

Therapiekonzept 2010
für suchtkranke Frauen

Verfasser und verantwortlich für den Inhalt:
Dr. med. Aribert Stolzenburg
Facharzt für Psychiatrie • Psychotherapie
Fachkunde Suchtmedizin
Chefarzt der Fachklinik Altenkirchen

Lucie Giesert
Dipl.-Sozialpädagogin
Therapeutische Leitung

INHALT

1. Die Fachklinik Altenkirchen und ihre Vernetzung
2. Teamarbeit und Kommunikationsstruktur
3. Indikationen, Kontraindikationen und Aufnahmebedingungen
4. Therapiedauer
 - 4.1 Entwöhnungsbehandlung
 - 4.2 Auffang- und Festigungsbehandlung
5. Theoretischer Hintergrund und Implikationen für das Therapiekonzept
 - 5.1 Psychoanalytischer Ansatz
 - 5.2 Humanistischer Ansatz
 - 5.3 Systemischer Ansatz
 - 5.4 Verhaltenstherapeutische Ansätze und Weiterentwicklung
 - 5.5 Dialektisch-Behaviorale Therapie Sucht
 - 5.6 Besondere Behandlungsansätze im Rahmen von Entwöhnungsmaßnahmen
 - 5.6.1 Motivational Interviewing
 - 5.6.2 Rückfallprophylaxe
6. Besonderheiten einer frauenspezifischen Ausrichtung
 - 6.1 Weibliche Lebenszusammenhänge und Risiken
 - 6.2 Körperschemata
 - 6.3 Sucht und Prostitution
 - 6.4 Gewalterfahrung
 - 6.5 Erziehungs- und Familienarbeit
 - 6.6 Berufstätigkeit

7. Unser Behandlungskonzept im Prozess angepasster Weiterentwicklung
 - 7.1 Generelle Therapieziele
 - 7.2 Integrierte Behandlungsmodul im Rahmen der Entwöhnungsmaßnahme
8. Rahmenbedingungen und Behandlungsstruktur
 - 8.1 Grundannahmen
 - 8.2 Qualitätssicherung
 - 8.3 Therapeutische Haltung
 - 8.4 Behandlungsphasen
 - 8.4.1 Aufnahmephase
 - 8.4.2 Behandlungsphase
 - 8.4.2.1 Lebenssichernde Ziele
 - 8.4.2.2 Verbesserung der Therapiecompliance
 - 8.4.2.3 Verbesserung der Lebensqualität
 - 8.4.2.4 Rückfallprophylaxe zur Erhaltung der Suchtmittelabstinenz
 - 8.4.2.5 Integration des Gelernten und Neuorientierung
 - 8.4.3 Abschlussphase
9. Grundlegende Behandlungsstrategien
10. Behandlungselemente
 - 10.1 Medizinische Behandlung
 - 10.2 Motivationsgruppe
 - 10.3 Forum
 - 10.4 Informationsveranstaltungen
 - 10.5 Einzeltherapie
 - 10.6 Bezugsgruppentherapie
 - 10.6.1 Selbsthilfegruppentraining
 - 10.7 Bezugsgruppentherapie in den Fachbereichen
 - 10.8 Ernährungsberatung und Lehrküche
11. Indikative Bereiche
 - 11.1 Traumatherapie
 - 11.2 Indikationsbereich Emotional-instabile Persönlichkeitsstörung auf Borderline-Struktur
 - 11.3 Abhängigkeit von illegalen Drogen
 - 11.4 Mutter-Kind-Therapie
 - 11.5 Indikationsbereich Essstörungen
 - 11.5.1 Ernährungsberatung und Lehrküche bei Essstörungen
 - 11.6 Indikationsgruppe bei Depressionen
 - 11.7 Selbstsicherheitstraining
 - 11.8 Raucherentwöhnung
12. Rückfallkonzept
13. Therapeutische Arbeit mit Angehörigen
 - 13.1 Angehörigenseminar
 - 13.2 Paar- und Familiengespräche
 - 13.3 Kinderseminare
14. Heimfahrten

- 15. Fachbereiche
 - 15.1 Soziale Rehabilitation
 - 15.2 Ergotherapie
 - 15.3 Körperorientierte Therapie
 - 15.3.1 Körper- und Bewegungstherapie im Bezugsgruppenkontext
 - 15.3.2 Indikative Entspannungsgruppen
 - 15.3.3 Sporttherapeutisches Angebot
 - 15.3.4 Reittherapie
 - 15.4 Kunst- und Gestaltungstherapie

Therapiekonzept für suchtkranke Frauen

1. Die Fachklinik Altenkirchen und ihre Vernetzung

Die beiden Klinikgebäude - ein Neubau und ein um 1914 als Erholungsheim erbautes und von Grund auf renoviertes Fachwerkhaus - liegen in einem Mischwald auf einem Hügel am Rande der Westerwälder Kreisstadt Altenkirchen. In beiden Häusern wohnen die Patientinnen ausschließlich in Ein- und Zweibettzimmern.

Haupthaus und Therapieräume sind seit August 2001 vollständig renoviert. Jedes Zimmer ist mit Telefon, Dusche und WC versehen.

Die Klinik ist umgeben von einem weitläufigen, größtenteils parkartig angelegten Gelände mit etlichen Einrichtungen für unsere Patientinnen und ihre Kinder.

Dazu gehören eine große Mehrzweckhalle, ein Backhaus (mit holzbeheiztem Backofen nach altem Vorbild) sowie zahlreiche Gartenanlagen einschließlich Gewächshaus, Reitplatz und Freizeiträumen wie Bibliothek, Cafeteria, Fernsehzimmer, Raucherplatz im Freien (mit Unterstellmöglichkeit bei schlechtem Wetter), Spielraum (u.a. mit Billard, Tischfußball und Dart), Fitnessraum, „Internetcafé“ usw.

Zusätzlich, nach Absprache, können für die Freizeitgestaltung auch gestaltungstherapeutische Materialien und Räume, die Turnhalle, der Computerraum der Ergotherapie, der Grillplatz und die Sauna genutzt werden.

Insgesamt bieten wir für suchtkranke Frauen im Alter von 18-60 Jahren, die sich freiwillig einer stationären Behandlung unterziehen wollen, in unserer Fachklinik 61 Behandlungsplätze an. Darin enthalten sind bis zu 20 Therapieplätze für Frauen, die mit ihren Kindern im Vorschul- und Grundschulalter eine Therapie absolvieren wollen. Die Kinder leben mit ihren Müttern auf den Fluren A und B. Darunter befindet sich der ganztags geöffnete Kindergarten mit Wickelraum und Babybad, Aufenthalts- und Spielräumen, Teeküche, Krabbelraum mit kindgerechter Ausstattung sowie einem Therapiezimmer für Einzelförderung. Für die Kinder stehen auch außen geräumige Spielmöglichkeiten zur Verfügung.

Die Klinik wird von allen Kosten- bzw. Leistungsträgern belegt. Hauptbeleger sind die Deutsche Rentenversicherung Bund und die Rheinische Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, danach kommen andere Rentenversicherungsträger, Krankenkassen und sonstige Sozialleistungsträger. Zu den Kosten- und Leistungsträgern bestehen regelmäßige, vertrauensvolle und konstruktive Arbeitskontakte. Hierbei werden alle Fragen, die die Aufnahme der Patientinnen in unserem Hause betreffen, ebenso besprochen wie die Abstimmung des Behandlungskonzeptes, die therapeutischen Leistungen, der Austausch über fachliche Entwicklungen und die Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen.

Die **stationäre Suchtkrankentherapie**, wie wir sie verstehen, ist eingebunden in den **Gesamtkomplex** von **ambulanter Vorbereitung**, **stationärem Aufenthalt** und den **verschiedenen Formen der Nachsorge und Adaption**. Deshalb liegt ein besonderer Schwerpunkt unserer Arbeit auf Pflege und Ausbau von Kooperation mit Beratungsstellen, Sozialdiensten, betrieblicher Suchtkrankenhilfe, Abstinenzverbänden und Selbsthilfegruppen sowie den Einrichtungen für stationäre und teilstationäre Nachsorge.

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. Daneben finden anlässlich der Aufnahme der Patientin direkte Kontakte statt.

Außerdem lädt die Klinik die Beratungsstellen und alle weiteren Vernetzungspartner regelmäßig zu Workshops und Fachtagungen ein, um den fachlichen Gedankenaustausch zu fördern und die Behandlungsangebote der Klinik transparent zu machen. Wir ermöglichen Hospitationen, um unsere Behandlungsangebote näher kennenzulernen. Daneben vermitteln unsere MitarbeiterInnen im Rahmen von externen Fachtagungen das spezielle Konzept unserer Klinik.

Zur regionalen ARGE bzw. der Frauenberufsberatungsstelle „Neue Kompetenz“ bestehen regelmäßige Kontakte im Rahmen der beruflichen Zukunftsplanung der Patientinnen. Schwerpunkte der Sozialberatung sind berufliche Fragen sowie die Rehabilitationsberatung.

Die Fachklinik beteiligt sich seit Jahren an einem regionalen Arbeitskreis für Sucht und Suchtprävention. In diesem Kontext finden z. B. regelmäßig Informationsveranstaltungen für Lehrer/innen und Schüler/-innen aus regionalen Schulen sowie Auszubildende der Krankenpflegeschule des DRK-Klinikum Westerwald in Altenkirchen in und außerhalb unserer Klinik statt. In Zusammenarbeit mit dem Diakonischen Werk Altenkirchen bieten wir eine ambulante therapeutische Gruppe für schulpflichtige Kinder aus suchtbelasteten Familien an.

2. Teamarbeit, Kommunikationsstruktur und Qualitätssicherung

Unserem ganzheitlichen Bild vom Menschen entspricht unser multidisziplinär zusammengesetztes Team aus Ärzten(innen), Pädagogen(innen), Psychologen(innen), Soziologen(innen), Sozialarbeitern(innen) und Sozialpädagogen(innen), Bewegungstherapeutinnen, Ergotherapeutinnen, Kunst- und Gestaltungstherapeutinnen, Krankenschwestern und einer Physiotherapeutin, einer Heilpädagogin, einer Reittherapeutin, Erzieherinnen und einer Diätassistentin. Jeder Arbeitsbereich arbeitet mit einem jeweils eigenen Gesichtspunkt auf das gemeinsame Ziel hin.

Zu Dienstbeginn wird in der **Frühbesprechung** über die Vorkommnisse im Bereitschaftsdienst berichtet.

