



**Therapeutisches Konzept
einer
Fachklinik für Jugendliche
und junge Erwachsene
mit einer Abhängigkeitserkrankung**

**Dr. med. Andreas Bolgien
Leitender Arzt
Facharzt für Psychiatrie**

Sotterhausen, September 2009

Inhaltsverzeichnis

1. Die Klinik	3
2. Das Team	3
3. Anerkennung	3
4. Zielgruppe	4
4.1 Kontraindikation.....	4
5. Rahmenbedingungen	5
5.1 Aufnahmevoraussetzung.....	5
6. Theoretische Grundlagen	6
6.1 Rehabilitation.....	6
6.2 Menschenbild/Suchtverständnis.....	6
6.3 Therapeutischer Ansatz	7
6.4 Co-Abhängigkeit.....	9
7. Die Therapie	9
7.1 Vorbereitung/Aufnahme/Diagnostik.....	9
7.2 Therapieziele	10
7.3 Das therapeutische Angebot.....	10
7.3.1 Aufnahmegruppe.....	11
7.3.2 Bezugsgruppensystem.....	11
7.3.3 Ergotherapie.....	12
7.3.4 Arbeitstherapie	12
7.3.5 Mannschaftssport.....	12
7.3.6 Freizeitgruppen	13
7.3.7 Angehörigenarbeit.....	13
7.3.8 Sozialdienst.....	13
7.4 Weiteres therapeutisches Angebot/Indikationsgruppen	13
7.4.1 Frauengruppe.....	14
7.4.2 Männergruppe.....	14
7.4.3 Therapeutisches Laufen.....	15
7.4.4 Soziale Kompetenz	15
7.4.5 Rückfallprophylaxe.....	15
7.4.6 Psychoedukation.....	15
7.4.7 Entspannungsverfahren	15
7.4.8 Verantwortliche Gemeinschaft	16
8. Weitere Rahmenbedingungen	16
8.1 Ausgangs- und Kontaktregelung	16
8.2 Entlassungsvorbereitung.....	17
8.3 Krisenmanagement	17
9. Notfallmanagement	18
10. Öffentlichkeitsarbeit	18
11. Qualitätsmanagement	18
12. Literatur	20

1. Die Klinik

Die Klinik versteht sich als Rehabilitationsklinik in privater Trägerschaft und liegt eingebettet in den Strukturen des Dorfes Sotterhausen, einer kleinen Gemeinde in der Nähe von Sangerhausen im Kreis Mansfeld-Südharz. Sie hat ihren Standort in einem alten Gehöft auf dem durch Restauration und Anbau, Räumlichkeiten geschaffen worden, die dem jetzigen Nutzungszweck entsprechen und gleichzeitig durch einen großen sonnigen Innenhof Geborgenheit geben.

Für die Patienten stehen 35 Betten zur Verfügung. Die Unterbringung erfolgt in 16 Doppelzimmern und 3 Einzelzimmern, verteilt auf 2 Etagen. Jedes Zimmer verfügt über einen eigenen Sanitärbereich. Es finden sich neben Therapie-, Verwaltungs- und Büroräumen eine eigene Sporthalle, Räume für die Ergotherapie sowie eine Küche mit Speisesaal. Weiterhin ist die Nutzung von Fuß- und Volleyballplatz der Gemeinde sowie der Zweifelderhalle im benachbarten Riestedt möglich.

Die Klinik ist mit öffentlichen und privaten Verkehrsmitteln gut erreichbar, mit der Bahn kann bis Sangerhausen oder Riestedt gefahren werden. Magdeburg, Halle, Erfurt und Nordhausen sind durch regelmäßigen Zugverkehr an Sangerhausen angebunden. Von Sangerhausen verkehren Busse nach Sotterhausen. Klinikeigene Fahrzeuge schaffen höhere Flexibilität, ermöglichen z. B. auch die Abholung von Patienten vom Bahnhof Sangerhausen oder Riestedt.

Die Umgebung des Mittelgebirges Harz und des Kyffhäusers bietet ein reizvolles Ambiente, in dem unsere Patienten in ihrer Freizeit natürliche und bauliche Attraktionen besuchen können. Dazu stehen ihnen auch klinikeigene Fahrräder zur Verfügung.

2. Das Team

Zu dem interdisziplinären Team des Therapiehofes Sotterhausen gehören ein Facharzt für Psychiatrie, ein leitender Sozialpädagoge, zwei Diplompsychologen, vier Sozialpädagogen/Suchttherapeuten, zwei Ergo-/Arbeitstherapeuten, ein Sporttherapeut, vier examinierte Krankenschwestern sowie Mitarbeiter in den Bereichen Verwaltung, Küche, Hauswirtschaft und Technik. Darüber hinaus werden Honorarkräfte und Praktikanten beschäftigt.

Die Mitarbeiter verfügen über langjährige Erfahrung in der Suchttherapie sowie über therapeutische Zusatzqualifizierungen. Es findet regelmäßig externe Supervision statt. Die Mitarbeiter nehmen kontinuierlich an Weiterbildungen und Qualifizierungsangeboten teil.

Eine Weiterbildungsermächtigung für ein halbes Jahr Psychiatrie liegt seitens des leitenden Arztes vor.

3. Anerkennung

Die Deutsche Rentenversicherung Bund ist der federführende Leistungsträger. Hauptbeleger ist die DRV Mitteldeutschland. Die Patienten kommen vorwiegend aus Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen, zu einem kleineren Teil auch aus Berlin und Bayern. Die Kosten werden von Rentenversicherungsträgern, Krankenkassen und den Trägern der Sozialhilfe übernommen.

Der Therapiehof Sotterhausen ist vom Sozial- und Gesundheitsministerium des Landes Sachsen-Anhalt im Sinne der § 35/36 BtMG staatlich anerkannt.

4. Zielgruppe

Der Einfachheit und der besseren Lesbarkeit halber erlauben wir uns hier nur von Patienten zu sprechen, auch wenn jeweils Patienten und Patientinnen gemeint sind.

Die Indikation für eine stationäre Therapie in unserer Einrichtung ist:

- Drogenabhängigkeit jeglicher Art (F11 – F16 sowie F18 und F19)
- Alkoholismus (F10)
- Altersgruppe zwischen 15 Jahren und 27 Jahren

Aufgenommen werden auch Patienten, bei denen gleichzeitig vorliegen:

- Zustand nach drogeninduzierten, psychotischen Störungen (F1x.5)
- neurotische Störung und Persönlichkeitsstörung (F6x)
- Essstörungen (F5x)
- Verhaltensstörungen, Entwicklungsstörungen (F9x)
- emotionale Störungen (F3x)

Aufgenommen werden können auch Betroffene mit einer gerichtlichen Auflage zur Therapie nach §35/36 BtMG, mit Bewährungsaufgabe oder mit Auflagen durch das Familiengericht oder Arbeitsamt.

4.1 Kontraindikation

Nicht aufgenommen werden Betroffene, die neben der Sucht gleichzeitig an einer schweren körperlichen, geistigen oder seelischen Erkrankung leiden, die die Rehabilitationsfähigkeit beeinträchtigt. Hier sind in erster Linie zu nennen:

- schwere geistige Behinderung
- akute Suizidalität
- akute Psychose
- akute somatische Erkrankung oder schwere körperliche Behinderungen.

Sollte bei dem Vorliegen von akuten Erkrankungen trotzdem Bedarf für eine Entwöhnungsbehandlung bestehen, kann bereits während der Phase der akuten Erkrankung mit uns Kontakt aufgenommen werden und eine Entwöhnungsbehandlung nach Abklingen der akuten Erkrankung vorbereitet werden. Bei Vorliegen von Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis (F2x) ohne unmittelbaren Zusammenhang mit der Drogeneinnahme und nach Abklingen der akuten Phase kann in Einzelfällen und nach Vorgespräch mit dem leitenden Arzt eine Aufnahme in unserer Klinik stattfinden.

Nicht aufgenommen werden nicht entgiftete Patienten, Patienten mit noch bestehender körperlicher Entzugssymptomatik oder noch bestehender Substitution.

