht davon aus, dass ein genetischer oder durch anhaltenden Alkoholkonsum erworbener Defekt verschiedener Transmittersysteme in einer mangelnden Selbstaktivierung des Belohnungssystems seinen Niederschlag findet. Bei einer Abstinenz von Alkohol entsteht nun ein Defizit an körpereigenen Endorphinen, was wiederum Suchtmittelverlangen, Reizbarkeit etc. auslöst. Erst durch die erneute Einnahme der Droge kann Endorphinmangel ausgeglichen werden.

- die Toleranzentwicklung
Bei regelmäßigem Alkoholkonsum können Personen eine höhere Alkoholverträglichkeit entwickeln. Sie benötigen teilweise die doppelte Menge an Alkohol, um die gleiche Wirkung zu erzielen. Gleichzeitig entwickelt die Leber zusätzliche Enzyme, das sog. „Mikrosomalen Ethanol Oxidations System“ (MEOS), mit dessen Hilfe der Abbau von Alkohol in der Leber durch die Zuführung von Sauerstoff beschleunigt wird.
- das Suchtgedächtnis
Verschiedene Autoren⁷ begründen die Abhängigkeit mit einem sog. Suchtgedächtnis. Den Hintergrund liefern im Tierexperiment gewonnene Erkenntnisse, dass sowohl endogene Opioide als auch Glutamat-NMDA - vermittelte Prozesse nicht nur an der Erzeugung von Gefühlen, sondern insbesondere auch an der Gedächtnisbildung beteiligt sind. Die positiven Erfahrungen mit dem Suchtmittel bleiben deshalb dauerhaft im limbischen System des Gehirnes gespeichert und sie werden bei entsprechenden Auslösesituationen auch nach Jahren noch wieder aktiviert.

Soziale Modelle der Alkoholabhängigkeit

Einen wesentlichen Beitrag zum Verständnis von Abhängigkeitserkrankungen liefern auch soziale Theorien: Ökologische Modelle:

Die Sucht ist in dieser Sichtweise nicht nur ein Ergebnis der Einwirkung vielfältiger Umweltfaktoren auf das Verhalten und auf die Person, sondern sie ist auch bedingt durch die Umgehensweise des Menschen mit seiner Umwelt. Es müssen also die Wechselwirkungen zwischen Personen und Umwelt und nicht nur die Umwelteinwirkungen auf die Person betrachtet werden.

Auf einer differenzierten Ebene der Betrachtung, die mehr den Einfluss der Lebensbereiche der Person im Gesamtzusammenhang im Auge hat und eher zu einem Strukturmodell führt, kann der Bereich Umwelt aufgegliedert werden in Lebensbereiche wie Arbeit, Familie, Freizeit etc. Im Rahmen dieser Betrachtungsweise wird deutlicher, dass jede Person in einem komplexen Gefüge von Beziehungen zu ihren Lebensbereichen steht – sie muss im Arbeitsbereich Leistungen und Durchhaltevermögen bieten, im Bereich Familie muss sie Zuneigung und Sicherheit bringen usw. Jeder Mensch muss für einige Zeit den einen oder anderen Bereich aus dem Auge lassen, um sich einem bestimmten Bereich zu widmen. Auf diese Weise entstehen Einseitigkeiten, die als schuldhaft erlebt werden und Konflikte mit sich bringen. Aus dieser Spannungssituation heraus entsteht die Gefahr, dass bei gleichzeitigem Konsum von Suchtmitteln eine Ausblendung der problematischen Lebensbereiche erfolgt und ein Entspannungseffekt auftritt, der so angenehm erlebt wird, dass er immer wieder angestrebt wird.

Eisbergphänomen in einer gestörten Trinkkultur

Hinsichtlich des Umgangs mit Alkohol lassen sich Abstinenzkulturen, in denen es kaum Alkohol gibt, von Trinkkulturen und gestörten Trinkkulturen unterscheiden. Eine gestörte Trinkkultur zeichnet sich dadurch aus, dass es im Gegensatz zur intakten Trinkkultur keine klaren und verbindlichen Regeln gibt. Vielmehr sind auch die schädlichen und riskanten Formen des Umgangs mit Alkohol weitverbreitet. Erst nach dem 30. Lebensjahr ist ein Schereneffekt zu beobachten: Die Anzahl der regelmäßig Trinkenden sinkt, diese trinken aber zu einem größeren Anteil und müssen deshalb zu den alkoholgefährdeten Personen gerechnet werden.

Die Entstehung einer Alkoholabhängigkeit wird unter diesen Umständen durch das sog. „Eisbergphänomen“ begünstigt: Einerseits werden entscheidende Schritte in Richtung einer Abhängigkeitsentwicklung vom Betroffenen selbst aber auch seiner Umwelt oft jahrelang nicht erkannt, da sie sich noch unterhalb der allgemein üblichen Trinknorm befindet. Andererseits ist die dann einsetzende Reaktion der Umwelt um so heftiger, so dass der Betroffene dann versucht ins heimliche Trinken auszuweichen. Erst wenn sich schwere negative Folgen einer dauerhaften Alkoholabhängigkeit entwickelt haben, ist der Betroffene zu Veränderungen bereit.

Theorie der sozialen Anpassung

Soziale Anpassung ist die Angleichung des Verhaltens an gesellschaftliche Werte, die dem einzelnen Menschen als verbindliche (geforderte) Verhaltensweise entgegengereichen. In unserer Gesellschaft gelten für den Umgang mit Alkohol folgende Aussagen:

- mäßig trinken darf man, so oft man will
- eine Party ohne Alkohol ist langweilig
- schlechte Laune und Probleme lassen sich mit Alkohol vertreiben

Um gesellschaftlich akzeptiert zu sein, passt sich das Individuum diesen Normen an und übernimmt sie teilweise unreflektiert. Der Alkoholkonsum wird bagatellisiert dargestellt, daneben entsteht auch ein sozialer Druck Alkohol zu konsumieren um nicht von anderen Personen abgelehnt zu werden, oder v. a. Jugendliche als Versager und Schwächling darzustellen.

Aber auch Wirkungstrinken zur Stressreduktion, Entspannung, Kontakterleichterung und Enthemmung wird gesellschaftlich akzeptiert und teilweise auch in den Medien als erstrebenswert dargestellt. Es gilt sich nun scheinbar diesen Anforderungen zu unterwerfen und ebenfalls Alkohol bzw. ein anderes Suchtmittel gezielt zur Wirkung einzusetzen.

Familienprozesse bei Alkoholabhängigkeit

Bei diesem Erklärungsansatz wird die Ursache für eine Alkoholabhängigkeit weniger in dem Betroffenen selbst als in seiner suchtspezifischen Interaktion mit seiner Umwelt gesehen. Es wird dann auch von Alkohol- oder Suchtfamilien gesprochen. Einige typische Mechanismen dieses Ansatzes sind:

Abschottung der Familie nach außen, um negative Auswirkungen des Trinkens zu vermeiden bzw. zu verbergen Veränderung der Rollenaufteilung und Übernahme der Verantwortlichkeiten des Abhängigen, um ihn zu entlasten und gleichzeitig die Familie vor den Folgen seiner Unzuverlässigkeit zu schützen.

Entgegenkommen und Konfliktvermeidung gegenüber dem Abhängigen in der Hoffnung, dadurch seinen Alkoholkonsum aber auch seine durch den Alkohol gesteigerte Gewalttätigkeit zu senken.

Co-Abhängigkeit

Ein wesentlicher Faktor auf die Suchtentwicklung tritt in Form der sog. Co-Abhängigkeit der Bezugspersonen in der Familie, in der Arbeit und Freizeit auf. Sie verhalten sich als Verstärkungs- und Stabilisierungsfaktoren der Sucht. Es lassen sich dabei mehrere Phasen erkennen⁸:

Unterstützungsphase: Der Betroffene wird geschützt, unterstützt, „verstanden“. Sein Suchtmittelkonsum wird

als verständliche Reaktion auf widrige Lebensumstände gewertet. Es wird geholfen, negative Folgen des Suchtmittelkonsums zu kompensieren.

Kontrollphase: Hierbei versucht der Co-Abhängige den Suchtmittelkonsumenten zu kontrollieren, er spioniert Verstecke aus usw.

Anklagephase: Nun wird laute Kritik am Suchtmittelkonsum geäußert, gravierende Konflikte treten auf. Der Co-Abhängige sucht vielleicht nun bereits seinerseits Hilfe. Resignationsphase: Es folgt der Rückzug, depressive Symptome beim Co-Abhängigen werden deutlicher. Distanzierungsversuche treten auf.

In allen Phasen reagiert der Suchtmittelkonsument mit verstärktem Konsum. Es entsteht ein Teufelskreis: je mehr A trinkt, desto mehr interveniert/distanziert sich B, je mehr B interveniert/sich distanziert desto mehr trinkt A.

Sozialer Abstieg

Es sind v. a. drei Bedingungen, die im Verlauf einer Alkoholabhängigkeit zu einem sozialen Abstieg und zur Ausgrenzung des Betroffenen führen können:

- unmittelbare soziale Folgen des Trinkens (z.B.: Trennungen und Scheidungen, Versagen bei Freizeitansprüchen oder im Beruf, Kündigung oder Arbeitslosigkeit, strafrechtliche Komplikationen, Wohnungsverlust etc.)
- das Distanzbedürfnis der Umwelt und die Ablehnung gegenüber Alkoholkranken in der Gesellschaft
- Vermeidungsstrategien der Betroffenen (z.B.: sozialer Rückzug oder bevorzugter Kontakt zu ebenfalls Trinkenden, um einer Stigmatisierung zu entgehen)

Die tatsächlichen sozialen Probleme werden ihrerseits immer häufiger Auslöser für erneutes Trinken. Hierbei entsteht insbesondere die Gefahr, dass in der Selbstwahrnehmung der Suchtmittelabhängige Ursache und Wirkung verwechselt. So glauben sie wegen ihrer sozialen Probleme zu trinken, während in Wirklichkeit ihre soziale Situation zumindest in erheblichem Ausmaß durch ihr Trinken bedingt ist.

Systemische Betrachtung

Das Suchtmittel ist demnach ein zentrales, organisierendes Prinzip für die Interaktionen und Aktivitäten innerhalb der Familie. Im Mittelpunkt steht die Frage, inwieweit durch die Auseinandersetzungen mit dem Suchtverhalten und

dessen Folgen die verschiedensten Familieninteraktionen beeinflusst werden. Das Suchtverhalten des Indexpatienten hat die Funktion, die Familienkohäsion zu stärken und bestehende Konflikte zu entschärfen. Auf den destruktiven Anteil des Suchtverhaltens muss die Familie reagieren, damit sie als ganzes ihre Aufgaben weiterhin erfüllen kann. In der Selbstwahrnehmung der Abhängigen wird hier sehr häufig Ursache und Wirkung verwechselt. So geben diese immer wieder an, wegen ihrer Probleme zu trinken, während in der Realität durch das Trinken der soziale Abstieg bedingt ist.

Geschlechtsspezifische Aspekte der sozialen

Modelle: Frauen

Das Trinken von Männern und Frauen unterscheidet sich nicht wesentlich, nur dass Frauen

- häufiger alleine trinken
- im Durchschnitt von geringeren Mengen berichten
- mehr psychosomatische Beschwerden in ihrer Vorgeschichte aufweisen
- stärker unter dem Druck der Doppelbelastung Beruf und Haushalt (v. a. bei Alleinerziehenden) stehen
- im Durchschnitt ein bis zwei Jahre später im Lebensverlauf mit dem problematischen Trinken beginnen als Männer
- statistisch auf eine kürzere Krankheitsdauer bis zur Inanspruchnahme von Hilfe verweisen können und
- sich in der Regel bei Beginn der Behandlung in einer psychosozial ungünstigeren Ausgangslage befinden, d.h. häufiger ohne oder mit nur (sehr) geringer Unterstützung von Bezugspersonen auskommen müssen.
- Frauen leiden vermehrt an alkoholbezogenen Problemen.
- Im Vergleich zu Männern werden darüber hinaus alkoholabhängige Frauen stärker sozial stigmatisiert.

Sie nehmen deshalb weniger spezifische Behandlungsangebote für sich in Anspruch und bevorzugen eher suchtspezifische Behandlungseinrichtungen.

Auch unterscheiden sich die Erwartungen⁹ an das Suchtmittel zwischen den Geschlechtern: Die sog. unauffälligen Konsumentinnen gehen davon aus, dass der Genuss von Alkohol eine Steigerung positiver Erlebnisse und Gefühle, die Einnahme von Medikamenten dagegen eine Verringerung von Schmerzen und Befindlichkeitsstörungen nach sich zieht. Demgegenüber erwarten medikamentenabhängige Frauen durch die Einnahme entsprechender Präparate eine Verbesserung ihres momentanen körperlichen und psychischen Befindens, während alkohol- und drogenabhängige Frauen eine ganze Fülle von unterschied-

lichen Wirkungen auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene erwarten. Es scheint „die substanzabhängige und –gefährdete Frau“ nicht zu geben. Vielmehr führen soziale und/oder psychische Belastungen, Lerngeschichte und das Ausmaß vorhandener oder fehlender Unterstützung sowie Griffnähe und Verfügbarkeit von Substanzen zu einer bedeutsamen Differenzierung des klinischen Bildes.

Immer wieder wird berichtet, dass Scheidungs- und Trennungssituationen oder das Zusammenleben mit einem trinkenden Lebenspartner Risikofaktoren darstellen, die insbesondere bei Frauen die Entwicklung eigenen problematischen Trinkens fördern. Offensichtlich sind hier jedoch komplexere Zusammenhänge zu beachten, wie neuere Studien betonen.¹⁰

Der Behandlung stehen nach Walitzer und Connors (1997)¹¹ folgende Barrieren im Wege:

Interne Barrieren:

- Verleugnung von Problemen, die durch das Trinken entstanden sind
- Angst vor Stigmatisierung als trinkende Frau
- Sorge, die Kinder zurücklassen zu müssen oder zu verlieren sowie Schuld- und Schamgefühle

Externe Barrieren:

- interpersonale Hemmnisse (z.B. Widerstand des Partners bzw. der Familie gegen eine Behandlung, soziale Kosten)
- strukturelle Faktoren (z.B. fehlende Kenntnis professionell Tätiger über frauenspezifische Problemzusammenhänge, Fehlen frauenspezifischer Behandlungseinrichtungen, Fehlen von Kinderbetreuungsangeboten.)

Treten sie dann doch eine Entwöhnungsbehandlung an, sind sie gekennzeichnet durch:

- ein niedriges Selbstwertgefühl
- fehlende Abgrenzungsmöglichkeiten gegenüber anderen Personen
- Erfahrungen von sexueller, körperlicher und psychischer Gewalt in der Familie und/oder der Partnerschaft
- abhängige Interaktionsmuster
- Identifikationsprobleme in ihrer Rolle als Frau

Medikamentenabhängigkeit findet primär bei Frauen statt, als Ursachen dafür hat die Deutsche Hauptstelle gegen Suchtgefahren¹² genannt:

⁹ Studie des Bundesministerium für Gesundheit, 1998

¹⁰ Vogeltanz & Wilsnack, 1997

¹¹ Walitzer K. S., Connors, G. J., 1997

¹² Tretter, Suchtmedizin, 2000

- der Konsum von Medikamenten sei unauffällig
- psychosomatische Beschwerden sind bei Frauen häufiger, damit besteht die Versuchung, zunächst „unbedenkliche“ Medikamente bzw. Schmerzmittel zu nehmen, was zur Anbahnung süchtigen Einnahmeverhaltens führen kann
- die Doppelbelastung von Frauen und Beruf
- Schönheitsideal mit der Versuchung, Abführmittel, Appetitzügler und Diuretika zu nehmen (meistens in Verbindung mit Essstörungen)
- Leistungsproblematik mit der Versuchung, Stimulanzien zu nehmen
- bereits vorliegender Mehrfachmissbrauch von Koffein und Nikotin
- Ängste von sozialer Abhängigkeit mit Verlangen nach Sedativa bzw. Hypnotika.

Multikonditionalität und Individualität

Bei der Behandlung jedes einzelnen Patienten ist es nun von entscheidender Bedeutung, welchen Stellenwert der jeweilige Teufelskreis für die Entstehung und die Aufrechterhaltung der Abhängigkeit bei diesem Patienten einnimmt.

Auch wenn der mittlerweile gebräuchliche Begriff der Multi-Konditionalität von Suchterkrankungen aufgrund seiner Allgemeingültigkeit und begrifflichen Unschärfe nicht zu Unrecht als "weitverbreitetste Leerformel" (Petry, 1985) bezeichnet wurde, zeigt er doch, dass es sich bei Suchterkrankungen um ein sehr komplexes Störungsmuster handelt, dem nur durch ein mehrdimensionales und multidisziplinäres Therapieangebot adäquat begegnet werden kann.

2.3 Geschlechtsspezifik der Abhängigkeitserkrankung

Obwohl die Trennung nach Geschlecht in der Behandlung Abhängigkeitskranker eine lange Tradition hat, wurde dem Aspekt der Besonderheiten bei den Entstehungsursachen und dem Verlauf sowohl in der Forschung wie auch in der Therapie sehr wenig Aufmerksamkeit gewidmet.

Wir sehen dies nicht als einen Rückfall in überholte Formen der Geschlechtertrennung, sondern als eine Chance, in besonderer Weise auf die Schwierigkeiten süchtiger Frauen in unserer Gesellschaft einzugehen. Es ist bekannt (Winkler, 2005¹³), dass Frauenkliniken oft gezielt gewählt werden von Patientinnen, die sich von gemischten Einrichtungen nicht angesprochen fühlen und/oder sich in besonders schwierigen Lebenssituationen befinden. Auch Soyka (1995) und Jahrreis (1998) halten besondere

therapeutische Angebote für suchtkranke Frauen für notwendig.

Trotz formaler Gleichberechtigung unterscheiden sich die Sozialisations- und Lebensbedingungen von Frauen gravierend von denen der Männer. Insbesondere wenn Frauen auch Mütter sind, kommt es wesentlich häufiger als bei Männern zu Mehrbelastungen durch die immer noch gelebte geschlechtsspezifische Rollenverteilung. Eine weitere typisch weibliche Lebenssituation stellt die Pflege alter und kranker Familienangehöriger dar. Es sind nahezu ausschließlich Frauen, die ihre Eltern oder Schwiegereltern pflegen. In solchen Lebenssituationen greifen Frauen nicht selten zu Suchtmitteln, woraus sich eine Suchtmittelabhängigkeit entwickeln kann.

Der immer noch praktizierten Festlegung von Frauen auf Rollen, die durch Schwäche, Passivität, Angst und Kranksein definiert sind, setzen wir eine Orientierung an den Stärken und Fähigkeiten der Frauen entgegen.

Ziel ist dabei nicht, Frauen die in unserer Gesellschaft im allgemeinen Männern zugeschriebenen Eigenschaften wie Stärke, Hart-Sein, Leistung-Bringen usw. anzutrainieren, sondern die Akzeptanz einer eigenen weiblichen Identität mit all ihren Stärken und Schwächen.

Die Auseinandersetzung mit dem Thema der weiblichen Sexualität spielt in der Arbeit mit suchtkranken Frauen eine besondere Rolle. Weibliche Sexualität ist viel weniger auf ein einziges Sexualorgan gerichtet als vielmehr innig verbunden mit der ganzen „Leiblichkeit“ der Frau. Deshalb sollte dieses Thema geschlechtsspezifisch behandelt werden, zumal bekannt ist, dass insbesondere suchtkranke Frauen Erfahrungen von sexueller Gewalt, sowohl in der Kindheit als auch im Erwachsenenleben, in einem hohen Prozentsatz erlitten haben.

Im Rahmen des frauenspezifischen Angebotes spielt die Behandlung von Essstörungen eine zunehmende Rolle. Weiblichkeit wird in unserer Gesellschaft wesentlich mehr als Männlichkeit durch Aussehen definiert. Anders als bei Männern ist der Körper einer der zentralen Bezugspunkte für die Identität einer Frau. Gesellschaftliche und soziale Chancen werden bei Frauen eng mit der Attraktivität des Körpers und dem Aussehen verbunden. Das Selbstwertgefühl hängt oft stark davon ab, wie attraktiv der eigene Körper erlebt wird. Die Orientierung an von den Medien propagierten körperlichen Idealbildern ist häufig von den Frauen internalisiert und als Ziel für das eigene Körpergefühl angestrebt. Auf dieser Hintergrundproblematik können sich Essstörungen, wie Bulimie und Anorexie, entwickeln, die überwiegend bei Frauen auftreten.

Die Behandlung von Patientinnen mit Essstörungen im Rahmen einer Fachklinik für Suchtkranke hat sich vor allem

deshalb bewährt, weil diese Symptome häufig in Verbindung und/oder wechselweise mit Alkohol-, Medikamenten- und Drogenkonsum zu beobachten sind. In trockenen Phasen dominiert im Sinne der Suchtverschiebung die Essstörung und verflacht in Phasen des Suchtmittelkonsums. Medikamente und speziell Kokain werden oft als Appetithemmer und Essbremse eingesetzt.

Wir sehen, wie Hoffmann und Hochapfel (2004), Essstörungen (psychogene Hyperphagie, Anorexie, Bulimie) angesiedelt an der Schnittstelle zwischen Psychosomatik und Sucht. An Suchtkreisläufe erinnert die von den Betroffenen erlebte Gier und Heimlichkeit, die damit verbundenen Scham- und Schuldgefühle sowie die als zwanghaft empfundene Beschäftigung mit Essen oder den Gedanken daran. Der mit Suchtbehandlung assoziierte Gedanke der Abstinenz greift jedoch in Bezug auf die Essstörung nicht. Essgestörte können nicht abstinenter von ihrem Suchtmittel leben. Der notwendige Prozess, den Umgang mit dem Essen wieder in konstruktiver Weise zu gestalten, d.h. das Suchtmittel wieder zum Nahrungsmittel werden zu lassen, beinhaltet die besondere Problematik und Schwierigkeit, sich aus einer Essstörung zu befreien.

Eine weitere Besonderheit im Kontext von Suchterkrankungen bei Frauen ist die Thematik Prostitution. Gerade im geschützten Rahmen unserer Frauenklinik kann die betroffene Patientin sich mit der Prostitution auseinandersetzen und die damit verbundenen Emotionen und Erfahrungen in ihre Persönlichkeit integrieren. Bleibt die Erfahrung der Prostitution unbearbeitet in der Verleugnung, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass zur Verdeckung von aufkommenden Scham- und Schuldgefühlen erneut Suchtmittel eingesetzt werden. Wenn die betroffenen Frauen abstinenter sind, verleugnen sie die Erfahrung der Prostitution oft, oder versuchen sie zu bagatellisieren.

Bei Frauen mit posttraumatischem Belastungssyndrom muss Prostitution auch als Traumaverarbeitungsversuch verstanden werden: Sexualität mit Männern, meist emotional abgestumpft und/oder unter Suchtmitteln wird affektisoliert zugelassen mit dem Versuch, sich dabei als Handelnde und nicht als Opfer zu erleben, wenn der Kunde dafür bezahlen muss.

Gewalt wird bei suchtkranken Männern deutlich höher mit eigener Gewalttätigkeit assoziiert, während suchtkranke Frauen zu einem sehr hohen Prozentsatz Gewalt erlitten haben, häufig bereits in der Kindheit als sexuelle Gewalt, Misshandlung, Deprivation.

Unverarbeitete Traumaeinwirkung führt oft zur Entstehung der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). Betroffene Patientinnen zeigen neben der Abhängigkeits-erkrankung Störungen bei der Gedächtnisspeicherung mit Intrusionen als Überflutung von Erinnerungsfragmenten traumatischen Inhalts, die zeitlich nicht als Vergangenheit zugeordnet werden können, sondern aktuell retraumatisierend erlebt werden. Gegen aufkommende Intrusionen werden oft im Vorfeld schon Suchtmittel eingesetzt, weil sie kurzfristig dagegen wirken. Dissoziation als Abspaltung von Teilen des Bewusstseins und/oder des Körpererlebens ist sinnvolle Überlebensstrategie während einer Traumatisierung. Bei der PTBS kommt es oft schon bei Stress in Alltagssituationen zu dissoziativen Zuständen, die die Handlungsmöglichkeiten der Gegenwart stark beeinträchtigen. Forschungsergebnisse weisen auf physisch bedingte Veränderungen nach Traumaeinwirkung auf das Stressverarbeitungssystem hin. Demnach bewirken hormonelle Störungen eine Herabsetzung der Reizschwelle, wobei die Regulation von Erregungszuständen erschwert wird. Häufig besteht ein ständig erhöhtes Erregungsniveau in Verbindung mit Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen, Ängsten und Alpträumen.

Um effektive Rehamassnahmen für suchtkranke traumatisierte Frauen durchführen zu können, orientieren wir uns laufend an den Ergebnissen der aktuellen Traumaforschung. Die Behandlung in unserer Klinik erfolgt durch besonders ausgebildetes therapeutisches Fachpersonal. Neben dem Erlernen von Sicherheitstechniken (Sicherer Ort, Videotechnik, das innere Kind u. a.) werden besondere Formen der Körpertherapie eingesetzt, und, nach strenger Indikationsstellung, kann auch die von F. Shapiro entwickelte EMDR Methode eingesetzt (Eye movement desensitization and reprocessing) werden. Hierbei handelt es sich um eine sehr effektive Methode zur Behandlung eines psychischen Traumas, d.h. einer physiologisch verankerten, psychischen Verletzung, das durch ein schwer belastendes Erlebnis hervorgerufen wird.

Mit diesen speziellen Angeboten können traumatisierte Patientinnen, ihrem Krankheitsbild entsprechend, sucht-freie Alternativen auf der Haltungs- und Verhaltensebene entwickeln.

Im Rahmen unserer frauenspezifischen Arbeit findet die Problematik einer suchtkranken Frau und Mutter in Form der Mutter-Kind-Behandlung¹⁴ besondere Berücksichtigung. Hierbei sind die Probleme der Frauen, die Probleme der Kinder und die Mutter-Kind-Interaktion Therapieinhalte.

Suchtkranke Mütter erleben im Laufe der Entwicklung ihrer Kinder die eigene Erziehungskompetenz in Frage gestellt. Dies äußert sich subjektiv in Nähe-Distanz-Problemen, Schwierigkeiten im emotionalen Ausdruck und der Konfliktfähigkeit, Schuldgefühlen und Unklarheiten bezüglich der Verantwortungsübernahme. Bei den Kindern tragen die süchtigen Verhaltensweisen der Eltern zu Schwierigkeiten und Störungen im körperlichen und seelisch-geistigen Bereich bei. In einer ganzheitlichen Sichtweise sind davon wechselseitig die Sensomotorik, die emotionale, kognitive und sprachliche Entwicklung, die Bindungsfähigkeit sowie das gesamte Sozialverhalten betroffen. Familiäre Beziehungen in suchtgeprägten Kontexten weisen häufig Diskrepanzen zwischen Verhalten und Gefühlen, zwischen der sprachlichen und nichtsprachlichen Kommunikation auf. Betroffen sind das gegenseitige Abgrenzungsverhalten im interindividuellen und intergenerativen Bereich, problematisch empfundene Koalitionsbindungen und Parentifizierungen sowie destruktive Formen der Konfliktaustragung.

3. Personal

3.1 Die Mitarbeiter

Die Behandlung wird durch ein interdisziplinär zusammengesetztes Behandlungsteam gewährleistet. Die gesamte medizinische Rehabilitation in der Fachklinik wird von den Leitenden Ärzten verantwortlich geleitet.

Alle therapeutischen Mitarbeiter verfügen über eine formale Qualifikation, die den Anforderungen der Kosten- und Leistungsträger entspricht.