Täglich von 10:00 bis 10:30 treffen sich alle therapeutischen MitarbeiterInnen zur **Teambesprechung**. Hier findet ein Informationsaustausch aus allen Therapiebereichen statt. Inhaltlich werden formale Fragen gestellt, therapeutische Interventionen und Entscheidungen getroffen.

Mittwochs von 13:30 bis 15:30 Uhr findet die **Teamkonferenz** statt. Der Schwerpunkt dieser Besprechung liegt bei der Vorstellung neuer Patientinnen, der Diagnostik sowie der sich daraus ergebenden Therapieplanung. Ferner werden Therapieverläufe analysiert und ggf. das Therapie-setting variiert.

Die therapeutischen MitarbeiterInnen aller Fachbereiche einer Bezugsgruppe treffen sich als **Behandlungsteam** einmal wöchentlich zu Themen der jeweiligen Gruppendynamik. Im Behandlungsprozess bespricht hier die einzelne Patientin mit ihrem Behandlungsteam ihre Therapieziele, reflektiert den bisherigen Verlauf und thematisiert ggf. Fragen und Wünsche zur weiteren Behandlung.

Die **externe Supervision** wird einmal monatlich vierstündig als Teamsupervision durchgeführt.

Eine **interne Supervision** findet 14-tägig durch den Chefarzt als Fallsupervision im Team statt. Zusätzlich ist jederzeit auch eine individuelle Fallsupervision möglich.

Die **Fortbildung** für das gesamte Team zu aktuellen Themen aus Sucht und Psychotherapie wird alle 14 Tage einstündig angeboten. Darüber hinaus laden wir ein- bis zweimal jährlich externe Referenten zu ganztägigen bzw. mehrtägigen Fortbildungsveranstaltungen ein.

Das **Kindergartenteam** (Leitende Erzieherin und Heilpädagogin, Erzieherinnen) setzt sich einmal wöchentlich eine Stunde lang zur Organisationsbesprechung und Fortbildung zusammen.

Inhalt der **Pflegedienstbesprechung** (Chefarzt, Oberärztin, Pflegedienstleitung, Krankenschwestern), monatlich zweistündig, ist die Optimierung der Abläufe im medizinischen Bereich.

Die **Visite** (Chefarzt, Oberärztin, Krankenschwester) findet wöchentlich im Einzelkontakt auf den Zimmern der Patientinnen statt. Im Anschluss wird anhand der gewonnenen Eindrücke, der Arztkurve und der Therapiepläne das therapeutisch-ärztliche Vorgehen überprüft.

Übergreifende organisatorische und therapeutische Punkte werden im Rahmen eines **Teamtages** einmal im Monat mit allen therapeutischen MitarbeiterInnen diskutiert.

Das **Leitungsteam**, bestehend aus Chefarzt, therapeutischer Leitung, Oberärztin und Verwaltungsleitung, trifft sich wöchentlich zur inhaltlichen konzeptionellen Diskussion und Besprechung von Problemen im jeweiligen Fachbereich.

Ergänzt wird das therapeutische Team durch die Mitarbeiter der Funktionsbereiche Aufnahme- sekretariat, Verwaltung, Küche, Hauswirtschaft, Haustechnik und Fahrdienst. Auch hier finden regelmäßig einmal wöchentlich und bei Bedarf Absprachen statt.

Qualitätszirkel werden zu bestimmten Fragestellungen initiiert.

Entwicklung und Umsetzung unseres komplexen Konzeptes erfordert intensive und **umfangreiche Weiterbildungsmaßnahmen**, sowohl als Schulungen für das gesamte Behandlungsteam innerhalb der Klinik, wie auch durch externe individuelle Weiterbildung. Zur **Qualitätssicherung** tragen laufende Fortbildungsveranstaltungen, regelmäßige externe Team- und Fallsupervisionen, sowie interne Leitungs- und kollegiale Fallsupervision bei.

3. Indikationen, Kontraindikationen und Aufnahmebedingungen

3.1 Indikationen

Wir behandeln im Rahmen einer Entwöhnungs- bzw. Festigungs- und/oder Wiederholungsbehandlung **alkohol-, medikamenten- und drogenabhängige** (auch § 35 BtMG) Patientinnen. Bei einer vorliegenden Abhängigkeitserkrankung können zusätzliche Diagnosen, wie **Essstörungen** (Anorexie, Bulimie oder psychogener Hyperphagie), affektive Störungen, **Persönlichkeitsstörungen** und **posttraumatischer Belastungsstörung** mit behandelt werden. Für alle Patientinnengruppen sind neben den allgemeinen Therapieangeboten zusätzlich indikative Maßnahmen vorgesehen.

Weiterhin bieten wir abhängigen Müttern die Möglichkeit, ihre Kinder mit in die Klinik zu bringen. Auch im Rahmen der **Mutter-Kind-Therapie** gibt es Programme und Angebote, um sowohl den

Müttern als auch den Kindern spezielle Hilfen und Unterstützung zu geben.

3.2 Kontraindikationen

Organische Störungen wie z.B. Demenzen (F 00, F 01), akute Schizophrenien (F 20), akute wahnhaftige Störungen (F 22) und andere akut psychotische Störungen (F 23 – F 29), akute Suizidalität, Patientinnen mit deutlicher Intelligenzminderung (F 7) oder mit gravierenden körperlichen Erkrankungen, die die Therapiefähigkeit maßgeblich beeinträchtigen, stellen eine Kontraindikation zur Behandlung in unserer Klinik dar.

3.3 Aufnahmebedingungen

Voraussetzungen für eine Behandlung in unserem Hause sind:

- Freiwilligkeit
- Nachweis des durchgeführten Suchtmittelentzuges
- Zusage eines Leistungs- oder Kostenträgers (Rentenversicherung, Krankenkasse oder überörtlicher Sozialhilfeträger) auf Übernahme der Behandlungskosten. Die Kosten für die Mitaufnahme der Kinder müssen ebenfalls gesichert sein (weitere Formalitäten zur Mitaufnahme von Kindern s.u.)
- kognitive Suchtakzeptanz (d.h. die Erkenntnis zur Notwendigkeit innerer Veränderung, sichtbar an der erklärten Bereitschaft, auf Suchtmittel zu verzichten)
- Akzeptanz des Behandlungsrahmens

Vorstellungsgespräche für zukünftige Patientinnen sind jederzeit möglich. In Kooperation mit Beratungsstellen werden Aufnahmebedingungen geklärt, die Klinik vorgestellt und das gegenseitige Kennenlernen ermöglicht. Eine telefonische Rücksprache, evtl. auch Vorgespräche, halten wir bei besonderen Problemen der Patientinnen, z. B. bei psychotischen Episoden in der Anamnese, besonderer sozialer Desintegration, gravierenden körperlichen Schädigungen und bei Aufnahme von Drogenabhängigen nach BtMG § 35 für notwendig.

Die Kostenerstattung bei Vorgesprächen erfolgt, wie bei Angehörigenbesuchen, Seminaren und Heimfahrten, nach den Richtlinien der jeweiligen Leistungs- und Kostenträger.

Aufnahmebedingungen und Empfehlungen bei Mitaufnahme von Kindern

Rechtliche und finanzielle Rahmenbedingungen für die Aufnahme der Kinder:

Der Kindergarten der Fachklinik hat ab dem 01.11.95 die Betriebserlaubnis als Einrichtung der Kinder- und Jugendhilfe gem. §§ 45 - 48 a und § 87 a SGB VIII erhalten.

Die Finanzierung erfolgt nach den Versicherungsvoraussetzungen der Patientinnen entweder über die Haushaltshilfe gem. § 29 (2) SGB VI oder § 38 SGB V oder über die Jugendhilfe gem. § 27 SGB VIII.

Beantragung eines Gastschulverhältnisses vor der Aufnahme:

Die abgebende Schule sendet an die aufnehmende Schule Schülerbogen und Abgangszeugnis. Über die abgebende Schule ist ein Antrag auf ein Gastschulverhältnis bei der Bezirksregierung Koblenz zu stellen. Ansprechpartnerin bei der Bezirksregierung bzw. eine Liste möglicher Gast-schulen siehe Anhang.

Die Kinder werden mit unserem Kleinbus zur Schule gebracht und wieder abgeholt.

Bei Bezug von Kindergeld und Unterhaltsvorschuss ist folgendes zu beachten:

Günstig ist es, vor der Aufnahme zu klären, wer Kindergeld oder UHV gewährt und dort bereits die entsprechenden Anträge zu stellen. Darüber hinaus ist es von Vorteil, wenn entsprechende

Stammnummern, Kindergeldnummern etc. mitgebracht werden. Sollen die Zahlungen während der Therapiemaßnahme auf unser Klinikkonto gehen, sollte dies den zuständigen Ämtern bereits bitte im Voraus mitgeteilt werden, da es relativ lange Bearbeitungswege gibt. Die Bankverbindung ist dem Anhang zu entnehmen.

4. Therapiedauer

4.1 Entwöhnungsbehandlung

In Absprache mit den Leistungsträgern können wir für ausschließlich alkoholabhängige Patientinnen eine Behandlungsdauer von bis zu **16 Wochen**, für Drogenabhängige (auch BtMG § 35) bis zu **26 Wochen** anbieten.

Ist die Abhängigkeitsproblematik durch weitere Diagnosen (z. B. Essstörung, erhebliche Persönlichkeitsstörung, Polytoxikomanie, Posttraumatische Belastungsstörung etc.) kompliziert, oder ist die Abhängigkeitserkrankung im Rahmen einer anderen psychiatrischen Erkrankung (z. B. bei Angsterkrankungen, Depressionen, Psychosen etc.) sekundär entstanden, wird dieses in unserem individuellen Therapieangebot berücksichtigt. Nur in besonderen Einzelfällen wird, in Rücksprache mit den Leistungsträgern, eine Verlängerung der Therapiemaßnahme erwogen. Verlängerungen bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei Versicherten der Deutschen Rentenversicherung Bund erfolgen grundsätzlich nur im Rahmen des Budgets.

4.2 Auffang- und Wiederholungsbehandlung

Patientinnen, die nach ihrer Entlassung aus einer Fachklinik rückfällig geworden oder rückfallgefährdet sind, bieten wir die Möglichkeit zu einer **Auffang- bzw. Wiederholungsbehandlung** von in der Regel **6 bzw. 10 Wochen** an. Inhaltlich unterscheidet sich die Auffang- bzw. Wiederholungsbehandlung von der Entwöhnungsbehandlung durch die Betonung der **Problemverhaltensketten-Analyse**, um daraus über das Erkennen der **individuellen Rückfallgefährdung** darauf abgestimmte Rückfallprophylaxe weiterzuentwickeln und zu trainieren.