5. Rahmenbedingungen

Die Behandlungsdauer beträgt bei Drogenabhängigkeit 6 Monate, bei Alkoholismus 3 Monate, wobei im Einzelfall eine Verlängerung um je einen Monat beantragt werden kann. In vielen Fällen halten wir eine dreimonatige Phase II der medizinischen Rehabilitation als eine sogenannte Adaption für ratsam. Hierfür halten wir enge Kontakte zu entsprechenden Einrichtungen in Magdeburg, Erfurt, Weimar, Leipzig, Moritzburg, Berlin, Neustadt und Göttingen. Alternativ ist eine Vermittlung in ein betreutes Wohnen, eine betreute Wohngemeinschaft oder aber in die ambulante Nachsorge durch die Suchtberatung möglich.

Kinder können nicht mit aufgenommen werden. Die Mitnahme von Haustieren ist nicht gestattet.

5.1 Aufnahmevoraussetzung

Eine Aufnahme ist nur in entgiftetem Zustand möglich. Der Nachweis dazu wird vor Ort am Aufnahmetag mittels eines Urintests erbracht. Eine etwaige körperliche Entzugssymptomatik sollte abgeklungen sein, insbesondere wenn Klienten ohne vorherige stationäre Entgiftung zur Aufnahme kommen, da die Betroffenen vom ersten Tag an in das Behandlungsprogramm integriert werden.

Eine weitere Voraussetzung für eine Aufnahme ist eine ausreichende Motivation, die im Vorgespräch vor Ort, also auf dem Therapiehof Sotterhausen, geklärt wird. Am Tag des Vorgesprächs erhält der Betroffene zudem eine Führung durch die Klinik. Diese wird durch einen Patienten unserer Einrichtung vorgenommen, so dass der Betroffene sich möglichst umfassend über die Einrichtung und die Entwöhnungsbehandlung informieren kann. In Ausnahmefällen, insbesondere bei vorliegender Inhaftierung, bieten wir an, Vorgespräche in der jeweiligen Haftanstalt durch die Aufnahmetherapeuten zu führen.

Weiterhin werden benötigt:

1. die schriftliche Kostenzusage von einem zuständigen Leistungs- und Kostenträger
2. bei Aufnahme nach § 35/36 BtMG aktuelles Urteil mit Urteilsbegründung (bei noch laufendem Verfahren Anklageschrift ggf. auch frühere Gutachten nach §20/21, 64 StGB)
3. ein Bewerbungsschreiben aus dem die Therapiemotivation und die momentane Lebenssituation hervorgehen
4. ein handgeschriebener Lebenslauf mit allen wichtigen Daten aus der Herkunftsfamilie, Schul-, Ausbildung und Erwerbszeit sowie der Darstellung des Suchtverlaufes
5. Sozialbericht einer Beratungsstelle/Klinik
6. Arztbericht
7. geklärte Therapienebenkosten
8. gültige Versicherungskarte der Krankenkasse

Durch die Möglichkeit des „Nahtlosigkeitsverfahrens“ der DRV Mitteldeutschland ist eine sofortige Aufnahme von Patienten aus der Entgiftungseinrichtung möglich.

6. Theoretische Grundlagen

6.1 Rehabilitation

Rehabilitation heißt Wiederherstellung und Wiedereingliederung. Die Rehabilitationsbehandlung, hier also die Entwöhnungsbehandlung, hilft Menschen mit chronischen Krankheiten oder Behinderungen ihre Krankheit und deren Auswirkung zu bewältigen bzw. mit ihnen leben zu lernen. Mithilfe der Rehabilitationsmaßnahme soll die Leistungsfähigkeit wiederhergestellt bzw. verbessert werden und so dem Verlust der Erwerbsfähigkeit vorgebeugt werden. Die Betroffenen sollen in die Lage versetzt werden, möglichst selbständig am normalen Leben in Familie, Beruf und Gesellschaft teilzunehmen. Das Individuum, seine Funktionsfähigkeit im privaten Alltag, seine berufliche Leistungsfähigkeit und nicht zuletzt seine Lebensqualität stehen somit im Mittelpunkt unserer rehabilitativen Bemühungen.

Rehabilitation stellt in unserer Sicht primär Hilfe zur Selbsthilfe dar. Vom Patienten wird erwartet, dass er sich unter therapeutischer Anleitung intensiv mit sich und seiner Erkrankung und deren möglicher Bewältigung und den Grenzen derselben auseinandersetzt. Mit der Aufnahme in unserer Klinik, und insbesondere mit Unterschrift des Therapievertrages bekundet der Betreffende, dass er nicht nur sein Recht auf Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch nehmen möchte, sondern auch bereit ist, seiner Verpflichtung zu aktiver Mitarbeit nachzukommen. Diese, im Sozialgesetzbuch verankerte Mitwirkungspflicht, ist in unserer Klinik eine der grundlegenden Leitlinien der gemeinsamen Arbeit. Sie wird durch den zur Bewältigung der Suchterkrankungen wesentlichen Gedanken der Selbsthilfe gestützt.

Rehabilitation in unserer Einrichtung ist an besondere Voraussetzungen gebunden, insofern als viele unserer Patienten zuvor nie (im Erwerbsleben) eingegliedert waren und bereits im Laufe der Schulzeit in die Randbezirke der Gesellschaft gestoßen sind. Die Rehabilitation stellt hier dann, wenn sie gelingt, unter beruflichen Aspekten nicht eine *Wieder-*Eingliederung, sondern die erste gesellschaftliche Eingliederung dar.

6.2 Menschenbild/Suchtverständnis

Wir verstehen den Menschen als ganzheitliches, selbst verantwortliches Wesen mit seinem eigenen Körper, seinem eigenen Geist, seiner eigenen Seele. Hierzu gehören in unseren Augen auch die jeweils eigenen Glaubenssätze sowie die jeweils eigenen zwischenmenschlichen Beziehungen, in denen der Einzelne sich bewegt. Dahingegen führt die Sucht oftmals zwangsläufig in eine zunehmende Isolation und Verzweiflung, zu einem Verlust von Beziehungen, Vertrauen und Hoffnung. Wir verstehen insofern unsere Suchtarbeit zu großen Teilen als Beziehungsarbeit.

Sucht ist aus unserer Sicht eine den gesamten Menschen erfassende Erkrankung im körperlichen, psychischen und sozialen Bereich, also im Sinne eines multikonditionalen psycho-physiologisch-sozialen Bedingungsgefüges (WHO 1982). Von der Krankheit erfasst wird insbesondere auch das nähere und weitere soziale Umfeld der Betroffenen, also Ursprungs- und eigene Familie, Arbeitsplatz, Freundeskreis.

Der in der Gesellschaft verbreiteten Sichtweise von Sucht als Willensschwäche oder moralischem Mangel arbeiten wir aktiv entgegen. Der Konsum von Suchtmitteln ist in unseren Augen oftmals eine zum Überleben wichtige Verhaltensstrategie, die sich in einer Zeit entwickelt hat, in der keine anderen Strategien für den Betreffenden erkennbar waren. Hieraus hat sich dann eine lebensbedrohliche Erkrankung entwickelt und verselbständigt. Dabei hat diese Erkrankung in fortgeschrittenen Entwicklungsstadien von dem Menschen mit seinen Einstellungen, Denkweisen, Vorstellungen von sich und der Welt und seinen zwischenmenschlichen Beziehungen zunehmend Besitz ergriffen.

Dabei versuchen wir hier in erster Linie nicht darauf zu fokussieren, wo der Betroffene herkommt, sondern darauf, wohin er geht, wohin er möchte und wie wir ihn auf diesem jeweils eigenen Weg unterstützen können. Das heißt keineswegs, dass wir bei unserer Arbeit den biographischen und sozialen Hintergrund aus den Augen verlieren. Vielmehr ist die Kenntnis derselben erforderlich um die Erlebnis- und Verhaltensweisen der Betroffenen verstehen und nachvollziehen zu können. Wir halten es allerdings für den Rehabilitationsprozess für ganz entscheidend, den Patienten eine lösungsorientierte Sicht- und Lebensweise zu vermitteln, damit die Abwendung von einer fatalistischen und den positiven Reha-Verlauf störenden Opferhaltung gelingt. Wir sehen uns dabei nicht in Widerspruch zum internationalen Verständnis von Abhängigkeiten nach der ICD 10 bzw. des DSM 4 mit allen gegebenen Kriterien und grenzen Abhängigkeit klar von Missbrauch ab. Wir gehen jedoch davon aus, dass das alleinige Vorliegen eines pathologischen Missbrauchs in der Regel nicht zu der Inanspruchnahme einer stationären Entwöhnungsbehandlung führt und üblicherweise auch unter Zuhilfenahme von ambulanten Versorgungseinrichtungen bewältigt werden kann.