3.2 Vereinbarter Sollstellenplan

• Arzt	2,0 Vollstellen*
• Diplom-Psychologe	2,0 Vollstellen
• Diplom-Sozialpädagoge/	
• Sozialarbeiter	4,5 Vollstellen*
• Erzieherin	1,0 Vollstellen
• Pflegepersonal	5,0 Vollstellen
• Physiotherapeut	} 0,7 Vollstellen
• Dipl.-Sportlehrer	
• Sportl./Gymnastiklehrer	
• Masseur	0,5 Vollstellen
• Med. Bademeister	0,3 Vollstellen
• Diätassistent/Ökotrophologe	0,4 Vollstellen
• Ergotherapeut	1,5 Vollstellen
• Arbeitstherapeut	0,5 Vollstellen
• Kreativtherapeut	0,2 Vollstellen

* Höherer Bedarf aufgrund traumatisierter Patientinnen

3.3 Supervision und Fortbildung

In der Fachklinik Haus Immanuel wird Teamsupervision regelmäßig durchgeführt. Sie findet alle 2 Monate statt und dauert 120 Minuten.

Die Mitarbeiter verpflichten sich regelmäßig an internen und externen Fortbildungsmaßnahmen teilzunehmen. Die Fachklinik Haus Immanuel fördert die Weiterbildung aller Mitarbeiter, und unterstützt alle Berufsgruppen bei ihrem Wunsch der Fortbildung. Die Modalitäten sind im Qualitätshandbuch der Fachklinik festgelegt.

Der Fort- und Weiterbildungsplan wird jährlich überprüft und fortgeschrieben.

¹⁴ Es besteht die Möglichkeit Kinder mit in der Klinik aufzunehmen. Daneben besteht noch eine weitere Möglichkeit: Es besteht Kontakt zu Pflegefamilien, die die Kinder während der Therapiezeit in ihre Familien aufnehmen. Das Wochenende verbringt das Kind gemeinsam mit der Mutter in der Fachklinik Haus Immanuel.

Name	Fortbildung / Weiterbildung	Termin von bis	Tage	Kosten ca.	Teilnahme- bestätigung	Ergebnis / Bemerkung

4. Dokumentation und Qualitätssicherung

4.1 Dokumentation

Die Fachklinik Haus Immanuel nimmt an der Basisdokumentation Ebis teil und stellt den Kerndatensatz für statistische Zwecke zur Verfügung. Die Klinik dokumentiert ihre erbrachten Leistungen im integrierten Entlassungsbericht, dort werden alle therapeutischen Leistungen (KTL) erfasst, weitere Leistungen werden in der Patientenakte festgehalten.

Zum Abschluss der Therapie nimmt der Arzt die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung vor und erstellt in Zusammenarbeit mit den übrigen therapeutischen Mitarbeitern den integrierten Entlassungsbericht nach den Vorgaben der RV-Träger.

4.2 Qualitätssicherung

Die Fachklinik Haus Immanuel verpflichtet sich, am Qualitätssicherungsprogramm der Deutschen Rentenversicherung teilzunehmen und ein internes Qualitätsmanagement durchzuführen. Daneben nimmt die Fachklinik an einem einrichtungsübergreifenden Qualitätszirkel von Fachkliniken teilzunehmen.

Die Fachklinik Haus Immanuel ist seit Juni 2009 zertifiziert und erfüllt die Anforderungen nach DIN ISO 9001:2015 und den Anforderungen der deQus 3.0 und verfügt über die BAR-Anerkennung. Die aktuelle Zertifizierung erfolgte am 19.06.2018.

5. Kooperation und Vernetzung

5.1 Kooperation innerhalb der Einrichtung

Die interne Kooperation ist eingebettet in ein Netz von Kommunikations- und Entscheidungsstrukturen innerhalb der Fachabteilungen, die einen optimalen Verlauf der Behandlung gewährleisten sollen.

Innerhalb der einzelnen Einrichtungen ist die notwendige Kooperation durch wöchentliche Teamsitzungen sichergestellt. Sie dienen dem Informationsaustausch, der fachli-

chen Diskussion, der Koordination unterschiedlicher Arbeitsaufgaben sowie der Planung und der Strukturierung der internen Arbeitsabläufe.

Fallbezogene Kooperation

Innerhalb der Fachabteilungen wird der therapeutische Prozess systematisch reflektiert. Dies geschieht zum einen durch sorgfältige Dokumentation aller beteiligten TherapeutInnen, zum anderen in wöchentlichen Fallbesprechungen, an der alle TherapeutInnen der jeweiligen Fachabteilung teilnehmen.

5.2 Vernetzung in der Stadt und im Landkreis Kulmbach

Die Fachklinik Haus Immanuel ist fest verankert in den Strukturen der Gemeinde Thurnau und des Landkreises Kulmbach, dies zeigt sich an der Zusammenarbeit mit örtlichen Vereinen, Kirchengemeinden oder kulturellen Veranstaltungen.

5.3 Vernetzung mit der professionellen Suchtkrankenhilfe

Ziel der Vernetzung im professionellen Suchthilfesystem ist der fachliche Austausch über unterschiedliche Ansätze und Behandlungsmodelle, die Abstimmung fachlicher und ökonomischer Notwendigkeiten sowie die Entwicklung von Kooperationsmodellen. Dies ist gewährleistet durch die Mitarbeit in regionalen und überregionalen Facharbeitskreisen.

5.4 Vernetzung mit medizinischer und psychosozialen Hilfesystemen

Die Nähe zur Stadt Kulmbach ermöglicht eine enge Kooperation mit anderen medizinischen oder psychosozialen Hilfeinrichtungen. Gerade vor dem Hintergrund, der immer häufiger werdenden Komorbiditäten der Patientinnen ist eine enge Kooperation mit entsprechenden Einrichtungen eine wesentliche Voraussetzung für einen erfolgreichen Rehabilitationsprozess.

Die Kooperation umfasst:

- stationäre und ambulante medizinische Fachabteilungen (Fachärzte, Klinikum Kulmbach, Bezirkskrankenhaus Bayreuth)
- Einrichtungen zur beruflichen Förderung und Fortbildung (Agentur für Arbeit, ARGE, Beratungsstelle für Arbeitslose etc.)
- Beratungsstellen für spezifische Problemstellungen (Schuldnerberatung, Familien- und Erziehungsberatungsstellen etc.)

5.5 Vernetzung im Bereich Freizeitgestaltung und Kultur

Am öffentlichen und kulturellen Leben wird diesem Bereich ein großer Wert gegeben (Volkshochschulen, Vereine, Freizeitmöglichkeiten etc.). Es ist dafür ein eigenständiger Fahrdienst eingerichtet.

6. Behandlungsansatz

Die theoretische Grundlage unseres Behandlungsansatzes stellt das Selbstmanagementmodell dar: So stellt das Selbstmanagementmodell die aktive Einbeziehung der Patienten bei gleichzeitiger Förderung ihrer Selbstkontrollkompetenzen bzw. Entwicklung von aktiven und selbstbestimmenden lebensbewältigenden Problemlösestrategien in den Mittelpunkt. „Selbstmanagement ist inzwischen zu einem Sammelbegriff für verschiedene Therapieansätze geworden, die aber alle gemeinsam haben, dass der Klient befähigt werden soll, möglichst aktiv zur Bewältigung seiner Probleme beizutragen. Wenn dieser Lernprozess erfolgreich verläuft, ist der Patient wieder in der Lage, sein Leben ohne externe professionelle Hilfe, seinen Zielen entsprechend, zu gestalten. Das Modell des Selbstmanagements hebt sich damit von einem klassisch-medizinischen Verständnis von Therapie (mit dem Therapeuten als alleinigem Experten) ebenso ab, wie von einem falsch verstandenen humanistischen Konzept, wonach der Patient allein aufgrund seiner 'Selbtheilungskräfte' zu einer Veränderung seiner Probleme in der Lage ist“ (Kanfer et al. 1991).¹⁵

Mit Hilfe der Einleitung eines therapeutischen Prozesses soll also der Patient befähigt werden, im Rahmen seiner Ressourcen und Grenzen ein möglichst hohes Maß an Autonomie und Selbstbestimmung, aber auch an sozialen Kompetenzen, die die Voraussetzung zur Erlangung von Wertschätzung darstellen, zu erreichen.

Wie bereits erwähnt, bedeutet für uns die Anwendung des Selbstmanagementansatzes nicht die Beschränkung auf eine einzige therapeutische Vorgehensweise. Vielmehr bietet er die Möglichkeit unterschiedlicher Methoden, wie z.B.:

- Verhaltenstherapie
- Gesprächspsychotherapie
- Systemisch orientierte Verfahren
- Die Psychoanalyse.

Zum besseren Verständnis unserer Vorgehensweise sollen im Folgenden die unseres Erachtens wesentlichen suchtspezifischen Aspekte der unserem Vorgehen zugrunde liegenden Therapieansätze sowie die integrative Verbindung dieser Ansätze in der Therapie kurz skizziert werden.

6.1 Verhaltenstherapeutische Ansätze

Der verhaltenstherapeutisch begründete Ansatz bietet plausible Modelle für unterschiedliche Aspekte der Suchtmittelabhängigkeit wie etwa das sog. „Craving“, den Kontrollverlust, das Problemtrinken oder den Rückfall. Dabei spielen sowohl Theorien des klassischen Konditionierens, des operanten Konditionierens, dessozialen Lernens und insbesondere die auf der Selbstwirksamkeitstheorie Banduras (Bandura, 1977)¹⁶ beruhende sozialkognitive Lerntheorie von Marlatt (Marlatt 1978 ¹⁷, Marlatt und Donovan 1982)¹⁸ eine wesentliche Rolle.

Trotz der z. T. berechtigten Kritik, die sich insbesondere auf die Ausschließlichkeit der verhaltenstherapeutisch begründeten Erklärungsmodelle bezieht (z.B. Feuerlein 1986)¹⁹, haben die daraus abgeleiteten therapeutischen Methoden zu einer Reihe, in der suchtherapeutischen Praxis bewährter, empirisch gut überprüfter Therapieverfahren geführt, die sowohl die Beeinflussung situativer bzw. sozialer als auch kognitiver, emotionaler und physiologischer Bedingungsfaktoren der Suchtmittelabhängigkeit zum Ziel haben. Auch bei der erforderlichen gezielten therapeutischen Bearbeitung anderer psychischer Störungsbilder (Angststörungen, Depressionen, Psychosen, chronisch kognitive Defizite usw.) kommen verhaltenstherapeutisch begründete Methoden zur Anwendung.

6.2 Gesprächspsychotherapeutische Ansätze

Einer der wesentlichsten Wirkfaktoren in der Psychotherapie Suchtkranker ist eine gute, tragfähige Beziehung zwischen Patienten und Therapeuten. In diesem unter allen Umständen verlässlichen Beziehungsrahmen, der weitgehend frei von Bewertungen und Etikettierungen ist, kann der Patient allmählich zu sich finden und seine eigenen Potentiale (wieder)entdecken. Die gesprächspsychotherapeutische Vorgehensweise wirkt sich insbesondere günstig auf Patienten mit Störungen des Selbstwertgefühls aus, wie dies bei Suchtkranken in aller Regel der Fall ist. Das Erleben des Angenommenseins, des Ernstgenommenwerdens und des Wertgeschätztwerdens ist eine Erfahrung, die alkoholkranken Menschen aufgrund von sozialem Abstieg, Diskriminierung, gesellschaftlicher Ausgrenzung

¹⁵ Kanfer et al., 1991
¹⁷ Marlatt, 1978
¹⁹ Feuerlein, 1986

¹⁶ Bandura, 1977
¹⁸ Marlatt und Donovan, 1982

und/oder einer äußerst defizitären Lebenssozialisation seit langer Zeit nicht mehr oder noch nie gemacht haben. Die therapeutische Haltung der Empathie und Wertschätzung führt zur Steigerung der Selbstwertschätzung und Selbstwahrnehmung, wodurch der Patient einen besseren Zugang zu seinem inneren Erleben, seinen Gefühlen, Wünschen und Bedürfnissen gewinnt. Die erhöhte Selbstannahme des Patienten führt zu einer Verbesserung der „inneren Kommunikation“, was bedeutet, dass der Patient lernt, sich zu fragen und schließlich zu erfahren, woher seine Gefühle kommen, welche Bedeutung und welche Konsequenzen sie für sein unmittelbares Verhalten und für seine Beziehung zu anderen Menschen haben. Bezogen auf die Suchterkrankung des Patienten ist die auf diesem Wege gesteigerte Fähigkeit, sich im Rahmen der Therapie mit sich selbst auseinanderzusetzen (Selbstexplorationsfähigkeit), ein tragendes Element der Auseinandersetzung mit früheren Suchtmittelrückfällen und so Grundlage der Rückfallprophylaxe. Die klientenzentrierte Vorgehensweise der Explikation von Bedeutungsgehalten trägt einem weiteren wichtigen Wertprinzip in der Therapie Rechnung, nämlich dem motivationalen Aspekt. Der Patient wird sich allmählich klarer über sich selbst und sein Verhalten und gewinnt einen vertieften Zugang zu seiner Problematik. Vor dem Hintergrund einer guten, emotional tragfähigen therapeutischen Beziehung können erlebnisaktivierende Übungen mit dem Ziel der Problemaktualisierung eingesetzt werden, so dass der Patient seine Problematik auf der emotionalen Ebene unmittelbar erfährt. Gesprächspsychotherapeutische Methoden lassen sich gut mit anderen therapeutischen Interventionsverfahren kombinieren, insbesondere zum Aufbau einer therapeutischen Beziehung sowie bei Stagnation des therapeutischen Prozesses, Widerständen und Blockaden des Patienten.

6.3 Systemische Ansätze

Systemische Ansätze haben in den letzten Jahren vermehrt Eingang in die Psychotherapie und dabei insbesondere auch in die Suchttherapie gefunden. Gemäß der systemischen Sichtweise werden Symptome psychischer Krankheiten vor allem in ihren Zusammenhängen zu anderen Komponenten eines komplex vernetzten Gesamtsystems, in dem jegliche Veränderung direkte oder indirekte Auswirkungen auf andere Systemkomponenten hat, betrachtet. Dem Symptom wird so eine gewisse „Sinnhaftigkeit“ zugeschrieben, etwa wenn die Suchterkrankung eines Familienmitglieds starke Helferimpulse auslöst, was wiederum die Helfer anderweitig psychisch entlastet oder etwa Trennungsabsichten der Ehefrau des Symptomträgers unterminiert usw.

Entscheidend für den auf der systemischen Sichtweise basierenden therapeutischen Ansatzes ist, dass aufgrund des systemstabilisierenden Charakters des Krankheits-symptoms die isolierte Behandlung des Symptomträgers nicht ausreicht, um zu einer nachhaltigen, zeitüberdauernden Symptomreduktion zu gelangen. Vielmehr ist die Einbeziehung des Gesamtsystems (z.B. Familie) und die Analyse der im System bestehenden funktionalen Zusammenhänge entscheidende Voraussetzung für einen positiven Therapieerfolg. Dieser Sichtweise tragen wir insbesondere im Rahmen der Angehörigenseminare, Familien- und Paartherapie Rechnung. Darüber hinaus bedeutet eine systemorientierte Vorgehensweise in der Gruppentherapie vor allem auch die Abkehr von einer überwiegend defizitorientierten, störungsbezogenen Sichtweise hin zu einer Fokussierung vorhandener Ressourcen und für die Erreichung der Therapieziele nutzbarer Kompetenzen des Betroffenen. Dieser sogenannte „lösungsorientierte Ansatz“ verzichtet auf eine grundlegende Neuorientierung des Patienten und versteht Therapie als einen Prozess der Begleitung auf einem dem Kontext der Wertsysteme und sozialen Rahmenbedingungen des Patienten angepassten Lösungsweg. Die Entwicklung individuumsbezogener Therapieziele orientiert sich dabei nicht an ideologisierten Menschenbildern, sondern sieht den Patienten als Kooperationspartner, mit dem gemeinsame, auf seine Situation abgestimmte Ziele entwickelt werden. Dem Therapeuten kommt dabei die Aufgabe zu, dem Patienten sowohl beim Ausbau bereits vorhandener Kompetenzen, als auch beim Transfer entwickelter Lösungswege ins bestehende System behilflich zu sein.

6.4 Psychoanalytische Ansätze

Für die psychotherapeutische Arbeit mit Abhängigkeitskranken bietet die psychoanalytische Sichtweise mit ihrem Erklärungsmodell der oralen Fixierung eine wesentliche Grundlage. Aufgrund der Weiterentwicklung der Psychoanalyse, insbesondere unter Würdigung der spezifischen Problematik bei Suchtkranken in Verbindung mit neueren ich-psychologischen und objekt-psychologischen Ansätzen wurde eine sinnvolle Erweiterung des psychotherapeutischen Verständnisses über das klassische psychoanalytische Persönlichkeitsmodell mit den Instanzen Es-Ich-Überich und das daraus resultierende klassische Neurosenmodell hinaus möglich. Diente das trieb-psychologische Konzept eher dazu, normales von süchtigem Trinken zu unterscheiden (Trinken mit Krankheitswert zu erkennen), so bietet das Ich-psychologische Modell, das die Droge als Selbstheilungsversuch sieht, schon wesentlich schlüssigere Erklärungshilfen für die psychoanalytisch orientierte Suchttherapie.

Aufgrund der bei chronifizierten Suchtverläufen häufig auftretenden, tiefgreifenden Störungsbilder (sogenannte „frühe Störungen“ wie narzisstische Persönlichkeitsstörungen, Borderline-Störungen, aber auch psychosomatische Erkrankungen und Psychosen) ist eine therapeutische Ausrichtung an Ich-Funktionsdefiziten für die Behandlung nicht ausreichend. Die Sucht äußert sich bei diesem Klientel häufig mit ausgeprägt selbstzerstörerischen Tendenzen und spiegelt auf der Persönlichkeitsebene tiefe Objektbeziehungsstörungen wieder. In diesem Kontext wird Sucht als Beziehungsstörung zu sich und zu anderen verstanden und fixiert sich aus psychoanalytischer Sicht in einem sehr frühen Entwicklungsstadium – nämlich im Wechsel von der primären Symbiose zur Individuation (M. Klein, 1972, N. S. Mahler 1980, I. v. Viebahn, 1986). Rost (1987) beschreibt dies zwar als eine pessimistische Sicht der Sucht (auch im Hinblick auf die Prognose), kann aber mit dem objekt-psychologischen Modell die häufig vorhandenen destruktiven und autodestruktiven Impulse umfassender erläutern und sie damit therapeutisch zugänglicher machen. So können je nach Störungsbild aus psychoanalytischer Sicht sowohl triebpsychologische, ich-psychologische, als auch objekt-psychologische Modelle in der psychoanalytisch orientierten Behandlung mit einbezogen werden.

Von besonderer Bedeutung in der Behandlung sind:

- Die Aufarbeitung von Teilen der Lebensgeschichte im Sinne von Sich-Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten der Konfliktpunkte.
- Die Verdeutlichung und Bearbeitung von sich wiederholenden Beziehungsmustern (Übertragung und Gegenübertragung).
- Die Würdigung von Abwehr und Widerstand als Schutz und Überlebensmuster und das Aufzeigen von alternativen Möglichkeiten zur Konfliktbewältigung.
- Die psychoanalytische Diagnostik und die damit verbundene Veränderung des Therapievorgehens bei tiefgreifend gestörten Persönlichkeiten (psychoanalytisch-interaktionelle-supportive Herangehensweise).
- Die Beachtung von bei Suchtkranken meist vorhandenen starken Ambivalenzen (Minderwertigkeitsgefühle vs. Omnipotenzphantasien), die meist niedrige Affektschwelle, die deutlich verminderte Frustrationstoleranz (der geringe „Spannungsbogen“), die häufig ausgeprägt inkompetente Forderungs-/Erwartungshaltung und die Negierung von Realität zugunsten eher oraler Lebenshaltungen (Lustprinzip).

7. Behandlung in der Fachklinik

7.1 Grundüberlegungen

Bei der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit ist es für die Patientin zur Erreichung der Dauerabstinenz von entscheidender Bedeutung, dass sich ihre gesamte Lebensqualität subjektiv verbessert und dass sie auch objektiv über mehrere und bessere Fähigkeiten zur Bewältigung des Lebensalltags verfügt, sich die Beziehungsqualität innerhalb der Familie und des Freundeskreises verbessert, aber auch die Fähigkeit zur Kontaktaufnahme mit anderen Menschen.

Es gilt im Rahmen des therapeutischen Prozesses die risikoreiche Lebensführung kritisch zu überprüfen, die psychosozialen Belastungen zu erkennen und die Bearbeitung besonders belastender Probleme und Ereignisse vorzunehmen. Dies sind die Schwerpunkte einer Behandlung alkoholabhängiger Menschen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der abhängige Mensch, das ihn und andere Menschen schädigende Verhalten eher verharmlost und bagatellisiert. Er verfügt über ein hohes Maß an Abwehrmechanismen, die sein Verhalten für die Umwelt erklärbar und plausibel machen. Es ist daher von großer Wichtigkeit, die Bezugspersonen mit in den therapeutischen Prozess zu involvieren.

7.1.1 Frauenspezifische Behandlung

Die Patientinnen wohnen in 5 Wohngruppen mit jeweils 12 Einzelzimmern, sie werden von einem Therapeuten (Sozialtherapeuten) betreut. Das Therapeutenzimmer ist räumlich in dieser Wohngruppe integriert, so dass die Therapeutin/der Therapeut die Patientin nicht nur bei den Einzel- und Gruppengesprächen erlebt, sondern auch ihr Sozialverhalten im Alltag sieht.

Psychotherapie

Bezugstherapeut (siehe oben)

Gruppentherapeut (= Einzeltherapeut)

Indikativgruppen:

- Trauma-Konfrontation in der Gruppe „Sicherheit finden“
- Umgang mit Depressionen
- Meine Rolle als Frau (Rollenerwartungen)
- Umgang mit Gewalt (als Täterin)
- Selbstsicherheitstraining
- Skills-Training

- Essstörungen
- Medikamentenabhängigkeit
- Rückfallprävention
- Stressbewältigung
- Glücksspielsucht
- Freizeittraining
- Arbeitslosigkeit
- Raucherentwöhnung
- Ernährungsberatung
- Umgang mit Gefühlen
- Soziale Interaktion und Kompetenz
- Ergotherapie
- +55

Körpertherapie (u. a. Physiotherapie)
Sporttherapie

7.2 Zielgruppen

Eine Behandlung in der Fachklinik Haus Immanuel ist angezeigt, wenn:

1. schwere Störungen auf seelischem, körperlichem und/oder sozialem Gebiet bestehen, die eine erfolgreiche, ambulante oder teilstationäre Behandlung in Frage stellen.
2. die Herausnahme aus einem pathologischen sozialen Umfeld (z.B. bei massiven familiären Konflikten und/oder destruktiven Partnerbeziehungen) erforderlich ist, um den Rehabilitationsprozess zu sichern.
3. das soziale Umfeld der Patientin als wenig unterstützend erlebt wird.
4. die Patientin beruflich nicht integriert ist und infolgedessen spezifischer Leistungen zur Vorbereitung einer beruflichen Wiedereingliederung bedarf.
5. eine stabile Wohnsituation nicht (mehr) vorhanden ist.
6. es zu erkennen ist, dass die Fähigkeit zur aktiven Mitarbeit, zur regelmäßigen Teilnahme und zur Einhaltung des Therapieplanes in Bezug auf die Anforderungen einer ambulanten oder teilstationären Entwöhnung nicht ausreichend ist.
7. die Patientin nicht bereit oder in der Lage ist, während einer ambulanten oder teilstationären Maßnahme abstinenz zu leben.
8. neben der Substanzstörung eine weitere psychische Störung vorliegt (Doppeldiagnose).

7.3 Behandlungsdauer

Regelbehandlung

Die Behandlungsdauer beträgt in der Regel 15 Wochen. Eine Verlängerung kann im Rahmen des vom Leistungs-

träger vorgegebenen Zeitbudgets in eigener Verantwortung von der Klinik umgesetzt werden. Auffang- und Festigungsbehandlungen mit einer Dauer bis zehn Wochen werden angeboten. Im Rahmen einer integrierten Therapie (Kombitherapie) sind auch Verbindungen von ambulanten, teilstationären und vollstationären Behandlungen je nach den individuellen Erfordernissen der Patienten möglich (siehe gesondertes Konzept).

Auffang- und Festigungsbehandlung

Patientinnen, die nach ihrer Entlassung aus einer Fachklinik rückfällig geworden oder rückfallgefährdet sind, bieten wir die Möglichkeit zu einer Auffang- bzw. Festigungsbehandlung von in der Regel 6 bzw. 10 Wochen an. Inhaltlich unterscheidet sich die Auffang- bzw. Festigungsbehandlung von der Entwöhnungsbehandlung lediglich durch eine besondere Betonung der Einzelgespräche, die sich v. a. dem Thema der Rückfallgefährdung und der Rückfallprophylaxe widmen.

7.4 Indikationen (ICD-10)

Der Indikationsbereich für die Fachklinik umfasst Störungen durch folgende Substanzen:

- Störungen durch Alkohol (F10.xx)
- Störungen durch Sedativa und Hypnotika (F13.xx)
- Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und andere psychotrope Substanzen (F19.xx)

Primärindikation:

- Alkohol und/oder Medikamente

Sekundärindikationen:

- Essstörungen (F 50.x)
- Angststörung
- Depression
- Persönlichkeitsstörung
- Posttraumatische Belastungsstörung
- Pathologisches Glücksspiel

Kontraindikationen:

- Suizidalität
- Akute Psychosen
- Schwere hirnorganische Beeinträchtigungen
- Schwerwiegende Beeinträchtigung der intellektuellen Leistungsfähigkeit
- Unfähigkeit zur aktuellen Dauerabstinenz
- Schwere körperliche Erkrankungen, die eine intensive und/oder pflegerische medizinische Versorgung benötigen

7.5 Therapieziele

Entsprechend den gesetzlichen Grundlagen ist die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und die Vorbeugung vor Erwerbsunfähigkeit die übergeordnete Aufgabe jeder medizinischen Rehabilitation. Nach dem aktuellen Stand wissenschaftlicher Erkenntnis ist dieses übergeordnete Ziel nur durch völlige Abstinenz von psychotropen Substanzen zu erreichen.

Deshalb gelten als übergeordnete Therapieziele der stationären Behandlung:

- Stabilisierung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit
- Abstinenz von psychotropen Substanzen

Aus den beiden oben genannten Rehabilitationszielen lassen sich vier Gruppen von Teilzielen ableiten:

7.5.1 Suchtspezifische Ziele

- Erkennen der Behandlungsnotwendigkeit der Krankheit
- Stärkung der Abstinenzmotivation, Stabilisierung der Dauerabstinenz
- Erarbeitung eines individuellen Erklärungsmodells für die Abhängigkeitsentstehung und Funktion des Suchtmittels
- Entwicklung eines tragfähigen Konzeptes zum Umgang mit Rückfällen, einschließlich konkreter Handlungsanweisungen

7.5.2 Allgemeine psychotherapeutische Ziele

- Auseinandersetzung mit der eigenen Lebensgeschichte
- Erkennen und Entwickeln von eigenen Ressourcen
- Förderung der Konfliktfähigkeit
- Förderung der Genussfähigkeit
- Entwickeln von Selbstsicherheit und des Selbstwertgefühles
- Förderung der Binnen- und der Außenwahrnehmung
- Förderung der Affektwahrnehmung, -differenzierung und -toleranz
- Förderung der Selbstregulation und Impulskontrolle
- Reduktion von Vermeidungsverhalten und Fluchtverhalten (Problemflucht?)
- Stärkung der Introspektionsfähigkeit
- Sensibilisierung für die eigenen Grenzen
- Förderung der Kommunikationsfähigkeit
- Behandlung von psychischen Begleiterscheinungen

7.5.3 Soziale Therapieziele

- Sicherung der Lebensgrundlagen
 - Finanzieller Art (u. U. Schuldnerberatung)
 - Wohnungssicherung
 - Rechtliche Fragen
- Trainieren lebenspraktischer Fähigkeiten
- Auseinandersetzung mit der beruflichen Realität und Entwicklung neuer beruflicher Perspektiven
- Verbesserung der Eigenwahrnehmung, Erkennen eigener Defizite und Stärken
- Erweiterung sozialer Kompetenzen und Aufbau eines sozialen Netzwerkes
- Entwickeln von Freizeitkompetenz
- Entwickeln von Lebensperspektiven
- Klärung der Beziehungen zur Familie, Partnerschaften und evtl. Herkunftsfamilie
- Förderung des Kontaktes zur Selbsthilfegruppe

7.5.4 Somatische Ziele

- Behandlung der Begleit- und Folgeerkrankung
- Förderung der Körperwahrnehmung
- Förderung von gesundheitsbewusstem Verhalten
- Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit
- Erkennen der körperlichen Leistungsgrenzen

7.6 Behandlungsverlauf

Aufnahmevoraussetzung ist eine Kostenzusage des zuständigen Leistungsträgers und eine vorausgehende Motivationsphase einer Beratungsstelle. Vor Beginn der stationären Behandlung wird mit jeder Patientin ein Therapievertrag abgeschlossen. Es wird in diesem Gespräch auf die Richtlinien des jeweiligen Kostenträgers verwiesen.