5. Theoretischer Hintergrund und Implikationen für das Therapiekonzept

Um sich das Phänomen Sucht zu erklären, wurden und werden verschiedene Modelle und Theorien über die Suchtentstehung erarbeitet. Auffallend dabei ist die Vielzahl von teilweise gegensätzlichen Meinungen und die rigide geführten Diskussionen und Folgerungen der einzelnen Verfechter unterschiedlicher Theorien und die daraus resultierenden Folgerungen, welche Therapie die beste sei.

Eine fehlende einheitliche Theorie mag Ursache dafür sein, dass die überwiegende Mehrheit in der Allgemeinbevölkerung und wahrscheinlich auch immer noch in der Ärzteschaft der Ansicht ist, dass Sucht keine Krankheit sei; vielmehr sei es reine Willenssache der Betroffenen, mit dem Alkohol- oder Drogenkonsum aufzuhören.

Es besteht heute übereinstimmend die Auffassung, dass die Ätiopathogenese der stoffgebundenen Suchterkrankung von einem multifaktoriellen Ursachenbündel bestimmt wird (*D. Hartmann, 1969; Frosch, 1970; Zinnberg, 1975*). Hierbei verflechten und beeinflussen sich konstitutionelle und genetische Faktoren, frühe internalisierte Beziehungserfahrungen, erworbene Bewältigungsmechanismen des Ichs, aktuelle soziale Beziehungen und Bedingungen sowie die physiologisch-biochemischen Auswirkungen der Droge gegenseitig im Sinne einer Ergänzungsreihe (sog. bio-psychosoziales Modell).

Bei der Suchtentwicklung wird von vielen Autoren eine genetische Prädisposition als sicher angenommen (*Schuckit, 1995; Feuerlein, 1995*). Eine für alle Süchtigen einheitliche Persönlichkeitsstruktur konnte dagegen in mehreren Studien nicht gefunden werden (*Goertz, 1972; Solms, 1972; Antons und Schulz, 1976, 1977; Antons, 1978; Krypsin-Exner und Demel, 1980; Wanke, 1987; Ellgring und Vollmer, 1991*).

Süchtiges Verhalten kann auf verschiedenen Ebenen der Persönlichkeitsstruktur als „Lösungsversuch“ eingesetzt werden. Verschiedene Ansätze wie – psychoanalytische (trieb-, narzissmus- und objektbeziehungstheoretisch, ichpsychologisch und suchtdynamisch), humanistische, systemische und verhaltenstherapeutische etc. – können im konkreten Einzelfall helfen, die Psychodynamik zu verstehen und die adäquate Intervention auszuwählen. Wenn wir die unterschiedlichen Erklärungsmodelle wertfrei betrachten, so haben wir aus jedem Hinweise und Erkenntnisse für die praktische Arbeit mit Abhängigen gefunden.

5.1 Psychoanalytischer Ansatz

Aus **psychoanalytischer Sicht** ist die ursprüngliche Konzeption von Substanzeinnahme die orale Fixierung in der psychosexuellen Entwicklung oder die Regression auf dieselbe, wenn Triebversagungen später auftreten und keine genügende Frustrationstoleranz bzw. Ich-Stärke aufgebaut werden konnte (*Simmel, 1993*). Nach *Freud* ersetzte die Sucht „mangelnden Sexualgenuss“ und wurde von ihm auch als Wiederholung des Onaniezwanges gesehen. *Rado* (1926) sprach wie *Fenichel* von der „Alkohollöslichkeit des Über-Ichs“. Später stellte *Rado* (1934) das instabile Selbstgefühl des Süchtigen in den Vordergrund, das im Rausch durch Allmachts- und Verschmelzungswünsche kompensiert werden soll. In der Ernüchterung entsteht dann ein *Circulus vitiosus* in Form eines erneuten Rauschwunsches. Die Sucht wurde als frühe Störung gewertet. Suchtmittel lösen nicht nur triebbedingte Spannungen in ängstlichen oder bedürftigen Gefühls- und Stimmungslagen, sondern befriedigen auch aggressive Affekte aus Hemmungen und Fehlsteuerungen sowohl der oralen als auch der analen Entwicklungsphase. Andere Autoren (z.B. *Menninger, 1974*) betonen die aggressiven bzw. autoaggressiven Impulse der Alkohol-

abhängigkeit, die zwanghaft einen Prozess der Selbsterstörung bewirken (protrahierter Suizid), so wird es auch von Rost (1986) beschrieben. Gleichzeitig werden aber auch bei *Simmel* (1993) und *Menninger* (1974) andere Suchttypen dargestellt, die in ähnlicher Form in der bekannten Typologie von *Jellinek* (1960) bereits auftauchen.

Die Weiterentwicklung der psychoanalytischen Theoriebildung in der Ich-Psychologie (*Kohut*, 1969) geht davon aus, dass das Ich nicht stark genug ist, um Triebe und Affekte, wie z.B. Angst, aber auch Aggression, abzuwehren, das Suchtmittel wird als Medikament zur Selbstheilung eingesetzt und so die Lücke in der Struktur des Ichs geschlossen (*Tress*, 1985)

In den neueren Objektbeziehungstheorien der Sucht misslingt die Bildung stabiler Selbst- und Objektrepräsentanzen, das Suchtmittel wird als narzisstische Plombe benötigt, um das Selbst vor Unlust zu schützen und narzisstisches Wohlbefinden zu stabilisieren (*Bilitza* und *Heigl-Evers*, 1993).

Auf dem Hintergrund der genannten Grundstörungen sind nach *Lürssen* (1974) auch die Persönlichkeitsstörungen zu sehen, die oft erst im Verlauf der Sucht manifest werden und vorher kompensiert waren, nämlich: mangelnde Affekt- und Frustrationstoleranz, symbiotische Ansprüche im Sinne von Symbiosewünschen, negatives Selbstwertgefühl und/oder unrealistisches Größenselbst mit mangelhafter Realitätswahrnehmung sowie Tendenz zur Projektion von Problemen und Konflikten nach außen.

Küfner (1978) beschrieb die Funktionen des Suchtmittels wie folgt: „Alkohol als Reizschutz zur Stützung des Selbstwertgefühls, zum Abbau von Hemmungen, zur Anregung und Motivierung der Ich-Funktionen sowie Alkohol als eigenes Objekt“.

In der tiefenpsychologischen Einzeltherapie mit supportiv-psychotherapeutischem Ansatz liegt nach *Luborsky* (1995) der Hauptfokus auf dem Aktualkonflikt oder dem zentralen Beziehungskonflikt. In der von *Heigl-Evers* entwickelten interaktionellen Gruppentherapie „deutet“ der Therapeut nicht, sondern „antwortet“ (*Thomae*, 1995).

5.2 Humanistischer Ansatz

Humanistische Psychotherapiemethoden wurden in Form gesprächspsychotherapeutischer Ansätze in der Gruppenbehandlung von Alkoholkranken von *Luderer* (1987) und *Speierer* (1988) eingeführt. Im Mittelpunkt der Krankheitslehre steht der Begriff der Inkongruenz, d.h. dass Erfahrungen und Erlebnisse mit den im Selbstkonzept repräsentierten Normen und Geboten nicht vereinbar sind und für diese eine Wahrnehmungsblockade besteht. Die krankhafte Störung wird von *Rogers* als Selbstwiderspruch und Selbstentfremdung gesehen, wobei in der Therapie davon ausgegangen wird, dass jeder, auch der Kranke, genügend Kräfte besitzt, um seine Probleme zu lösen. Der Therapeut ist der Katalysator, der hilft, diese Kräfte frei zu setzen. Gerade für Suchtkranke stellen die Grundprinzipien der Therapie eine äußerst große Hilfe dar, nämlich das bedingungsfreie Akzeptieren, das einführende Verstehen (die Empathie) und die Kongruenz des Therapeuten, seine Echtheit beim Umgang mit dem Kranken (*Finke*, 1994). Das bedingungsfreie Akzeptieren hilft Suchtkranken die extremen Scham- und Schuldgefühle zu äußern und nicht mehr zu verleugnen.

Neben der Gesprächspsychotherapie findet in den Gruppen auch die themenzentrierte Interaktion nach *Ruth Cohn* (1975) Anwendung. Der Zwang, statt von „man“ oder „wir“ von sich selbst – „ich trinke“ und nicht „man trinkt“ – zu sprechen, ist für sehr viele Patienten eine wichtige Erfahrung, ebenso wie die aus *Morenos* (1959) Psychodrama abgeleiteten vielfältigen Formen der Rollenspiele.

5.3 Systemischer Ansatz

Die **systemische Therapie** begreift Verhalten im Kontext zwischenmenschlicher Beziehungen, lebensphasischer Rollen und Aufgaben sowie im Kontext von Tradition und Kreation (*Zemlin und Thau, 1999*). Ein suchtkranker Mensch ist so verstanden ein Delegierter eines zwischenmenschlichen Systems. Verhalten, auch problematisches Verhalten wie z.B. Suchtverhalten, wird seinem konstruktiven Sinn nach zu verstehen versucht. Wie trägt Suchtverhalten zum Gleichgewicht in einem System bei? Welches Risiko entsteht für ein gewachsenes, an Traditionen orientiertes System, wenn ein Verhalten neu gelernt bzw. verändert wird? Wie ist jedes Mitglied des Systems daran beteiligt und wie wirkt sich die Veränderung eines Verhaltens auf einzelne aus? Eine systemische Konzeptualisierung über Verhalten betrachtet vorrangig interaktionale Verhaltensmuster und betont die Dimensionen „Zeit“ und „Bedeutung“ insofern, als die zentrale (ätiologische wie pragmatische) Frage des Erkennens lautet: „Welchen Sinn hat ein bestimmtes Verhalten innerhalb eines mehrgenerativen Entwicklungskontextes?“ (*Thau, 1999*).

5.4 Verhaltenstherapeutische Ansätze und Weiterentwicklung

Seit den Anfängen des Behaviorismus 1913 (*Watson*) bestand die **Verhaltenstherapie** ab den 50er Jahren (*Eysenck, 1960; Wolpe, 1969*) in den verschiedensten lerntheoretischen Konzepten (Lernen am Modell, Lernen am Erfolg), die viele Stadien der Suchtentwicklung erklären können (*Schneider, 1985*). Durch die positive Verstärkung (z.B. durch Trinksitten u.ä.) sowie durch negative Verstärker (z.B. Behandlung von Symptomen wie Angst usw.) kommt es sehr rasch dazu, dass die Einnahme des Suchtmittels selbst ohne positive oder negative Verstärker als angenehm erlebt wird. Bei Zunahme der Situationen, in denen getrunken werden muss, entwickelt sich dann der Teufelskreis, dass das subjektive Gleichgewicht (jedoch unter stetiger Verschlechterung) nur noch durch immer wieder erneute Zufuhr (um Entzugserscheinungen zu lindern) überhaupt aufrecht erhalten werden kann.