Weiter möchten wir in diesem Zusammenhang darauf hinweisen, dass Sucht auch nicht ohne das Vorliegen von genetischen Faktoren oder sozialen Risikokonstellationen verstanden werden kann. Dabei kommt naturgemäß den genetischen Faktoren, entsprechend ihrer Unabänderlichkeit, innerhalb der Behandlung eine untergeordnete Rolle zu. Dahingegen werden Risikokonstellationen im sozialen Umfeld regelhaft im Laufe der Therapie thematisiert.

Sucht ist nach unseren Erfahrungen oft und grundlegend mit niedrigem und unbeständig schwankendem Selbstwertgefühl verbunden, das die Betroffenen auf die Bestätigung von außen und durch äußere Dinge angewiesen macht. Hieraus ergeben sich erste therapeutische Implikationen, um den Teufelskreis der Selbstzerstörung zu durchbrechen.

6.3 Therapeutischer Ansatz

Wir halten den respektvollen, würdigen, wertschätzenden Umgang mit den Betroffenen, zwar abhängigkeitskranken Menschen, aber frei bestimmten Personen für einen wesentlichen, vielleicht sogar wichtigsten Bestandteil unserer Therapie. Diese Haltung erscheint uns insbesondere im Umgang mit (jungen) Suchtkranken von Bedeutung, weil

- im landläufigen Verständnis weiterhin Sucht mit Schwäche verbunden wird,
- Sucht oft zu erniedrigenden, stigmatisierten Existenzformen am Rande der Gesellschaft führt,
- sich hier ein Circulus vitiosus etabliert und oft bereits verfestigt hat,
- der Suchtkranke sich oft in dem Dilemma von Abhängigkeit, nämlich vom Suchtmittel, und innerer Unabhängigkeit erlebt,
- insbesondere jugendliche Suchtkranke durch die teils kaum abgeschlossene Pubertät in noch größerem Ausmaß von dem durch die biologischen Vorgänge bedingten Autonomiestreben beherrscht werden und
- gleichzeitig das Erwachsenwerden, also die Übernahme von Verantwortung und Verpflichtung von Angst besetzt ist und gemieden wird, ohne dass aber Angst, weil speziell für junge Männer tabuisiert, eingestanden werden kann.

Vor diesem Hintergrund arbeiten wir mit einem elektiven pragmatischen Therapieansatz, legen dabei, unabhängig von der jeweiligen therapeutischen Schule, sehr hohen Wert auf die

Authentizität des einzelnen Therapeuten. Diese Authentizität halten wir neben der wissenschaftlich nachgewiesenen Relevanz von Vorbildfunktion insofern von besonderer Bedeutung, als gerade bei Sucht Fassadenaufbau, Verheimlichungstendenzen und daraus folgender Isolation wesentliche Bestandteile der krankhaften Dynamik sind.

So kommen insbesondere neben verhaltenstherapeutischen Überlegungen auch Modelle des Psychodramas (Wöhrle 1994), der Psychoanalyse (Heigl-Evers 1991, Rost 1994, Lang 2004), der humanistischen Psychologie, der systemischen Therapie (Guntern 1980) und der integrativen Therapie (Funk 1994) zur Geltung. Die Methoden der Tiefenpsychologie werden vorrangig im Verständnis und in der Bearbeitung der Lebensgeschichte eingesetzt. Den Patienten soll die Möglichkeit zum Verständnis ihrer individuellen Abhängigkeitsentwicklung aus der individuellen Psychodynamik heraus gegeben werden. Die Methoden der Verhaltenstherapie werden eingesetzt, um alternative Bewältigungsstrategien zum Suchtmittelkonsum zu erarbeiten, auszuprobieren und einzuüben.

Unsere professionellen Aufgaben sehen wir darin, stabile Rahmen und Strukturen vorzuhalten, in denen die Patienten individuelle Veränderungen initiieren können. Dazu gehört auch die Einbeziehung des engeren und weiteren Umfeldes der Patienten, also insbesondere ihre Angehörigen. Wir orientieren uns an der Förderung und Aktivierung der Fähigkeiten, Ressourcen und Möglichkeiten unserer Patienten. Versuchen unsere Patienten in ihrer gesamten Persönlichkeit zu verstehen und bringen ihnen Interesse, Aufmerksamkeit, Respekt und Akzeptanz entgegen.

Im Verlauf einer Abhängigkeitsentwicklung hat der Betroffene definitionsgemäß (ICD 10) die Fähigkeit zu einem kontrollierten Umgang mit dem Suchtmittel verloren. Dabei schließt nach unserer Auffassung der Kontrollverlust bezüglich eines Suchtmittels auch den der jeweils anderen, wenn gleich früher nicht gebrauchten Suchtmittel, mit ein. Aus diesem Grunde ist ein Abstinenzvorschlag unabdingbar. Damit dies verständlich wird, legen wir zu Beginn der Behandlung großen Wert auf die Auseinandersetzung mit der Abhängigkeit und ihren Folgen. Der Betroffene sollte hier Funktion und Wirkung der jeweiligen Suchtmittel, wie auch Funktion und Wirkung, unabhängig von der Art des Suchtmittels und den damit verbundenen Verhaltensweisen kennen lernen. Erst wenn er auf diese Weise seine eigene Abhängigkeit erkannt hat, kann er hiervon ausgehend eine gewisse Krankheitseinsicht entwickeln und sich in einem nächsten Schritt für den Abschied vom Suchtmittel entscheiden. Hieraus folgt gemein hin die Erkenntnis, dass es mit dem Unterlassen des Konsums nicht getan ist, sondern weitreichende Änderungen des Lebensstiles erforderlich sind. Als hier dritten und entscheidenden Schritt sehen wir dann die Entwicklung von Krankheitsakzeptanz, also der Akzeptanz eines Lebens mit einer chronischen Erkrankung.

Wir verstehen die Abhängigkeitserkrankung vor dem Hintergrund eines bio-psycho-sozialen Bedingungsmodells. In Abhängigkeit von individueller Indikation werden alle drei Aspekte dieses Krankheitsmodells bearbeitet: neben der intensiven Psychotherapie werden sämtliche körperlichen Begleiterkrankungen fachgerecht diagnostiziert und behandelt. Die sozialen Probleme werden von geschulten Sozialarbeitern/Sozialpädagogen der Klinik thematisiert, wobei der Betroffene mit Hilfe eines individuellen Handlungsplanes dazu befähigt werden soll, seine sozialen Probleme soweit wie möglich selbständig im Verlauf der Therapie zu klären.

Das Umsetzen dieser Ziele erfordert häufig eine mehr oder weniger tiefgreifende Änderung des Lebensstiles. Wir halten hierfür die eigenverantwortliche Mitarbeit der Betroffenen unabdingbar. Am Ende einer gelungenen Entwöhnungsbehandlung sollte der Patient Spezialist seiner eigenen Erkrankung und der hierfür notwendigen Bewältigungsstrategien sein.

Für die Bewältigung dieses Prozesses benötigen die Betroffenen den besonderen Rahmen eines suchtmittelfreien Schutzraumes wie ihn eine stationäre Entwöhnungsbehandlung

bieten kann. Zur Aufrechterhaltung dieses Schutzraumes werden in der Klinik sowohl bei Verdacht als auch nach dem Zufallsprinzip engmaschige Kontrollen auf Alkohol- und Drogenfreiheit durchgeführt (Atemluftkontrollen, Urinkontrollen, Zimmer- und Sachenkontrollen).