Am Aufnahmetag führt der Arzt die Eingangsuntersuchungen durch mit einer ausführlichen Anamneseerhebung, die im Verlauf der Behandlung meist komplettiert wird. Der Arzt ist verantwortlich für die gesamte Behandlung.

Am Aufnahmetag findet auch der Erstkontakt der Patientin mit ihrem Bezugstherapeuten statt. Mit ihm wird der Behandlungsplan erstellt und besprochen. Jede Woche erhält die Patientin einen individuellen Behandlungsplan. Der Bezugstherapeut führt sie dann auch in seine Bezugsgruppe ein. In dieser ersten Zeit setzt sich die Patientin v. a. mit ihrer eigenen Suchtgeschichte auseinander. Haupttherapieziel der ersten Behandlungsphase ist das Gewinnen von Einsicht in die eigene Suchterkrankung. Es werden in dieser Zeit Kenntnisse des bio-psycho-sozialen Modells der Abhängigkeitserkrankung vermittelt und zugleich die Introspektions- und Selbstwahrnehmungsfähigkeit der Patientin gefördert.

Die Gruppentherapie findet kontinuierlich dreimal in der Woche statt. Die Therapiegruppe umfasst i. d. R. bis zu 12 Personen. Die Gruppe wird halb offen geführt, deshalb können neue Patientinnen kurzfristig integriert werden, aber auch das Ende ist individuell gestaltbar. Die Gruppen werden von einer therapeutischen Fachkraft geleitet.

Den Schwerpunkt der Therapie bildet die Gruppentherapie, sie wird entscheidend von den Einzelgesprächen unterstützt. Diese sollen den Gruppenprozess vertiefen und gleichzeitig helfen, über sehr schambesetzte Inhalte zu sprechen, sie aufzuarbeiten und ggf. in den Gruppenprozess einzubringen. Darüber hinaus soll das Einzelgespräch helfen, sehr konfliktreiche Erlebnisse innerhalb des Gruppengeschehens zu thematisieren und aufzuarbeiten. Die Gruppe soll zur Konfliktfähigkeit, aber auch wieder zum Erlernen der Erfahrungen von Zusammengehörigkeit und Vertrauen führen.

Der Therapieplan orientiert sich am individuellen Behandlungsziel der Patientin. Er wird indikationsbezogen erstellt, und falls notwendig, modifiziert. „Jede psychische Störung ist eine Beziehungsstörung“²⁰, damit auch die Abhängigkeitserkrankung. Eine verlässliche vertrauensvolle Beziehung der Patientin zu ihrem/r Bezugstherapeuten/in ist eine wesentliche Voraussetzung für eine erfolgreiche Therapie. Gerade Patientinnen, die in ihrer Ich-Stärke und Ich-Funktion schwer gestört sind, benötigen eine stabile, verlässliche therapeutische Beziehung zur Entwicklung einer guten Übertragungs- beziehung und Objektkonstanz. So dient die erste Phase der Behandlung auch zum Aufbau einer tragfähigen Beziehung. Auf diesem Boden kann dann die Arbeit an der Frustrationstoleranz erfolgen, Scham- und Schuldgefühle eingebracht werden, Verluste und Depressionen thematisiert werden.

Der Inhalt der Therapie bei Abhängigkeitserkrankungen hängt von vielen Faktoren ab: Vom Abstand zum Suchtmittel; von dem darunter liegenden Störungsniveau; von der Behandlungsdauer; von intellektuellen und kognitiven Fähigkeiten; von somatischen Begleiterkrankungen; von der Introspektionsfähigkeit der Patientin.

In der 2. Hälfte der stationären Maßnahme stehen gezielte Rückfallprävention und Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation im Vordergrund. Es wird im Rahmen der Arbeitstherapie die Bewältigung von Belastung im erlernten oder ausgeübten Beruf getestet.

Ein weiterer Schwerpunkt der Tätigkeit ist die Arbeit mit den Bezugspersonen. Es sollen die engsten Familienangehörigen (Partner, Eltern, Kinder – jeweils nach Bedarf) mit in die Behandlung einbezogen werden. Es gilt, die belastete häusliche Situation zu besprechen und neue

Wege zu einem gemeinsamen Miteinander zu finden, dabei sollen auch die neuen Erfahrungen während der Behandlung immer wieder thematisiert werden. Es soll die Mauer des Schweigens durchbrochen und Veränderungen im familiären Beziehungssystem gefunden werden. Es soll, soweit noch ein Arbeitsplatz vorhanden ist, dieser einmal aufgesucht und gemeinsam mit den Vorgesetzten über die Zeit nach dem stationären Aufenthalt gesprochen werden. Falls es sinnvoll erscheint (räumliche Entfernung), kann auch ein Betriebspraktikum im eigenen Betrieb durchgeführt werden. Rückfallprävention ist, unabhängig von einem aktuellen Rückfall, regelmäßiger Bestandteil der themenzentrierten Gruppentherapie.

Zum Abschluss der stationären Maßnahme sind die zukünftige Lebensplanung hinsichtlich Familie, Beruf und Freizeit sowie die Neugestaltung des Lebensalltages die wichtigsten Themen. Dabei wird nochmals sehr ausführlich über die Rückfallproblematik gesprochen, die Lösung aus der Therapiegruppe sowie die Einbindung in die Selbsthilfegruppe werden vorbereitet.

Gemeinsam mit der Patientin wird über die Weiterbehandlung gesprochen. Hierbei soll entschieden werden, welche Behandlungsform für die Zeit nach dem stationären Aufenthalt sinnvoll erscheint, ob eine ambulante Nachbetreuung ausreicht, ob eine weiterführende Maßnahme noch notwendig erscheint oder ob im Ausnahmefall eine Umwidmung der Maßnahme beim zuständigen Kostenträger beantragt wird.

7.7 Diagnostik

Die Diagnostik orientiert sich an der von der WHO in der 10. Revision vorgestellten Internationalen Klassifikation psychischer Störungen ICD 10.

Die folgende Aufzählung benennt die klinisch-diagnostischen Leitlinien des Abhängigkeitssyndroms:

- Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, Substanzen oder Alkohol zu konsumieren.
- Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich Beginn, Beendigung und Menge des Konsums.
- Substanzgebrauch zur Milderung von Entzugssyndromen.
- Ein körperliches Entzugssyndrom und/oder Nachweis der Toleranz.
- Ein eingegengtes Verhaltensmuster im Umgang mit Alkohol.
- Fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen zugunsten des Substanzkonsums.
- Anhaltender Konsum trotz bewusst erlebter schädlicher Folgen (körperlich, psychisch, sozial).

Um der Genese der Suchtmittelerkrankungen gerecht zu werden, bedarf es einer umfangreichen Diagnostik. Wie bereits dargestellt worden ist, muss bei jeder einzelnen Patientin die Frage beantwortet werden, welche Krankheitsfaktoren mit welchem Anteil in welcher Wechselbeziehung vorliegen.

Dazu dienen folgende Verfahren:

- Eigen-, Fremd-, Sozial-, Suchtanamnese
- Testdiagnostik zum Typen- und Schweregrad der Alkoholabhängigkeit
- Persönlichkeitsdiagnostik
- Medizinische Diagnostik
- Leistungsdiagnostik.

Bestehende und begleitende psychische und somatische Co-Morbiditäten werden im Rahmen der stationären Behandlung entsprechend mitversorgt. Die Diagnostik erfolgt in der Regel bei der Aufnahme. Somatische Diagnosen werden meist anhand mitgebrachter und/oder angeforderter Arztberichte erhoben, bzw. vervollständigt.

7.8 Behandlungsplan

Der Behandlungsplan wird gemeinsam mit der Patientin erstellt.

Der Therapieplan soll alle Möglichkeiten einer Differenzierung anbieten und sich am individuellen Behandlungsbedarf der Patientin orientieren.

Auf der Basis einer ausführlichen somatischen, psychischen und sozialen Diagnostik wird für die Patientin ein individueller Therapieplan erstellt. Dieser Plan wird regelmäßig überprüft und kann, falls es sich als notwendig erweist, ergänzt und auch verändert werden. Der Behandlungsplan soll so flexibel gehandhabt werden, dass er kurzfristig auf aktuelle Veränderungen eingehen kann.

Bei einer positiven Veränderung kann die Behandlung in einer teilstationären oder ambulanten Maßnahme fortgesetzt werden. Dort kann mit wenigen therapeutischen Maßnahmen der Therapieerfolg gesichert werden. Häufig reicht dazu eine Selbsthilfegruppe nicht aus, da im Rahmen der stationären Behandlung doch tiefer gegangen werden kann.

Im Rahmen der langfristigen Sicherung des Therapieerfolges nach dem Ende der stationären Maßnahme soll weiter der Kontakt zu einer professionellen Einrichtung der Suchtkrankenhilfe aufrechterhalten werden. Es wird deshalb jeder Patientin empfohlen, den Kontakt zu einer Suchtberatungsstelle aufrecht zu erhalten und zumindest eine ambulante Nachsorge und/oder eine Selbsthilfegruppe

zu besuchen. Sollte eine ambulante Therapie notwendig sein, würde auch diese – im Rahmen der teilstationären Behandlung – empfohlen²¹.

Mit einem Therapievertrag (siehe Anhang) wird der Rahmen der Behandlung schriftlich vereinbart. Therapie ist ein Prozess, der Veränderung und Wachstum indiziert. Dies ist nur aufgrund gemeinsamer Absprachen möglich und setzt die Freiwilligkeit und innere Einwilligung der Patientin als Selbstverständlichkeit voraus.

In der sogenannten Fokusrunde erfolgen gemeinsame Absprachen mit den Patientinnen über Therapieziele und Reha-Maßnahmen nach vier Wochen.

Teilnehmende Personen der Fokusrunde:

- Bezugstherapeut
- Ärztliche und therapeutische Leitung
- Sozialdienst
- Krankenschwester
- Sport- und Arbeitstherapie/Ergotherapie
- Anschließend erfolgt ein Gespräch mit der Patientin.

7.9 Behandlungselemente

Die Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen macht ein multidisziplinäres Vorgehen notwendig, damit alle somatischen, psychischen und sozialen Ziele berücksichtigt werden können.

7.9.1 Ärztliche Behandlung

Die leitenden Ärzte tragen die Gesamtverantwortung für die med. Rehabilitation in der Fachklinik Haus Immanuel. Sie führen sämtliche ärztliche Eingangs-, Zwischen- und Abschlussuntersuchungen durch, erstellen eine umfassende ärztliche Diagnose, in der alle Befunde (Labordiagnostik, eigene Befunde sowie Konsiliaruntersuchungen) zusammengefasst werden. Diese Diagnose bildet gemeinsam mit der psychosozialen Diagnostik die Grundlage für den Behandlungsplan. Daneben führen die Ärzte für die Patientinnen regelmäßige Visiten, Sprechstunden, Schulungen und Informationsveranstaltungen zum Suchtmittelmissbrauch durch. Zum Abschluss der Therapie nehmen sie die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung vor und erstellen in Zusammenarbeit mit den übrigen therapeutischen Mitarbeitern den integrierten Entlassungsbericht nach den Vorgaben der RV-Träger.

7.9.2 Bezugstherapeutensystem

Jede Patientin erhält zu Beginn der Maßnahme eine/n Bezugstherapeuten/in. Der Kontakt des/der Bezugstherapeuten/in zur Patientin bildet die zentrale Schaltstelle

zwischen dem komplexen Behandlungsangebot der Fachklinik und der individuellen Problematik des Patienten. Eine vertrauensvolle, offene, wertschätzende und kooperative Beziehung zwischen Bezugstherapeut und Patientin ist dabei eine wichtige Voraussetzung für den angestrebten Therapieerfolg.

7.9.3 Gruppentherapie

Die interaktionelle Gruppe findet drei Mal wöchentlich unter Leitung des Bezugstherapeuten statt. Die Teilnahme der Patientinnen ist verpflichtend, diese Gruppe bildet das Fundament der Therapie.

Die jeweilige Bezugsgruppe ist halb offen. Sie dient der Klärung zwischenmenschlicher Beziehungen und trägt zur konstruktiven Lösung von psychischen und/ oder sozialen Problemen bei.

Im Mittelpunkt steht die Begegnung einzelner Individuen mit den Möglichkeiten des Austauschs von unterschiedlichen Erfahrungen, Beobachtungen, mit den Möglichkeiten des Verständnisses miteinander, des Einübens/Verstärkens gegenseitiger Akzeptanz und respektvollen Umgangs. Sie dient der Auseinandersetzung mit der Grunderkrankung Alkoholabhängigkeit, dem Erlernen suchtspezifischer Kenntnisse und der Integration rückfallprophylaktischer Fähigkeiten.

Unter Gruppentherapie ist zu verstehen, dass der Heilungsprozess durch die Kräfte der Gruppe eine wesentliche Verstärkung erfährt. Die einzelne Patientin wird im natürlichen Kontext der Gruppe "behandelt".

Die Gruppe fördert die Wiederintegration der Einzelnen in gesellschaftliche Bezüge durch freie und spontane Interaktionen zwischen den Gruppenmitgliedern, also der Patientinnen untereinander und der Patientinnen mit dem Gruppentherapeuten.

Die Aufgabe des Gruppentherapeuten ist die Sicherung der therapeutischen Qualität und die Sorge um ihre Stabilität. Er hat stets zu bedenken, dass er als Leiter der Gruppe eine herausgehobene Stellung hat und gleichzeitig Mitglied der Gruppe ist. Die Erwartungen der Patientinnen an die Gruppe liegen in ihren Wünschen nach Hilfe/Unterstützung, daher sind ihre Erwartungen an den Therapeuten sehr hoch. Inkongruenzen zwischen den Erwartungen der Patientinnen und Therapeuten und der Wirklichkeit sind durch Transparenz und Neutralität des Handelns des verantwortlichen Therapeuten weitgehend zu vermeiden, um den therapeutischen Prozess zu fördern.

Häufige Themen in der Stammgruppe sind:

- Rückfall- Bedeutung, Vorbeugung, Bearbeitung
- Rückfallaufarbeitung im konkreten Fall
- Alkohol in Lebensmitteln
- Ablehnen von Alkohol, Konfrontation im alten Umfeld

- Umgang mit Risikosituationen/Versuchungssituationen
- Tagesaktuelle Themen/Informationen
- Therapeutische Elemente (Arbeit mit Einzelnen, Kleingruppen, Rollenspiel, ...), die in der Bezugsgruppe ihren Platz haben
- Umgang mit Ärger und Verletzungen
- Selbsthilfegruppen und deren Arbeitsweisen

7.9.4 Einzelpsychotherapie

Es werden regelmäßig einzeltherapeutische Gespräche mit den Patientinnen geführt. Die Frequenz der Einzelgespräche mit dem Bezugstherapeuten ist abhängig von der Indikationsstellung, mindestens 1x wöchentlich.

In der Einzelpsychotherapie werden bereits in der Aufnahmephase die biographische Anamnese erhoben, die individuellen Therapieziele erarbeitet und der Behandlungsplan besprochen und vereinbart. Im Verlauf der Therapie findet eine Vertiefung und Verknüpfung der in den übrigen Therapieeinheiten gemachten Erfahrungen statt. Notwendige Modifikationen für Therapie- und/oder Lebensplanung werden hier besprochen und umgesetzt. Der Schwerpunkt der Gespräche liegt in der Identifizierung und Durcharbeitung der Abhängigkeitserkrankung, der Motivation zur Abstinenz und Entwicklung von Verhaltensalternativen. Besondere Berücksichtigung findet hierbei die emotionale Auseinandersetzung, insbesondere mit Scham und Schuldgefühlen, (sexuellen) Gewalterfahrungen, etc. Es wird ein Zusammenhang zwischen persönlichen Lebensproblemen und dem individuellen Suchtverhalten hergestellt. Darüber hinaus wird mit der Patientin geklärt, inwieweit Angehörige in die Therapie einbezogen werden. Außerdem dienen die Einzelgespräche der Vor- bzw. Nachbereitung von Heimfahrten und therapeutischen Aufgaben, der Krisenintervention sowie der spezifischen Behandlung komorbider Störungen.

Die Einzelgespräche werden durch die/den Bezugstherapeuten/in angeboten. Ein wichtiger Schwerpunkt in der Behandlung ist dabei die Förderung der Selbstwahrnehmung, die (Be)-Achtung und Steuerung von Gefühlen und die Komplettierung von neuen Schritten in der Selbstannahme und –fürsorge. Für Patientinnen mit gravierenden Erlebnissen von Verletzungen (Gewalterfahrungen und andere Traumata) ist es häufig leichter, in diesem Setting, das von Nähe und Vertrautheit gekennzeichnet sein kann, ihre belastenden Erfahrungen anzusprechen und zu bearbeiten.

Mit unterschiedlichen Methoden aus der Psychotherapie (analytisch-systemischer Familientherapie, tiefenpsychologisch fundierter Therapie, Gesprächspsychotherapie, integrativer und lösungsorientierter Therapie, analytisch orientierter Sozialtherapie, Traumatherapie und der

Verhaltenstherapie) begleiten die Therapeuten(innen) die Patientinnen ein Stück weit auf dem Weg aus ihrer Abhängigkeitserkrankung.

7.9.5 Indikative (störungsspezifisch und/oder themenzentriert) Gruppenpsychotherapien

Neben der interaktionellen Standardgruppentherapie werden folgende indikative (störungsspezifisch und/oder themenzentriert) Gruppenpsychotherapien z. Zt. angeboten:

- Angstbewältigungsgruppe
- Gruppentherapie für Patientinnen mit gestörtem Essverhalten
- Raucherentwöhnung
- Soziales Kompetenztraining
- Rückfall-Präventionstherapie
- Medikamentenabhängigkeit
- Schmerzbewältigung
- Stressbewältigung
- Arbeitslosigkeit
- Alleine leben
- Freizeitkompetenztraining
- Kognitives Training
- Familie und Partnerschaft
- 55 +
- u. a.

7.9.6 Klinische Sozialarbeit/Soziale Rehabilitation

Die Aufgabe der klinischen Sozialarbeit besteht vornehmlich darin, den Patientinnen bei der Klärung und Bewältigung von beruflichen, rechtlichen und finanziellen Schwierigkeiten zu helfen. Der Bereich der sozialen Rehabilitation unterstützt in Kooperation mit den anderen Therapiebereichen mit konkreten Hilfestellungen den Ablauf und den Erfolg der Therapie und bereitet mittelfristig die Wiedereingliederung in das soziale Umfeld und den Beruf vor. Dabei geht es vorrangig um die Stärkung der sozialen Kompetenzen. Die Patientinnen werden, soweit notwendig, in der Klärung der u. g. Punkte unterstützt, wobei sie zu möglichst eigenständiger Arbeit gehalten werden.

Soziale Rehabilitation verfolgt im Wesentlichen folgende Aufgaben:

- Abklärung der wirtschaftlichen Absicherung/Schuldenregulierung:
Während der stationären Therapie bezieht die Patientin Übergangsgeld, Krankengeld, in Ausnahmefällen noch Kindergeld oder ist über Leistungen Dritter abgesichert. Welche Unterstützung der Patientin zusteht, ergibt sich aus den jeweiligen Anspruchsvoraussetzungen. In den meisten Fällen ist die Beantragung vor der Aufnahme gewährleistet, falls sie jedoch noch nicht in die Wege

geleitet worden ist, übernimmt der klinische Sozialdienst diese Aufgabe. Er unterstützt dann die Beantragung und Durchsetzung des Anspruches. Verbunden damit werden bei der Betroffenen erste Schritte einer Schuldenregulierung eingeleitet; dazu gehört das Erstellen eines Ordners über die Forderungen der einzelnen Gläubiger und die Kontaktaufnahme zu diesen. Wenn notwendig, wird die Patientin an anerkannte professionelle Schuldenberatungsstellen in den jeweiligen Heimatorten vermittelt.

- Klärung der Wohnsituation:
Entscheidet sich eine Patientin während der stationären Therapie, eine eigene Wohnung zu nehmen, unterstützt sie der klinische Sozialdienst, indem er über Förder- und Leistungsansprüche berät, bei der Beantragung von Wohnberechtigungsscheinen, Wohngeld und Listen öffentlich geförderter Wohnungen behilflich ist. Wir helfen beim Suchen und der Bewerbung nach einer geeigneten Wohnung.
- Klärung der beruflichen Situation/Bewerbungstraining:
Interessierten Patientinnen vermitteln wir zunächst Einzeltermine bei der Agentur für Arbeit. Mit den dort erhaltenen Informationen zu Förderungsmöglichkeiten etc. ist es uns möglich, ein Anforderungsprofil zu erstellen und konkrete erste Schritte einzuleiten bzw. Kontakte zur Agentur für Arbeit aufzunehmen. Wir bieten ein Bewerbungstraining am Computer an, damit kann die Patientin eine optimale Bewerbungsmappe mit Anschreiben, Lebenslauf etc. erstellen. Grundlagen für Zeugnisse und Vorstellungsgesprächen werden besprochen, Training im Rollenspiel angeboten.
- Klärung des Bedarfs ambulanter, teilstationärer und stationärer Nachsorgen:
Die Patientinnen erhalten eine umfassende Beratung zu allen Möglichkeiten der ambulanten, teilstationären und stationären Nachsorge. Der Fachbereich soziale Rehabilitation hat Adressen und Konzepte bundesweiter Angebote vorrätig und hilft bei Kontaktaufnahme, Bewerbung, Organisation des Probewohnens und Kostenübernahmebeantragung.
- Beratung in rechtlichen Fragen:
Diese findet statt, soweit sie in unserem Rahmen möglich ist. Bei Fragestellungen, die unsere Kompetenz übersteigen, arbeiten wir mit Anwälten vor Ort und den Anwälten der jeweiligen Patientinnen zusammen.

Wir begleiten zu Gerichtsverhandlungen und polizeilichen Vernehmungen. Regelmäßig haben wir einen Berater der örtlichen DRV im Hause, der über die Teilhabe am Arbeitsleben Fragen beantwortet.

7.9.7 Kreativitätstherapie

Im Rahmen der Kreativitätstherapie sollen die Patientinnen nonverbale Erfahrungen sammeln. Im Vordergrund der Arbeit mit den Patientinnen steht die gestalterische und schöpferische Tätigkeit unter besonderer Beachtung des individuellen Planens, Herangehens sowie der Ausführung. Obwohl dem hergestellten Produkt für den Therapieverlauf eine eher untergeordnete Rolle zukommt, ist doch das Erlernen von Techniken und Fertigkeiten von Bedeutung. Hier kann bereits während der Therapie der Grundstein für spätere Freizeitbeschäftigungen gelegt und auch neue Interessen geweckt werden.

7.9.8 Physiotherapie

Die physiotherapeutischen Maßnahmen sind ein wichtiger Bestandteil in der Behandlung. Sie dienen grundsätzlich der Stärkung der psychophysischen Funktionen. Sie verfolgen somatische Zielsetzungen, insbesondere die Wiederherstellung der körperlichen Leistungsfähigkeit. Außerdem sollen die Patientinnen, deren Körperwahrnehmung oft schwer gestört ist, dadurch wieder eine Achtsamkeit dem eigenen Körper gegenüber erwerben. Auch das Entspannungstraining (PMR nach Jacobson, Autogenes Training) dient der Konzentration auf den eigenen Körper und vermittelt zugleich Hilfen zur Stressbewältigung.

Die Fachklinik Haus Immanuel bietet an: Schwimmen, Wirbelsäulengymnastik, Massagen, Kneippsche Anwendungen, Wärmebehandlung, Strombehandlung, Training an Fitnessgeräten, Hydrojetbehandlung, Nordic Walking und Wanderungen.

Die Verordnung der körperorientierten Therapie erfolgt individuell und richtet sich nach den Bedürfnissen der Patientin.

7.9.9 Ernährungsberatung

Für jede Patientin wird individuell eine umfassende Gesundheitserziehung ermöglicht. Diese umfasst die persönliche Beratung über Risikofaktoren wie falsche Ernährung, Bluthochdruck, Rauchen und Aufklärung über alkoholinduzierte Erkrankungen. Regelmäßig wird ein Kurs über Gesundheitserziehung durchgeführt.

Ärztlich verordnete Diäten werden bereitgestellt und ihre Bereitschaft dazu hinterfragt.

Im Rahmen der Gesundheitserziehung findet für jede Patientin einmalig Ernährungsunterricht mit dem Thema: „Alkohol in Lebensmittel“ statt. Der Besuch der Lehrküche

hat das Ziel, gesunde Ernährung, Freude am Kochen zu entdecken und sich eine geregelte Tagesstruktur an zu eignen.

Bei Bedarf wird für jede Patientin individuell eine Ernährungsberatung ermöglicht. In einem persönlichen Beratungsgespräch wird über Risikofaktoren falscher Ernährung und alkoholinduzierte Erkrankungen informiert und aufgeklärt, Essverhalten analysiert und zur Änderung der Lebensführung motiviert.

Ärztlich verordnete Diäten werden mit der Patientin besprochen, bereitgestellt und ihre Einnahme kontrolliert.

7.9.10 Freizeitgestaltung

Die Integration der individuellen Freizeitgestaltung in das Behandlungsangebot hat die Aufgabe, Störungen im Freizeitverhalten aufzudecken und neue Möglichkeiten der Freizeitgestaltung zu entdecken. Im Mittelpunkt steht die Erweiterung des Interessenhorizontes, Aufbau mitmenschlicher Kontakte, Vermittlung des Gemeinschaftserlebnisses, Entwicklung von Genussfähigkeit.

Angeboten werden: u. a. Minigolf, Tagesausflüge, Gruppenausflüge mit Bus und Bahn oder klinikeigenen Fahrrädern, Volleyball, Wanderungen, Nordic Walking, Fitnesstraining, Schwimmen.

7.9.11 Angehörigenarbeit

Die Angehörigenarbeit ist ein zentraler Bestandteil der Arbeit in der Fachklinik Haus Immanuel.

Die therapeutische Arbeit mit Angehörigen unterteilt sich in:

- Angehörigenseminar und
- Paar- und Familiengespräche.

Angehörigenseminar:

Zusammen mit den Angehörigen nehmen die Patientinnen an unserem dreitägigen Seminar teil. Insgesamt geht es um ein besseres Verständnis der Sucht in ihren Auswirkungen auf Beziehungen. Dabei wird die Entwicklung der Abhängigkeit als ein Interaktionsbeitrag verstanden, eine „Lösung“ die zum Problem geworden ist. Zum Seminar können die wichtigsten Bezugspersonen aus Herkunftsfamilie, gegenwärtiger Familie und Partnerschaft eingeladen werden. Spezifische Aspekte der Beziehungsdynamik und die Eigenheit der Patientin werden durch die besondere Art der familiären Interaktion besser verstehbar. Hier können einerseits Impulse für Veränderungen der Probleme suchstabilisierender Beziehungsmuster („Co-Abhängigkeit“) in Familie und Partnerschaft gesetzt und andererseits bereits eingeleitete Neuorientierungsprozesse in Familie und Partnerschaft weitergeführt werden.