In den letzten 20 Jahren sind v.a. entwicklungspsychologische, emotions- und kognitionspsychologische Prinzipien und Handlungsstrategien in Form kognitiver Modelle in verhaltenstherapeutische Strategien aufgenommen worden, v.a. das Konzept der Selbstwirksamkeitserwartung nach *Bandura* (1997).

Seit 16 Jahren haben sich die Vorstellungen von *Kanfer* (1994) und *Reinecker* (1996) sowie das **Wandlungsmodell** von *Prochaska* und *Di Clemente* durchgesetzt. Ein weiterer Fortschritt ist die **kognitive Therapie der Sucht nach Beck**. Aus dem von *Lindenmeyer* (1997) übersetzten Beck'schen Werk erscheinen die Schlussfolgerungen des Komitees der National Academy of Sciences des Institute of Medicine auch auf die deutschen Verhältnisse passend. Die 7 wichtigsten Merksätze haben wir in unser Therapiekonzept integriert. Was hier für die mittelgebundene Sucht Alkohol beschrieben wird, kann konkret auch für Drogen und Medikamente, im übertragenen Sinne auch für die nicht mittelgebundenen Süchte (z.B. Essstörungen) angenommen werden.

1. Es gibt keinen einzelnen Behandlungsansatz, der sich bei allen Personen mit Alkoholproblemen als effektiv erwiesen hätte.
2. Die Anwendung angemessener spezifischer Behandlungsstrategien kann den Therapieerfolg immens erhöhen.
3. Die Behandlung anderer Probleme, die mit dem Trinken zusammenhängen, kann den Therapieerfolg bei Menschen mit Alkoholproblemen ebenfalls erhöhen.
4. Therapeutenvariablen sind teilweise mitentscheidend für den Therapieerfolg.

5. Der Therapieerfolg wird außerdem v.a. beeinflusst von Therapieprozessfaktoren, der Möglichkeit, die in der Therapie erlernten Bewältigungsstrategien im täglichen Leben anzuwenden, der individuellen Charakteristiken der Patienten, ihrer jeweiligen Problembereiche und der Interaktionen zwischen diesen Faktoren.
6. Patienten, die wegen ihrer Alkoholprobleme behandelt werden, erreichen ein quantitativ unterschiedliches Ausmaß an positiver Veränderung hinsichtlich ihres Trinkverhaltens bzw. hinsichtlich ihrer Alkoholprobleme mit jeweils vollkommen unterschiedlichen zeitlichen Verläufen.
7. Die Patienten, die ihren Alkoholkonsum deutlich reduzieren oder vollkommen abstinent leben, erfahren meist auch eine Verbesserung in anderen Lebensbereichen, besonders dann, wenn die Periode des reduzierten Trinkens länger anhält.

5.5 Dialektisch-Behaviorale Therapie Sucht

Auch in der **Dialektisch-Behavioralen Therapie-Sucht** (DBT-S), nach *M. Linehan*, findet sich die Bedeutung der vorgenannten Merksätze wieder.

Die **DBT** wurde als störungsspezifisches Konzept zunächst für chronisch suizidale (Borderline-) PatientInnen entwickelt. In den letzten Jahren sind Veränderungen und Erweiterungen dieses Konzeptes entstanden, u.a. auch für die Behandlung von Drogen- und Alkoholabhängigkeit und in Verbindung mit der Behandlung posttraumatischer Belastungsstörungen und Essstörungen.

Hinsichtlich der Behandlung der Borderline-Störung gilt die DBT als das empirisch am besten gesicherte Konzept. Seit 1991 werden Ergebnisse zum Wirksamkeitsnachweis erbracht, wobei laufend Studien durchgeführt werden, die Behandlungserfolge bestätigen mit signifikanter Besserung aller Symptome gegenüber unspezifischen Behandlungsmethoden.

Erste Untersuchungen im deutschsprachigen Raum zur Wirksamkeit der DBT bei Borderline-Störungen wurden an den Universitätskliniken Freiburg unter der Leitung von *Prof. Dr. Martin Bohus* durchgeführt. Auch weitere Untersuchungen zeigen, dass die hochdifferenzierten Therapieziele, Behandlungstechniken und Richtlinien der DBT eine allgemeine Stabilisierung der Psychopathologie, der sozialen Einbindung, eine Reduktion der Häufigkeit von Selbstschädigungen (auch Suchtmittelkonsum!) und von stationären Aufenthalten bringen und die Rate von Therapieabbrüchen deutlich gesenkt werden.

Die **Dialektisch-Behaviorale Therapie** beruht weitgehend auf etablierten, empirisch abgesicherten kognitiv-behavioralen Methoden, beinhaltet aber auch eine Vielzahl von Strategien und Techniken aus humanistischen und körperorientierten Therapieformen, aus der Gestalttherapie, Hypnotherapie sowie aus der systemischen Familientherapie und Betrachtungsweisen und Übungen aus dem Zen-Buddhismus. Die Wirksamkeit dieser meditativen Techniken konnte bereits 1994 von *John Kabat-Zinn* nachgewiesen werden.

Ein deutliches Übergewicht von Frauen mit der Diagnose Borderline-Störung steht im Zusammenhang mit typisch weiblichen Lebenszusammenhängen und damit verbundenen Risiken. Auch auf diesem Hintergrund erklärt sich die besonders gute Wirksamkeit unseres Behandlungskonzeptes nach den Richtlinien der **DBT** und **DBT-Sucht** für unsere Patientinnen.

5.6 Besondere Behandlungsansätze im Rahmen von Entwöhnungsmaßnahmen

5.6.1 Motivational Interviewing

Das **Motivational Interviewing (MI)** basiert auf ähnlichen Grundannahmen einer therapeutischen Haltung wie in der **DBT-S**. Elemente des **MI** sind daher ergänzend und verstärkend im **DBT-S** integriert.

Motivational Interviewing sollte also keinesfalls auf technisch geschickte Abwicklung von Gesprächsmethoden reduziert werden, sondern beruht auf Menschenbildannahmen, geprägt von

der humanistischen Psychologie mit einer therapeutischen Haltung von Empathie, Respekt und Achtung vor den PatientInnen. Dabei geht **Motivational Interviewing** von der Sichtweise aus, dass jede abhängige Person Veränderungspotential besitzt. Ambivalenz in der Entwöhnungsbehandlung, dargestellt im Wippe-Modell zwischen Nutzen und Kosten von Veränderung vs. Nichtveränderung wird psychodynamisch als Ausdruck einer begründeten inneren Zwiespältigkeit verstanden.

Das **Motivational Interviewing** ermöglicht damit als erprobte **klinisch-direktive Methode** eine Steigerung intrinsischer Änderungsmotivation durch das Erforschen und Auflösen von Ambivalenzen, sowohl innerhalb der Aufnahme phase, wie auch im Rahmen psychoedukativer Programme und in Rückfallkrisen.

5.6.2 Rückfallprophylaxe

Im strukturierten **Trainingsprogramm Alkoholrückfallprävention (S.T.A.R.)** nach *Körkel/Schindler* wird auf einen Paradigmenwechsel hingewiesen, weg von moralisierend-entwertenden Sichtweisen in Bezug auf Rückfälle hin zu einem entmythologisierten psychotherapeutisch geprägten und letztlich humanerem Umgang mit rückfälligen Patientinnen. In Ergänzung und Vernetzung zur dargestellten **DBT-S** und **Motivational Interviewing** wird hier ein effizientes Rückfallpräventionsprogramm angeboten.

Auch hier finden sich sowohl Ansätze aus dem kognitiv-verhaltenstherapeutischen Rückfallmodell sowie aus psychodynamisch und systemische Sichtweisen des Rückfallgeschehens. Neben der Vorbeugung von Rückfällen geht es insbesondere auch um Umgang mit eingetretenen „Ausrutschern“, um ein weiteres Abgleiten in Rückfälligkeit zu verhindern.

Sichtweisen und Annahmen hinsichtlich Ambivalenz und der Notwendigkeit von Balance zwischen Akzeptanz und Veränderungen finden sich auch hier wie in der **DBT-S** und dem **Motivational Interviewing** wieder.

Das Rückfallprophylaxetraining wurde in unserer Klinik erweitert und modifiziert in Bezug auf Abhängigkeit von illegalen Drogen, Medikamenten, aber auch hinsichtlich anderer, nicht stofflicher süchtiger Verhaltensweisen wie bei Essstörungen und selbstverletzendem Verhalten. Weiterhin wurden einzelne Module hinsichtlich der besonderen frauenspezifischen Sozialisations- und Lebensbedingungen verändert.

Themenbereiche einzelner Module, wie z.B. Umgang mit unangenehmen Gefühlen und sozialer Kompetenz beim Ablehnen von Suchtmittelkonsum-Aufforderungen werden durch die entsprechenden Module des Skills-Trainings aus **DBT** und **DBT-S** ergänzt.

6. Besonderheiten einer frauenspezifischen Ausrichtung:

In unserer Einrichtung werden **ausschließlich Frauen** behandelt. 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. Auch *Soyka* (1995) und *Jahrreis* (1998) weisen auf die Notwendigkeit besonderer therapeutischer Angebote für suchtkranke Frauen hin.

6.1 Weibliche Lebenszusammenhänge und Risiken

Sowohl **Dialektisch-Behaviorale Therapie**, wie auch **Dialektisch-Behaviorale Therapie-Sucht** und die seit Jahren in der Klinik etablierte **Psychodynamisch-Imaginative Traumatherapie (PITT)** berücksichtigt neben Hinweisen auf genetischen Einfluss, auch empirisch gesicherte Risikofaktoren für die Entwicklung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung in direktem

Zusammenhang mit den immer noch gravierenden Unterschieden der Sozialisation und Lebensbedingungen von Frauen und Männern.

So steht an erster Stelle der Risikofaktoren die **Zugehörigkeit zum weiblichen Geschlecht**, die frühe Erfahrung sexueller und/oder körperlicher Gewalt sowie emotionale und/oder materielle Vernachlässigung durch primäre Bezugspersonen mit entsprechend instabilen Bindungen.