6.4 Co-Abhängigkeit

Unter Co-Abhängigkeit verstehen wir ein Verhalten der Umgebung, insbesondere der näheren Angehörigen, das den Süchtigen scheinbar schützt und das süchtige Verhalten (vergeblich) zu kontrollieren versucht, letztlich aber aus eigenen Ängsten heraus gespeist wird und dabei das süchtige Verhalten aufrecht erhält. Wir halten hier die regelmäßigen Angehörigenseminare zur Aufklärung der Angehörigen für einen unverzichtbaren Bestandteil der Therapie. Weiterhin setzen wir bei unseren Patienten die Bereitschaft voraus, Angehörigengespräche in der Klinik zu führen, in denen wesentliche Themen wie z. B. ihr Stand in der Familie, die Rolle des Suchtmittels in der Familie oder aber eine neue Positionierung des Betroffenen geklärt werden können.

7. Die Therapie

7.1 Vorbereitung/Aufnahme/Diagnostik

Zur Aufnahme/Diagnostik gehören neben der körperlichen und apparativen (EKG) Untersuchung, Laboruntersuchung wie auch die psychiatrische und psychologische Anamnese, die Sozialanamnese sowie psychologische Testverfahren (BSI, d-2, Raven, HEISA). Bei entsprechender Indikationsstellung werden auch weitere Testverfahren (DCS und andere) durchgeführt.

Weiter bieten wir bei entsprechender Zugehörigkeit zur Risikogruppe allen Patienten drei Monate nach der Aufnahme eine Untersuchung auf Hepatitis B, C und HIV, sowie eine entsprechende individuelle Beratung in einer kooperierenden Fachpraxis an. Mit einer allgemeinmedizinischen sowie einer gynäkologischen Praxis im nahen Umfeld sind Kooperationsverträge zur Versorgung intermittierender Leiden geschlossen.

Die ärztliche Versorgung findet im Rahmen einer wöchentlichen psychiatrischen Einzel-Visite und regelmäßiger Sprechstunden statt.

Mit der operationalisierten, psychodynamischen Diagnostik (OPD 2) als diagnostischem Instrument versuchen wir die Therapieplanung und Evaluierung zu standardisieren. Die 5 Achsen der OPD, also die Erfassung des Krankheitserlebens und der Behandlungsvoraussetzung, der Beziehungsfähigkeit, der Konfliktfähigkeit, der strukturellen Entwicklung der Persönlichkeit und der psychischen und psychosomatischen Störung ermöglichen es auch Therapeuten unterschiedlicher Fachrichtung und Schule, zu präzisieren und vor allem gemeinsamen Aussagen zu kommen über das Organisationsniveau der psychischen Struktur, aber auch der Integration des Patienten. Zudem unterziehen wir uns durch Anwendung des OPD einer internen Qualitätskontrolle.

Davon ausgehend, dass ein Großteil unserer Patienten sehr wenig oder auch keine Erfahrungen im Berufsleben gemacht hat, stellt Arbeitstherapie ein wichtiger Bestandteil unseres therapeutischen Programms dar. Zur Standardisierung der diesbezüglichen diagnostischen Aussagen nutzen wir das „Lübecker Fähigkeitsprofil“ als Instrument.

7.2 Therapieziele

Ziele der medizinischen Rehabilitation sind unter anderem:

-die Erhaltung bzw. die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit,
-die soziale und berufliche Wiedereingliederung,
-die eigenständige Lebensführung,
- Rückfallprävention und Rückfallbewältigungskompetenz,
- Konfliktbewältigungskompetenz,
- Wiederherstellung tragfähiger Beziehungen.

Aber auch Differenzierung von Wahrnehmung und Interaktion, Selbstverantwortlichkeit und der Erwerb sozialer Verhaltensweisen gehören zu den generellen Therapiezielen. Die Abstinenz von Drogen und Alkohol sehen wir als Voraussetzung und Basis für die Erreichung dieses Zieles an.

Des Weiteren - und nicht zuletzt - legen wir bei den Patienten hohen Wert auf Erreichung von Krankheitseinsicht, einer tieferen Krankheitsakzeptanz und der Bejahung einer suchtmittelfreien Zukunft. Dieses ist umso wichtiger,

als es sich bei Sucht um ein chronisches Leiden handelt, das regelmäßig auch nach langfristigen und intensiven therapeutischen Maßnahmen weitere Behandlung und Selbsthilfe fordert. Diese werden naturgemäß nur in Anspruch genommen, wenn Krankheitseinsicht vorliegt.

Weiterhin steht bei uns die Erarbeitung individueller Ziele im Vordergrund.

7.3 Das therapeutische Angebot

Hier sei zunächst unsere Klientel mit einigen Eckdaten charakterisiert:

- 60 % sind bei Therapiebeginn zwischen dem 18. und 22. Lebensjahr. Weniger als 10 % älter als 24. Das Durchschnittsalter liegt bei unter 22 Jahren.
- Das Einstiegsalter reicht hinab bis in das 8. Lebensjahr.
- Nahezu 70 % sind zum Zeitpunkt der Aufnahme arbeitslos.
- 80 % haben keine abgeschlossene Berufsausbildung
- 50 % haben keinen Schulabschluss.
- Jeder vierte Patient tritt trotz seines geringen Alters bereits seine zweite oder gar dritte Langzeittherapie an.

Angesichts dieses, sehr jugendlichen Klientel mit mangelnder sozialer Reife sehen wir, dass die grundlegenden Fähigkeiten zum Erleben und Verbalisieren der eigenen Gefühle, Konflikte und Probleme oft kaum in Ansätzen vorhanden sind. Diese Fähigkeiten sind bei unserer Population weit mehr und tiefgreifender gestört als bei den älteren Suchtkranken, die immerhin noch Teile ihrer Sozialisation nüchtern erleben durften und zu einer gewissen gesellschaftlichen Integration in der Lage waren.

Dieses führt in konventionellen psychotherapeutischen Settings mit einem Schwergewicht auf Einzel- und Gruppentherapie, mithin verbalen Therapieformen, regelhaft zu einer Überforderung und damit zum Erleben von Insuffizienzgefühlen. Diese werden häufig direkt ausagiert statt als Gefühle erlebt oder gar verbalisiert zu werden.

Weiter ist bei unserer Klientel das Freizeitverhalten so weit entleert, dass Aktivitäten ohne den Gebrauch von Suchtmitteln seit frühester Jugend nicht mehr erlebt und somit kaum vorstellbar sind. Die von Süchtigen schon erlittene innere Leere wird durch das Erleben der äußeren noch bestätigt und verstärkt. Sie kann in der Regel als eins der größten Rückfallrisiken angesehen werden.

Insofern halten wir es für erforderlich, einerseits ein umfangreiches sportliches Angebot zur Verfügung zu stellen und andererseits ein therapeutisches Schwergewicht auf Freizeit- und Erlebnispädagogik zu legen. Hierdurch wird die Möglichkeit zu einer aktiven Teilnahme an Therapie überhaupt erst eröffnet. Weiter werden mit diesen pädagogischen und nonverbalen Mitteln Wege zum Erleben von positiven Erfahrungen, zum Meistern von schwierigen Situationen und zu nicht verbaler, aber gewaltfreier Konfliktbewältigung aufgezeigt.

7.3.1 Aufnahmegruppe

Um den Einstieg für neue Patienten zu erleichtern, führen wir eine Aufnahmegruppe für zwei bis vier Wochen durch, wobei die Aufenthaltsdauer in dieser Gruppe individuell, je nach erreichtem Entwicklungsstand, ist. Die Aufnahmegruppe wird durch zwei Therapeuten, nach Möglichkeit einem männlichen und einem weiblichen, geleitet. Dabei erhält jeder Patient am Tage seiner Aufnahme einen Paten, also einen erfahreneren Mitpatienten gleichen Geschlechts, dessen Aufgabe es ist ihn in die Gemeinschaft und die Gegebenheiten der Klinik einzuführen. In der Aufnahmegruppe werden die Erfahrungen Therapie älterer Patienten mit eingesetzt, um die Neuen hiervon profitieren zu lassen, weil wir davon ausgehen, dass diese Erfahrungen von Betroffenen am ehesten angenommen werden können und die erfahrenen Mitpatienten gleichzeitig ihre eigene Mitwirkung am Helfen im Sinne des Selbsthilfgedankens positiv erfahren können.