Ziele:

- Familien- und Beziehungsdagnostik
- Kennenlernen der problemstabilisierenden Muster in der Interaktion
- Gezielte Veränderungsinterventionen
- Abklärung der Bedeutung, die die Abhängigkeit im Beziehungsgefüge hat
- Förderung der Bereitschaft der Angehörigen zur Mitarbeit
- Weiterführung der eingeleiteten Neuorientierung in Familie und Partnerschaft
- Neudefinition von Rollen- und Generationsgrenzen
- Vorbereitung und Motivation zum Besuch von Selbsthilfegruppen.

Familien- und Paargespräche:

Die Angehörigenseminare werden durch Familien- oder Paargespräche ergänzt, die sich von der Aufnahme bis zur Entlassung je nach Indikation durch den gesamten Behandlungsverlauf ziehen können.

Mit Hilfe des Bezugstherapeuten werden die teilweise sehr schambesetzten Themen besprochen. In der Arbeit mit Familienangehörigen oder Partnern der Patientinnen wird in verstärktem Maße die Beratungsstelle einbezogen, die häufig in der Nachsorge die Beratung und Therapie der gesamten Familie oder einzelner Familienmitglieder übernimmt.

7.9.12 Arbeitstherapie/arbeitsbezogene Therapie:

Schwerpunkte: Ergotherapie, Arbeitstherapie, indikative Arbeitstherapie, arbeitsvorbereitende Therapie

Indikationen:

1. Patientinnen in der Langzeitarbeitslosigkeit (Bewerbungstraining, Kompetenztraining, Belastungstraining)
2. Patientinnen in Arbeitslosigkeit (Kurzzeit): Stärkung der eigenen Motivation, Kennenlernen der eigenen Ressourcen
3. Patientinnen in Arbeit: Kontakt mit Arbeitgeber herstellen
4. Patientinnen, die länger krankgeschrieben sind aber noch in Arbeit stehen: Ziel: Feststellung vorhandener arbeitsrelevanter Kompetenzen (Testung)
5. Patientinnen mit körperlichen bzw. kognitiven Einschränkungen: Feststellung der Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit

Ziel ist vor allem die Wiederherstellung bzw. Stabilisierung der Erwerbsfähigkeit. Diese soll an realistischen Bedingungen im Umfeld der Patientin überprüft oder falls eine Arbeitslosigkeit vorliegt, die Integration ins Erwerbsleben gefördert werden, entweder durch

Bildungsmaßnahmen oder durch Belastungserprobungen. Die Auseinandersetzung mit den beruflichen Perspektiven ist ein Schwerpunkt in der stationären Behandlung. Patientinnen, die in einem Arbeitsverhältnis stehen, müssen ihre berufliche Situation analysieren und sich mit den betrieblichen Gegebenheiten auseinandersetzen. Zu erwartende Probleme werden in der Einzel- und Gruppentherapie bearbeitet. Daneben ist für die verlängerte Heimfahrt gegen Therapieende („Reha-Fahrt“) vorgesehen, dass die Patientinnen während der Behandlungszeit mit ihrem Vorgesetzten Kontakt aufnehmen und ein gemeinsames Gespräch stattfindet.

Im Rahmen der Bewertung der beruflichen Tätigkeit gilt es, sich mit den heutigen Realitäten und Anforderungen auseinanderzusetzen und Belastungsfaktoren ausführlich zu besprechen:

- Umgang mit Stress und Anforderungen am Arbeitsplatz
- Teamfähigkeit
- Kritikfähigkeit und Bewältigung von Konflikten
- Maßnahmen der beruflichen Stabilisierung

Es gilt, mit diesen Maßnahmen den Arbeitsplatz zu sichern und gleichzeitig die Arbeitszufriedenheit herzustellen bzw. zu steigern, aber auch Einschränkungen, die in der Person der Patientin liegen, zu thematisieren und ihr dabei zu helfen, sich mit diesen Begrenzungen auseinanderzusetzen.

Für arbeitslose Patientinnen erfolgt zu Beginn der stationären Behandlung aufgrund der beruflichen Anamnese die Abklärung der Voraussetzungen für die entsprechenden Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation. Es wird ein individueller Förderplan erstellt. Dabei wird mit der örtlichen Agentur für Arbeit (Stellenvermittlung und Umschulung, Qualifikationsmaßnahmen) und den verschiedenen Bildungsträgern (bieten teilweise Kurse für Suchtmittelabhängige an, Weiterbildung in bestehenden Berufen) zusammengearbeitet.

Im Rahmen dieser Indikativgruppe werden den Patienten folgende Kenntnisse vermittelt:

- Bewerbungstraining (Rollenspiel: Vorstellungsgespräch etc.)
- Erstellen einer Bewerbungsmappe
- Stellensuche im Internet
- Stellensuche über das Arbeitsamt, Tageszeitung etc.
- Gewöhnung an Regeln und Strukturierung des Tagesablaufes durch die Arbeit
- Pünktlichkeit und Zeitgefühl
- Teamfähigkeit
- Kritikfähigkeit
- Gedächtnisleistungen

Externe Arbeitstherapie:

Insbesondere bei langzeitarbeitslosen Patientinnen wird die Durchführung einer externen Tätigkeit (Praktikum) angestrebt, möglichst in einem dem erlernten Beruf entsprechenden Umfeld oder auch in einem Arbeitsbereich, den die Patientin als Alternative zu ihrer früheren Tätigkeit anstrebt.

Internes Belastungstraining:

Auch innerhalb der Fachklinik wird die berufliche Belastung der Patientinnen erprobt. Unter Anleitung des Arbeitstherapeuten durchlaufen sie verschiedene Stufen der Beanspruchung: Zunächst 4, dann 6 und zum Schluss 8 Stunden. Auch wenn diese Tätigkeiten häufig berufsnahe sind, so wird doch die Konzentrationsfähigkeit, Teamfähigkeit, Ausdauer und die Belastbarkeit erkennbar. So können unmittelbar gemachte Erfahrungen sinnvoll für den therapeutischen Prozess genutzt werden.

7.9.13 Körpertherapie

Im Rahmen der Klinikkonzeption ist die Sport- und Körpertherapie ein wichtiger Bestandteil, der handlungsorientiert und auf nonverbaler Ebene die psychotherapeutische Behandlung ergänzt.

Viele Frauen kommen nach jahrelanger sportlicher Zurückhaltung in die Klinik und fallen durch verringerte Bewegungserfahrungen, körperliche Untrainiertheit und multiple Verspannungen auf. Insbesondere solche Patientinnen werden sukzessive an körperliche Aktivitäten herangeführt. Aktivierung und Roborierung werden für eine Reihe von psychosozialen Zielsetzungen im Rahmen der Sporttherapie angestrebt. Beispielsweise kann eine Patientin über eine Differenzierung der Körperwahrnehmung einen neuen Bezug zum eigenen Körper und zur persönlichen Ausdrucks- und Leistungsfähigkeit erlernen. Die erlebnisintensiven sportlichen Erfahrungen können auch dazu beitragen, die Wahrnehmung und das Interaktionsverhalten in sozialen Situationen zu verbessern. Freude an Bewegung und positives Körpererleben sind Zielsetzungen im Rahmen einer affektiven Stabilisierung, die mit Hilfe der Sporttherapie realisiert werden können.

Neben den verbindlichen Sportangeboten stehen in der Freizeit die Gymnastikhalle, ein Fitnessraum und das Schwimmbad den Patientinnen zur Verfügung.

7.9.14 Seelsorge und spirituelles Angebot

Hinter dem süchtigen Verhalten eines Menschen steht oft der Wunsch nach bedingungslosem Angenommen werden, auch die Frage nach Wert und Sinn im Leben. Diese Frage „stellt sich radikal angesichts des menschlichen Leidens“ (V. Kast)²². Die Logotherapie sieht in dem Streben nach Sinn sogar die primäre Motivation des Menschen.

Deshalb besteht in unserer Fachklinik ein besonderes geistliches/spirituelles Angebot, das eine offene Auseinandersetzung mit o. g. Grundfragen des Menschen ermöglicht und fördert. Das durch die Introjektion problematischer Primärpersonen lebensfeindliche Gottesbild kann so korrigiert werden. Dazu wird in Seminaren und Gruppenstunden die Möglichkeit geboten. Außerdem haben die Patientinnen die Möglichkeit, an einer von Mitarbeitern gestalteten Andacht teilzunehmen.

In Einzelgesprächen können Patientinnen ihre persönlichen Glaubens- und Lebensfragen erörtern. Auf Wunsch können entsprechende Gespräche mit der klinikeigenen Seelsorgerin geführt werden.

Der sonntägliche Gottesdienst kann von den Patientinnen in der Kirchengemeinde des Ortes Hutschdorf mitgefeiert werden. Damit wird der Isolierung religiöser Erfahrung während der Therapie entgegengewirkt und zugleich versucht, den Kontakt zwischen der Fachklinik und der Bevölkerung zu vertiefen.

Die Teilnahme an spezifischen geistlichen/religiösen Angeboten ist freiwillig.

7.9.15 Heimfahrten oder Besuche

Bei mehreren Heimfahrten, deren Zeitpunkt individuell besprochen wird, haben die Patientinnen die Möglichkeit, erste Veränderungen in der sozialen Wirklichkeit zu erproben und/oder geplante Veränderungen in die Wege zu leiten. Dies bezieht sich sowohl auf innerfamiliäre Zusammenhänge, als auch auf Aspekte des weiteren sozialen Umfeldes wie Wohnungs- und Arbeitsplatzsuche bzw. -wechsel, Erledigung von Behördenangelegenheiten usw. Wichtig während der Heimfahrten ist auch der Kontakt zur Suchtberatungsstelle und zur Abstinenz- und Selbsthilfegruppe.

Ziele:

- Kontakt zur Familie
- Kontakt zur Arbeitsstelle / berufliche Neuorientierung
- Kontakt zur Suchtberatungsstelle
- Kontakt zur Selbsthilfegruppe
- Regelung amtlicher und/oder finanzieller Angelegenheiten
- Evtl. Vorstellung oder Probewohnen in stationärer, teilstationärer Nachsorge- oder Wohngemeinschaft
- Berufliche Orientierung, Kontakt zur Agentur für Arbeit
- Konfrontation mit dem alten Umfeld ohne den schützenden Rahmen der Klinik
- Auseinandersetzung mit Ängsten und neu definierten Fähigkeiten

7.9.16. Ergotherapie/ Hirnleistungstraining

Ergotherapie

Patientinnen mit einem individuellen Rehabedarf kognitiver und/oder somatischer Defizite.

Es werden vorhandene geistige und körperliche Fähigkeiten gefördert und stabilisiert, Defizite ausgeglichen, sowie neue Interessen geweckt, um so die Selbstständigkeit und das Leben im gewohnten Umfeld zu erhalten bzw. die Arbeitsfähigkeit wieder herzustellen.

Die Mitarbeiter in der Ergotherapie verwenden zur Leistungsbewertung das MELBA System.

Hirnleistungstraining

Bei alkoholkranken Menschen treten, je nach Schweregrad der Erkrankung, Beeinträchtigungen der kognitiven Funktionen auf: z. B. Denkfähigkeit, Merkfähigkeitsstörungen, Aufmerksamkeitsstörungen, Konzentrationsstörungen.

Hier wird eine ausführliche Diagnostik durchgeführt und die defizitären Funktionen systematisch trainiert.

7.9.17 Therapie der Essstörungen

Die Behandlung findet in der Regel als Sekundärindikation statt.

Neben substanzbezogenen Abhängigkeitserkrankungen haben manche Frauen zusätzlich eine Essstörung, die in unserer Klinik im Rahmen der sogenannten „Zweiterkrankung“ mitbehandelt wird und eines speziellen Behandlungssettings bedarf.

Eine indikationsbezogene Gruppentherapie für Patientinnen mit einer Essstörung findet bei Bedarf wöchentlich für die betroffenen Patientinnen statt. Bei entsprechender Symptomatik ist die Teilnahme an dieser Gruppe verpflichtend. Ein Therapievertrag wird erstellt nach der individuellen Indikation und mit der Patientin ausführlich besprochen. Dies ist v. a. deshalb wichtig, dass der bei vielen Essgestörten bekannten und seit Jahren eingeübten Anpassungsleistung vorgebeugt wird und ein „Kommitment“ (bekannt aus dem DBT Programm nach Lineham) erreicht wird.

Der Therapievertrag umfasst u. a.:

- die regelmäßige Teilnahme an der Indikativgruppe Essstörungen
- die regelmäßige und lückenlose Teilnahme an den Mahlzeiten (die nicht unterbrochen werden darf, um einem zwischenzeitlichen Erbrechen z. B. keinen Vorschub zu leisten)
- regelmäßiges Wiegen

- die Einhaltung von Ruhezeiten nach den Mahlzeiten, die in der Regel in der Gruppe eingehalten werden müssen
- den Verzicht auf Laxantien
- die Anpassung der Co-Therapien und der sportlichen Aktivität an die Minusabweichung vom vereinbarten Basisgewicht
- das Führen eines Ess-Tagebuches.

Ggf. werden weitere Punkte diesem Vertrag hinzugefügt, je nach individuellen Bedürfnissen des Patienten. In der Indikativgruppe „Essstörung“ fassen wir bewusst Patientinnen mit anorektischer, bulimischer und auch psychogener Esssucht zusammen, um Spannungsfelder nutzen zu können, z.B. zwischen den bulimischen Patientinnen, die eher kontaktfreudig und impulsiv sind und den häufig resignierenden übergewichtigen Esssüchtigen.

Auch hier ist ein selbstverständlicher Anteil der Therapie die Einbeziehung des psychosozialen Umfeldes der Patientin durch gemeinsame Paar- und Familiengespräche.

7.9.18 Komorbidität

Die Behandlung von Patientinnen mit Komorbiditäten (Doppeldiagnosen) stellt hohe Anforderungen an die therapeutischen Fähigkeiten der Behandler.

In Zusammenhang mit Suchterkrankungen gibt es eine Vielzahl unterschiedlicher psychischer Störungen, die entweder diagnostisch primär abzugrenzen sind von der Sucht oder als Folgeerkrankung der Sucht einzuordnen sind, was sich als Schwierigkeit für die Diagnostik und Therapie darstellt.

Nicht jede psychische Verhaltensauffälligkeit sollte als Störung eingeordnet werden, nur dann, wenn sie von Krankheitswertigkeit ist, wobei streng auf die ICD-Klassifizierung zu achten ist. Eine hohe Sorgfalt in der diagnostischen Zuordnung ist dringend gefordert, es ist acht zu geben auf überschnelle Diagnosestellungen.

Die Behandler haben es mit zwei zu behandelnden, meist schweren Krankheitsbildern zu tun, die sich in der Regel gegenseitig ungünstig beeinflussen. Für die Behandlung ist eine hohe diagnostische Sicherheit, hohe Akzeptanz der jeweiligen Persönlichkeit und die Fähigkeit zum individuellen Umgang mit den Patientinnen unumgänglich. Eine sehr enge Kooperation mit den unterschiedlichen Fachbereichen ist unabdingbare Voraussetzung. Der Therapieerfolg hängt wesentlich von der vertrauensvollen Beziehung zwischen Patient und Behandler ab.

Einige Merkmale sind für alle Behandlungssituationen relevant. Folgende Empfehlungen wurden den Untersuchungen und Meta-Analysen von international veröffentlichten, randomisiert kontrollierten Studien zur Suchtmittelbehandlung entnommen²³.

1. Der Schwerpunkt sollte stets auf Veränderung des Suchtverhaltens liegen.
2. Die Maßnahmen sollten gut strukturiert sein.
3. Die Maßnahmen sollten so lange fortgeführt werden, bis sie Wirkung zeigen.
4. Die Maßnahmen sollten über einen Zeitraum von mindestens drei Monaten (vorzugsweise länger) fortgeführt werden.

7.9.18.1 Suchtmittel und Persönlichkeitsstörung

Die Persönlichkeitsstörungen haben in den letzten Jahren einen großen Interessenzuwachs erlebt. Die neue konzeptionelle Arbeit mit dieser Klientel war von größter Kontroverse begleitet. Neu entwickelte Untersuchungsinstrumente und Klassifikationen verbessern die Diagnostik der Persönlichkeitsstörungen und ermöglichen eine angemessene Therapieplanung und bessere Endergebnisse. Dementsprechend relativiert sich die statisch-pessimistische Auffassung von Persönlichkeitsstörungen und ihrer Behandlung.

Ursprünglich, als hauptsächlich genetisch bedingtes Phänomen betrachtet, sehen wir heute die Persönlichkeitsstörung als ein Ergebnis biologischer, psychischer und sozialer Komponenten.

Viele wissenschaftliche Studien zeigen eine sehr hohe Komorbidität zwischen Alkoholabhängigkeit und Persönlichkeitsstörungen („Alkoholiker erfüllen in bis zu 80% der Fälle die Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung“²⁴. Persönlichkeitsstörungen sind allgemein gekennzeichnet durch rigide, schwer veränderbare Formen des inneren Erlebens, der Kognitionen und des interpersonellen Verhaltens. Die Betroffenen sehen ihre Störung oft als Teil ihrer Identität und haben große Schwierigkeiten, Veränderungen zuzulassen. Persönlichkeitsstörungen beginnen meist früh im Jugendalter und bleiben ohne Behandlung weiterhin relativ gleichförmig. Die Patientin hat durch ihre eingeschränkte Anpassungsfähigkeit und Rigidität deutliche berufliche und soziale Probleme, unter denen sie subjektiv leidet.

Die ausführliche Anamnese und Diagnostik helfen uns, mögliche, für die Behandlung von Persönlichkeitsstörungen typische Schwierigkeiten in der therapeutischen Arbeit zu vermeiden. Die Behandlung der Patientin verlangt sorgfältige und störungsspezifische Therapieangebote und Therapiebeziehungsgestaltung.

In Einzelgesprächen werden die Grundannahmen und Verhaltensmuster der Patientin analysiert und sie lernt, ihre dysfunktionalen Kognitionen mit ihren Konsequenzen wahrzunehmen. Im Hier und Jetzt werden die therapeutischen Beziehungen und die Erfahrungen der Patientin im Klinikalltag reflektiert und umgesetzt. Durch Rollenspiele, das Selbstsicherheitstraining und das

Konfliktbewältigungstraining kann sie ihre sozialen Kompetenzen verbessern und ihre Stress- und Frustrationstoleranz erweitern. In der Gruppenarbeit hat die Patientin die Möglichkeit, ihren Umgang mit ihren Emotionen zu regulieren und zu verbessern und zu lernen, ihr Selbstbild und das Bild von anderen zu korrigieren, ebenso wie Lösungsstrategien zu entwickeln und ihre Kritikfähigkeit zu trainieren.

7.9.18.2 Suchtmittel und Depression

Etwa ein Fünftel der Bevölkerung erkrankt mindestens einmal im Laufe des Lebens an einer depressiven Störung, wobei das Verhältnis von Frauen im Vergleich zu Männern 3:1 beträgt. Neue epidemiologische Studien weisen auf die spezifische Rolle affektiver Störungen bei der Entwicklung Abhängigkeitserkrankungen hin, wobei die Komorbidität von Suchtmittelabhängigkeit und affektiver Störungen multifaktoriell ist. Jede Erkrankung kann primär, sekundär und unabhängig voneinander auftreten.

Bei dieser Klientel finden sich häufig Gedächtnis-, Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen, sowie Gleichgültigkeit, Apathie, Angst, Verzweiflung und eine Einschränkung der affektiven Schwingungsfähigkeit. Die depressiven negativen Gedanken und Grundannahmen wiederholen sich oft zwanghaft und verstärken die Hilflosigkeit der Klientin. Die Depression kann sich motorisch entweder in Form von Verlangsamung, Kraftlosigkeit, Antriebslosigkeit und Müdigkeit oder in Agitation und Unruhezuständen äußern. Physiologische und vegetative Symptome wie Schlaf- und Appetitstörungen sind oft vorhanden.

Unsere Therapie orientiert sich an der kognitiven Verhaltenstherapie nach Beck (1994)²⁵, bei der die Patientin lernt, ihre dysfunktionalen Kognitionen, ihre Affektivität, ihre Körperempfindungen und ihre alltäglichen Aktivitäten sowie deren dynamische Wechselwirkungen wahrzunehmen und zu überprüfen. In diesem Rahmen wählen wir entsprechend der Bedürfnisse, Wünsche und dem psychopathologischen Zustandsbild der Patientin unsere therapeutische Vorgehensweise, die in gemeinsamer Planung von Bezugstherapeuten und Patientin gestaltet wird.

In der psychoedukativen Gruppe bekommt die Patientin Informationen über Depressionen, Verlauf, Behandlungsmöglichkeiten und medikamentöse Therapie.

Die Patientin wird motiviert, die Ereignisse des Tages, ihre Aktivitäten und dazu aufgetretene Kognitionen und Emotionen sowie ihre aktuellen Gedanken detailliert in ihrem Tagebuch aufzuschreiben und gemeinsam mit dem/der Bezugstherapeuten/in zu reflektieren.

In der Ergo- und Arbeitstherapie und bei den Entspannungsverfahren hat die Patientin die Möglichkeit, ihre Wahrnehmungen und Fähigkeiten realistisch einzuschätzen.

²⁴ Feuerlein, 1998

²⁵ Beck, 1994

In der Gruppe trainiert sie ihre Konzentration, Aufmerksamkeit und ihr Gedächtnis und lernt, sich mit kreativen Tätigkeiten ohne Suchtmittel sinnvoll zu beschäftigen. Im Selbstsicherheitstraining und durch Rollenspiele kann die Patientin ihre soziale Kompetenz überprüfen und erweitern, sich mit Schwierigkeiten und stressauslösenden Situationen zu Hause oder am Arbeitsplatz auseinandersetzen und neue Lösungsstrategien für sich entwickeln.

7.9.18.3 Suchtmittel und Angst

Angstzustände gelten als ein häufig zu beobachtendes Begleitsymptom der Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit, die in aller Regel nach absolvierter körperlicher Entgiftung wieder nachlassen. Oftmals sind unsere Patientinnen durch die Erfahrungen allerdings so verunsichert, dass es notwendig ist, sie vorsichtig dazu zu ermutigen, frühere Aktivitäten wieder aufzunehmen und ihre „Angst vor der Angst“ auf diese Weise zu reduzieren. Verschiedene Grundformen der Angst, wie z.B. soziale Ängste, Panikattacken oder Phobien können jedoch auch schon vor der Suchterkrankung vorhanden gewesen sein und wesentlich zu einer Abhängigkeitsentwicklung im Sinne einer Bewältigungsstrategie mit beigetragen haben. In diesen Fällen ist nach genauerer diagnostischer Abklärung ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Vorgehen angezeigt, bei dem die Betroffenen Kenntnisse erwerben können, wie Angst entsteht und durch welche Bedingungen sie aufrechterhalten bleibt. Außerdem sollten die Patientinnen durch gezielte Strategien lernen, ihre Angst zu bewältigen, indem sie dieses Gefühl und die damit verbundenen Körperempfindungen umbewerten und sich ihnen durch verhaltenstherapeutische Übungen wie z.B. systematische Desensibilisierung oder Expositionstraining stellen.

7.9.18.4 Suchtmittel und Psychose

Zahlreiche klinische und epidemiologische Veröffentlichungen dokumentieren, dass ca. ein Viertel aller paranoid-halluzinatorisch kranker Menschen einen Substanzmissbrauch, in erster Linie mit Alkohol, betreiben, wobei der Zusammenhang zwischen Suchtmittelabhängigkeit und Psychose komplex und vielschichtig ist. Bei chronischen Alkoholikern lassen sich Psychosen mit paranoid-halluzinatorischen Symptomen feststellen, die oft schwer von schizophrenen Störungen zu differenzieren sind. Psychophysiologische und klinische Untersuchungen lassen erkennen, dass schizophrene Klienten eine basale Einschränkung von Aufmerksamkeit, Konzentration, Wahrnehmung, Kurzzeitgedächtnis, kognitiver Differenzierung, Informationsverarbeitung und Konzeptbildung zeigen. Die therapeutische Beziehung schafft eine Atmosphäre von Vertrauen und Geborgenheit und bildet so die Basis,

um vorhandene Ängste der Patientin schrittweise abzubauen und ihre Integration in die Therapie und den Klinikalltag zu erleichtern, wobei die familiäre Klinikstruktur, die überschaubare Größe der Einrichtung und das ruhige Milieu unterstützend wirken.

In Einzelgesprächen werden die Copingstrategien der Patientin mit ihr erarbeitet, gewürdigt und als Ansatzpunkt für die Behandlung der psychotischen Symptome angewandt.

Mittels Informationen über ihre Krankheit bekommt die Patientin Zugang zu einer Vielzahl ihrer sie beunruhigenden und für sie unverständlichen Symptome und wird motiviert, ihre Krankheit zu akzeptieren. So erhält sie in der psychoedukativen Gruppe Einblick in das Vulnerabilitäts-Stressmodell. Die Patientin übt neue Copingstrategien für einen kompetenteren Umgang mit ihren Stressoren und lernt sensibel, die Frühsymptome der präpsychotischen Phase wahrzunehmen und zu bewältigen. In der Therapie wird durch die Reflexion der kleinen Schritte die Selbstachtung und Selbstsicherheit der Klientin gefördert.

Im Selbstsicherheitstraining wählt sie Übungsthemen aus ihrem Alltag aus und verbessert ihre sozialen Wahrnehmungen und Fertigkeiten. Rollenspiele ermöglichen es ihr, ihre kommunikativen – interpersonellen Defizite wahrzunehmen und neue Problemlösestrategien zu entwickeln bzw. einzuüben.

Die psychoedukative Arbeit mit den Bezugspersonen der Patientin und die Erklärung des „expressed emotion“-Konzepts verringern die Rückfallquoten und verbessern die soziale Reintegration.

Zudem werden in Einzelgesprächen intensiv mit der Patientin ihre Wohnsituation, Arbeit, Beschäftigungs- und Freizeitaktivitäten thematisiert und bearbeitet.

7.9.19 Therapie der Spielsucht

Pathologische Spielerinnen, bei denen sich der süchtige Ablauf weitgehend verselbständigt hat.

Pathologische Spielerinnen mit einem weiteren Substanzmissbrauch bzw. Substanzmittelabhängigkeit.

Bei Betroffenen im Anfangsstadium hat das Spielen noch eine geringe Eigendynamik entwickelt, es ist eng an das Befinden, an den Gefühls- und Problemzustand der Betroffenen gekoppelt. Das Erleben des Spielens wird vordergründig eher mit Spaß und Gewinnen als mit Entlastung und Vergessen in Verbindung gebracht. Der Geldverlust erscheint überschaubar. Dennoch bewirken die Folgen des Spielens allmählich einen Leidensdruck.

Bei der Mehrzahl der pathologischen Glücksspieler in unserer Einrichtung hat sich das Spielen verselbständigt. Das ursprüngliche Symptom im Sinne von Entlastung, Beruhigung, Spannungsabbau, aber auch Erhöhung des

Erregungsniveaus, der Selbstwertbestätigung hat ein Eigenleben gewonnen mit einer ihm eigenen Dynamik - der Sucht.

Die Behandlung der Persönlichkeitsstörung ist weiterhin maßgeblich, reicht aber in der Regel nicht aus, die Dynamik des Spielens zu stoppen. Bei einer Minderheit ist das Spielen zum zentralen Lebensinhalt geworden. Sie haben sich oft bis hin zum ökonomischen Ruin verschuldet und sind kriminell geworden.