Die Sozialisations- und Lebensbedingungen von Frauen unterscheiden sich nach wie vor gravierend von denen der Männer.

In unserer Klinik für Frauen mit Abhängigkeitserkrankungen finden wir ein Spiegelbild von Situationen wieder, wann die besonderen Lebensumstände von Frauen zu extrem belastenden Lebenssituationen werden können:

- Frauen mit Essstörungen
- Frauen die Gewalt erleben mussten
- Frauen, die sich prostituiert haben
- Alleinerziehende Mütter
- Frauen in Pflege alter und/oder kranker Angehöriger
- Frauen ohne Berufsausbildung und arbeitslose Frauen, Frauen mit Minijobs

Bei einem Mangel an adäquaten Bewältigungsstrategien in diesen belastenden, typisch weiblichen Lebenssituationen werden oft selbstschädigende Verhaltensweisen, insbesondere auch Suchtmittelkonsum, eingesetzt, sowohl um die Leistungsfähigkeit zu erhalten oder zu steigern, ohne Berücksichtigung der Grenzen psychischer und physischer Belastbarkeit, aber auch um Ruhe zu finden, schlafen zu können und aversive Gefühle zu betäuben.

Störungen in der Persönlichkeitsreifung mit Defiziten adäquater Coping-Strategien sind neben genetischen Komponenten mitbedingt durch psychosoziale Belastungsfaktoren wie emotionaler und/oder materieller Deprivation in der Kindheit/Jugend, instabiler Bindung zu primären Bezugspersonen und - statistisch bei Mädchen signifikant häufiger - körperlichen und/oder sexuellen Gewalterfahrungen in Kindheit und Jugend.

Der höhere Anteil von Frauen (70-80 %) mit Borderline-Persönlichkeitsstörung ist im Zusammenhang zu sehen mit empirisch gesicherten Risikofaktoren für die Entwicklung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung: Weibliches Geschlecht bzw. weibliche Sozialisierung, frühere Erfahrung von sexueller Gewalt, körperlicher Gewalt und fast immer damit einhergehender Vernachlässigung durch primäre Bezugserfahrungen sowie Gewalterfahrung im Erwachsenenalter.

Die Häufigkeit von Borderline-Persönlichkeitsstörung und/oder posttraumatischer Belastungsstörung und Abhängigkeitserkrankung bei Frauen verdeutlicht diese Zusammenhänge und lässt erkennen, dass isolierte Behandlungskonzepte Abhängigkeitserkrankung vs. Persönlichkeitsstörung und/oder Belastungsstörung (leider noch oft gegenseitige Ausschlusskriterien in Behandlungsinstitutionen!) langfristig keine effektiven Erfolge zeigen können.

Für eine günstige Prognose hinsichtlich andauernder Abstinenz in Bezug auf die Abhängigkeitserkrankung muss die zugrundeliegende Persönlichkeitsstörung und/oder Belastungsstörung in ihrer Entstehung und in ihren Auswirkungen gesehen und mit behandelt werden, ebenso wie die Persönlichkeitsstörung und/oder Belastungsstörung in ihrer Symptomatik nur gemindert und eine Persönlichkeitsnachreifung erreicht werden kann, wenn das Ziel Abstinenz hinsichtlich des Suchtmittelkonsums erreicht wird.

6.2 Die Bedeutung von Körperschemata bei Frauen

Weiblichkeit wird in unserer Gesellschaft wesentlich mehr als Männlichkeit durch das 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 den von den Medien propagierten körperlichen Idealbildern wird häufig von Frauen internalisiert und als Ziel für das eigene Körperbild angestrebt. Auf diesem Hintergrund können sich Essstörungen wie Bulimie und Anorexie entwickeln, die zu über 90 % nur bei Frauen und auch hauptsächlich in der westlichen Kulturlandschaft 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 cleanen/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 (1999), 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 abstinente 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.

Im Rahmen des frauenspezifischen Angebotes spielt die Behandlung von Essstörungen eine zunehmende Rolle. Neben der rein quantitativen Ebene kumuliert im Symptombild der Essstörung die Problematik der Lebenssituation als Frau in unserer Gesellschaft auf unterschiedlichen Ebenen. Frauen finden ihr Leben zum „Kotzen“, schlucken ihren Frust hinunter oder machen sich angesichts sich widersprechender Leistungsanforderungen und unerfüllbarer Schönheitsideale „dünn“ oder „breit“.

Die Entwicklung einer Essstörung beginnt oft in der Pubertät im Kontext eines Autonomie-Abhängigkeits-Konfliktes. Auf dem Hintergrund mangelnder Bindung und Ablösungsversuchen in der Ambivalenz des Wunsches, versorgt zu werden vs. selbst zu bestimmen, ermöglicht die oft rigide Kontrolle von Nahrungsaufnahme und/oder Körpergewicht zumindest immer wieder kurzfristig ein Erleben von Autonomie und Selbstbestimmung.

Im Kampf der einzelnen Frauen mit ihrem Körper finden erlittene Grenzüberschreitungen bis hin zu massiver sexueller Traumatisierung ihren Ausdruck. Wir verstehen Essstörungen daher als Lösungsversuch, in einem konkreten Lebenskontext, der selbst zum Problem geworden ist. Die Würdigung der sowohl von den Betroffenen als auch von ihrem Umfeld meist abgewerteten Symptome als Lösungsversuch für unlösbar scheinende Konflikte oder als unerträglich erlebte Erfahrungen macht die Funktion der Essstörung im individuellen Lebenskontext deutlich. Erst die Wertschätzung der Essstörung als Überlebensstrategie der Einzelnen bedeutet für die Betroffenen, aus dem Kampf gegen das Symptom und damit gegen sich selbst auszusteigen und so zu mehr Selbstakzeptanz und mehr Selbstwertschätzung zu finden. Ziel der Behandlung ist, dass diese selbstdestruktiven Formen der Bewältigung der eigenen Lebenssituation allmählich aufgegeben werden können zugunsten einer konstruktiven, lebensbejahenden Handlungsweise. Neben diesem zunächst scheinbar paradoxen Weg liegen weitere Schwerpunkte der Behandlung in der Unterstützung der Betroffenen im konkreten Umgang mit ihrem Essverhalten und in der Schaffung entsprechender Schutzräume, um die scham- und schuldbesetzte Thematik auch in körperorientierter Therapie fokussieren zu können.

6.3 Sucht und Prostitution

Eine weitere Besonderheit im Kontext von Suchterkrankungen bei Frauen ist die Thematik **Prostitution**, oft im Rahmen der Suchtmittelbeschaffung. Prostitution tritt häufiger im Zusammenhang mit illegalen Drogen als mit Alkoholabhängigkeit auf. Jüngere Frauen verbinden illegalen Drogenkonsum oft mit Vorstellungen von Protest und Ausstieg aus engen Frauenrollen. Besonders das Eintauchen in die Szene mit ihren eigenen Gesetzen scheint Freiheit zu versprechen. Nicht selten kommen Frauen dabei in die Falle, der sie entkommen wollten. Viele berichten, sie hätten mit Drogen begonnen, um sich in den drogensüchtigen Freund einzufühlen, ihm nahe zu sein und ihn verstehen zu können. Mit Entstehen der eigenen Suchtmittelabhängigkeit wird der Freund nicht selten zum Zuhälter und die Frau geht „Anschaffen“, um für beide Stoff zu besorgen.

Im geschützten Rahmen unserer Frauenklinik kann die betroffene Patientin sich mit der Prostitution auseinandersetzen und alle 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. Nach dem NRW-Bericht "Frauen und Sucht" von 1999 wird in der ambulanten Behandlung das Thema Prostitution nur sehr selten angesprochen. Wenn die betroffenen Frauen clean sind, verleugnen sie die Erfahrung der Prostitution oft, oder versuchen sie zu bagatellisieren.

6.4 Gewalterfahrung

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.

Statistisch betrachtet ist der höchste Risikofaktor, jemals im Leben Gewalt zu erleiden, die Zugehörigkeit zum weiblichen Geschlecht. Entsprechend ist die Thematik **Gewalt** 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.

Zusammenhänge von unbewältigten Gewalterfahrungen und Suchtmittelabhängigkeit bei Frauen wurde erst in den letzten Jahren zunehmend mehr im gesamten Bereich der Suchtkrankenhilfe berücksichtigt.

Die statistisch wesentlich häufigere Gewalterfahrung bei Frauen in unserer Gesellschaft spiegelte sich dementsprechend in der hohen Anzahl von Patientinnen wider, die eine Abhängigkeitserkrankung auf dem Hintergrund unbewältigter Traumatisierungen entwickelt haben. Entsprechend wurde in unserer Fachklinik bereits seit Ende der 90-er Jahre Traumatherapie ins Konzept der Abhängigkeitsbehandlung bei betroffenen Patientinnen integriert.

6.5 Erziehungs- und Familienarbeit

In der Arbeit mit suchtmittelabhängigen Frauen muss berücksichtigt werden, dass Mehrfachbelastungen und Überbelastung bei Frauen die Mütter sind besonders ausgeprägt sind.

Entsprechend der Gesamtsituation in unserer Gesellschaft bleiben auch die Kinder abhängiger geschiedener oder getrenntlebender Frauen ebenfalls meistens bei ihren Müttern. Über die Hälfte der abhängigen Frauen sind alleinerziehende Mütter. Oft stehen diese Mütter unter massivem Druck der Angst, die Kinder zu verlieren, denn aufgrund von Vernachlässigung droht häufig das Jugendamt mit Sorgerechtsentzug. Beachtet werden muss auch, dass abhängige Mütter in der Gesellschaft wesentlich stärker abgewertet werden, als alkoholabhängige Väter. Be-

rufsausbildungen der Mütter werden häufiger wegen der Kinder abgebrochen bzw. eine Berufstätigkeit aufgegeben. Entsprechend haben Kinder in solchen Situationen aufgrund der Vernachlässigung häufiger Verhaltensauffälligkeiten und Entwicklungsstörungen. Viele abhängige Mütter schaffen es, ihre Abhängigkeitserkrankung sehr lange geheimzuhalten und kommen dann erst spät in eine Behandlung, wenn sie sich bereits am Rand ihrer psychischen und physischen Kräfte befinden.

Im Rahmen unserer frauenspezifischen Arbeit findet die Problematik einer suchtkranken Frau und Mutter in Form der **Mutter-Kind-Behandlung** 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 suchtkontexten 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.