Die Zeit während der Aufnahmegruppe dient außerdem der Durchführung der o. g. Diagnostik. Sie ist weiter auch als Motivationsphase für die Betroffenen zu verstehen, in der diese sich näher über ihre Krankheit und das in unserer Einrichtung zur Verfügung stehende Hilfeangebot informieren und sich hiermit auseinandersetzen können, um eine mehr fundierte Entscheidung für eine Abstinenz und eine Entwöhnungsbehandlung zu treffen. Weiter sollten in dieser Zeit individuelle Behandlungsziele formuliert werden, sowie seitens des Teams Indikation für gezielte Behandlungsmaßnahmen auf der Grundlage der durchgeführten Diagnostik gestellt werden.

Der Übergang in die Bezugsgruppe findet im Rahmen einer Fallvorstellung statt, ist ritualisiert und erfordert die Teilnahme des gesamten Teams wie zeitweise auch des jeweiligen Paten. Hinsichtlich der Auswahl der Bezugsgruppe ist uns neben strukturellen und indikativen Gegebenheiten auch der Wunsch des Betroffenen wichtig. Die Aufnahme in der Bezugsgruppe wird zur Bewusstmachung der Eigenverantwortlichkeit mit der Unterschrift unter dem Therapievertrag besiegelt.

7.3.2 Bezugsgruppensystem

Im Rahmen einer offenen Bezugsgruppe werden Gruppentherapie, Ergotherapie, Arbeitstherapie und Sporttherapie angeboten. Zudem werden regelmäßige, wöchentliche Einzelgespräche durch den jeweiligen Gruppentherapeuten angeboten. Die dreimal

wöchentlich stattfindende Gruppentherapie nimmt in der Psychotherapie eine zentrale Position ein. Eine Vielzahl differenzierter Gestaltungsmöglichkeiten der Gruppenarbeit schafft die Voraussetzung für eine breite Palette von Lernmöglichkeiten im emotionalen, kognitiven und sozialen Bereich. Dabei bildet der sichere Bezugsrahmen der Gruppe die Basis für die Möglichkeit zur emotionalen Auseinandersetzung, Zugehörigkeit und Identifikation.

Die Gruppengröße beläuft sich durchschnittlich auf sieben Teilnehmer. Die Zugehörigkeit der Betroffenen zur Bezugsgruppe ist fest mit der Ausnahme, dass sich zwischen zwei Patienten eine Beziehung während der Therapie entwickelt. In diesen Fällen halten wir es für sinnvoll, einen der beiden Patienten in eine andere Bezugsgruppe wechseln zu lassen.

Die Aufrechterhaltung der Bezugsgruppe auch innerhalb der anderen Therapieformen (Sport-, Ergo-, Arbeitstherapie) erhöht die Bindung an die Bezugsgruppe. Sie ermöglicht weiterhin auch die Führung von nicht verbalen Auseinandersetzungen innerhalb der Gruppe.

7.3.3 Ergotherapie

Ergotherapie ist ein fester Bestandteil des therapeutischen Programms. Aufgrund ihrer Sozialisation haben viele der Betroffenen kaum die Fähigkeit zur Verbalisierung ihrer Gefühle entwickelt. Verschiedenste ergotherapeutische Techniken ermöglichen den Ausdruck und die Gestaltung von innerem Erleben und inneren Bildern. Zudem können im Rahmen der Ergotherapie auch alte Hobbys wieder aufgelebt oder neue entdeckt werden.

7.3.4 Arbeitstherapie

Viele unserer Patienten sind aufgrund ihrer Suchterkrankung keiner regelmäßigen Tätigkeit (mehr) nachgegangen oder haben nur kurze Arbeitsphasen bewältigt. Oft liegen erhebliche Defizite in den Bereichen Motivation, Zuverlässigkeit, Pünktlichkeit, Ausdauer und anderen Merkmalen vor. Um diese Eigenschaften zu trainieren und eine entsprechende Diagnostik vornehmen zu können, gehört die Arbeitstherapie zu einem festen Bestandteil unseres therapeutischen Programms.

Angesichts der Tatsache, dass einem Großteil unserer Klientel jegliche berufliche Erfahrung fehlt, nimmt der Bereich Arbeitstherapie eine übergeordnete Stellung an, um hier ein Leistungsspektrum erheben und basale Fähigkeiten trainieren zu können. Instrumentell haben wir das Lübecker Fähigkeitsprofil zur Erfassung von Stärken und Defiziten eingeführt.

7.3.5 Mannschaftssport

Als Folge der Sucht haben sich die meisten der Betroffenen zu „Einzelkämpfern“ entwickelt. Aufgrund der sehr frühen Störung der Sozialisation unseres Klientel ist die Fähigkeit zum Verbalisieren von Gefühlen oder Konflikten oft auf ein Minimum reduziert oder nur rudimentär vorhanden, so dass sie durch die traditionellen psychotherapeutischen Therapieformen überfordert sind und hier gefährdet sind, eigene Insuffizienz zu erleben. Im Rahmen dieses jugendspezifischen Angebots werden andere, nicht verbale Zugangsmöglichkeiten eröffnet.

Zudem ist das Freizeitverhalten auf ein Minimum reduziert worden. Diesem wird hier durch das aktive Training von Teamfähigkeit und Teamgeist entgegen getreten. Weiter haben die Betroffenen die Möglichkeit, neue Interessen für Freizeitaktivitäten zu entdecken oder alte wieder zu beleben (siehe auch Kapitel 7.4).

7.3.6 Freizeitgruppen

Das Freizeitverhalten süchtiger Menschen ist häufig desolat und entleert. Bei Verzicht auf das Suchtmittel tritt oft Konsumverhalten bzw. Suchtersatzverhalten an die Stelle. Gleichzeitig sind die Langeweile und innere Leere für Viele das Hauptrückfallrisiko. In verschiedenen Freizeitgruppen, teils durch Therapeuten geleitet, teils selbst geleitet, wird diesem Problem hier aktiv entgegen getreten.

7.3.7 Angehörigenarbeit

Bedingt durch das junge Alter sowie durch den noch relativ kurzen, wenngleich rasantem Suchtverlauf, liegt bei einer größeren Zahl unserer Patienten noch eine Beziehung zum Elternhaus vor. Gleichzeitig zeigt die Erfahrung, dass die Entwicklung der Sucht hier nicht verhindert werden konnte. Probleme wie Co-Abhängigkeit, Rollenfindung, dysfunktionale Familienstrukturen können in Angehörigenseminare oder auch in Eltern- oder Familiengesprächen bearbeitet werden.

Hierbei zeigen sich oftmals eine erhebliche Tabuisierung von Problemen und eine Verklärung der Realität mit starker Tendenz der Aufrechterhaltung der Idealisierung. Aus diesen Gründen sind die Angehörigengespräche Pflichtbestandteil der Therapie und Voraussetzung für eine Inanspruchnahme von Belastungsurlauben in das elterliche bzw. familiäre Umfeld.

7.3.8 Sozialdienst

Im Rahmen des Sozialdienstes, der durch den Sozialpädagogen der Aufnahmegruppe in Zusammenarbeit mit einer Verwaltungskraft zu festen Zeiten im Rahmen des Therapieplanes erfolgt, werden die grundlegenden sozialen Daten (Wohnsituation, finanzielle Situation, juristische Situation, berufliche Situation) systematisch erfasst. Gegebenenfalls wird ein individueller Behandlungsplan erstellt, um Lösungen für die problematischen Bereiche zu erarbeiten und die Übernahme der Selbstverantwortung zu gewährleisten. Der Plan wird im Laufe der Therapie in enger Zusammenarbeit mit dem Bezugstherapeuten verfolgt.

Die Bereitschaft, die Schuldenregulierung in Angriff zu nehmen, setzen wir voraus. Oft ist es hier nötig, unsere Patienten dazu zu ermutigen, sich mit fachlicher Hilfe zunächst einen Überblick über ihre finanzielle Situation zu verschaffen, und sie dabei zu begleiten. Wir vermitteln dabei aktiv Kontakte zur Schuldnerberatung.