Im Rahmen ihrer Behandlung sollte das Spielen zentral im Mittelpunkt stehen wie bei einer stoffgebundenen Suchtbehandlung. Die psychische Störung wird parallel oder erst im weiteren Behandlungsverlauf intensiver bearbeitet. Daneben finden sich:

- Alkoholabhängige, die außerdem spielsüchtig oder gefährdet sind
- Psychotiker, die in ihren manischen Phasen exzessiv spielen
- Depressive mit Spielen als Bewältigungsversuch

Hier hängt der jeweilige Behandlungsschwerpunkt vom Einzelfall ab. Das Spielen wird in der Regel als sekundär zu beurteilen sein.

Ziele:

Im Rahmen des Behandlungsplanes werden zusammen mit dem Patienten individuelle Ziele festgelegt und während des Aufenthaltes überprüft.

Neben einer differenzierten Analyse der psychischen und psychosomatischen Störungen sowie der Funktion des pathologischen Spielens steht die Auseinandersetzung mit einer Symptomdynamik im sozialen Kontext sowie der intrapsychischen und familiendynamischen Konflikte im Vordergrund der Behandlung.

Auf dem Hintergrund der Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit sind folgende Behandlungsziele vorrangig:

- Selbsterkennung und Erreichung von besseren Coping-Strategien bezüglich des pathologischen Spielens und der damit verbundenen psychischen Störungen
- Erkennen der zugrunde liegenden Konflikte und damit verbundener Erweiterung von Handlungsoptionen
- Reduktion von Ängsten, Zwängen und Depressionen
- Verbesserung der Verhaltens- und Impulskontrolle
- Erhöhung der Konfliktfähigkeit
- Verbesserung der Gefühlswahrnehmung und Differenzierung
- Verbesserung der Kommunikations- und Beziehungsfähigkeit

- Erkennen und Veränderung von Wahrnehmungsprozessen
- Erhöhung von Genussfähigkeit
- Anbindung an Selbsthilfegruppen
- Schuldenaufstellung und -regulierung
- Eine veränderte Einstellung zum Geld

Wichtiges Ziel von Behandlung und Beratung ist auch, den Patienten zu einem eigenverantwortlichen Umgang mit seiner Gesundheit hinzuführen.

Maßnahmen:

Je nach Anzahl der Betroffenen werden sie verschiedenen therapeutischen Gruppen zugeteilt. Dabei ist die Zielvorstellung: Mehr als zwei Spieler pro Gruppe, ohne dass sie zahlenmäßig dominieren.

Bei ausreichender Zahl könnte auch eine eigene Gruppe zusammengestellt werden. Darüber hinaus werden sie in einer indikativen Gruppe zusammengefasst. Diese Gruppe trifft sich dreimal pro Woche, davon einmal ohne Mitarbeiter. Thematisch stehen die besonderen Aspekte des süchtigen Spielens und dessen Folgen im Vordergrund. Für die Themenbereiche Schulden und Umgang mit Geld wird etwa alle vier Wochen ein ganzer Tag zusätzlich angesetzt.

Im Bereich Sport erscheinen besondere Akzente sinnvoll – erstens, weil Spieler in der Regel körperlich überdurchschnittlich leistungsfähig sind und zweitens, weil das Thema Gewinnen immer wieder ins Zentrum rückt.

Im therapeutischen Bereich konzentriert sich das Vorgehen auf die Bereiche Sucht, Lebensgeschichte und Konflikt-pathologie sowie der Kommunikation mit anderen. Besonders der letzte Punkt verdient Beachtung, da Spieler aufgrund ihrer Suchtgeschichte dazu neigen, andere zu manipulieren.

Im Bereich Sozialarbeit liegen die Schwerpunkte auf Geldmanagement (Erlernen eines neuen Umganges mit Geld, Anfänge einer Schuldenregulierung) sowie der beruflichen und sozialen Wiedereingliederung. Auch die Nachsorge erhält besonderes Gewicht, da das Hilfesystem (noch) nicht besonders auf Spieler eingestellt ist (Beispiel: Selbsthilfe, ambulante Rehabilitation).

7.9.20 Abhängigkeit im Alter und ihre Behandlung

Die Zahl der abhängigen älteren Menschen steigt – selbst im höheren Alter ist eine Suchtentwicklung möglich. Der neue Lebensabschnitt verlangt eine dem Alter entsprechende Umorientierung. Mit dem Ausstieg aus dem Berufsleben und dem Wegfallen von sozialen Aufgaben entsteht oft das Gefühl, nicht mehr gebraucht zu werden. Verlust des Partners, Angst vor Ablehnung und Abgeschobenwerden sind Belastungen, denen allein stehende Frauen ausgesetzt sind. Isolation und Einsamkeit

sind bei den Patientinnen oft Nährboden für eine einseitige Konzentration auf ihr körperliches und seelisches Befinden. Die alten Traumata aus ihrer Lebensgeschichte tauchen auf, und nicht bearbeitete Kriegs- und Nachkriegserfahrungen überfordern die Patientinnen. Hinzu kommen körperliche Gebrechen, soziale Unsicherheit, finanzielle Engpässe und Sorgen.

Viele Menschen haben sich nicht mit dem Prozess des Älterwerdens auseinandergesetzt und sich nicht auf den Lebensabschnitt Alter vorbereitet, somit auch keine entsprechenden Zukunftsperspektiven entwickelt. Warten auf das Sterben, Ziellosigkeit und Langeweile erwecken große innere Unruhe, Spannungen, Ängste und Depressionen. Die Patientin sucht oft Trost in Suchtmitteln im Sinne einer Selbstmedikation. Häufig fehlt eine adäquate Unterstützung bei der Auseinandersetzung mit ihren Problemen; stattdessen werden Beruhigungs-, Schlaf- und Schmerzmittel verschrieben, was sie in ihrem Suchtverhalten fördert. Eine fatalistische, nihilistische Denkweise dominiert den Umgang mit Krankheiten im Alter, auch in der Suchtbehandlung. Das Bagatellisieren und Verleugnen des Suchtmittelgebrauchs und der Suchterkrankung im Alter verhindern eine klare Diagnosestellung und entsprechend eine effektive Behandlung.

Unsere Erfahrungen zeigen, dass eine erfolgreiche Therapie mit Älteren möglich ist und die Patientin viel intensiver von einer Behandlung profitiert als meist angenommen wird.

Eine individuelle Therapieplanung ermöglicht die Berücksichtigung der spezifischen psychosozialen Hintergründe und auslösenden Bedingungen der Suchtmittelabhängigkeit älterer Frauen.

Akzeptanz, Empathie und Hilfestellungen sollen die anfänglichen Ängste und Unsicherheiten dieser Patientin abbauen. Dieses Klima erleichtert es der Patientin, Lebensbilanz zu ziehen, ihre Lebensgeschichte aufzuarbeiten und anzunehmen sowie ihre Leistungen zu würdigen und gleichzeitig den Prozess des Alterns zu akzeptieren. Die Patientin lernt, selbstverantwortlich Veränderungswünsche zu entwickeln und sich für altersspezifische Probleme Bewältigungsstrategien zu erarbeiten. Sie soll ihre Suchtentwicklung und die Funktionalität des Suchtmittels verstehen und neue Lösungsstrategien für sich entwerfen. Das therapeutische Milieu ermöglicht ihr neue emotionale und kommunikative Erfahrungen und sie lernt, „trotz ihres Alters“ das Leben zu genießen, mit gleichaltrigen als auch jüngeren Frauen Kontakt aufzunehmen und ihre Erfahrungen auszutauschen.

Wir bieten ihr an, auch über Themen wie Nähe und Distanz, Partnerschaft, Zärtlichkeit und Sexualität im Alter

zu sprechen und so ihre eigenen Bedürfnisse wahrzunehmen.

Durch die Teilnahme an Sport-, Ergotherapie und Lebensgestaltungsgruppe bauen die älteren Frauen ihre Scheu und Scham ab und lernen neue Möglichkeiten für die Gestaltung ihrer Freizeit kennen. Mit Hilfe der Gruppe erzielen sie eine Besserung der kognitiven Fähigkeiten.

7.10 Mutter-Kind-Behandlung

Die Beziehung zwischen Eltern und Kind stellt wohl eine der wesentlichen sozialen Beziehungen dar und ist für die Entwicklung des Kindes von großer Wichtigkeit. Mit jeder Suchterkrankung ist auch eine Störung in dem Beziehungsgeflecht der betroffenen Personen verbunden.

Für das Kind bedeutet das Großwerden in einem gestörten sozialen Umfeld eine Gefährdung oder eine Verzögerung der eigenen Entwicklung. Je früher die Entwicklungsstörungen des Kindes, teilweise auch traumatische Erlebnisse, erkannt und behandelt werden, desto besser wird das Kind Lebensmut und Integrationsbereitschaft entwickeln. Die Mutter erfährt auf diese Weise Entlastung und Verstärkung einer stabilen Abstinenz. Je früher die Möglichkeit besteht, Störungen durch Suchtmittelkonsum, Verhaltensauffälligkeiten oder sonstige medizinische, psychische oder soziale Störungen unter Mitarbeit der direkten Bezugsperson, also der Mutter, zu behandeln und auch vorbeugend die Zukunft des Kindes in einer gesunden sozialen Umwelt zu sichern, um so größer sind die Erfolgsaussichten, dass das Kind die teilweise traumatischen Erlebnisse, die durch die Suchterkrankung der Mutter und/oder des Vaters hervorgerufen wurden, ohne dauerhafte oder zumindest mit möglichst geringen Schäden überwinden kann. Somit darf der Aufenthalt des Kindes in einer Rehabilitationseinrichtung nicht zur reinen "Verwahrung" werden, vielmehr müssen die Chancen, die sich in der therapeutisch betreuten Umgebung bieten, zum Nutzen des Kindes und damit letztendlich auch der Mutter herangezogen werden.

Mit ihren Kindern gemeinsam können die Frauen wieder Freude am Leben empfinden und auch wieder lernen, Verantwortung zu übernehmen und Anteil an anderen Personen zu nehmen. Die Frauen können in der Erziehung und der Beziehungsgestaltung Versäумtes nachholen oder Versäumdtes versuchen aufzuarbeiten. Die innere und äußere Entfremdung von Müttern und Kindern wird durch die gleichzeitige Aufnahme bearbeitet. Die Mütter können lernen, sich in ihrer Mutterrolle zu akzeptieren, können mit Unterstützung der therapeutischen Mitarbeiter einen kompetenteren Erziehungsstil entwickeln und eine tragfähige Eltern-Kind-Beziehung aufbauen.

Das Betreuungsangebot:

In einem ersten Schritt soll zunächst eine vertrauensvolle Beziehung zwischen dem Kind und seinen Betreuern (Erzieher, Kinderpflegerin, Ergotherapeuten etc.) hergestellt werden. Es gilt, die Bedürfnisse des Kindes zu erkennen und ihm einen Ort der Sicherheit und emotionalen Stabilität und klaren Grenzen zu geben, aber auch seine Stärken zu fördern.

Während der Therapiezeiten der Mütter werden die jüngeren Kinder in der Krabbelgruppe (0-3 Jahre), die älteren im klinikeigenen Kindergarten betreut; für die bereits schulpflichtigen Kinder findet am Nachmittag eine Hausaufgabenbetreuung statt. Außerhalb der Öffnungszeiten des Kindergartens ist die Mutter für ihr Kind verantwortlich.

Schwerpunkte der Arbeit sind:

- altersgerechte Angebote in Kleingruppen (z.B. malen, basteln, musizieren, Bewegung)
- Förderung des Sozialverhaltens und der Gruppenfähigkeit
- Mutter-Kind-Aktivitäten (z.B. Freizeitaktivitäten)
- Mutter-Kind-Schwimmen

Sehr wichtig ist für die Behandlung von Mutter und Kind die wöchentlich stattfindende Mütter-Erzieher-Besprechung, in welcher Erziehungsfragen, Probleme und Konflikte und organisatorische Fragen geklärt werden können.

Die Mitarbeiter aus dem Kindergarten treffen sich regelmäßig mit dem therapeutischen Team, um sich über ihre Erfahrungen und Beobachtungen auszutauschen. In Einzelfällen wird von uns durch speziell ausgebildetes Personal Einzelförderung (z.B. logopädische Förderung etc.) für die Kinder angeboten.

Daneben ist ein Spielzimmer vorhanden. Dort besteht die Möglichkeit, dass die Mutter und das Kind wieder einen neuen Umgang miteinander erlernen, um die Freizeit nach der Therapiezeit sinnvoll zu gestalten. Die Kinder bewohnen gemeinsam mit der Mutter ein 2-Zimmer-Appartement. Die Kosten für den Aufenthalt sind im Rahmen der Therapiebeantragung zu klären. Sie werden im Regelfall von der Deutschen Rentenversicherung übernommen, im Einzelfall aber auch von Jugend- oder Sozialämtern. Der Aufenthalt nicht behandlungsbedürftiger Kinder wird über einen festgelegten Tagessatz in der Höhe einer Haushaltshilfestelle abgerechnet. Die Kostenübernahme ist vorher abzuklären.

Daneben bietet die Klinik weiterhin ihr Modul an, in welchem Kinder in Pflegefamilien untergebracht werden: Dies

geschieht von Sonntagabend bis Freitagnachmittag, das Wochenende und an Feiertagen ist das Kind bei Vater/ Mutter.

7.11 Integrative Therapie bei Posttraumatischer Belastungsstörung und Alkohol-/Medikamentenabhängigkeit

Es ist bekannt, dass unter suchtmittelkranken Frauen die Diagnose PTBS dreimal häufiger auftritt als unter suchtkranken Männern, was das integrierte Therapieangebot in unserem Haus Immanuel besonders sinnvoll macht.

Die besonderen Herausforderungen in der stationären Therapie sind vielfältig. Es ist davon auszugehen, dass die meisten Patientinnen in dem Suchtmittelgebrauch eine Art Selbstmedikation betrieben haben. Nun wird (plötzlich) eine völlige Abstinenz erwartet, und die Patientinnen müssen auf ihr probates Mittel verzichten, das ihnen sehr effizient half, Symptome wie Hyperarousal, Flashbacks u. a. zu ertragen. Außerdem haben suchtmittelabhängige Frauen mit Symptomen einer PTBS mehr soziale, rechtliche, medizinische und psychische Probleme (u. a. Najavits et al 1998). Frauen mit dieser Doppeldiagnose sind meist Opfer früher Traumatisierung gewesen (im Kindesalter – Najavits et al 1998) und scheinen, nach einer Zusammenstellung weltweiter Daten aus dem Jahr 2004 durch die Vereinten Nationen, besonders unter Scham und Stigma zu leiden. Sie sind nach o. e. Daten besonders häufig wieder körperlicher und sexueller Gewalt in Beziehungen ausgesetzt, leider mehr als andere suchtmittelabhängige Frauen unter der Angst, Kinder oder den Partner zu verlieren. Sie neigen eher als Männer dazu, dissoziative Symptome zu entwickeln, entwickeln eher ein posttraumatisches Belastungssyndrom als traumatisierte alkoholranke Männer (Lageland 2005). Außerdem ist bekannt, dass sie häufiger ihre Therapien abbrechen (Brady et al 1994, Thomas und Kingery 1998), dass sie unter häufigeren Suchtmittelrückfällen leiden (Brown, Stout and Mueller 1996), dass sie eine hohe Rate psychischer Störungen wie Angsterkrankungen, Depressivität, Suizidalität, selbstverletzendes Verhalten etc. zeigen (z. B. Brown et al 1995) und insgesamt mehr gesundheitliche, rechtliche und soziale Probleme aufweisen. Sie kommen signifikant häufiger in das Hilfesystem nach einer Studie aus Hamburg von 2009 (Schäfer et al 2000) und weisen in vielen anderen Lebensbereichen größere Problembereiche als nichttraumatisierte Suchtpatientinnen auf (Schäfer et al 2009), z. B. ist der Prozentsatz von Frauen, die keine Berufsausbildung haben, mehr als doppelt so hoch, sie haben mehr Schulden, häufiger keine feste Beziehung, wenden häufig selber körperliche Gewalt an (mit und ohne Alkohol), haben häufiger Kinder, die nicht

mehr bei ihnen leben oder leben können, sind häufiger alleinerziehend im Vergleich zu Alkoholpatientinnen ohne Hinweis auf Traumatisierung.

Diese Daten zeigen deutlich die Herausforderung für das Suchthilfesystem in der integrativen Behandlung von alkoholkranken Patientinnen, die gleichzeitig an Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung leiden. Weiterhin zeigen diese Daten auch, dass es zu der Suchterkrankung einige Gemeinsamkeiten gibt. Auch die Suchterkrankung ist mit hoher Scham und viel Schuldgefühlen beladen, und in der Behandlung muss mit Widerständen gerechnet werden, die in die Therapie integriert werden müssen. Bei der posttraumatischen Belastungsstörung haben wir es auch mit einem Vermeidungsverhalten zu tun, nämlich von Reizen, die emotional mit dem erlittenen Trauma verbunden werden. Die v. a. bei der komplexen Belastungsstörung bekannte Veränderung der Affektregulation und Impulskontrolle findet sich z. T. auch bei der Suchterkrankung selbst, was eine empathische und vorsichtige Exploration nötig macht einerseits, die Diagnostik womöglich andererseits auch erschwert. Viele Frauen haben noch nie über ihre traumatischen Erlebnisse gesprochen – auch dies ist eine Gemeinsamkeit mit der Suchterkrankung.

Definition

Unter „Trauma“ verstehen wir ein „vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Schutzlosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses bewirkt“ (Fischer und Riedesser, 2003).

Diagnose

Bereits in der Anamnese werden systematisch belastende, traumatische Erfahrungen vorsichtig erfragt, in einem vertiefenden Gespräch bei ausreichendem Vertrauen werden diese diagnostisch vertieft mit z. B. Fragen wie „Wie wirken sich diese Erlebnisse heute für Sie aus? Welche Konsequenzen könnten sich für die Planung der Therapie ergeben? Welche Unterstützung wäre Ihnen hilfreich?“

Traumatisierungen sollten aktiv erfragt werden in einem geschützten Rahmen (Einzelgespräch). Daher ist der traumasensible Umgang mit den Patientinnen besonders wichtig. Das Setting sollte das Gefühl der Sicherheit vermitteln, durch große Transparenz („ich frage deshalb danach, weil... Es ist bekannt, dass...“). Neben den diagnostischen Explorationen können auch Screening-Verfahren eingesetzt werden wie z. B. das PTSD-Kurz-Screening oder das Short-Screening Scale (Universität Hamburg, Suchtforschung).

Die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung nach DSM IV, 1994 wird gestellt, wenn folgende Symptome mehr als 6 Monate nach dem traumatischen Ereignis bestehen bleiben:

1. Es muss ein traumatisches Ereignis stattgefunden haben mit einer subjektiv wahrgenommenen existenziellen Bedrohung mit Furcht, Hilflosigkeit und Entsetzen als Reaktion.
2. Dieses traumatische Ereignis wird später immer wieder erlebt in Bildern, Träumen und dissoziativen Flashbacks.
3. Gefühle, Gedanken und Situationen, die mit dem Trauma verbunden sind, werden versucht, zu vermeiden. Betroffene leiden unter einer zunehmenden Entfremdung, vermindertem Interesse an vorher wichtigen Aktivitäten und eingeschränkter Bandbreite der Affekte, z. B. v. a. von Zärtlichkeit und Sexualität.
4. Betroffene leiden unter sogenannten einem ständig erhöhten Erregungszustand, der vor dem Trauma nicht vorhanden war und sich in Reizbarkeit, Schlafstörungen, Wutausbrüchen und Konzentrationsschwierigkeiten äußert. All dies ist mit einem starken Leidensdruck verbunden und kann chronifiziert sein (DSM IV 1994).

In der Fachklinik werden nur abstinenten Patientinnen nach der Entgiftung aufgenommen. Das bedeutet, dass die Patientinnen womöglich nun „ungeschützt“ durch das Suchtmittel den Symptomen der posttraumatischen Belastungsstörungen ausgesetzt sind mit Alpträumen, Ängsten, Hyperarousal etc.. Dem muss in der stationären Therapie Rechnung getragen werden. Außerdem leiden die betroffenen Patientinnen vermehrt unter folgenden Symptomen (nach DSM-IV):

- Verminderung des Interesses an wichtigen Aktivitäten
- Gefühl der Entfremdung von anderen
- Eingeschränkte Bandbreite des Affekts
- Gefühl einer eingeschränkten Zukunft
- Schwierigkeiten, ein- und durchzuschlafen
- Reizbarkeit und Wutausbrüche
- Konzentrationsschwierigkeiten
- Übermäßige Wachsamkeit
- Übertriebene Schreckreaktionen

V. a. bei der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (DESNOS, Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified) treten vermehrt, neben Veränderung von Affektregulation und Impulskontrolle, Somatisierungsstörungen und körperliche Erkrankungen auf sowie interpersonelle Störungen, beeinträchtigtes Identitätsgefühl und allgemeiner Sinnverlust. Die Patientinnen leiden unter der chronischen Anspannung und der mangelnden Fähigkeit, sich selbst zu beruhigen, zeigen z. T. anderes selbstverletzendes Verhalten (außer des Suchtmittel-

konsums), die therapeutische Beziehung kann u. U. erschwert werden durch eine Unfähigkeit, Vertrauen zu finden. Zu den interpersonellen Störungen zählen der soziale Rückzug und die Gefahr, erneut Opfer zu werden neben der o. e. Unfähigkeit, vertrauen zu können. Das beeinträchtigte Identitätsgefühl mit Entfremdungsgefühlen, Gefühl der Leere und hoher Scham ist häufig Ursache für Symptome wie einer zusätzlichen Essstörung wie Anorexia oder Bulimia nervosa oder/und selbstverletzendes Verhalten wie Schneiden, Suizidversuche o. ä.. Der allgemeine Sinnverlust ist gekennzeichnet durch Verlust früherer Orientierungen und Grundüberzeugungen wie z. B. Verlust von einem Halt gebenden Glauben und die vorherrschende Hoffnungslosigkeit, muss gleichfalls in der Therapie besonders berücksichtigt werden. Einflüsse in der Beziehungsgestaltung sowohl zu Therapeuten, Therapeutinnen wie auch zu Mitpatientinnen sind geprägt von besonderer Vorsicht und Wachsamkeit, z. T. von Misstrauen, von der Strategie der „nach vorne Verteidigung“ (bevor du mich verletzen kannst, greife ich an), von z. T. paradoxen Auswirkungen von sich festigenden Beziehungen, d. h. Schwierigkeiten, auch eine wertschätzende Nähe zu ertragen. Die Erfahrung der eigenen massiven Grenzverletzung führt häufig dazu, dass die Patientinnen ihrerseits wenig Gefühl für Grenzen anderer haben mit entsprechenden Regelübertretungen, Probleme in der Nähe- und Distanz-Regulation etc.. Für all diese Symptome wurden bisher Alkohol oder Medikamente gebraucht, um negative Gefühle zu dämpfen, positive Gefühle zu erleben, Kontakt mit Menschen auszuhalten, Suizid auf Raten zu begehen, Sexualität zu leben, Kontrolle zu bekommen, sich einigermaßen normal zu fühlen und zu zeigen, wie schlecht man sich fühlt, wenn die Worte dafür fehlen.

Trauma-Einteilung (Kerr, 1991)

Typ 1 = kurzdauerndes Trauma

Typ 2 = ein langdauerndes bzw. wiederholtes Trauma.

Beide Traumata können entweder schicksalhaft, s. u., oder menschenbedingt sein. Typisch für „schicksalhafte“ Typ 1-Traumata sind Verkehrs- und Arbeitsunfälle, berufsbedingte Traumata (z. B. Feuerwehreinsatz) oder Naturkatastrophen. Typisch menschenbedingte Typ 1-Traumata sind z. B. Vergewaltigungen, körperliche Gewalt und Überfälle oder andere zivile Gewalterlebnisse (z. B. Geiselnahmen).

Schicksalhafte Typ 2-Traumata sind z. B. langanhaltende Naturkatastrophen (wie Flut oder Erdbeben), menschenbedingte Typ 2-Traumata sind z. B. sexualisierte und/oder körperliche Gewalt in der Kindheit oder Bindungstraumatisierungen wie schwere Vernachlässigung oder Traumata durch Inhaftierung mit Folter und bei politischer Inhaftierung.

Die schwerwiegendsten Traumata mit den häufigsten Folgeerkrankungen sind Typ 2-Traumata, die durch Menschen verursacht sind, v. a. durch Gewalterfahrung und Vernachlässigungen in der Kindheit, wie sie typischerweise bei dem sexuellen Missbrauch vorkommen.

Nicht selten sind die Folgen sogenannte komplexe posttraumatische Belastungsstörungen, die eine Persönlichkeitsveränderung nach sich ziehen können. Das Suchtmittel kann nun als Behandlungsversuch angesehen werden, mit den nicht verarbeiteten traumatischen Erlebnissen umzugehen. Nicht selten haben die betroffenen Frauen schon einen problematischen Suchtmittelkonsum im Jugendalter, der sie wiederum gefährdet für weitere Erfahrungen sexueller oder körperlicher Gewalt durch die entsprechende Peer-Group. Mit der Steigerung des Konsums verfestigen sich nun traumatisierende Lebensbedingungen häufig, hier sind die Gewalterfahrungen von Frauen anzusiedeln in Partnerschaften mit selbst alkoholisierten Partnern.

Neurobiologie

Die neurobiologischen Grundlagen von Trauma und Sucht sind mittlerweile gut untersucht (Sucht – Bindung – Trauma, Herausgeber Lüdecke, Sachsse, Faure, 2010). Unsere Reaktion auf traumatische Erlebnisse wird wesentlich vom autonomen Nervensystem gesteuert, hier von dem sympathischen Nervensystem, dessen Neurotransmitter Adrenalin ist und zu einer Erregung führt, um den Körper auf einen evtl. Kampf vorbereiten zu können. Die parasympathische Reaktion, deren Neurotransmitter Acetylcholin ist, führt dann eher zu einer Beruhigung. In der traumatischen Situation kommt es nun zu einer extremen Ausschüttung von Neurotransmittern mit entsprechender Übererregung und Hyperarousal, oder zu einer Erstarrungsreaktion, ggf. mit dissoziativen Symptomen. Durch die überschießende Antwort von Adrenalin kommt es zu einem Abfall von Serotonin mit damit zusammenhängender inadäquater Informationsverarbeitung. Hier kann es zu Phänomenen wie Depersonalisation, Schlafstörung und schweren depressiven Episoden kommen. Die entsprechende Beeinflussung des Opioidsystems bei traumatischem Stress kann zu psychomotorischer Erstarrung und affektiver Betäubung führen („Freezing oder Numbing“) und damit zu einer Hemmung von Lern- und Gedächtnisprozessen (Kapfhammer 2001).

Therapie

Eine traumasensible Behandlung bedeutet in unserem Hause:

1. Die Symptome und/oder traumatischen Ereignisse werden aktiv, empathisch und vorsichtig erfragt und auch deren Auswirkungen.

2. Es werden die emotionalen Bedürfnisse der Patientinnen erfragt.
3. Es werden Beruhigungs-/Sicherungstechniken nach Luise Reddemann zeitnah vermittelt im Einzelgespräch, ggf. auch in Gruppengesprächen.

Es bestehen Rückzugsmöglichkeiten für die Patientinnen durch Einzelzimmer, durch die geschlechtsspezifische Behandlung, durch einen „Stillerraum“.

Es werden Kenntnisse über die beiden Erkrankungen Sucht und posttraumatische Belastungsstörungen in Vorträgen und Gruppen vermittelt, im Einzelgespräch dann vertieft.