In den letzten Jahren hat sich zudem eine weitere belastende Situation für Frauen entwickelt, die zunehmende **Pflege von alten oder kranken Angehörigen**. Diese wird fast ausschließlich von Frauen geleistet. Es sind fast immer Töchter oder Schwiegertöchter, die alte Eltern pflegen und versorgen. Die Tendenz ist steigend und es gibt immer mehr Frauen im mittleren Lebensalter, die neben der Erziehung und Versorgung der Kinder oder nahtlos danach die Pflege und Versorgung alter Eltern oder Schwiegereltern übernehmen. Auch diese typisch weibliche Lebenssituation ist mit einem hohen Risiko verbunden, als Bewältigungsversuch Suchtmittel wie Alkohol und/oder Medikamente einzusetzen.

6.6 Berufstätigkeit

Generell ist die Erwerbssituation von Frauen nach wie vor auch bei guter beruflicher bzw. schulischer Qualifikation regelhaft geprägt durch schlechter bezahlte Tätigkeiten. Viele Frauen haben immer noch untergeordnete Tätigkeit, sind häufig in Teilzeitstellen berufstätig und in Führungsbereichen nicht präsent. Erziehungsurlaub wird nach wie vor zu einem hohen Prozentsatz von den Frauen genommen, da die Männer in der Familie meist mehr verdienen und die Familie mit dem Verdienst der Frau nicht auskommen würde. Insgesamt bedeutet das nach wie vor für Frauen: Weniger Geld, weniger finanzielle Sicherheit, weniger Einfluss in Politik, Gesellschaft und im öffentlichen Leben, verbunden mit wirtschaftlicher Abhängigkeit vom Ehemann und einem sozialen Abstieg bei Scheidung und Trennung.

Diese Besonderheiten müssen in der Behandlung suchtmittelabhängiger Frauen berücksichtigt werden, wenn eine neue berufliche Perspektive entwickelt wird, geeignete Arbeitsplätze gesucht werden oder Umschulungen ermöglicht werden müssen. Da gerade viele Frauen mit Borderline-Symptomatik und Suchtmittelabhängigkeit in sozialen und medizinischen Helferberufen tätig sind, müssen hier Risiken dieses Berufsfeldes sorgfältig abgewägt werden.

Bei berufstätigen Müttern muss bei einer Wiedereingliederung in den Beruf auch eine Betreuungsmöglichkeit für Kinder organisiert und sichergestellt werden.

7. Unser Behandlungskonzept im Prozess angepasster Weiterentwicklung

Übergeordnetes Ziel der Entwöhnungsbehandlung in unserem Haus ist es, Patientinnen zu helfen, sich die inneren und äußeren Voraussetzungen für ein erfülltes Leben ohne Suchtmittel zu schaffen und eine **soziale** und **berufliche Wiedereingliederung** zu erreichen.

7.1 Generelle Therapieziele

Auf diese übergeordneten, generellen Ziele sind folgende Prozessziele ausgerichtet:

- Fördern und Stützen der Behandlungsmotivation während des gesamten Therapieverlaufs
- Konsolidierung der persönlichen Abstinenzentscheidung:
 - Suchtmittelmissbrauch / Essstörung als inadäquaten Lösungsversuch akzeptieren
 - Erarbeitung der Kontext- und Auslösebedingungen des Suchtmittelmissbrauches bzw. der Essstörung
- Aufbau von Selbstkontrolle und Abstinenzfähigkeit:
 - Erlernen alternativer Verhaltensweisen im Umgang mit Belastungssituationen
 - Aufbau von Affekt- und Frustrationstoleranz
 - Einstellung der Lebensführung auf die Suchterkrankung
 - aktive Lebensgestaltung und gesundheitsbewusstes Verhalten.
- Aufbau von Rückfallbewältigungskompetenz:
 - Erkennen von Rückfallgefährdungsmomenten
 - Erkennen von eigenen Möglichkeiten und Grenzen
 - Aktivierung sozialer Ansprechpartner
- Individuation – Entwicklung eigener Fähigkeiten und Ressourcen:
 - Selbstakzeptanz und Selbstwertschätzung
 - Ich-Stärkung
 - Wahrnehmung eigener Bedürfnisse (auch Genussfähigkeit)
 - Lebendigkeit, Kreativität, Spontaneität
 - Selbstverantwortlichkeit und Entscheidungsfähigkeit
 - Sinnfindung, Religiosität und Spiritualität
- Aufbau von Beziehungs- und Bindungsfähigkeit
 - Entwicklung verbesserter Empathie und Fürsorge für andere
 - Liebesfähigkeit und Reflexion des Umgangs mit Sexualität
 - Konfliktfähigkeit und soziale Verantwortung
 - Vorbereitung der Wiedereingliederung in die bisherige oder veränderte Lebenssituation
- Aktive Auseinandersetzung mit bestehenden psychischen, körperlichen und sozialen Problembereichen
- Berufliche Orientierung, Reintegration in den Beruf
 - Entwicklung oder Veränderung beruflicher Perspektiven
 - Sicherung bzw. Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und der Zufriedenheit am Arbeitsplatz
 - Verbesserte Ausschöpfung eigener Fähigkeiten
- Körperliche Rehabilitation
- Akzeptanz und Umgang mit komorbiden Störungen
- Aufbau und Stabilisierung eines tragenden sozialen Systems in den Bereichen Familie, Arbeit, Freizeit
- Motivation für und Vorbereitung auf die Nachsorge, Adaption, Selbsthilfegruppe etc.
- Unterstützung der Erziehungskompetenz und der Verantwortungsübernahme als Mutter
- Förderung der Entwicklung der Kinder

Zur Erreichung dieser generellen Therapieziele der Entwöhnungsbehandlung wird unser Behandlungskonzept entsprechend einer sich verändernden Klientel und in Anlehnung an aktuelle Studien und Forschungsergebnisse immer wieder neu angepasst.

Dabei bleibt die Berücksichtigung der dargestellten spezifischen weiblichen Sozialisations- und Lebensbedingungen Grundlage des Behandlungskonzeptes.

7.2 Integrierte Behandlungsmodule im Rahmen der Entwöhnungsmaßnahme

Die Anzahl von Patientinnen mit Abhängigkeitserkrankungen im Zusammenhang mit Persönlichkeitsstörungen und/oder posttraumatischer Belastungsstörung hat sich in den letzten Jahren weiter erhöht. Neben dem Suchtmittelkonsum mit Zuweisung Abhängigkeitserkrankung zeigt sich häufig ein besonders hohes Ausmaß emotionalen Leidens, verbunden mit weiteren selbstschädigenden Verhaltensweisen, oft auch latenter Suizidalität und/oder zurückliegenden Suizidversuchen und/oder parasuizidalen Verhaltensweisen. Oft sind zusätzlich eine Fülle ungelöster Probleme im sozialen Umfeld zu berücksichtigen sowie teilweise auch mangelnde Schulausbildung und abgebrochene oder gar keine Berufsausbildung.

In diesem Kontext kann eine Abhängigkeitserkrankung **nicht isoliert** behandelt werden, sondern das Behandlungskonzept muss dem **Gesamtkrankheitsbild** unserer Patientinnen angepasst werden.

Die Entwöhnungsbehandlung in Anlehnung an die **Dialektisch-Behaviorale Therapie Sucht** nach Marsha Linehan, ergänzt durch modifizierte Module aus dem **Rückfallprophylaxetraining** nach Körkel/Schindler in Verbindung mit Elementen des **Motivational Interviewing (MI)** bietet einen individuellen Behandlungsrahmen, abgestimmt auf den Bereich einer „reinen Suchtmittelabhängigkeit“.

Die bereits seit Jahren in unserer Klinik etablierte **Psychodynamisch-Imaginative Traumatherapie (PITT)** nach *Luise Reddemann* ermöglicht die integrierte Behandlung einer zugrundeliegenden Posttraumatischen Belastungsstörung. Erweitert wurde **PITT** durch das Therapieprogramm „**Sicherheit finden**“ nach *Lisa M. Najavits*, auch hier liegt die Betonung auf der integrierten Behandlung von Substanzmissbrauch und PTBS im deutlichen Gegensatz zu Monotherapien, in denen eine Patientin nur Hilfe für eine Störung erhält. Die Grundprinzipien des Therapieprogramms „**Sicherheit finden**“ entsprechend weitgehend denen der **Dialektisch-Behavioralen Therapie Sucht** und basieren auf den inhaltlichen Bereichen von: Kognitionen, Verhalten, interpersonellen Aspekten und Case-Management.

Elemente der **Dialektisch-Behavioralen Therapie für Borderline-Patientinnen** nach *Marsha Linehan* erweitert die spezifische Behandlung bei Vorliegen einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung auf Borderline-Struktur im Rahmen der Entwöhnungsbehandlung.

Zusätzlich ist die Behandlung von **Essstörungen** in einem entsprechenden indikativen Bereich mit Ernährungsberatung und Lehrküche integriert.

Eine begrenzte **Anzahl von Mutter-Kind-Plätzen** ermöglicht die Behandlung einer suchtkranken Mutter, sowohl hinsichtlich einer „reinen“ Suchtmittelabhängigkeit, wie auch bei bestehender Komorbidität in allen genannten indikativen Bereichen mit gleichzeitiger Stärkung ihrer Erziehungskompetenz.

Zur Sicherung einer effektiven Behandlung in der Reha-Maßnahme, sowohl bei vorliegender „reiner“ Suchtmittelabhängigkeit wie auch beim Vorliegen weiterer Störungsbilder ist **Case-Management** definiert als Unterstützungsangebote für alle Lebensbereiche von besonderer Bedeutung. In enger Vernetzung aller Fachbereiche können hierzu individuell gegebenenfalls gehören:

- Wohnsituation
- Psychiatrische Medikation
- HIV-Tests oder -Beratung
- Schulungen
- Weiterbildung
- Bewerbungstraining
- Hilfe für Kinder und Erziehungsberatung
- Generelle medizinische Versorgung
- Finanzielle Belange
- Freizeitgestaltung
- Besondere Schutzmaßnahmen bei häuslicher Gewalt

Obligatorisch für alle Patientinnen sind dabei die Bereiche von suchtspezifischer Nachsorge, Aufbau einer beruflichen Perspektive, Schulung für Selbsthilfegruppen.

Die Umsetzung des Konzeptes erfordert arbeitsintensives strukturiertes Vorgehen bei hoher Personaldichte, mit fest etablierten, meist engmaschigen Einzelsettings.

8. Rahmenbedingungen und Behandlungsstruktur

Stationäre Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen erfordert einerseits klare Regeln und Strukturen, andererseits ein gewisses Maß an Flexibilität und Anpassung an individuelle Bedingungen.