7.4 Weiteres therapeutisches Angebot/Indikationsgruppen

Neben dem an den Bezugsgruppen orientierten therapeutischen Einheiten findet sich auch ein reichhaltiges gruppenübergreifendes Angebot wie geschlechterspezifische Gruppen (Männer- bzw. Frauengruppen), Angehörigenseminare, indikative Gruppen, fakultative Sportgruppen, therapeutisches Laufen, Projektarbeit, Großgruppen, Informationsveranstaltungen, Gesundheitsvorträge, Ernährungsberatung, Entspannungsübungen, Selbsthilfegruppen, Teilnahme an Suchtpräventionsveranstaltungen, Mannschaftskämpfe, Turniere mit anderen Kliniken oder Nachbardörfern, aktive Teilnahme an öffentlichen Sportveranstaltungen (z. B. Kyffhäuserlauf) und monatliche erlebnispädagogische Events wie zum Beispiel Schwimm- oder Kletterwettbewerbe, längere Wanderungen, Survivaltraining.

Die Klinik unternimmt außerdem jährlich eine Kanufahrt in Polen, stellt Mannschaften auch bei internationalen Veranstaltungen insbesondere am „Fußball-ohne-Drogen“ Cup und besucht regelmäßig überregionale Treffen der Narcotics Anonymus.

Weiter vermitteln wir interne, wie auch externe therapiebegleitende Berufserprobungsmaßnahmen (Hausmeister, Küche, Hauswirtschaft, Lagerarbeit, Einzelhandel, Altenpflege, Krankenpflege, Kfz-Mechaniker, Sprechstundenhilfe, etc.). Die internen Praktika werden über eine Dauer von sechs Wochen geführt. Die externen Praktika beschränken sich auf zwei Wochen. In beiden Fällen werden parallel die Einzelgespräche weitergeführt. Bei den internen Praktika ist der Patient weiterhin verpflichtet, an allen gruppentherapeutischen Sitzungen der Bezugsgruppe sowie an der einmal wöchentlich stattfindenden Großgruppe teilzunehmen.

Über die regionale Volkshochschule kann bei Bedarf eine oftmals erforderliche individuelle Nachbeschulung (Kleingruppen) erfolgen. Die Beschulung erfolgt vor Ort, also auf dem Therapiehof Sotterhausen. Weiterhin wird seitens der öffentlichen Träger ein PC- und Bewerbungskurs angeboten. Das Erreichen eines Schulabschlusses parallel zur Therapie ist hier nicht möglich.

7.4.1 Frauengruppe

Sucht ist häufig mit Erfahrung sexuellen Missbrauches einerseits und Prostitution andererseits verknüpft. Aber auch unabhängig davon ist die Ausbildung einer Geschlechtsidentität bei süchtigen Frauen oft gestört. Diese, wie auch andere weiter verbreitete Probleme der psychosexuellen Entwicklung, der Übernahme einer geschlechtsspezifischen Identität, des dazugehörigen Selbstverständnisses, der Ausbildung der Mutterrolle, die verinnerlichte Zuschreibung der alleinigen Zuständigkeit für das Umsorgen können in einer von einer Therapeutin geleiteten Frauengruppe bearbeitet werden.

Diese Gruppe stellt auch den Rahmen für das oftmals erstmalige Erleben von Solidarität unter Frauen (im Gegensatz zu dem oftmals eher gelebten Konkurrieren) dar. Die Frauengruppe stellt in unseren Augen, auch unabhängig von dem Problem der Unterrepräsentanz der Frauen in Suchtkliniken, oft das entscheidende therapeutische Medium dar.

7.4.2 Männergruppe

Hier werden vorrangig Fragen des männlichen Selbstverständnisses, von Männlichkeitsidealen und deren prägenden körperlichen psychischen und sozialen Leitbildern bearbeitet. Insbesondere ermöglicht die Abwesenheit des anderen Geschlechts den Verzicht auf manipulatives Verhalten und Imponiergehabe zugunsten einer offeneren, ehrlicheren Selbstdarstellung. Weiterhin ist dieser Rahmen auch besser geeignet für das Zeigen und Leben von Gefühlen.

Die Teilnahme an den geschlechtsspezifischen Gruppen ist bezugsgruppenübergreifend und für alle Betroffenen während des gesamten Behandlungszeitraums bindend.

7.4.3 Therapeutisches Laufen

Hier werden nicht in erster Linie Kondition und sportlicher Ehrgeiz gefördert. Vielmehr handelt es sich um sanftes, pulskontrolliertes Laufen zur Erreichung einer seelischen Balance. Neben der Förderung der inneren Ausgeglichenheit wird ein Stressabbau gefördert, so dass das therapeutische Laufen mittelbar auch als anti-aggressives Training betrachtet werden kann.

7.4.4 Soziale Kompetenz

Der therapeutische Auftrag in diesem Kontext besteht vor allem darin, den jungen Abhängigen zu verdeutlichen, dass ihr Selbstwahrerleben unter dem Einfluss psychotroper Substanzen einer unrealistischen Verzerrung unterlegen ist. Mit Hilfe der Therapeuten sollen die Patienten erkennen, dass feindselige Gefühle und Verhaltensdemonstrationen auf dem Weg zur sozialen Integration hinderlich und schädlich wirken. Stattdessen können hier sozial akzeptierte Formen des menschlichen Umgangs miteinander eingeübt werden.

Das ist bei unseren Patienten deshalb besonders wichtig, da eine soziale Integration oft nicht einmal auf niedrigstem Level erreicht worden ist, und bereits in der Schulzeit eine Desintegration erfolgt war.

7.4.5 Rückfallprophylaxe

Der Rückfallprävention kommt eine herausragende Bedeutung zu, da nur in sehr seltenen Fällen mit einer Langzeittherapie eine nahtlose und durchgängige Abstinenz erreicht wird, was leider in starkem Widerspruch zu den Erwartungen des sozialen Umfeldes steht. Dieses hat zur Folge, dass Rückfälle meist verheimlicht werden und dadurch zu einer erneuten/verstärkten Isolation führen. Diesem Phänomen ist aktiv entgegenzuarbeiten. Der Umgang mit Rückfällen muss in besonderer Art und Weise vorbereitet werden.

In der Rückfallprophylaxe werden nach gängigen Manualen (Körkel/Schindler 2003) die allgemeinen wie auch die individuellen Rückfallrisiken herausgearbeitet.

Der Fokus liegt weiter auf dem Früherkennen von Suchtverhalten, dem Einüben selbständiger Gegenregulation sowie dem Umgang mit Rückfällen. Die Teilnahme an diesen Modulen ist bezugsgruppenübergreifend und wird von allen Betroffenen erwartet.

7.4.6 Psychoedukation

Ziel dieser Gruppe ist die Förderung der eigenständigen aktiven Bewältigung der Suchterkrankung. Dabei geht es vorrangig um ein besseres Verständnis und einen bewussten Umgang mit der eigenen Erkrankung. Zur Erarbeitung desselben wird ein strukturiertes Manual benutzt.

7.4.7 Entspannungsverfahren

Diesbezüglich werden unsererseits in erster Linie PMR nach Jacobson sowie Ohrakupunktur nach dem NADA-Protokoll nach entsprechender Indikationsstellung und Voruntersuchung angeboten. In der Entspannungstherapie können unsere Patienten lernen auch in

anstrengenden Alltagssituationen zur Ruhe zu kommen, sich auf sich selber und auf die eigenen Bedürfnisse zu konzentrieren und dabei auch ihre Körpersignale zu beachten.

7.4.8 Verantwortliche Gemeinschaft

Die therapeutische Arbeit auf dem Therapiehof orientiert sich an den Prinzipien der therapeutischen Gemeinschaft. Die relativ überschaubare Größe des Hofes mit 35 Plätzen bietet hierfür besonders günstige Voraussetzungen. Die Gemeinschaft stellt gleichsam den sozialen Kontext dar, in dem sich die therapeutisch begleiteten Veränderungsprozesse der Patienten vollziehen. Der soziale Kontext der therapeutischen Gemeinschaft bietet Schutz und ermöglicht Veränderungen auf der emotionalen, kognitiven und sozialen Verhaltensebene.

Im Rahmen dieser Gemeinschaft werden wechselweise verschiedene Ämter (Ältestenrat, Hausverantwortlicher, Küchenverantwortlicher, Gruppensprecher, Freizeitverantwortlicher) von den Patienten übernommen. Die Betroffenen erhalten einmal wöchentlich eine Gruppensupervision sowie bei Bedarf auch Einzelsupervision durch die Klinikleitung.