Alle Mitarbeiter der Fachklinik verfügen mindestens über Grundkenntnisse über den Umgang mit traumatisierten Patientinnen, z. B. im Umgang mit Sicherungstechniken. Alle Einzeltherapeutinnen/-therapeuten verfügen über vertiefte Kenntnisse über Traumatisierungen und den Umgang mit traumatisierten Patientinnen neben der selbstverständlichen Ausbildung zur Suchttherapeutin/-therapeuten.

In der Traumatherapie richten wir uns nach den Phasen der Traumatherapie nach Herrmann, 1992 „Narben der Gewalt“. Zuerst ist demnach eine Stabilisierung der Patientinnen notwendig, indem sie lernen, akute Symptome zu kontrollieren. Hier haben Elemente der Psychoedukation ihren Platz, Imaginationstechniken (Reddemann) oder Elemente aus der DBT, die in der entsprechenden Indikativgruppe vermittelt werden. Während dieser Zeit sollten sie auch ihre eigenen Ressourcen identifizieren und aufbauen. Im zweiten Schritt kann in unserer Klinik die Traumabearbeitung begonnen werden, indem die Patientinnen dem Trauma „geplant und dosiert begegnen“ können und damit eine neue Bewertung der traumatischen Ereignisse erfolgen kann. Die letzte Phase, die sogenannte Reintegrationsphase, kann z. T. schon hier in der Klinik beginnen, wo ein Trauern und ein Neubeginn schon möglich ist.

Nach Schäfer und Kraus, 2006, sind folgende Therapien bei Suchtkranken erfolgreich: Stabilisierung in der Einzeltherapie, Imaginations- und Distanzierungstechniken, dialektisch behaviorale Therapie (DBT; M. Lineham), expositionsbasierte Verfahren, EMDR, Innere-Kind-Arbeiten. Das u. g. Therapieprogramm „Sicherheit finden“ wird seit einigen Jahren in Deutschland erfolgreich eingesetzt; das deutsche Manual stammt von 2009.

Patientinnen mit den Doppeldiagnosen Suchterkrankung und Posttraumatische Belastungsstörung werden zunächst regulär in ihre Bezugsgruppe integriert und bauen eine Beziehung zu ihrem Einzeltherapeuten auf. Die ersten drei

Wochen dienen dazu, sich in ihrer Bezugsgruppe zu integrieren, die Anamnese zu erheben und sich insgesamt in das Haus zu integrieren. Parallel dazu können schon, je nach Schwere der Symptomatik, neben Einzelgesprächen, Übungen zur inneren Sicherheit eingeübt werden (Reddemann), damit so schnell wie möglich eine Kontrolle über Intrusionen, Flashbacks oder ähnliches der Patientin möglich ist. Weiter erfolgt in dieser Zeit die Diagnoseerhebung.

Nach drei Wochen ist dann die Teilnahme an der Indikationsgruppe für traumatisierte Patientinnen nach Najavits „Sicherheit finden“ möglich. Diese Gruppe erfasst maximal 8 Patientinnen. Die Gruppe wird als halboffene Gruppe geführt, d. h. es können jeder Zeit Patientinnen hinzukommen oder auch ausscheiden. Die Teilnahme an dieser Gruppe ist freiwillig, sie erfolgt in Anlehnung an das Therapiemanual „Sicherheit finden“ aus dem Lehrbuch „Posttraumatische Belastungsstörung und Substanzmissbrauch“ (Najavits, 2009). In der Regel erfolgt die Teilnahme an dieser Gruppe während der gesamten weiteren Therapiezeit.

Das Programm „Sicherheit finden“ wurde speziell für Suchtpatientinnen mit PSBS entwickelt, ist jedoch auch einsetzbar, wenn keine voll ausgebildete PTBS-Symptomatik vorliegt. In dem Programm wird das Trauern noch nicht bearbeitet, sondern der Schwerpunkt liegt auf Psychoedukation und sicheren Copingstrategien nach dem Motto „safety first“. Der Vorteil des Programms ist, dass es von Therapeutinnen/Therapeuten angeboten werden kann ohne spezifische Traumatherapieausbildung, und es ist eines der wenigen Therapieprogramme, zu denen Studien zur Wirksamkeit vorliegen. Die Grundprinzipien des Programms (nach M. Stubenvoll, 2011):

1. Sicherheit hat oberste Priorität, auch für die TherapeutInnen.
2. Es geht in jeder Sitzung um die integrierte Behandlung von PTBS und Sucht.
3. Der Schwerpunkt der Therapie liegt auf den Ressourcen, auf Idealen und Werten.
4. Es gibt vier inhaltliche Schwerpunkte: kognitiv, verhaltensbezogen, interpersonell und Case-management.
5. Es berücksichtigt immer Therapieprozesse.
Die Sitzungen müssen keiner festen Reihenfolge folgen und können insgesamt dem übrigen Therapiesetting angepasst werden.

Eine Traumakonfrontation kann schon während der Therapie sinnvoll sein. Sie ist möglich bei ausreichender körperlicher Stabilität, einer vertrauensvollen Beziehung

zum Einzel- und Traumatherapeuten sowie bei ausreichender Fähigkeit zur Selbstberuhigung. Auch die Teilnahme an dieser Gruppe ist freiwillig, da die Selbstbestimmung der Patientin unbedingt unterstützt und respektiert werden muss.

Sie kann auf folgende Art durchgeführt werden:

In jedem Fall in einem besonders geschützten Rahmen durch eine(n) in der Traumatherapie besonders ausgebildete(n) Therapeutin/Therapeuten.

1. In der sog. „Traumagruppe“, max. 6 Patientinnen, halb offen, streng strukturiert geführt, um zusätzliche Sicherheit zu vermitteln. Diese Gruppe findet 1/Woche statt. Hier können Patientinnen, oft erstmals in ihrem Leben, über ihre Erlebnisse erzählen. Ziel der Gruppe ist u. a., das Schweigegebot, was die traumatisierende Erfahrung oft in furchtbarer Weise begleitete, zu überwinden, auf heilsames Verstehen zu treffen, Vereinzelung zu überwinden. In dieser Gruppe darf alles Raum haben, es muss aber „für alle verdaubar“ sein. Der Gruppenleiter ist berechtigt, einen Bericht auch aktiv zu begrenzen, wenn der Eindruck entsteht, dass jemand aus der Gruppe überfordert wird: das „Window of Tolerance“ sollte hier unbedingt beachtet werden. Eine Gruppenstunde dauert genau 60 Minuten. Die Teilnahme an dieser Indikativgruppe ist im Prinzip über den gesamten restlichen Therapieverlauf möglich, kann jederzeit aber auch vorher beendet werden.
2. Bei ausreichender Stabilität und ausreichender Fähigkeit der Selbstberuhigung sind EMDR-Sitzungen (s. o.) zusätzlich möglich. Sie werden individuell durch geführt bei einem in der EMDR-Technik ausgebildeten Therapeuten. Die Therapien werden ergänzt und unterstützt durch ergotherapeutische und körpertherapeutische Interventionen. Hier können auch individuell Indikativgruppen angeboten werden mit besonderem Schwerpunkt, z. B. Körperwahrnehmung.

Während der stationären Therapie wird die Weiterbehandlung nachstationär intensiv vorbereitet. Neben der für alle Patientinnen obligatorischen Suchtnachsorge ist hier die erste Kontaktaufnahme zu einer weiterführenden psychotherapeutischen Behandlung notwendig und sinnvoll. Neben diesen Therapien folgen in Vorträgen oder/und Gruppen ausführliche Informationen über Behandlungen von traumatisierten Patientinnen, wie z. B. intermittierende stationäre Psychotherapie oder ähnlichem.

Patientinnen mit Symptomen einer emotionalen Instabilität nehmen zusätzlich an unserer dem DBT angelehnten Emotionsregulationsgruppe teil. Diesen Patientinnen wird versucht, eine ambulante und/oder

stationäre Weiterbehandlung in einem DBT-Programm zu vermitteln.

7.12 Konzept zur Umsetzung der beruflichen Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker (BORA) in der Fachklinik Haus Immanuel

7.12.1 Einführung

Die Arbeitstherapie hat in der Fachklinik Haus Immanuel eine lange Tradition. Bereits bei der Gründung der Fachklinik (damals noch als Trinkerheilstätte) im Jahr 1907 war Arbeit ein zentraler Bestandteil der Behandlung. Es wurde damals ein eigener Bauernhof mit Land- und Viehwirtschaft bewirtschaftet.

Die Bedeutung der Arbeitstherapie hat sich im Verlauf der vergangenen 111 Jahre immer wieder sehr verändert. Sie war aber zu allen Zeiten ein wichtiger Bestandteil der Therapie in unserem Hause.

„Der vorrangige Auftrag für die Leistungserbringer in der medizinischen Rehabilitation besteht darin, die Erwerbsfähigkeit der Versicherten wieder herzustellen bzw. zu erhalten.“²⁶

7.12.2 Einrichtungsbezogene Organisation für BORA Zielgruppen

Die Patientinnen werden in der Eingangsdiagnostik einer der fünf BORA Zielgruppen zugeordnet und dann den Anforderungen der KTL, ETM und der Zielgruppe entsprechend in der Arbeitstherapie eingeplant. Die Einteilung erfolgt in der Regel durch den Ergotherapeuten innerhalb der ersten drei Wochen.

7.12.3 Medizinisch-beruflich orientierte Diagnostik zur Identifikation von besonderen beruflichen Problemlagen

- Ärztliche Aufnahmeuntersuchung mit Anamnese, psychischen Befund, körperlichen Untersuchungsbefund und den subjektiven Einschränkungen, körperlich und psychisch.
- Therapeutischerseits werden weitere subjektive Einschränkungen für den häuslichen Lebensbereich, die Berufsausübung, in den Beziehungen zu anderen Menschen und zur Teilhabe am allgemeinen sozialen Leben erfasst.
- Arzt, Ergotherapeut und Bezugstherapeut erfassen die persönlichen Stärken bzw. sozialen Ressourcen der Patienten.
- Die Einteilung nach BORA 1-5 erfolgt in der arbeits- und berufsbezogenen Diagnostik.

Nach 3 Wochen Arbeitsplatzanalyse erfolgt der Abgleich des Anforderungs- und Fähigkeitsprofils i.d.R. einer Teamsitzung mit Arzt, Einzeltherapeut, Ergotherapeut, Arbeitstherapeut, Sport/Physiotherapeut und Sozialtherapeut, ggf. weiteren Berufsgruppen (z.B. Krankenpflege). Hier erfolgt dann ein Austausch über Anamnese und Psychodynamik, sowie der verschiedenen Beobachtungen in den verschiedenen Professionen im Hause. –Außerdem werden neben den psychotherapeutischen Maßnahmen Schritte nach BORA 1-5 zur weiteren Diagnostik und Therapie von Arbeit und beruflichen Problemlagen in die Wege geleitet. Eine entsprechende Einteilung wird dann mit der Patientin besprochen und die verschiedenen therapeutischen Schritte in die Wege geleitet.

7.12.4 Medizinisch-berufliche BORA-Zielgruppen orientierte Beratung und Therapie

7.12.4.1 Inhalt, Methodik und Zielsetzung der medizinisch-beruflich-orientierten Basis- und Kernmaßnahmen

Die berufliche Orientierung ist grundsätzlicher Bestandteil der Standardbehandlung. Die Orientierung an den BORA-Zielgruppen macht jedoch ein differenzierteres und individuelleres Behandlungsangebot notwendig.

7.12.4.1.1 Basismaßnahmen

Diagnostik

Ärztliche Aufnahmeuntersuchung unter besonderer Berücksichtigung individueller Ressourcen und Einschränkungen der beruflichen und sozialen Teilhabe

- Diagnostik arbeitsbeeinträchtigender Erkrankungen
- Diagnostik von Leistungseinschränkungen, Motivation und Partizipationsstörungen:
- Berufsbezogene Diagnostik mit Erhebung von Berufsstatus, beruflichen Problemen,
- konkreter Arbeitsplatzgestaltung, Motivation und Screening aller Patientinnen und Patienten
- und entsprechende Einteilung in BORA-Zielgruppe 1-5

Ressourcen und besondere Problemlagen werden mit entsprechenden Screening-Instrumenten erfasst, u.a.:

- HiPro-Assessment
- MELBA (Fähigkeitsprofil, Anforderungsprofil und Profilvergleich für Schlüsselqualifikationen
- MELBA + Mai (Physische Fähigkeiten und Anforderungen)

- IDA (Instrumentarium für Diagnostik von Arbeitsfähigkeiten)
- MINI – ICF- APP (Kurzinstrument zur Fremdbeurteilung von Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen in der Anlehnung an die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der WHO)

Individuelle Therapieplanung

Entsprechend der Einteilung in die BORA-Zielgruppen erfolgt bereits zu Beginn der Behandlung eine Differenzierung des Standardtherapieprogrammes. Nach 3 Wochen erfolgt eine weitere Differenzierung auf der Basis der gemeinsamen Zielbesprechung mit der Patienten (Vorlag siehe Anhang „Zielbesprechung“).

Psychotherapie/Suchttherapie

Die Ausrichtung auf das Erwerbsleben ist immer auch grundsätzlicher Inhalt aller psychotherapeutischen und Angebote. Gruppen- und Einzelgespräche bieten Möglichkeit zur Fokussierung auf das Erwerbsleben. Die erwerbsbezogenen Themen der Patientinnen können zur Sprache, Lösungswege gemeinsam gesucht werden. Ebenso erhalten die Patientinnen die Möglichkeit, die eigene Sichtweise kritisch zu überprüfen und auch Reaktionen anderer (Arbeitgeber, Kollegen) anders bewerten zu können.

- Bezugstherapeutensystem
- enge Kooperation im interdisziplinären Behandlungsteam zur Vervollständigung der Einschätzung von Leistungs- und Teilhabemöglichkeiten der Patientin
- regelmäßige Einzelgespräche (1x wöchentlich) und Krisenintervention
- regelmäßige Gruppentherapiesitzung (3x wöchentlich)
- individuelle Behandlungsplanung
- Zielvereinbarung und -überprüfung
- Planung und Nachbereitung des Realitätstrainings (siehe Anhang „Zielvereinbarung für das Realitätstraining“)
- Thematisierung von Einschränkungen und Ressourcen bezüglich Teilhabe an Sozial- und Berufsleben, Entwicklung adäquater Verbesserungsmöglichkeiten
- Vorbereitung von Nachsorge- und weiterführenden Hilfsangeboten (z.B. Adaption)
- BORA 1,2: Kooperation mit dem Arbeitgeber und Prüfung von Wiedereingliederungsmaßnahmen

- BORA 2: Entwicklung von Konflikt- und Problemlösestrategien, berufsbezogenes soziales Kompetenztraining
- BORA 3,4,5: Entwicklung einer realistischen, teilhabeorientierten beruflichen Perspektive

Allgemeine klinische Sozialarbeit

Ziel: Hilfe bei der Klärung und Bewältigung von beruflichen, rechtlichen und finanziellen Problemlagen, Vorbereitung der Wiedereingliederung in das soziale Umfeld und den Beruf. Dabei geht es vorrangig um die Stärkung der sozialen Kompetenzen. Die Patientinnen werden, soweit notwendig, in der Klärung der u. g. Punkte unterstützt, wobei sie zu möglichst eigenständiger Arbeit angehalten werden.

Aufgaben:

- Klärung der beruflichen Situation
- Abklärung der wirtschaftlichen Absicherung/Schuldenregulierung:
- Klärung der Wohnsituation:
- Beratung in rechtlichen Fragen
- Klärung des Bedarfs ambulanter, teilstationärer und stationärer Nachsorgen und weiterführender Einrichtungen (Adaption, betreutes Wohnen, Soziotherapie, u.a.)

Sozialmedizinische Beurteilung / Begutachtung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit unter Berücksichtigung der Beiträge aller Berufsgruppen

- Prognose der Erwerbsfähigkeit auf der Basis einer realistischen Einschätzung physischer und psychischer Ressourcen und Einschränkungen der sozialen und beruflichen Teilhabe unter Einbezug des multiprofessionellen Behandlungsteams
- Bestimmung der Kriterien eines leidensgerechten Arbeitsplatzes
- Bewegungs- und physiotherapeutische Leistungsbeurteilung
- Leistungsbeurteilung in der stationären Beobachtung von Spontanverhalten

Heimfahrten/Realitätstraining/Besuche

Ziele:

- Kontakt zur Arbeitsstelle (BORA 1,2)/berufliche Neuorientierung (BORA 3,4,5)
- Berufliche Orientierung, Kontakt zur Agentur für Arbeit (BORA 3,4,5)
- Kontakt zur Familie
- Kontakt zur Suchtberatungsstelle

- Kontakt zur Selbsthilfegruppe
- Regelung amtlicher und/oder finanzieller Angelegenheiten
- Evtl. Vorstellung oder Probewohnen in stationärer, teilstationärer Nachsorge- oder Wohngemeinschaft
- Auseinandersetzung mit Ängsten und neu definierten Fähigkeiten

Anbahnung weiterführender Maßnahmen

- Empfehlung und Einleitung von Reha-Nachsorge
- Beratung zu betrieblichem Eingliederungsmanagement
- Beratung und Vermittlung im Hinblick auf Selbsthilfegruppen am Heimatort
- Beratung und Einleitung im Hinblick auf stufenweise Wiedereingliederungen
- Beratung und Empfehlung im Hinblick auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Beratung und Vermittlung im Hinblick auf fachärztliche und psychotherapeutische Weiterbetreuung

Sport- und Physiotherapie

Wiederherstellung der körperlichen Leistungsfähigkeit und Verbesserung der Entspannungsfähigkeit. Die Beobachtungen und Einschätzungen des physiotherapeutischen Personals bezüglich Belastungsfähigkeit und Einschränkungen des Bewegungsapparates fließen in die ärztliche Beurteilung der beruflichen Leistungsfähigkeit ein.

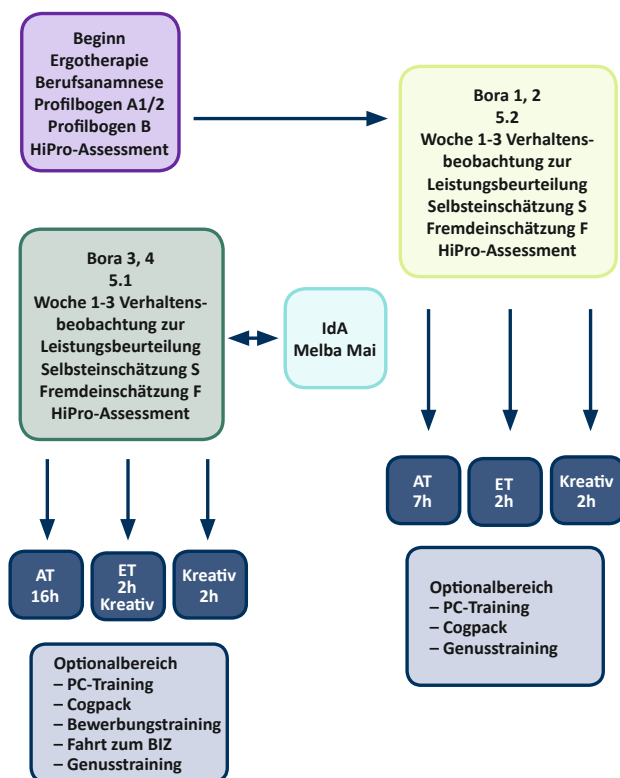
Spezifische Ergänzungsmöglichkeiten/Behandlung von Komorbidität

Je nach Indikation werden weitere Behandlungsmethoden angeboten mit dem Ziel, die durch die Symptomatik von Begleitstörungen auftretende Beeinträchtigung der Teilhabe zu reduzieren

Beispiele:

- Arbeitslosigkeit
- Soziales Kompetenztraining (berufsbezogen)
- Soziales Kompetenztraining
- Umgang mit Angst
- Rückfall-Prävention
- Medikamentenabhängigkeit
- Depression
- Gruppentherapie für Patientinnen mit gestörtem Essverhalten
- Emotionsregulation
- Behandlungsgruppe Traumafolgestörung
- Suchtmittel und Persönlichkeitsstörung
- Raucherentwöhnung
- u.a.

Ergotherapie



7.12.4.1.2 Kernmaßnahmen

Die Kernmaßnahmen umfassen verschiedene diagnostische, therapeutische und beratende Elemente. Mit allen entsprechend zugeordneten Rehabilitanden werden konkrete berufsbezogene Therapiezielvereinbarungen formuliert, die den Gesamtprozess der medizinischen Rehabilitation steuern. Die Maßnahmen werden spezifisch auf die jeweilige BORA-Zielgruppe angepasst. Sofern notwendig, erfolgt eine bedarfsbezogene vertiefte Testdiagnostik.

PC-Grundkurs

Je nach Leistungsniveau erfolgt zu Beginn der Behandlung die Einteilung in PC-Grundkurs oder Fortgeschrittenenkurs. Patientinnen der BORA-Zielgruppe 3,4 und 5.2 werden automatisch der Indikationsgruppe „Bewerbungstraining“ zugeteilt.

Bewerbungstraining

Im Rahmen dieser Indikativgruppe werden den Patientinnen folgende Kenntnisse vermittelt:

- Bewerbungstraining (Rollenspiel: Vorstellungsgespräch etc.)

- Erstellen einer Bewerbungsmappe
- Stellensuche im Internet
- Stellensuche über das Arbeitsamt, Tageszeitung etc.
- Gewöhnung an Regeln und Strukturierung des Tagesablaufes durch die Arbeit
- Pünktlichkeit und Zeitgefühl
- Teamfähigkeit
- Kritikfähigkeit
- Gedächtnisleistungen

Arbeitstherapie und Belastungserprobung

Schwerpunkte: Ergotherapie, Arbeitstherapie, indikative Arbeitstherapie, arbeitsvorbereitende Therapie.

Ziel ist vor allem die Wiederherstellung bzw. Stabilisierung der Erwerbsfähigkeit. Diese soll an realistischen Bedingungen im Umfeld der Patientin überprüft oder falls eine Arbeitslosigkeit vorliegt, die Integration ins Erwerbsleben gefördert werden, entweder durch Bildungsmaßnahmen oder durch Belastungserprobungen.

Das therapeutische Angebot ist an der entsprechenden BORA-Zielgruppe orientiert. Diese beinhalten, je nach Notwendigkeit,

- Bewerbungstraining BORA 3, 4, 5.1
- Kompetenztraining (differenz. BORA 1+2/ BORA 3, 4, 5.2)
- Belastungstraining (intern und extern)
- Stärkung der eigenen Motivation, Kennenlernen der eigenen Ressourcen
- Kontakt mit Arbeitgeber herstellen
- Feststellung vorhandener arbeitsrelevanter Kompetenzen (Testung)
- Feststellung der Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit
- Verbesserung beruflicher Kernkompetenzen (Umgang mit Stress und Anforderungen am Arbeitsplatz, Teamfähigkeit, Kritikfähigkeit und Bewältigung von Konflikten)

Hirnleistungstraining

Ziele: Training und Verbesserung der Konzentrationsleistung, Förderung der realistischen Selbsteinschätzung bzgl. der Konzentrationsleistung

Inhalte: an das aktuelle Leistungsvermögen angepasste Übungseinheit bzgl. kognitiver Funktionen wie z.B. Konzentration / Ausdauer / geteilte Aufmerksamkeit / Visumotorik / Reaktion / räumliches Vorstellungsvermögen / visuelles Gedächtnis / auditives Gedächtnis / räumliches Gedächtnis/ Wahrnehmungsgeschwindigkeit / Dauer- aufmerksamkeit

Berufsbezogene Sozialberatung

Ziele und Inhalte:

- Klärung und Beratung bezügl. sozialrechtlicher Fragestellungen zu finanzrechtlichen Themen (Entgeltersatzleistungen: Übergangsgeld, ALG I/II, Krankengeld; Anspruchsvoraussetzungen)
- Beratung zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Beratung zur Durchführung und zu sozialrechtlichen Gegebenheiten von Stufenweisen Wiedereingliederungen; ggf. auch Kontaktaufnahme zum beruflichen Umfeld
- Kontaktaufnahme zu Betriebsärzten, Betriebsräten, Schwerbehindertenvertretern
- Kontaktgestaltung zu Integrationsämtern, Integrationsfachdiensten
- Beratung zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement
- Rentenberatung (Erwerbsminderungsrente/ Altersrenten – versicherungsrechtliche Voraussetzungen)
- Aushändigung von Informationsmaterialien
- Arbeitsplatzbezogene Einzelberatung (z. B. in Bezug auf Hilfsmittelversorgung am Arbeitsplatz)
- Reha-Beratung: Ein Berater der örtlichen DRV bietet in unserer Klinik regelmäßige Beratungstermine mit dem Sozialdienst an und unterstützt bei der Klärung weiterer Schritte zur Verbesserung der Teilhabe am Arbeitsleben.

7.12.4.2 Ärztliche Aufgaben

- Ärztliche Aufnahmeuntersuchung (Anamnese, psychischen Befund, körperlichen Untersuchungsbefund, Erfassung der subjektiven Einschränkungen)
- Gesamtverantwortung für die medizinisch-psychiatrische Behandlung einschließlich notwendiger Verordnungen (Medikamente, physiotherapeutische Behandlung, Ernährung)
- regelmäßige Visite und Sprechstunde
- Konsil mit externen Fachärzten
- Beantragung weiterführende Maßnahmen (Adaption, Weidereinliederung)
- Interdisziplinäre Fallbesprechung
- psychotherapeutische Angebote (Vorträge, Indikationsgruppen)
- Zusammenführung berufsbezogener Diagnostik, Verhaltensbeobachtungen der verschiedenen Behandlungsbereiche und des Behandlungsverlaufs
- Abschlussuntersuchung

- Abschließende Beurteilung der beruflichen Leistungsfähigkeit einschließlich Empfehlungen für die leidensgerechte Gestaltung des Arbeitsplatzes, Einschätzung des Behandlungserfolges, Zielüberprüfung, Abgleich von Fremd- und Selbsteinschätzung und Prognose

7.12.4.3 Vorträge/Seminare

Die Patientinnen nehmen standartmäßig zweimal wöchentlich an Vorträgen teil. Die Durchführung erfolgt interdisziplinär, d.h. die Vorträge werden von Vertretern aller therapierelevanten Berufsgruppen gehalten. Dabei stehen psychoedukative Inhalte zur Verbesserung der Teilhabe im Vordergrund. Neben der Förderung alltagsrelevanter Kompetenzen, Gesundheit und Problemlösekompetenzen wird die berufliche Orientierung besonders in den Vortragsinhalten von Sozialdienst, Ergo- und Arbeitstherapie erkennbar (aktuelle Beispiele: „Der Lauf meines Lebens – als Lebenslauf? Eine Frage des Blickwinkels“, „Ziele in der Ergotherapie in Bezug auf die Arbeitswelt und die Alltagsbewältigung“, „Stressbewältigung“, u.a.)

7.12.4.4 Arbeitsplatztraining/ Belastungserprobung

Internes Belastungstraining

Innerhalb der Fachklinik wird der Umgang mit beruflicher Belastung der Patientinnen erprobt (je nach Tätigkeitsbereich Büro, Küche, Hauswirtschaft).

Ziele: Förderung einer realistischen Einschätzung der Belastbarkeit und der Grundarbeitsfähigkeiten (u.a. Konzentration; Ausdauer, Arbeits- und Handlungsplanung; Sorgfalt und Genauigkeit; Frustrationstoleranz sowie realistische Selbsteinschätzung).

Externe Arbeitstherapie

Insbesondere bei langzeitarbeitslosen Patientinnen wird die Durchführung einer externen Tätigkeit (Praktikum) angestrebt, möglichst in einem dem erlernten Beruf entsprechenden Umfeld oder auch in einem Arbeitsbereich, den die Patientin als Alternative zu ihrer früheren Tätigkeit anstrebt.