Wie in jeder therapeutischen Behandlung ist auch in einer Reha-Maßnahme Sucht die **Therapiecompliance** von grundlegender Bedeutung.

Die **Grundannahmen** der **Dialektisch-Behavioralen Therapie Sucht** stellen die Basis dar, Therapie-Compliance zu ermöglichen und immer wieder herzustellen für eine optimale Behandlung.

Grundannahmen dienen zur Orientierung und zur Reflexion der therapeutischen Haltung und sollen gegen möglicherweise bestehende Vorurteile und Schuldzuweisungen wirken beim Stagnieren oder Abbrechen der Reha-Maßnahme und tragen zur Akzeptanz bei, dass manche Dinge im Augenblick nicht möglich sind (matter of fact).

8.1. Grundannahmen:

- Die Patientinnen wollen sich ändern
- Die Patientinnen haben die meisten ihrer Probleme nicht selber herbeigeführt, müssen sie aber selber lösen (das ist ungerecht)
- Die Patientinnen müssen sich besonders anstrengen, härter arbeiten und höher motiviert sein als andere (auch das ist ungerecht)
- Das Leben vieler Patientin ist so, wie es ist, nicht auszuhalten und unerträglich
- Patientinnen müssen im Allgemeinen in (fast) allen Lebensbereichen neues Verhalten lernen

8.2. Qualitätssicherung

Zur Unterstützung von TherapeutInnen im Sinne von **Qualitätssicherung** der Reha-Maßnahme finden regelmäßige externe Supervisionen statt, außerdem interne Fall- und Teamsupervision. Weiterhin erfolgen Teamschulungen durch externe Ausbildungsinstitute in der Klinik und andauernde individuelle externe Weiterbildung (siehe auch Kapitel 2).

8.3. Therapeutische Haltung

Aus der **DBT Sucht** mit dem integrierten Ansatz des **Motivational Interviewing** leitet sich eine therapeutische Haltung ab, basierend auf **Echtheit, Mitgefühl, Beständigkeit und Geduld**, was eine **prinzipielle Annahme** jeder Patientin ermöglicht.

Jede Verhaltensweise einer Patientin macht im subjektiven Kontext Sinn. Aus der Dialektik von **Validierung**, als echt empfundenes Mitfühlen und Bestätigung für die Gefühle der Patientin in ihrer jeweiligen Situation als verstehbar, wie auch auf das **Drängen auf Veränderung** stellt sich der **ständige Balanceakt** in der Behandlung dar.

8.4 Behandlungsphasen

In der **Therapiezielhierarchie** steht in der Reha Sucht die **Abstinenz von Suchtmitteln** an übergeordneter Stelle. Weiteres Kriterium in der Hierarchisierung der Therapieziele ist die **Gefährdung** der jeweiligen Patientin.

Je nach Gesamtkrankheitsbild können sich **gegebenenfalls als übergeordnete Ziele** ergeben:

- Das Unterlassen aller suizidalen Handlungen
- Das Unterlassen aller selbstverletzenden Verhaltensweisen
- Die Minderung lebens- bzw. gesundheitsgefährdender Verhaltensweisen im Rahmen einer Essstörung

Das Einhalten der thematisierten Ziele wird in einer schriftlichen Vereinbarung festgehalten, die von der Patientin verpflichtend unterschrieben wird.

Während der gesamten Reha-Maßnahme ist diese Therapiezielhierarchie verbindlich.

8.4.1 Aufnahmephase

Unsere individuelle Ausrichtung der Therapie verlangt ein hohes Maß an Differenziertheit und Flexibilität, um den therapeutischen Prozess bestmöglichst zu unterstützen und dabei die stationäre Behandlungsdauer so kurz wie möglich zu halten. Berücksichtigt wird in dieser Phase sowohl die besondere Problematik der Ankommenden wie auch die Notwendigkeit von Diagnostik und Therapieplanung.

Im Zeitrahmen von etwa **4 Wochen bei alkohol- und medikamentenabhängigen** Patientinnen und etwa **6 Wochen bei drogenabhängigen Patientinnen** findet eine umfassende Anamnese statt, der sich suchtspezifische und klinische Analysen anschließen. Weiterhin erfolgt die Analyse familiärer und sonstiger Systembedingungen sowie Verhaltensanalysen zum letzten Suchtmittelrückfall, ggf. auch zu selbstverletzenden Verhaltensweisen, zu Suizidversuchen und/oder früheren Therapieabbrüchen.

Indikationsgeleitet wird zusätzlich eine spezifische Persönlichkeitsdiagnostik, ggf. eine kognitive Leistungsdiagnostik bzw. eine neuropsychologische Diagnostik durchgeführt. In der Sozialanamnese werden u.a. Berufs- und Ausbildungssituationen, die wirtschaftliche Absicherung, Renten- und Versicherungsfragen, evtl. anstehende Gerichtsverfahren und die aktuelle Wohnsituation erhoben. Gegebenenfalls erfolgt weitere soziotherapeutische Diagnostik hinsichtlich Problemen und Belastungsfaktoren am Arbeitsplatz. Die Voraussetzungen für berufliche Reintegrationsmaßnahmen werden untersucht und direkte berufliche Wiedereingliederungs- bzw. Vorbereitungsmaßnahmen sondiert.

Während der Aufnahmephase nimmt die Patientin an 4 Motivationsgruppen teil, sowie an Informationsveranstaltungen zur Sucht- und Rückfallprophylaxe, an Einführungsveranstaltungen hinsichtlich des Angebotes in der Bewegungs-, Gestaltungs-, Ergotherapie und der Sozialen Rehabilitation. In der Sozialberatung schließt sich ein Einzelgespräch an, um mit der zuständigen Sozialarbeiterin soziale und existentielle Situationen zu klären (Case-Management).

Während der Aufnahmephase wird die Patientin bereits in die Bezugsgruppentherapie integriert, wobei jeder Patientin eine Patin zur Seite steht, die als Ansprechpartnerin dient und bei der Eingewöhnung hilft. Weitere Unterstützung erhält die Patientin auch in einer Informationsgruppe für Neuaufnahmen.

Inhaltlich erhalten die Patientinnen während der Vorbereitungsphase im Einzel- und Gruppensetting Informationen über das Krankheitsbild von Suchtmittelabhängigkeit sowie ggf. einer Persönlichkeitsstörung, posttraumatischer Belastungsstörung, Essstörung, affektiver Störung und anderer. Weiterhin erhält die Patientin Informationen über die Zusammenhänge des jeweiligen Gesamtkrankheitsbildes hinsichtlich der Funktion ihrer süchtigen Verhaltensweisen.

Die Befunde aus medizinischer, psychotherapeutischer und soziotherapeutischer Diagnostik und aus den anderen Therapiebereichen von Gestaltung-, Ergotherapie und Bewegungstherapie fließen im Rahmen der Teamkonferenz in den Behandlungsvorschlag ein. In der Therapieplanung werden mit der Patientin die individuellen Therapieziele festgelegt, die im Rahmen der Behandlungsdauer erreicht werden können. Die Bearbeitung weiterer oder fortführender Ziele werden für die nachstationäre Phase dokumentiert.

In der Aufnahmephase wird berücksichtigt, dass Suchtpatientinnen in der Regel zu einem sehr hohen Prozentsatz **fremdmotiviert** die Reha-Maßnahme antreten. Um der einzelnen Patientin zu ermöglichen, daraus eine ausreichende **Eigenmotivation** zu entwickeln, sind in dieser Zeit häufige Einzelsettings notwendig, bei komplexer Hintergrundproblematik auch im Sinne besonderer Kriseninterventionen, um die Patientin so weit zu stabilisieren, heftigen Impulsen, abzubauen bzw. Suchtmittel zu konsumieren, entgegenzuwirken.

Erfahrungsgemäß ermöglicht dies zeitaufwändige und arbeitsintensive Vorgehen auf der Grundlage der beschriebenen therapeutischen Haltung im Rahmen der **DBT-S** einschl. in dieser Phase auch das **Motivational Interviewing (MI)** auch Patientinnen mit nachvollziehbar hoher Ambivalenz hinsichtlich der Reha-Maßnahme, sich schrittweise auf eine therapeutische Arbeitsbeziehung einzulassen.

Die schriftliche Behandlungsvereinbarung, unterzeichnet von Patientin und Bezugstherapeutin, bildet die Grundlage der individuellen Reha-Maßnahme, in der sich die Patientin zur Suchtmittelabstinenz verpflichtet und ggf. auch alle suizidalen oder parasuizidalen Verhaltensweisen zu unterlassen.

Die individuellen Behandlungsziele im Rahmen der Zielhierarchie werden von Bezugstherapeutin und Patientin gemeinsam im Behandlungsteam vorgestellt und besprochen.

8.4.2 Inhalte der Behandlungsphase

In diesem Zeitraum von etwa **10 Wochen bei Medikamenten und Alkoholabhängigkeit** und etwa **16 Wochen bei Drogenabhängigkeit** soll die Behandlungsplanung umgesetzt werden und findet die Arbeit an den vereinbarten Zielen statt in der festgelegten Hierarchie ihrer Wichtigkeit und Bedeutung.

Die Thematik von Suchtmittelkonsum und Funktion von Suchtmitteln ist auf allen Ebenen der Zielhierarchisierung ausdrücklich thematisiert.

8.4.2.1 Lebenssichernde Ziele

Je nach dem Gesamtkrankheitsbild ergibt sich die Anordnung der Ziele

- Verbesserung von Überlebensstrategien
- Umgang mit suizidalen und parasuizidalen Krisen

Auf der Grundlage der geschlossenen Vereinbarung, alle suizidalen und/oder parasuizidalen Verhaltensweisen zu unterlassen, erlernt die Patientin unter Anleitung in Einzelsettings, in Bezugsgruppe und ggf. Skills-Training, Fertigkeiten einzusetzen, um Anspannung durch aversive Gefühle und/oder Suchtdruck kurzfristig auszuhalten, sich dabei angebotene Unterstützung zu holen und nicht mit eigenen selbstschädigenden Verhaltensweisen rückfällig zu werden.

Im weiteren Verlauf erlernt die Patientin dann über die Bildung individueller Skills-Ketten im Sinne alternativer suchtfreier und nicht selbstschädigender Verhaltensweisen Spannung herunter zu regulieren und Impulse zu kontrollieren.