Zur Erhaltung und Stärkung dieses Gemeinschaftssinnes dienen etwa vierwöchentlich stattfindende erlebnispädagogische Maßnahmen mit Beteiligung der gesamten Patientenschaft und möglichst umfassender Teilnahme des Personalstabes inklusive der nicht-therapeutischen Mitarbeiter.

Dabei wird die Patientenschaft bei der Planung der Aktivitäten soweit wie möglich mit einbezogen (inhaltliche Vorschläge, Teilnahme an praktischer Vorbereitung), um die Eigenverantwortlichkeit und das Zugehörigkeitsgefühl derselben zu stärken.

8. Weitere Rahmenbedingungen

8.1 Ausgangs- und Kontaktregelung

Für die gesamte Behandlungsdauer gelten abgestufte Ausgangs- und Kontaktregelungen. Neben dem Ausgang ins Dorf, in die nächste Stadt oder Belastungserprobungen mit Übernachtung zählen hierzu auch das Empfangen von Besuch und die Benutzung von Telefon sowie Internet. Um das Rückfallrisiko möglichst gering zu halten, werden die Ausgangs- und Kontaktregelungen individuell an die jeweilige Stabilität der Patienten angepasst.

Es handelt sich hierbei quasi um ein graduell abgestuftes Wiedererlangen von Freiheiten, verbunden mit zunehmender Selbstständigkeit, zunehmender Übernahme von Eigenverantwortung korrelierend mit der Länge der bisherigen Behandlungsdauer und damit meist auch korrelierend mit der Stabilität und der bisherigen Abstinenzzeit. Die erreichten Freiheitsgrade können aber auch unabhängig von Behandlungsdauer je nach zu vermutendem Rückfallrisiko (beispielsweise durch rückfallnahes Verhalten, mangelnde bzw. überdurchschnittliche Stabilität) variiert werden.

Dabei gehen wir davon aus, dass mit höherer Stabilität nicht nur höhere Freiheitsgrade verantwortlich genutzt werden, sondern eine umfassendere Erfüllung von Pflichten und eine tiefer greifende Übernahme von Verantwortung möglich ist und auch aktiv ausgeübt wird.

Hinsichtlich der konkreten Details sei hier auf den Anhang verwiesen.

8.2 Entlassungsvorbereitung

Zur Entlassungsvorbereitung werden regelhaft drei schriftlich vorbereitete Belastungsurlaube durchgeführt. Wir erwarten von unseren Patienten, dass sie während der Belastungsurlaube, Kontakte zu ihrer Suchtberatungsstelle und, soweit vorhanden, zu ihrem Ausbildungs- oder Arbeitsplatz halten. Das Absolvieren einzelner Inhalte dieser Beurlaubungen, wie etwa Besuch von Ämtern, Arbeitsplatz, Suchtberatungsstelle, Bewährungshelfer etc., müssen dokumentiert werden.

Bei hohem Rückfallrisiko werden die Belastungsurlaube in enger Zusammenarbeit mit der lokalen Suchtberatungsstelle geplant. In einzelnen Fällen erfolgt auch eine Begleitung durch stabilere Mitpatienten, nicht zuletzt, um die Übernahme von gegenseitiger Verantwortung und das Leben von Selbsthilfe zu fördern.

Weiter sehen wir es unabdingbar an, dass bereits zum Ende der Therapie hin Nachsorgeeinrichtung und Selbsthilfegruppen aufgesucht bzw. entsprechende Kontakte aufgebaut werden.

Mit uns vernetzte Nachsorgeeinrichtungen (Adaptionen, Träger betreuter Wohngemeinschaften) stellen ihre Einrichtung in regelmäßigen Abständen bei uns vor.

Die Kontakte zu Selbsthilfegruppen werden unsererseits aktiv mittels Besuch von Veranstaltungen derselben und Vorstellung der Gruppen in unserer Einrichtung gepflegt.

In Vorbereitung ist eine eigene Entlassungsgruppe analog zu der Aufnahmegruppe. Diese soll der Erleichterung des Übergangs in die „Realität“ dienen. Sie erscheint uns insofern von Bedeutung, als gemeinhin die meisten Rückfälle in den ersten Wochen wenn nicht Tagen nach der Entlassung, also offenbar als Reaktion auf die neuen Lebensbedingungen und den Wegfall der zuvor recht umfassenden Versorgung, stattfinden.

8.3 Krisenmanagement

Wir sehen Rückfälle wie auch ambivalente Motivation in erster Linie als ein Bestandteil der Erkrankung. Entsprechend der Sichtweise Marlatts versuchen wir konstruktiven therapeutischen Umgang mit diesem Phänomen. Primär geht es hier um die Vorbeugung erneuten Konsums, sekundär um die produktive Bewältigung eingetretener Rückfälle und speziell um die Enttabuisierung des Rückfalls. Die Stärkung der Abstinenz, der Motivation, die Herausarbeitung persönlicher Rückfallrisiken, die Förderung einer realistischen Sicht der eigenen Rückfallanfälligkeit, das Wecken von Bewältigungskompetenzen sowie die Befähigung zu Rückfallgesprächen mit Angehörigen sind Ziele des Krisenmanagements (Körkel/Schindler 2003).

Diese Haltung kann allerdings nur dann wirksam werden, wenn sich der Betroffene offen zu seinem Rückfall stellt. Eine Unterscheidung zwischen den verschiedenen Suchtmitteln halten wir dabei nicht für sinnvoll. Die wesentliche Voraussetzung zur Fortsetzung der Therapie nach einem Rückfall besteht in der Bereitschaft des Patienten, aktiv in die therapeutische Rückfallbearbeitung einzusteigen. Eine weitere Voraussetzung für den Fortgang der Therapie stellt die Akzeptanz therapeutischer Konsequenzen (Kontakt- und Ausgangssperre, spezielle therapeutische Aufträge) durch den Patienten dar. Inakzeptabel für eine

Fortsetzung der Therapie sind Vertuschen, Verleugnen, Verschweigen eines eigenen oder auch fremden Rückfalls oder der Konsum innerhalb der Einrichtung (Entscheidung für die Droge trotz Präsenz von Hilfe).

Zur Aufarbeitung von Rückfällen mit Suchtmitteln aber auch bei gravierenden Verhaltensauffälligkeiten (sich häufende Regelverstöße, Passivität in der therapeutischen Arbeit, mangelnde Motivation) können Patienten für ein bis zwei ein halb Tage mit klaren Aufträgen und Rahmenbedingungen in die häusliche Realität geschickt werden. Auch die Patienten selbst können bei eigener Feststellung der Gefährdung ihrer Therapie, diese Maßnahme beantragen. Mit dieser Methode bekommen die Patienten wie auch das therapeutische Team die Gelegenheit innerhalb dieser Zeit über geeignete Veränderungsmaßnahmen nachzudenken und ggf. eine neue Entscheidung zu treffen.

9. Notfallmanagement

Hinsichtlich somatischer Notfälle werden alle, auch nicht medizinische Mitarbeiter zweimal jährlich in Erster Hilfe unterwiesen. Weiter besteht eine Vereinbarung mit den Johannitern betreffs der Versorgung somatisch bedrohlicher Notfälle bzw. der Einsatzbereitschaft.

Die psychiatrische Versorgung ist an Werktagen durch den leitenden Arzt gesichert (außerhalb der Arbeitszeit durch dessen Rufbereitschaft). Hinsichtlich Wochenenden und Feiertagen besteht eine bindende Vereinbarung mit der nächstgelegenen psychiatrischen Klinik in Hettstedt, die eine rasche Übernahme von Patienten bei Bedarf (psychotische Exazerbation sowie Suizidalität) ermöglicht.

10. Öffentlichkeitsarbeit

In den regelmäßigen Abständen nehmen unsere Patienten auf freiwilliger Basis an öffentlichen Präventionsveranstaltungen in Schulen und anderen Einrichtungen teil.

Einmal jährlich findet ein Tag der offenen Tür statt. Weiterhin wird ebenfalls im jährlichen Turnus eine eintägige Fachtagung in Form eines Beratungsstellentreffens durchgeführt. In den vergangenen Jahren wurde diese Fachtagung von der Landesärztekammer als Fortbildung anerkannt.