7.12.4.5 Beteiligte Berufsgruppen

Die berufliche Orientierung in der Behandlung wird von allen in der Klinik tätigen Berufsgruppen mitverfolgt. Als tragende Berufsgruppen in der BORA-Zielgruppenorientierten Behandlung sind jedoch zu nennen:

- Ärzte
- Ergotherapeuten
- Arbeitsanleiter (Büro, Küche, Hauswirtschaft)
- Sozialarbeiter
- Psychotherapeuten/Suchttherapeuten
- Sport- und Physiotherapeuten

7.12.4.6 Beendigung der Maßnahme und Nachsorge

- Abschlussdiagnostik
- Sozialmedizinische Beurteilung
- Ärztliches und therapeutische Abschlussgespräch einschließlich Zielüberprüfung kritischer Würdigung des Behandlungsverlaufs, Abgleich zwischen Fremdeinschätzung (Behandler) und Selbsteinschätzung der Patientin
- Nachsorgeantrag
- Fragebogen zur Patientenzufriedenheit

7.12.4.7 In Vorbereitung

- Indikationsgruppe Erwerbsleben - lösungsorientierte berufsbezogene Therapiegruppe
- Soziales Kompetenztraining berufsbezogen
- Soziale Arbeit in der Kleingruppe: Umgang mit berufl. Belastungen und Konflikten (BORA2), Berufliche Orientierung (BORA 3-5)
- Erweiterung des körperlichen Funktionstrainings berufsbezogen
- Einrichtung von Musterarbeitsplätzen
- Neustrukturierung der BORA-zielgruppenorientierten interdisziplinären Fallbesprechungen

7.12.5 Dokumentation einschließlich KTL-Codierung

Die durchgängige Dokumentation der Therapieinhalte von Aufnahme bis Ende der Behandlung, Behandlungsplanung, Erstellung des Therapieplanes, Teilnahmeerfassung sowie die Erstellung des Entlassberichtes einschließlich der KTL-Codierung erfolgen über die Software PADO. Dieses Dokumentationssystem wird interdisziplinär genutzt und stellt eine transparente und verzögerungsfreie Behandlungsdokumentation sicher.

7.12.6 Therapieplanung

siehe Punkt 7.17

7.12.7 Qualitätsmanagement

Grundsätzlich werden alle Prozesse der Behandlung durch das Qualitätsmanagement erfasst, beschrieben und regelmäßig auf ihre aktuelle Gültigkeit überprüft. Die Umsetzung der BORA-orientierten Rehabilitation ist in den Kernprozessen durch Ablaufdiagramme, Matrixdarstellungen und Erläuterungen beschrieben, Verantwortlichkeiten und Schnittstellen sind dabei genau festgelegt. Die Prozesse sowie die erforderlichen Dokumente werden durch die QM-Software „Intralean“ gelenkt und jährlich überprüft.

Alle MitarbeiterInnen haben Zugriff auf die entsprechenden Dokumente und nutzen diese. Aufzeichnungen werden digital in der Patientendokumentationssoftware „PaDo“ gespeichert, bzw. in der Patientenakte abgeheftet. Alle Prozesse werden durch interne Audits, sowie durch das externe Zertifizierungsaudit überprüft und kontinuierlich weiterentwickelt. Aktuell befinden sich verschiedene Prozesse in der Überarbeitungsphase oder sind bereits entsprechend der BORA-Kriterien aktualisiert (siehe Anhang, z.B. Zielvereinbarung Realitätstraining).

Zielvereinbarung Realitätstraining

von bis
Datum Realitätstraining Name Geb.-Datum

Bora 1	In Arbeit ohne besondere erwerbsbezogene Problemlagen
Bora 2	In Arbeit mit besondere erwerbsbezogene Problemlagen
Bora 3	Arbeitslos nach SGB III (Bezug von ALG I)
Bora 4	Arbeitslos nach SGB II (Bezug von ALG II)
Bora 5	Schüler, Studenten, Hausfrauen, Zeitrentner, die eine (Re-) Integration in den Arbeitsmarkt anstreben

Inhalt/Ziel	Bemerkung	Geplant am	Durchgeführt am
Arbeitsstelle			
- Betriebliche Wiedereingliederung			
- Vorgesetzte			
- Personalabteilung			
- Betriebsrat			
- Kollegen			
- Sonstige:			
Jobcenter			
Vorstellungsgespräch/ Probearbeiten			
Suchtberatungsstelle			
Selbsthilfegruppe			
Familie			
Weitere:			

.....
Datum Unterschrift Unterschrift Bezugstherapeut

7.13 Teilstationäre (ganztägig ambulante) Entlassphase in der Fachklinik (TSE)

Rahmenbedingungen

Die ersten sechs Monate nach Entlassung aus einer stationären Therapie stellt erfahrungsgemäß die Zeit das größte Rückfallrisikos dar. Die Mehrzahl der Rückfälle ereignet sich beim Übergang vom stationären Behandlungssystem in den Alltag (Körkel und Lauer 1995)²⁷. Dies gilt besonders für Patientinnen mit besonders hohem Rückfallrisiko. Umgekehrt bilden Katamnesestudien zufolge Patientinnen, die die ersten Monate nach einer Behandlung abstinenter bleiben, die stabilste Gruppe. In der Konsequenz bedeutet dies die Möglichkeit zur Gestaltung des Übergangs zwischen Fachklinik und Alltag zu nutzen und einen Transfer des Therapieerfolgs in den Alltag zu ermöglichen.

Innerhalb der teilstationären (ganztags ambulanten) Entlassphase (TSE) können Patientinnen unter alltagsnahen Bedingungen den Transfer ihrer therapeutischen Erfahrungen erproben. Die teilstationäre Entlassphase ist im Rahmen der Gesamtdauer Bestandteil des stationären Aufenthalts in der Fachklinik. Über einen Zeitraum von in der Regel 3 Wochen verbleiben die Patientinnen noch in ihrer Therapiegruppe und nehmen am regulären Therapieprogramm der Fachklinik teil. Die Zeit zwischen Programmende und dem Anfang der Therapie am nächsten Tage sowie die Wochenenden verbringen sie in ihrer häuslichen Umgebung.

Erweist sich das teilstationäre Setting als Überforderung oder als hinderlich für den therapeutischen Prozess, kann die Therapie jederzeit wieder stationär weitergeführt werden, da den Patientinnen während dieser Maßnahme noch ihr Zimmer erhalten bleibt. Nach Abschluss der teilstationären Behandlung ist bei therapeutischer Notwendigkeit eine Weiterbehandlung im Rahmen der ambulanten Nachsorge möglich.

Zielgruppe

Die TSE ist ein Angebot für Patientinnen der Fachklinik, die einen strukturierten Übergang in ihren Alltag benötigen. Voraussetzung für die teilstationäre Entlassphase ist, dass die therapeutischen Prozesse im Hinblick auf die Auseinandersetzung mit der Lebensgeschichte weitgehend abgeschlossen und integriert sind. Weiterhin sollte ein ausreichendes Maß an Integration und Rückhalt in der Wohngruppe vorhanden sein, sodass weder Ausgrenzungsaspekte noch Vermeidung interpersoneller Konflikte befürchtet werden müssen. Dies beinhaltet insbesondere die Fähigkeit und Bereitschaft, die Erfahrungen in ihrer Lebenswelt im Rahmen der Gruppentherapie einzubringen

und sich selbstkritisch damit auseinander zu setzen. Schließlich sollten die Wohnverhältnisse ausreichend stabil sein, der Anfahrtsweg sollte eine zumutbare Länge haben.

Ziele der ganztägig ambulanten (teilstationären) Entlassphase (TSE)

Die erheblich autonomere Gestaltung des Tages- und Wochenendablaufs stellt eine weitgehende Annäherung an Belastungen des Alltags dar und geht mit erhöhten Anforderungen an die Eigenaktivität und die Selbstverantwortung einher. Neben den übergeordneten Rehabilitationszielen (s. Kap. 7.5) gewinnen folgende Zielsetzungen entsprechend an Bedeutung:

- Sicherung und Stabilisierung des Therapieerfolgs durch alltagsnahe Überprüfung von Vorhaben.
- Erhöhung der Selbstwirksamkeitsüberzeugung durch die Selbstversicherung eigener Fähigkeiten.
- Wahrnehmung und Bewertung von Veränderungen im sozialen Umfeld, die mit der Abstinenzentscheidung zusammenhängen.
- Umgang mit Risikosituationen und einer damit verbundenen Rückfallgefährdung unter realitätsgerechten Bedingungen mit dem Ziel, Risikosituationen zu erkennen und abstinenter zu bewältigen.
- Erkundung regionaler Hilfesysteme wie Selbsthilfegruppen oder der zuständigen Beratungsstelle. Dies dient insbesondere der ersten Kontaktaufnahme unter dem Abbau von Schwellenängsten.
- Aufnahme von Freizeitaktivitäten. Das kann von Anknüpfen an frühere Erfahrungen bis hin zur Entwicklung neuer Formen der Freizeitgestaltung reichen. Dabei auftauchende soziale Ängste oder Rückzugstendenzen können im Rahmen der Gruppentherapie aufgegriffen und bearbeitet werden.

Krisenintervention

Kriseninterventionen sind ein wichtiges Element der tagesstationären Entlassphase. Die Krisenintervention muss rasch und flexibel erfolgen und muss sich dabei auf die aktuelle Problemlage konzentrieren. Sie sollte kurzfristig wirken und dann in den gesamten therapeutischen Prozess integriert werden. In der konkreten Krisensituation gilt es, den scheinbaren Krisenauslöser zu erkennen, konkret die Situation zu besprechen und Entlastungen zu suchen, die für die Patientin nicht zu belastend ist um sie Zuflucht im Suchtmittel suchen zu lassen. Erst zum geeigneten Zeitpunkt wird das zu Grunde liegende Problem angesprochen, dies kann im Einzelgespräch oder aber in der Gruppentherapie erfolgen.

Krisensituationen innerhalb der Behandlungszeiten können immer durch die vorhandenen therapeutischen Mitarbeiter aufgefangen und bearbeitet werden. Es ist sichergestellt, dass immer therapeutische Mitarbeiter als Ansprechpartner zur Verfügung stehen. Außerhalb der Behandlungszeiten wird mit der Klientin ein individueller Notfallplan erstellt. Am Wochenende kann in der Fachklinik Haus Immanuel, Hutschdorf 46, 95349 Thurnau angerufen werden. Der dort diensthabende Therapeut steht für ein Kriseninterventionsgespräch zur Verfügung.

In den Nachtstunden ist die Klinik telefonisch erreichbar. Da für die Patientin weiterhin ein Zimmer vorgehalten wird, kann sie auch nachts sofort wieder (stationär) aufgenommen werden.

7.14 Kombinationstherapie

Definition der Kombinationsbehandlung:

Eine Kombinationsbehandlung ist eine Leistungsform, die sich aus verschiedenen Phasen zusammensetzt und vor Beginn der Rehabilitation bewilligt werden muss. Die einzelnen Phasen können in stationärer, ganztägig ambulanter oder ambulanter Form durchgeführt werden. In der Regel erfolgt im Anschluss an eine stationäre Rehabilitation eine Fortführung im ambulanten Setting.

Indikationsspektrum:

- Störungen durch Alkohol (F10.xx)
- Störungen durch Sedativa und Hypnotika (F13.xx)

Sekundärindikation:

- Essstörungen (F50.xx)
- Glücksspielsucht (F63.xx)

Kontraindiziert sind Kombibehandlungen bei:

- Psychosen
- Schweren hirnorganischen Beeinträchtigungen
- Schwerwiegenden Einschränkungen der intellektuellen Leistungsfähigkeit
- Aktueller Unfähigkeit zur Abstinenz während der Behandlung und
- Aktueller Abhängigkeit von illegalen Drogen
- Schwerer somatischer Erkrankung.

Zielgruppe:

Abhängige Frauen, die grundsätzlich ambulant behandelbar sind, aber bei denen aufgrund individueller Faktoren eine kurzzeitige stationäre Behandlungsphase indiziert ist, z.B. wenn:

- Die sozialen Voraussetzungen (Bindungen, Stützsysteme, soziale Strukturen) vorhanden sind, diese aber derzeit wegen Rückfälligkeit und/oder anderer suchtmittelbedingten Krisen nicht zur Stabilisierung genutzt werden können,
- die Rehabilitationsfähigkeit und die Persönlichkeit der Rehhabilitandin (ggf. durch Vorerfahrungen) soweit ausgeprägt sind, dass die Kombination stationärer und ambulanten bzw. ganztägig ambulanter Interventionen von diesen aktiv genutzt werden kann,
- eine langfristige Abwesenheit bei einem vorhandenen Arbeitsplatz als problematisch angesehen wird,
- Distanz vom sozialen Umfeld vorübergehend erforderlich ist,
- Jeweilige Rehabilitationsziele für die unterschiedlichen Rehabilitationsformen benannt sind,
- Die Störungen auf psychischen, körperlichem und sozialen Gebiet nach Stabilisierung im Verlauf der Rehabilitation voraussichtlich in anderen Rehabilitationsformen erfolgreich weiterbehandelt werden können,
- Die Rehabilitandin nicht durchgehend ein intensiv strukturiertes Behandlungsangebot benötigt oder
- Die Rehabilitandin fähig ist, in den therapiefreien Zeiten der ambulanten Phase selbständig abstinenz zu leben.

Verwaltungsverfahren:

Es gilt hierbei die verwaltungstechnischen Hürden erneuter Genehmigungsverfahren zu minimieren.

- Geplant ist eine 8-wöchige Initialtherapie mit einer anschließenden 6-monatigen ambulanten Weiterbehandlung (40+4 Behandlungssetting).
- Fachklinik und eine Suchtberatungsstelle, PSB oder Fachambulanz: Es muss eine enge und verbindliche Zusammenarbeit mit genauen Absprachen geben.
- Es sollten gemeinsame Fallbesprechungen durchgeführt werden und gemeinsam an der Fortentwicklung des Konzeptes gearbeitet werden.

- Das Krankheitsverständnis zwischen den Partnern muss besprochen und geklärt sein.
- Sowohl die Fachklinik als auch die Ambulante Beratungsstelle schreiben jeweils einen eigenständigen Entlassungsbericht.

Behandlungsverlauf:

Vorgesehen sind die Kombinationen von stationärer und ambulanter Behandlung: Die Regelbehandlung beträgt 6 Monate für den ambulanten Teil und insgesamt bis zu 8 Wochen für den stationären Behandlungsteil. Eine Verlängerung des stationären Teils ist nicht möglich, sollte sich herausstellen, dass eine Verlängerung notwendig ist, weil die Therapieziele nicht erreicht werden können, so ist beim Kostenträger eine Umwidmung zu beantragen. Die Entscheidung für eine Kombinationstherapie erfolgt in einer vorgeschalteten ambulanten Beantragungsphase.

Die bei der Kombitherapie vorgesehenen Wechsel sind im Rahmen der Kostenbewilligung der Rentenversicherung entsprechend der hier vorgegebenen Kriterien und Regeln vorzubereiten und durchzuführen und mit dem Klienten abzusprechen.

Zu den Faktoren, die einerseits den Erfolg einer ambulanten Therapie in Frage stellen, andererseits aber als gut beeinflussbar gelten, gehören vor allem:

- Eine noch nicht ausreichend stabilisierte Kompetenz im Umgang mit belastenden sozialen Faktoren, so dass die bestehende Anfangsmotivation gefährdet und das Abbruchrisiko entsprechend hoch ist.
- Ausgeprägte, reaktive psychische Störungen etwa in Zusammenhang mit schweren psychischen Belastungen (Trennungen, Tod eines Angehörigen, Arbeitsplatzverlust, usw.), die jedoch keiner stationären psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung bedürfen.

Liegen diese oder ähnliche Faktoren vor, so ist die Indikation für eine Kombi-Therapie gegeben. In der Beantragungsphase entscheidet sich dann, ob die Bedeutung dieser Faktoren richtig eingeschätzt wurde. Es muss dann festgelegt werden, ob und mit welchem Auftrag eine stationäre oder teilstationäre Behandlung durchgeführt werden muss. Es gelten die oben genannten Kriterien.

Stationäre Initialbehandlung im Rahmen einer ambulanten Behandlung:

Eine 8-wöchige stationäre Initialbehandlung als Ergänzung und Vertiefung eines ambulanten Behandlungsblockes ist indiziert für Patientinnen, bei denen eine ausschließliche ambulante Behandlung aufgrund medizinischer und/oder psychosozialer Komplikationen keine ausreichende Gewähr für den Erfolg der medizinischen Rehabilitation bieten würde.

Eine stationäre Initialbehandlung ist notwendig, wenn eine ambulante Behandlung erst auf Grund eines zeitweisen Herauslösens aus einem ungünstigen sozialen Umfeld der Suchtkranken oder nach einer körperlichen und psychischen Stabilisierung im stationären Setting erfolgversprechend ist. Die Initialbehandlung in der Anfangsphase des Gesamtbehandlungsplanes kann bei Patientinnen zum Einsatz kommen, bei denen eine vorwiegend ambulante oder teilstationäre Rehabilitation geplant ist.

Aufgaben der Initialphase sind die medizinische und psychologische Diagnostik der Abhängigkeitserkrankung sowie sozialmedizinisch und medizinische relevanten Begleit- und Folge- und Sekundärerkrankungen. Weitere Schwerpunkte sind Informationen zur Abhängigkeitserkrankung, der Analyse des Suchtverhaltens, Aufbau von Krankheitsakzeptanz sowie der Förderung, von Behandlungsmotivation und Veränderungsbereitschaft.

In jedem Block nehmen Planung und Durchführung der beruflichen und sozialen Integration der Patientinnen einen zentralen Platz ein. Die spezifischen Problembereiche im Arbeits- und Leistungsbereich werden zusammen mit den Patientinnen herausgearbeitet und realitätsnahe belastungsbezogene Strategien im internen oder externen Übungssetting abgeleitet. Im stationären Setting werden die Patientinnen unter den anderen Patientinnen der Fachklinik Haus Immanuel integriert.

Das Therapiekonzept umfasst Gruppentherapie (3x wöchentlich), Einzeltherapie (1x wöchentlich), Sport-, Ergo- und Kreativtherapie sowie indikative und störungsspezifische Therapiemaßnahmen. Physiotherapeutische Behandlungen werden bei Bedarf angeboten, und eine Ernährungsberatung ergänzt im Regelfall den Behandlungsplan.

Behandlungsziele der 8-wöchigen vollstationären

Initialbehandlung:

- Körperliche und psychische Stabilisierung
- Aufbau und Festigung einer Abstinenzmotivation
- Vermittlung von Wissen über die Abhängigkeitserkrankung
- Auseinandersetzung mit der eigenen Suchtentwicklung
- Erwerb eines individuellen Abhängigkeitsmodells
- Kognitive und emotionale Krankheitsakzeptanz
- Einsicht in die Notwendigkeit individueller Veränderungen
- Erarbeitung individueller Veränderungsziele

Im Mittelpunkt des ambulanten Therapieblocks stehen auch der weitere Aufbau der Krankheitsakzeptanz, die Förderung der Änderungsbereitschaft, die individuelle Bedingungs- und Verhaltensanalyse der Abhängigkeitserkrankung, der Aufbau alternativer Verhaltensweisen, die Rückfallprophylaxe und die (Re)Integration ins berufliche und soziale Umfeld. Durch die Kombination der verschiedenen Behandlungssettings ist ein individuell gestuftes Heranführen an die Alltagsanforderungen möglich. Abstinenzfähigkeit und berufliche und soziale Leistungsfähigkeit können schrittweise erprobt, und auftretende Schwierigkeiten können psychotherapeutisch bearbeitet werden. Die Entscheidung, ob die Behandlung in ambulanter Form fortgeführt wird, erfolgt je nach sozialen und beruflichen Integrationsgrad und dem in der stationären Behandlungsphase erreichten Maß an psychischer Stabilität.

Behandlungsziele des ambulanten Therapiemoduls:

- Erarbeitung eines Rückfallmodells
- Identifikation rückfallbezogener Risikosituationen
- Erwerb von Strategien zur Rückfallvorbeugung
- Erwerb von Strategien zur Rückfallbewältigung
- Berufliche und soziale Stabilisierung bzw. Integration
- Eigenverantwortliche Lebensplanung
- Förderung der sozialen, beruflichen Kompetenz
- Umsetzung gesundheitsfördernder Verhaltensweisen und Aktivitäten
- u. a.

Kooperation und Koordination:

Durch die Beteiligung vieler Institutionen

- Stationäre Rehabilitationseinrichtungen
- Ganztägig ambulanter Rehabilitationseinrichtungen
- Ambulante Rehabilitationseinrichtungen kommt der Kooperation, der Koordination, der Begleitung der Rehabilitandin und dem Schnittstellenmanagement besondere Bedeutung zu.

Die Kooperation, die Transparenz und der Ablauf der Kombinationsbehandlung werden geplant und durchgeführt durch

- Verbindliche, im Rahmen der Behandlung festgelegte Abläufe: Videokonferenzen, Fallbesprechungen
 - Videokonferenz in der ersten und letzten Woche der Behandlung, als sog. Übergabekonferenz
 - Fallbesprechung in der Mitte der Therapiezeit, um die ambulante Einrichtung am Entwicklungsprozess zu beteiligen und Schwerpunkte gemeinsam für den Therapieablauf festzulegen.
- Die Rehabilitandin ist in angemessener Weise an den Gesprächen zu beteiligen.

Rückfallbearbeitung/Krisenintervention

Der Rückfall gehört zum chronischen Krankheitsgeschehen eines abhängigkeitskranken Menschen und führt nicht zwangsläufig zur Beendigung der Maßnahme.

Voraussetzung für die Fortsetzung der Maßnahme ist ein konstruktiver und offener Umgang mit dem Rückfall. Die Rehabilitandin muss zu einer ausführlichen Aufarbeitung des individuellen Rückfalls und der auslösenden Faktoren willig und fähig sein. Kann nach der Rückfallbearbeitung keine hinreichend günstige Prognose für die Rehabilitandin gestellt werden, wird die Maßnahme beendet.

Beendigungskriterien

Die Kombinationsbehandlung ist regulär zu beenden, wenn die Rehabilitationsziele erreicht sind. Außerdem ist sie zu beenden, wenn

- Störenden und nicht behebbare Einflüsse aus dem sozialen Umfeld den Rehabilitationserfolg gefährden,
- Die Teilnahme am Rehabilitationsprogramm nicht regelmäßig erfolgt,

- Die Mitarbeit weder tragfähig noch ausreichend ist,
- Ein Rückfall bagatellisiert oder geleugnet wird und daher keine angemessene Rückfallbearbeitung möglich ist,
- Anhaltende Rückfälligkeit besteht und/oder
- Eine andere Behandlungsform angezeigt ist, die nicht im Rahmen einer Kombinationsbehandlung durchgeführt werden kann.

Arbeitstherapie:

Bei Patientinnen, die noch über einen Arbeitsplatz verfügen, kommt es immer wieder zu Störungen und Konflikten mit dem Arbeitgeber. Allgemeines Ziel der soziotherapeutischen Arbeit ist es, möglichst individuelle, auf die spezifischen Anforderungen des Einzelfalls zugeschnittene Hilfestellung zur sozialen und beruflichen Integration zu geben in enger Kooperation zwischen Patientin, Bezugstherapeut, Arbeitstherapeut und der Einbeziehung des Arbeitgebers. Auf diese Weise können Konflikte mit Vorgesetzten und Kollegen, Überforderung, hohe Fehlzeiten und Kündigungsverfahren rechtzeitig vor der Rückkehr zum Arbeitsplatz reflektiert werden.

Ansatzpunkte zur Förderung der beruflichen und sozialen Integration der Patientin ergeben sich bereits aus der Arbeits- und Berufsanamnese. Anhand von Checklisten zur beruflichen (Re)Integration wird der berufliche und gesundheitliche Status der Patientinnen erhoben. Daraus ergeben sich dann die individuelle Empfehlung und eine Zuordnung der Patientin zu den verschiedenen Therapiebausteinen.

Therapiesteine der Arbeitstherapie:

- Einzelberatung
- Erhebung des beruflichen Status
- Informationen zur (Neu)-Orientierung
- Beratung zur beruflichen Rehabilitationen durch Vertreter der RV, der Agentur für Arbeit
- Hilfestellung bei der Kontaktaufnahme zum Arbeitgeber
- Beratung zu Fördermöglichkeiten durch die Agentur für Arbeit und die ARGE
- Bewerbungstraining
- (Arbeits-)therapeutisches Belastungstraining.

Diese Maßnahmen werden nach Bedarf ergänzt durch arbeitsbezogene medizinische Rehabilitation:

- Klinikeigene Arbeitstherapiebereiche
- Externe Arbeitserprobung
- Kooperation mit den Arbeitgebern der Patienten (bei Wohnortnähe).

Maßnahmen der arbeitsbezogenen medizinischen Rehabilitation können im stationären Behandlungsmodul zum Einsatz kommen.

Die im stationären Behandlungssetting gesammelten Erkenntnisse sollen der Klientin helfen, dass sie ihre eigene Arbeitsleistung realistisch einschätzt und sie sich mit ihren (evtl.) vorhandenen Leistungsdefiziten auseinandersetzt. Die Ergebnisse der Arbeitstherapie fließen als wichtige Informationsquelle in den sozialmedizinischen Teil des Abschlußberichtes.

Personelle Gegebenheiten:

Das kombinierte Behandlungsangebot wird von den vorhandenen Mitarbeitern der beteiligten Behandlungsstätten realisiert.

Dokumentation und Entlassungsbericht

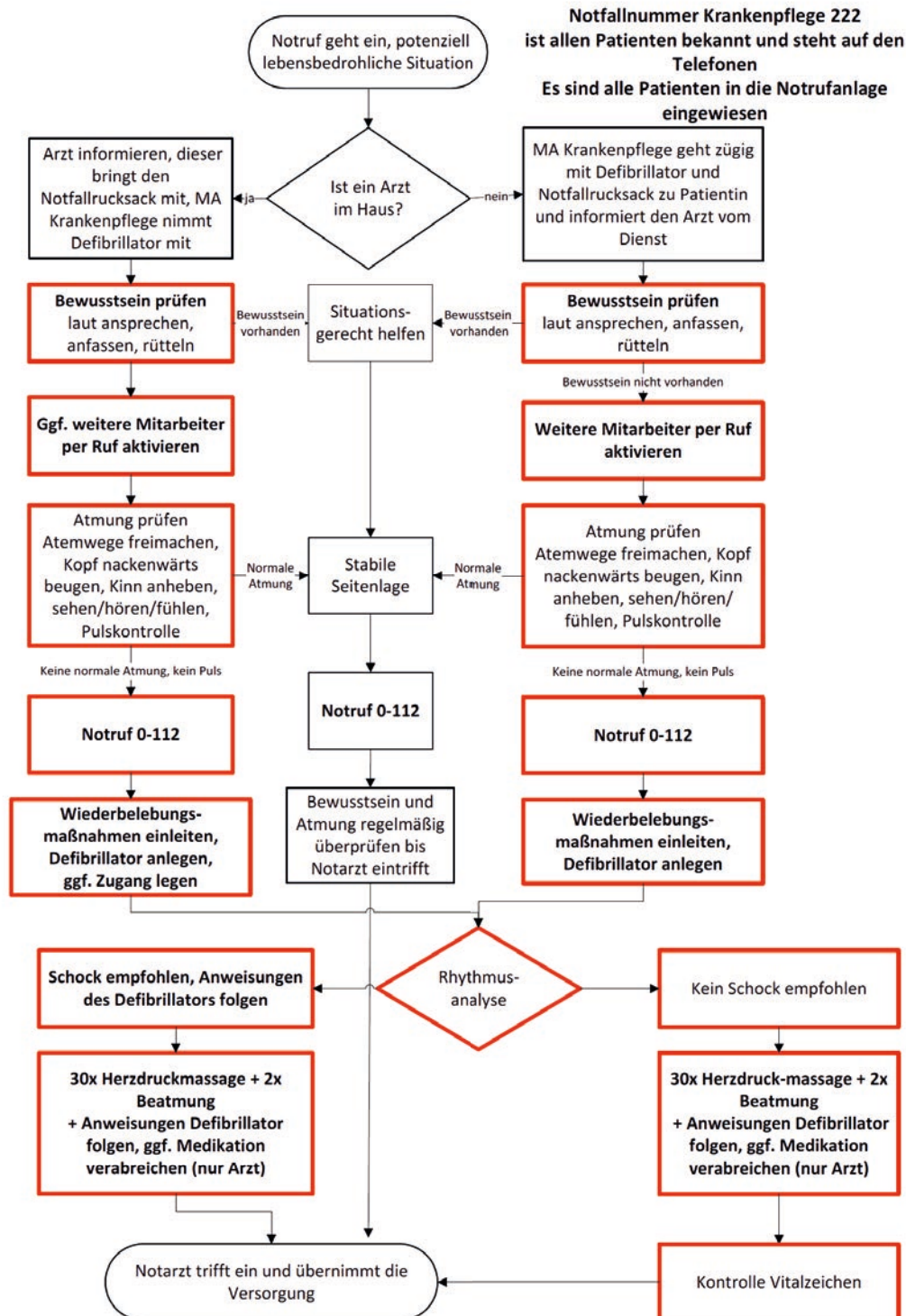
Die Dokumentation der medizinischen Rehabilitation erfolgt in einem Entlassungsbericht.

Die weiterführende Rehabilitationseinrichtung kann sich auf die diagnostischen und anamnestischen Angaben der vorbehandelnden Rehabilitationseinrichtung stützen und muss diese nicht erneut erheben.

Getrennte phasenbezogene Entlassungsberichte
Jede Einrichtung erstellt separat einen Entlassungsbericht und übermittelt diesen innerhalb von zwei Wochen vollständig an den zuständigen Rehabilitationsträger.

7.15 Notfälle

7.15.1 Lebensbedrohliche Notfälle



7.15.2 Psychische Notfälle

Verantwortlich

05/ MA
Krankenpflege

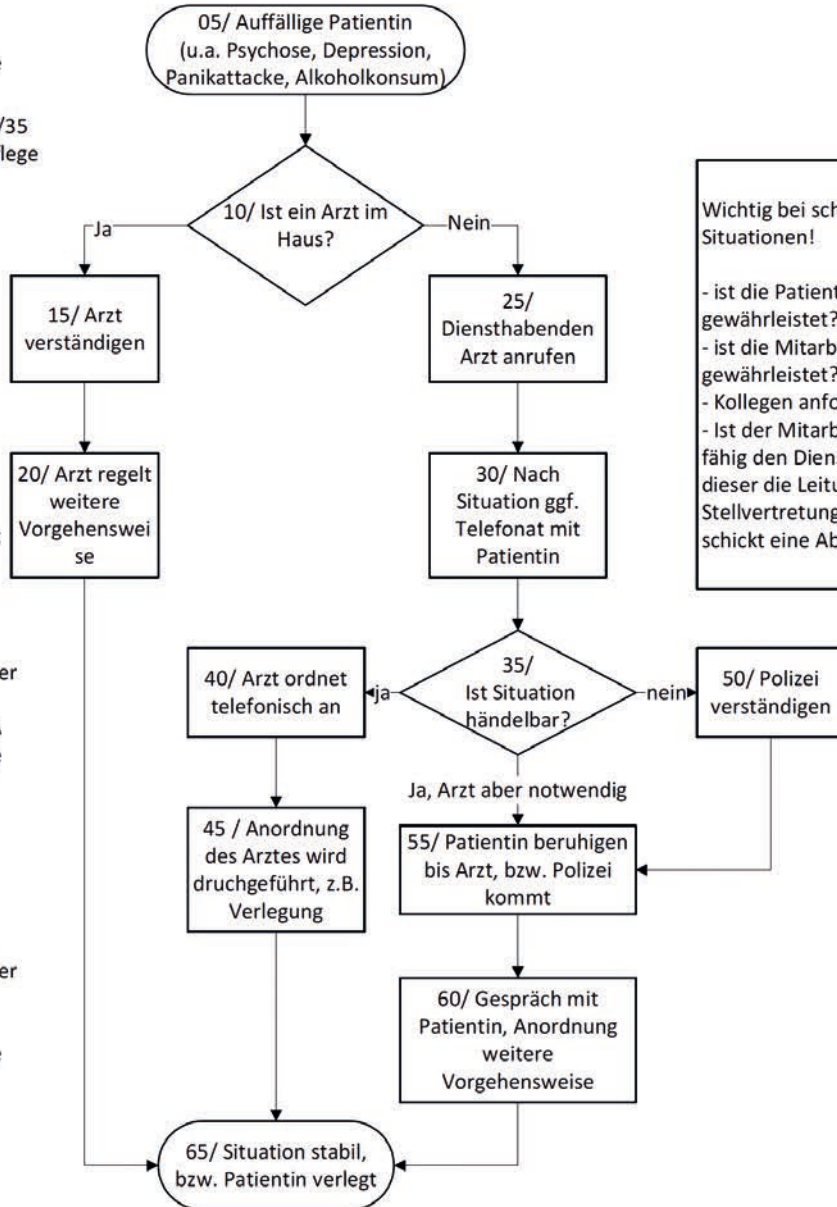
10/ 15/25/ 30/35
MA Krankenpflege

20/ Dienst-
habender Arzt

40/
Diensthabender
Arzt
45/50/55/ MA
Krankenpflege

60
Diensthabender
Arzt
65/ MA
Krankenpflege

Ablauf



Wichtig bei schwer händelbaren
Situationen!

- ist die Patientensicherheit gewährleistet?
- ist die Mitarbeitersicherheit gewährleistet?
- Kollegen anfordern!
- Ist der Mitarbeiter nicht mehr fähig den Dienst zu beenden muss dieser die Leitung, bzw. deren Stellvertretung informieren. Diese schickt eine Ablösung!

7.16 Therapievereinbarung

Therapievereinbarung für eine medizinische Rehabilitation in der Fachklinik Haus Immanuel
zwischen der Fachklinik Haus Immanuel und

Fraugeb.

Anschrift:

Sie haben sich zu einer stationären Rehabilitation in unserem Hause entschlossen. Voraussetzungen und Bedingungen hierfür sind:

- Sie haben sich freiwillig für die Behandlung in einer Fachklinik entschieden und verpflichten sich, die Hausordnung einzuhalten.
- Wesentlich ist Ihr Wunsch nach dauerhafter Suchtmittelabstinenz und der Wille, sich mit den Hintergründen Ihrer Suchtproblematik auseinander zu setzen.
- Die Einbeziehung Ihrer Angehörigen in die Behandlung ist wichtiger Bestandteil der Therapie.
- Die mit Ihnen verabredeten und im Behandlungsplan festgelegten therapeutischen Maßnahmen sind verbindlich, und wir setzen eine aktive Teilnahme voraus.
- Während Ihres Aufenthaltes liegt die Verantwortung für Ihre medizinische Behandlung bei unseren Ärzten. Befreiungen von therapeutischen Maßnahmen aus gesundheitlichen Gründen können nur über Ihren Arzt/Ärztin erfolgen. Alle Medikamente dürfen nur in ärztlicher Absprache eingenommen werden, dies gilt auch für rezeptfreie Arzneimittel. Behandlungen bei auswärtigen Ärzten sind nur in Absprache möglich.
- Sollte eine erneute Entgiftungsbehandlung im Krankenhaus nötig werden, können Sie die Therapie nur dann bei uns fortsetzen, wenn Sie den dazu nötigen Krankenhausaufenthalt regulär beendet haben. Die Weiterbehandlung in unserer Klinik wird danach mit Ihnen ausführlich besprochen und setzt u.a. das Offenlegen des Suchtmittelrückfalls voraus.
- Sie verpflichten sich, die Schweigepflicht zu beachten, d.h. Namen und Informationen über andere, die Sie in der Therapie erhalten, dürfen nicht weitergegeben werden.

Sie sind damit einverstanden, dass Ihr Hausarzt:

Ihre weiterbehandelnde Einrichtung:

sonstige Einrichtungen:

eine Kopie des Abschlussberichtes erhalten. Außerdem sind Sie damit einverstanden, dass sich die Klinik mit oben genannten Einrichtungen über Ihren Therapieverlauf austauscht.

- Die Klinik verpflichtet sich, Ihnen Fähigkeiten und Erfahrungen auf dem Weg in die Suchtmittelfreiheit zukommen zu lassen. Die Klinik bietet die jeweils erforderlichen therapeutischen Maßnahmen an.
- Die Klinik sichert eine Beachtung der Schweigepflicht nach außen zu. Innerhalb der Klinik findet in Form von Fallkonferenzen ein intensiver Austausch statt. Es kann notwendig sein, Ihren Therapieverlauf mit einem externen Supervisor zu thematisieren.

.....

Datum

Für die Klinik

Unterschrift Patientin

7.17 Stundenplan

[illegible]

8. Besondere Behandlungssituationen

Die langjährige Erfahrung der Behandlung von Abhängigkeitskranken zeigt, dass immer wieder besonders schwierige Situationen entstehen, die weder auf der Seite der Patientinnen noch auf der Seite der Behandler zu vermeiden sind. Deshalb ist es notwendig, diese Situationen zu antizipieren und sich darauf einzustellen. Im Wesentlichen muss dabei an zwei Situationen gedacht werden:

- Die psychischen Krisen
- Der Rückfall

8.1 Psychische Krisen und Kriseninterventionen

Kriseninterventionen sind ein wichtiges Element der Behandlung suchtkranker Menschen.

In der konkreten Krisensituation gilt es, den scheinbaren Krisenauslöser zu erkennen, konkret die Situation zu besprechen und Entlastungen zu suchen, die für die Patientin nicht zu belastend sind um sie Zuflucht im Suchtmittel suchen zu lassen. Erst zum geeigneten Zeitpunkt wird das zugrunde liegende Problem angesprochen. Dies kann im Einzelgespräch oder aber in der Gruppentherapie erfolgen.

Im Rahmen der Krisenintervention sind die Gruppentherapie sowie das wöchentliche Einzelgespräch von großer Bedeutung. Dort besteht die Möglichkeit, möglichst früh über Belastungen der vergangenen Nacht oder am Wochenende zu berichten. Es können dort Belastungen

und Krisen im privaten und/oder beruflichen Umfeld besprochen werden und es kann eine Intervention für den Tagesverlauf geplant werden. Daneben ist durch den Schutz der Fachklinik die „Griffnähe“ des Suchtmittels nicht vorhanden. Die gemeinsamen Gesprächsrunden mit den Mitpatientinnen helfen meist die Krise zu meistern. Im Rahmen der Fachklinik stehen auch rund um die Uhr Mitarbeiter zur Verfügung, mit denen die Problemfelder besprochen werden können.

Ob eine Krisenintervention im Rahmen einer stationären Maßnahme behandelt werden kann, entscheidet der Arzt gemeinsam mit dem therapeutischen Team. Sollte ein stationärer Aufenthalt in einem Akut- oder Psychiatrischen Krankenhaus notwendig werden, wird darüber sofort der zuständige Kostenträger informiert. Sollte eine Patientin intoxiziert sein, sich in einer psychotischen Phase befinden oder suizidal sein, besteht die Möglichkeit einer Verlegung zum Entzug oder zur stationären psychiatrischen Behandlung.

8.2 Rückfall

8.2.1 Grundüberlegungen zum Rückfall

Obwohl die Erfolge der therapeutischen Behandlung des Missbrauchs und der Abhängigkeit unbestritten sind (Süß, 1995), sind Rückfälle im therapeutischen Alltag genauso wie nach einer erfolgreichen medizinischen Rehabilitation keine Ausnahme, sondern ein Ereignis, mit dem es sich auseinanderzusetzen gilt.

Verschiedene Studien belegen diese subjektiv festgestellte Wahrnehmung:

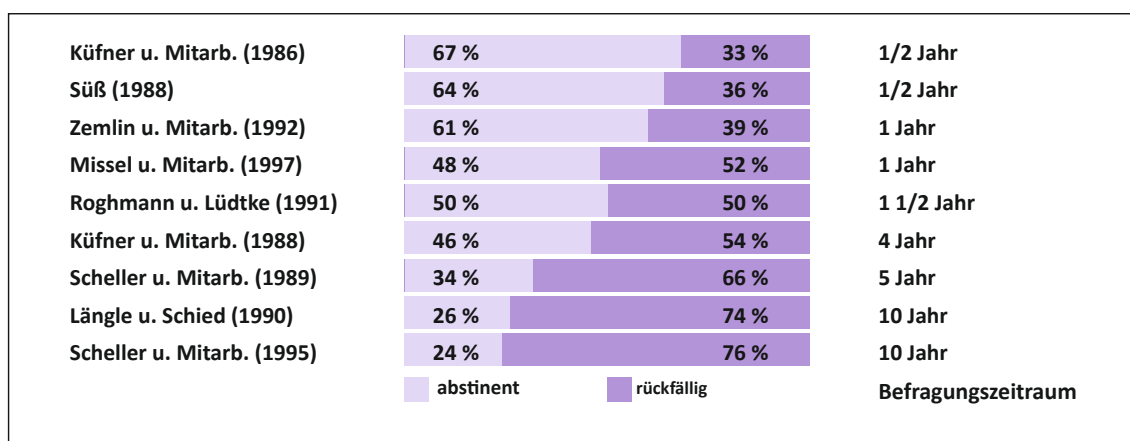


Abbildung 4:

Abstinenz- und Rückfallraten nach stationärer Alkoholentwöhnungsbehandlung in Deutschland für unterschiedliche Befragungszeiträume und Studien²⁸. Daneben belegen Studien, dass in den ersten sechs Monaten nach dem Ende einer stationären Maßnahme das größte Risiko für einen erneuten Alkoholkonsum besteht.

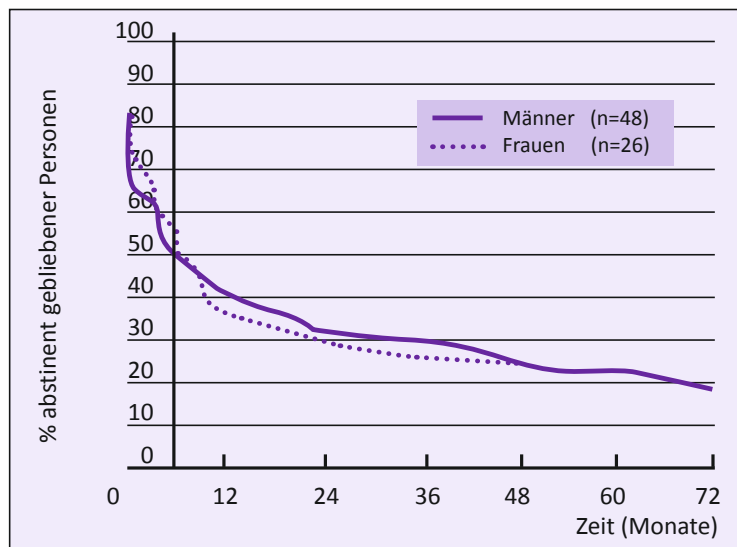


Abbildung 5:
 Prozentsatz der in den ersten 6 Jahren nach einer Alkohol-
 entwöhnungsbehandlung abstinent gebliebenen Personen²⁹.

8.2.2 Rückfallprävention

Es gilt, sich nun auf diese Rückfälle einzustellen, in dem bereits während des stationären bzw. teilstationären Aufenthaltes das Rückfallthema enttabuisiert in einem gezielten Rückfallprogramm auf verschiedene Gefährdungssituationen hingewiesen wird und konkrete Möglichkeiten zur Rückfallvermeidung besprochen werden. Die unten aufgeführte Aufzeichnung verdeutlicht, dass ca. 2/3 aller Rückfallbedingungen in intrapersonalen Einflussfaktoren zu sehen sind und die interpersonalen Einflussfaktoren weit weniger von Bedeutung sind. Hier muss im teilstationären Setting auf die individuellen Einflussfaktoren eingegangen und gemeinsam nach Lösungsmodellen gesucht werden.

Körkel gibt folgende Empfehlungen zu Vorbeugung und Umgang mit Rückfällen:

- Offensiver Umgang mit den Alkoholproblemen
- Überdenken des eigenen Rückfallverständnisses
- Vernetzung im Suchthilfesystem
- Kontinuität des Kontaktes
- Prophylaktische Thematisierung des erneuten Alkoholkonsums
- Bedachter Umgang mit dem Thema Alkoholverlangen („craving“)
- Bedachtes Vorgehen nach Eintritt von Ausrutschern/ Rückfällen
- Vermeidung von Behandlungsabbrüchen
- Einbeziehung des sozialen Umfeldes

Rückfallbedingungen gemäß verschiedenen internationalen Befragungsstudien (Angaben in %)³⁰.

	Marlatt (1979)	Chaney u. Mitarb. (1978)	Kivlahan u. Mitarb. (1983)	Sandahl (1984)	Scholz (1983)	Schindler (1993)
Intrapersonale Einflussfaktoren:	61	58,5	75	50	92	67,5
- unangenehme Gefühlszustände (z.B. Ängste, Depressivität, Ärger, Enttäuschungen, Kränkungen)	38	43	43	40	50	42,5
- unangenehme körperliche Zustände (z.B. Schlaflosigkeit, Schmerzen)	3	–	15	2	7	2,5
- angenehme Gefühlszustände (z.B. Zufriedenheit, Stolz, Freude)	0	–	17	2	4	5
- Austesten der eigenen Kontroll- möglichkeiten	9	15,5 (= Summe aus beiden Punkten)	–	2	28	12,5
- eigener Drang und Versuchungen	11	–	–	4	3	5
Interpersonale Einflussfaktoren:	38	32,5	26	50	9	32,5
- zwischenmenschliche Konflikte (z.B. Streit, Spannungen)	18	15,5	20	31	5	17,5
-Zusammensein mit Alkoholkonsu- menten und Aufforderung zum Mittrinken	18	17	6	17	3	15
-angenehme Gefühlszustände im Zusammensein mit anderen (z.B. während einer Musik- oder Sportveranstaltung)	3	–	–	2	1	0

8.2.3 Rückfall während einer therapeutischen Maßnahme

Ein Rückfall während einer therapeutischen Behandlungsmaßnahme verdeutlicht, dass die Selbstkontrollfähigkeiten der Patientin nicht ausreichen, sondern dass sie einen Ausweg in die Sucht wählte. Es ist damit ein Hinweis, dass im therapeutischen Prozess nicht genügend neue Verhaltensweisen eingeübt werden konnten, welche sich in der aktuellen Situation als tragfähig erwiesen. Es ist aufgrund der Vorerfahrungen nur zu verständlich, dass die Patientinnen versuchen - mit denen ihnen vertrauten Abwehrmechanismen -, den Rückfall zu bagatellisieren, zu verheimlichen oder herunterzuspielen. Oft entsteht schon aus dem Scheitern ein Gefühl der Minderwertigkeit und Schuld. Es muss nun innerhalb des therapeutischen Settings eine Möglichkeit gegeben werden, sich mit diesen sehr destruktiven Gefühlen auseinanderzusetzen. Aus diesem Grunde kann ein Rückfall nicht zu einer automatischen Beendigung des Therapievertrages führen, sondern es gilt diesen im therapeutischen Prozess zu nutzen. Wenn die Bereitschaft und das Interesse für eine Weiterbehandlung der Therapie erkennbar sind, verbleibt die Patientin in stationärer Behandlung.

Es gilt zunächst eine medizinische Versorgung/-Abklärung vorzunehmen. Der Arzt entscheidet über die Weiter-

behandlungsmöglichkeiten. Es gilt zu klären, inwieweit aus medizinischer Sicht eine Weiterbehandlung möglich ist oder ob sie unterbrochen werden muss (Entgiftung). In der Phase der Intoxikation erfolgt keine therapeutische Zuwendung. Erst wenn der Patient die akute Krisensituation überwunden hat, wird ihm die Möglichkeit gegeben über seine Erfahrungen zu sprechen. In einem anschließenden gemeinsamen Gespräch mit dem Einzeltherapeuten (Bezugstherapeuten), dem Psychologen und dem Arzt wird gemeinsam über die Fortsetzung der Maßnahme entschieden. Sollte der Rückfall gegen Ende der Therapie erfolgen, ist zu prüfen, ob es sinnvoll ist, die Maßnahme zu verlängern und/oder die Patientin, nach entsprechender Vorbereitung, erneut mit der Risikosituation zu konfrontieren. Sie kann dann neue Erfahrungen sammeln und ihre Abstinenzsicherheit wieder erhöhen. Das Rückfallgeschehen und die therapeutische Bearbeitung werden in den Berichten dokumentiert. Sollte im Rahmen des Rückfallgesprächs die Fortsetzung der Maßnahme befürwortet werden, wird eine „Rückfallvereinbarung“ mit der Rehabilitandin besprochen und schriftlich festgehalten. Diese beinhaltet u.a. eine „Probezeitvereinbarung“ von 2 Wochen. Nach dieser Zeit findet ein erneutes gemeinsames Gespräch statt, in dem abschließend besprochen wird, ob die Therapie fortgesetzt wird.

Literaturverzeichnis

Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.): Innovative Behandlungsstrategien bei Alkoholproblemen, Lambertus, 1997

Berglund, M. et al. (Hrsg.): Treating alcohol und drug abuse. An evidence-based review, Wiley: London, 2003

Burtscheidt, Wilhelm: Integrative Verhaltenstherapie bei Alkoholabhängigkeit, Springer, 2001

Elesser, Karin & Sartory, Gudrun: Medikamentenabhängigkeit, Hogrefe, 2001

Fachverband Sucht: Rehabilitation Suchtkranker - mehr als Psychotherapie, Neuland 2001

Fachverband Sucht: Perspektiven für Suchtkranke, Teilhabe fördern – fordern – sichern, Neuland, 2005

Feuerlein, Wilhelm, Küfner Heinrich & Soyka, Michael: Alkoholismus - Missbrauch und Abhängigkeit, Thieme, 1998

Fuchs, Peter: Ergotherapie im Suchtbereich, modernes lernen, 2000

Fullilove, M. T., Fullilove, R. E., Smith, M., Winkler, K., Michael, C., Panzer, P. G. & Wallace, R. (1993)... Violence, trauma and post-traumatic stress disorder among women drug users, Journal of Traumatic Stress, 6 (4), 533-543.

Funke, W. und Scheller, R.: Differentielle Indikation und Sucht: Einflüsse des Geschlechts auf die Alkoholentwöhnungsbehandlung. Abhängigkeiten: Forschung und Praxis der Prävention und Behandlung, 10 (3), S. 63 – 77, 2004

Fürchtenschnieder, I & Petry, J.: Glücksspielsucht, München, 1998

Gouzoulis-Mayfrank, Euphrosyne: Komorbidität, Psychose und Sucht, Steinkopff, 2003

Heide, Martin (Hrsg.): Wenn ich erst wieder Arbeit habe ..., Neuland 2001

Heigl-Evers, Heigl, Ott: Lehrbuch der Psychotherapie, Fischer 1993

Hoffmann, S. , Hochapfel, G. u.a.:Neurotische Störungen und Psychosomatische Medizin, Schattauer, 2004

Jahrreis, R., Schuhler, P.: Alkohol- und Medikamentenmissbrauch psychosomatisch Kranker, 1996

Kanfer, Frederick H.: Selbstmanagement-Therapie, Springer, 2000

Kemmner, C., Klein, M., Zemlin, U. (2004). Gewalterfahrungen bei Patientinnen und Patienten einer Fachklinik für Alkoholabhängige: Ergebnisse einer Prävalenzerhebung und Konsequenzen für das Behandlungsprogramm. Suchttherapie, 5, 124-131.

Körkel, Joachim: Praxis der Rückfallbehandlung, Blaukreuz, 1998

Körkel, Joachim: Rückfall muß keine Katastrophe sein, Blaukreuz, 2001

Körkel, Joachim: Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen, Springer, 2003

Kofoed, L., Friedmann, M. J. & Peck, R. (1993). Alcoholism and drug abuse in inpatients with PTSD. Psychiatric Quarterly, 64, 151-171.

Krausz, Michael & Haasen, Christian (Hrsg.): Kompendium Sucht, Thieme, 2004

Krausz, M. & Briken, P. (2002). Sexueller Missbrauch bei opiatabhängigen Frauen in Relation zu biografischen Faktoren, Suchtentwicklung und psychischer Symptomatik. Suchttherapie, 3, 178-183.

Kutscher, S., Hayatghebi, S., et al. (2002). Traumatische Lebensereignisse und posttraumatische Belastungsstörungen bei alkoholabhängigen Patienten. Nervenarzt, Suppl. 1, 200-201.

Lindenmeyer, Johannes: Alkoholabhängigkeit, Hogrefe, 1999

- Löcherbach, Peter u.a. (Hrsg.): Case Management, Luchterhand, 2003
- Mayer, Gerhard & Bachmann, Meinolf: Spielsucht, Springer, 2005
- Mentzos, Stavros und Münch, Alois (Hrsg.): Psychose und Sucht, Vandenhoeck und Rupprecht, 2003
- Miller, William R., Rollnick, St.: Motivierende Gesprächsführung, Lambertus, 1999
- Neumann, E., Martens, M. S. & Buth, S. (2004). Ambulante Suchthilfe in Hamburg. Statusbericht der Hamburger Basisdatendokumentation. BADO e. V. (Hrsg.) Hamburg, Kreuzfeldt.
- Petry, J.: Psychotherapie des Glücksspiel, Weinheim, 1996
- Quimette, P. C., Finney, J. W. & Moos, R. H. (1999). Two-year post treatment functioning and coping of substance abuse patients with posttraumatic stress disorder. *Psychology of Addictive Behaviors*, 13, 105-114.
- Root, M. P. (1989). Treatment failures: The role of sexual victimization in women's addictive behaviour. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59, 542-549.
- Rost, Wolf-Detlef: Psychoanalyse des Alkoholismus, Klett, 1990
- Ruegg, Johann Caspar: Psychosomatik, Psychotherapie und Gehirn, Schattauer, 2003
- Schäfer, I. & Najavits, L. M. (2007), Clinical challenges in the treatment of patients with PTSD and substance abuse. *Current Opinion in Psychiatry*, 20, 614-618.
- Schäfer, I., Reininghaus, U., Langeland, W., Voss, A., Zieger, N., Haasen, C. & Karow, A. (2007), Dissociative symptoms in alcohol dependent patients: Associations with childhood trauma and substance abuse characteristics. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 539-545.
- Soyka, M. & Möller, H. J. (Hrsg.): Alkoholismus als psychische Störung, Springer, 1997
- Süß, Heinz-Martin: Evalution von Alkoholismustherapie, Huber, 1988
- Thomasius, Rainer: Psychotherapie der Suchterkrankungen, Thieme 2000
- Tretter, Felix: Suchtmedizin, Schattauer, 2000
- Tretter, Felix & Müller, Angelica (Hrsg.): Psychologische Therapie der Sucht, Hogrefe, 2001
- Walitzer, K.S. Connors, G. J., Gender und treatment of alcohol-related problems. In: Wilsnack, R. W., Wilsnack, S. C. (eds) *Gender and alcohol: Individual und social perspectives*. New Brunswick: Rutger Center of Alcohol Studies, 1997
- Zenker, C., Bammann, K. & Jahn, I. (2002), Ursachen und Differenzierung der Abhängigkeitserkrankungen bei Frauen. *Sucht aktuell*, 2, 15-20.

Für Ihre Notizen

[illegible]

[illegible]



Fachklinik
Haus
Immanuel
Hutschdorf



Fachklinik Haus Immanuel
Hutschdorf 46
95349 Thurnau-Hutschdorf
www.haus-immanuel.de

Tel. 09228 99 68 - 0
Fax 09228 99 68 - 99
info@haus-immanuel.de



DGD-Kliniken
**Mehrs
Medizin**