Eine Mitarbeit in psychosozialen Gremien findet im Qualitätszirkel des Fachverbandes Sucht, in der Sektion Mitteldeutschland des FVS und der Landesstelle für Suchtfragen in Magdeburg statt.

11. Qualitätsmanagement

Das Qualitätsmanagement der Klinik orientiert sich am Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherungsträger. Ziel ist die Qualitätserhaltung sowie Optimierung von Arbeitsabläufen und Strukturen. So werden Instrumente der Dokumentation, Evaluation des Therapieprozesses (Peer-Review-Verfahren) zur Verbesserung des Standards in der medizinisch therapeutischen Dokumentation, Erhebung therapeutischer Leistung nach dem Qualifikationssystem therapeutischer Leistung (KTL, Klinik bezogene Auswertungen von Patientenbefragungen und Patientenstrukturdaten) angewandt und ständig dem aktuellen Stand angepasst.

Seit dem 01.04.2004 ist das umfassende Patientendokumentations-programm Patfak/BADO in der Klinik installiert, wodurch eine umfassende

Erhebung und Dokumentation von Basisdaten, Patientenstrukturdaten, therapeutischen Maßnahmen, Verlaufsdaten und deren digitale Datentransfer zum Leistungsträger gewährleistet ist.

Ein interner Qualitätszirkel arbeitet zur Qualitätssicherung und stellt sich den Aufgaben der Prozess- Struktur- und Ergebnisqualität. Weiterhin besteht eine Mitarbeit im klinikübergreifenden Qualitätszirkel des Fachverbandes Sucht.

Die Klinik verfügt mit dem therapeutischen Leiter über einen ausgebildeten Qualitätsbeauftragten, so dass das Qualitätsmanagement damit in der Leitung verankert ist. Es wird eine Zertifizierung nach ISO 9000 zu Ende 2010 angestrebt.

12. Literatur

1. Arbeitskreis OPD (Hrsg.), OPD-2, Bern 2006.
2. BAR (Hrsg.), Rehabilitation und Teilhabe, 3. Aufl., Köln 2005.
3. Boszormenyi-Nagy, I., Spark, G.M., Unsichtbare Bindungen. Die Dynamik familiärer Systeme, Stuttgart 1981.
4. Brenner, Ch., Grundzüge der Psychoanalyse, Frankfurt/ M. 1994, S. 15ff.
5. Brömer, H., Becker, B.-M., Abhängigkeit. In: Fachlexikon der sozialen Arbeit, Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge, 1997.
6. BzGA (Hrsg.), Die Drogenaffinität Jugendlicher in der BRD 2004, Köln 2004.
7. FSDR, Standards im Verbundsystem der Suchtkrankenhilfe, Geesthacht 1999.
8. Funk, K., Integrative Therapie mit Drogenabhängigen - ein Praxisbericht. In: Scheiblich, W. (Hrsg.), Sucht aus der Sicht psychotherapeutischer Schulen, Freiburg im Breisgau 1994, S. 122ff.
9. Grawe, Neuropsychotherapie, Göttingen 2004.
10. Guntern, G., Der Wandel vom psychoanalytischen zum systemischen Paradigma. In: Familiendynamik 5, S. 2ff, 1980.
11. Hüther, G., Bedienungsanleitung für das menschliche Gehirn, Göttingen 2001.
12. Heigl-Evers, A., Helas, I., Vollmer, H. C., Suchtkranke in ihrer inneren und äußeren Realität. Praxis der Suchttherapie im Methodenvergleich, Göttingen 1991.
13. Heigl-Evers, A., Ott, J., Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode. Theorie und Praxis, Göttingen 1998.
14. Hüther, G., Kurzfristige Wirkungen und langfristige Folgen der Einnahme von Psychostimulanzien und Entaktogenen auf das sich entwickelnde Gehirn von Kindern und Jugendlichen. In: Möller, Ch. (Hrsg.), Drogenmissbrauch im Jugendalter, Göttingen 2005, S. 47ff.
15. Körkel, J. und Schindler, Ch., Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen - Das strukturierte Trainingsprogramm S.T.A.R., 2003.
16. Landesstelle gegen Suchtgefahren Sachsen (Hrsg.), Jahresbericht 2003 der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Sachsen, Dresden 2004.
17. Landesstelle gegen die Suchtgefahren Thüringen (Hrsg.), TSL-Rundbriefe 02/05.
18. Lang, H., Psychoanalytisch und tiefenpsychologisch fundierte Therapie. In: Lehrbuch der Psychotherapie, Verlag CIP-Medien 2004, S. 24ff.
19. Löcherbach, P., Case-Management-Bedarf und Angebot. In: Löcherbach, u.a. (Hrsg.), Case-Management-, Fall-, und Systemsteuerung in Theorie und Praxis, Neuwied 2002, S. 20ff.

20. Marlatt, A., Gordon, J., Relapse Prevention. Maintenance strategies in the treatment approaches. New York, 1985.
21. Moreno, J. L., Das Rollenkonzept, Eine Brücke zwischen Psychiatrie und Soziologie. In: Integrative Therapie, 1 - 2, Paderborn 1979.
22. Möller, C., Stationäre und ambulante Therapieangebote für drogenabhängige Jugendliche. In: Möller, Ch. (Hg.), Drogenmissbrauch im Jugendalter, Göttingen 2005, S. 63ff.
23. Newcomb, M. D., Bentler, P.M., Substance use and abuse among children and teenagers. In: Am. Psychologist 44 1989, S. 242ff.
24. Petzold, H., Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung, Paderborn 1996.
25. Rauschgiftlagebericht 2006. Innenministerium Sachsen- Anhalt, Magdeburg 2007.
26. Reinecker, Grundlagen der Verhaltenstherapie, Weinheim 2005.
27. Richter, M., Langness, A., Hurrelmann, K., Der Konsum von Tabak, Alkohol und Cannabis im frühen Jugendalter. In: Sucht aktuell, 02/2004, Bonn 2004, S. 41 ff.
28. Rost, W. D., Psychoanalyse des Alkoholismus, Stuttgart 1999.
29. Silbereisen, R., Entwicklungspsychologische Aspekte von Alkohol und Drogengebrauch. In: Oerter, R., Montada, L. (Hrsg.), Entwicklungspsychologie, Weinheim 1995, S. 1056ff.
30. Soyka, M., Die Alkoholkrankheit - Diagnose und Therapie, Weinheim 1995.
31. Sozialgesetzbuch- Neuntes Buch (SGB IX), 2001.
32. Schmidt, L.G., Diagnostik der Abhängigkeitserkrankungen. In: Gaspar, Mann, Rommelspacher, Lehrbuch der Suchterkrankungen, Stuttgart/New York 1999, S. 70 ff.
33. Schneider, R., Förderung der Teilhabe am Erwerbsleben in der Suchtrehabilitation: Zielsetzungen und Konzepte. In: Sucht aktuell, März 2004, S., 67ff.
34. Stern, D., Die Lebenserfahrung des Säuglings, Stuttgart 1992.
35. Thomasius, R., Drogenabhängigkeit bei Jugendlichen. In: Möller, Ch. (Hrsg.), Drogenmissbrauch im Jugendalter, Göttingen 2005, S. 13ff.
36. Tretter, F., Ökologie der Sucht: Das Beziehungsgefüge Mensch - Umwelt - Droge, Göttingen 1998.
37. Tretter, F., Suchtmedizin, Stuttgart 2000.
38. Tretter, F., Müller, A., Ursachenmodelle der Suchtforschung. In: Tretter, F., Müller, (Hrsg.), Psychologische Therapie der Sucht, Göttingen 2001, S. 34ff.
39. VDR (Hrsg.), Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung, 6. Aufl., Berlin, Heidelberg 2003.
40. Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen vom 04.05.2001.

41. Wöhrle, W., Gruppenpsychotherapie, Soziometrie und Psychodrama nach J. L. Moreno in der Arbeit mit Suchtkranken. In: Scheiblich, W. (Hrsg.), Sucht aus der Sicht psychoanalytischer Schulen, Freiburg 1994.
42. Wurmser, L., Die verborgene Dimension, Göttingen 1997.