8.4.2.2 Verbesserung der Therapiecompliance

Inhaltlich geht es hier um den Umgang mit Verhaltensweisen, die die Fortsetzung bzw. den Fortschritt der eigenen Therapie oder anderer Patientinnen behindert. Sehr häufig sind Unterstützung und Anleitung notwendig, der Patientin Grundvoraussetzungen zu vermitteln hinsichtlich Pünktlichkeit, regelmäßiger Teilnahme sowie hinsichtlich der Akzeptanz von Regeln und Rahmenbedingungen des Hauses, sowie der Notwendigkeit aktiver Mitarbeit.

8.4.2.3 Verbesserung der Lebensqualität

Bezogen auf das übergeordnete Ziel der Suchtmittelabstinenz soll jede Patientin eine individuell wirksame Rückfallprophylaxe entwickeln und umsetzen in Bezug auf Umgang mit Suchtdruck und Verlangen, ggf. der Reduzierung von drogenspezifischen Verhaltensweisen, Reduzierung von Möglichkeiten, Suchtmittel zu konsumieren.

Beim Aufbau suchtspezifischer Skills im Rahmen des Rückfalltrainings werden Defizite im Umgang mit aversiven Gefühlen besonders berücksichtigt, da hier der höchste Risikofaktor für Suchtmittelrückfälligkeit zu sehen ist. Entsprechend erlernen alle Patientin unter Anleitung adäquate Umgangsweisen im Umgang mit aversiven Gefühlszuständen, sowohl innerhalb der Bezugsgruppe wie auch in anderen Fachbereichen und im Einzelsetting. Dieses Modul aus der Dialektisch-Behavioralen Therapie bietet unseren Patientinnen mit Vernetzung des Rückfallprophylaxetrainings nach Körkel und Schindler besonders geeignete und auf die Lebensbedingungen von Frauen abgestimmte Rückfallprävention.

Im Sinne intensiver Psychoedukation erhalten die Patientinnen umfangreiche Informationen und erlernen, Handlungsimpulse, Gedanken und Körperempfindungen wahrzunehmen und einem jeweiligen Grundgefühl zuzuordnen, um auf dieser Basis Handlungsimpuls und Möglichkeiten entgegengesetzter Handlung situationsadäquat abwägen zu können. Die Erfahrung, Impulse steuern zu können und den eigenen heftigen Gefühlen nicht hilflos ausgeliefert zu sein, ermöglicht mehr emotionale Balance und mindert das Rückfallrisiko erheblich.

Besonderer Schwerpunkt innerhalb dieser Arbeitsebene ist dabei auch, mit Suchtdruck umgehen zu lernen ohne rückfällig zu werden. Zur Reduzierung von Suchtdruck und Verlangen werden die Patientinnen angeleitet, einen ausgewogenen Lebensstil zu entwickeln bezüglich Arbeit und Entspannung, Leistung und Erholung, Aktivität und Ruhe, Schlafhygiene, gesunde Ernährung. Auch die Notwendigkeit der Behandlung körperlicher Krankheiten wird ausführlich thematisiert.

8.4.2.4 Rückfallprophylaxe zur Erhaltung der Suchtmittelabstinenz

Aufbau suchtspezifischer Skills

Auf dieser Zielebene werden ausführliche Informationen gegeben zu den Themen Rückfälligkeit, Verhalten nach einem „Ausrutscher“ mit Suchtmitteln, Risikofaktoren sowie zur Gestaltung adäquater Nachsorge.

Individuell wird mit jeder Patientin die gegenwärtige Lebenssituation analysiert in Bezug auf das soziale Umfeld sowie eigene Haltung und Verhaltensweisen, die Abstinenz gefährden könnten und Rückfallrisiken darstellen.

Im Rahmen des Skills-Trainings in der Bezugsgruppe wird über Achtsamkeitsschulung und Craving-Protokolle das frühzeitige Wahrnehmen von Suchtdruck erlernt, um individuelle Skills zu entwickeln, die bereits bei niedrigen Craving eingesetzt werden können, um den Suchtdruck nicht weiter ansteigen zu lassen.

Das Rückfallprophylaxe-Training nach Körkel/Schindler bezüglich sozialer Situationen wurde modifiziert und ergänzt mit dem Modul „zwischenmenschliche Fertigkeiten“ aus der DBT-S. Hier erhalten die Patientinnen Informationen zur verbalen und nonverbalen Kommunikation, einschl.

Körpersprache und eigener zugrundeliegender Kognitionen. In spezifischen Rollenspielsituationen werden Ablehnungsmöglichkeiten bei Aufforderung zum Suchtmittelkonsum durch andere und das Ansprechen der eigenen Abhängigkeit trainiert.

8.4.2.5 Integration des Gelernten und Neuorientierung

Auf dieser Zielebene werden erarbeitete Änderungen und entwickelte Einsichten im Sinne kognitiver Umstrukturierungen zunehmend im Klinikalltag umgesetzt und im Sinne von Belastungserprobung auch außerhalb der Klinik auf Heimfahrten und ggf. in Praktika, Vorstellungsgesprächen bei potentiellen Arbeitgebern und/oder Nachsorgeeinrichtungen.

Im Sinne der Rückfallprophylaxe kann dabei der individuelle „Skills-Notfallkoffer“ ggf. überprüft, ergänzt und modifiziert werden.

Ergebnisse aus dem Angehörigenseminar, evtl. auch aus Familien- und/oder Paargesprächen werden bei der Planung für die nachstationäre Phase umgesetzt.

Thematisiert werden die Möglichkeiten stationärer bzw. ambulanter suchtspezifischer Nachsorge, um bei abschließender Entscheidung für die jeweilige Einrichtung einen Antrag auf Kostenübernahme zu stellen.

Die Organisation und Planung von eventuellem Umzug, Wiederaufnahme von Berufstätigkeit, Beratung zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben wird in enger Zusammenarbeit mit unserer Sozialen Reha durchgeführt.

8.4.3 Abschlussphase

In der Vorbereitung auf die Entlassung wird die Planung für die Nachsorge umgesetzt. Häufig fallen weitere organisatorische Arbeiten an, die mit der Patientin besprochen und umgesetzt werden.

Die Abschiedsphase wird von vielen Patientinnen vorübergehend als sehr belastend erlebt. Die Patientinnen werden daher intensiv unterstützt, die eigene Abschiedsphase aktiv zu gestalten, um Impulsen der Vermeidung mit späten Therapieabbrüchen entgegenzusteuern. Häufig wird kurzzeitig intensive Unterstützung benötigt, erlernte Skills bei aversiven Gefühlszuständen auch anzuwenden, um somit die Wirksamkeit eigener Verhaltensweisen wieder zu erfahren.

In dieser Phase erstellt die Patientin eine Bilanz ihrer Reha-Behandlung. Das medizinische und therapeutische Ergebnis aus Sicht des Behandlungsteams wird mit der Patientin ausführlich thematisiert.

9. Grundlegende Behandlungsstrategien

basierend auf den Ansätzen der **Dialektisch-Behavioralen Therapie Sucht**, der **Dialektisch Behavioralen Therapie bei Borderline-Störungen**, des **Motivational Interviewing**, der **psychodynamisch-imaginativen Traumatherapie**, der **Rückfallprävention nach Körkel/Schindler**:

1. In allen therapeutischen Settings werden Commitmentstrategien eingesetzt zur Motivationsförderung sowie zur Erhaltung bzw. Verstärkung von Therapiecompliance
2. Detaillierte Verhaltensanalysen aller problematischen Verhaltensweisen, um daraus Lösungsmöglichkeiten zu entwickeln
3. Während der gesamten Reha-Maßnahme werden von den Patientinnen Selbstbeobachtungsprotokolle, Spannungskurven, Craving-Kurven, Gefühlsprotokolle und Fertigkeiten-Protokolle angefertigt, die im Gruppen- und Einzelsetting vorbereitet, begleitet und nachbesprochen werden
4. Situationsabhängiger Einsatz von Attachmentstrategien, besonders zu Behandlungsbeginn und bei Motivationskrisen sollen den gesamten Behandlungsverlauf unterstützen und die Patientin in der Behandlung halten

5. Aufrechterhaltung einer ständigen Dynamik in der Balance von Validierungsstrategien und Veränderungsstrategien

10. Behandlungselemente

10.1 Medizinische Behandlung

Nach ausführlicher allgemeinmedizinischer und psychiatrischer Diagnostik in der Aufnahmephase werden die Patientinnen bedarfsgerecht weiterhin in täglichen Sprechstunden von einer Ärztin betreut und in der Visite wird anhand der Arztkurve und der Untersuchungsergebnisse das ärztliche Handeln überprüft. Schwerpunkt der ärztlichen Behandlung ist neben der Behandlung von Begleit- und Folgeerkrankungen der Sucht sowie Erkrankungen, die primär nicht mit der Abhängigkeit assoziiert sind, die psychosomatische Betreuung. Aus psychosomatischer Sicht werden körperliche Beschwerden im Zusammenhang gesehen mit seelischen und sozialen Problemen. In der Regel können im Verlauf der Behandlung Assoziationen und Verknüpfungen zwischen körperlichen Reaktionsweisen und Inhalten des emotionalen Erlebnisbereiches erarbeitet und hergestellt werden.

Für die Behandlung von Folge- und Begleiterscheinungen der Abhängigkeitserkrankungen stehen notwendige Diäten zur Verfügung. Eine ausführliche Ernährungsberatung (siehe 10.8) bereitet auf die entsprechende Lebensführung nach der stationären Behandlung vor. Wenn notwendig werden die Patientinnen zur Abklärung interkurrenter Erkrankungen an Fachärzte vor Ort überwiesen. Diesbezüglich erfolgt eine engmaschige Zusammenarbeit, zumal bei den mehrfach erkrankten Patientinnen häufig Diagnostik und Therapie comorbider somatischer Störungen ebenso vernachlässigt wurden, wie die konsequente Behandlung der psychisch/psychiatrischen Störungsbilder.

Die **Physiotherapie** ergänzt das medizinische Angebot. Durchgeführt werden können Wirbelsäulengymnastik, Massagen, Ergometertraining, Lymphdrainagen, Beckenbodengymnastik, Anleitung zum eigenständigen Fitnesstraining, Kryotherapie und Wärmebehandlung. Ebenso kommen aktive Bewegungsübungen zur Anwendung mit dem Ziel, die Patientinnen zu einer aktiven Haltung hinzuführen.

Regelmäßig erfolgen Informationsveranstaltungen für alle Patientinnen über die körperlichen und seelischen Folgekrankheiten des Suchtmittelkonsums (HIV, AIDS, Hepatitis, Geschlechtskrankheiten, Tabakkonsum) sowie eine Ernährungs- und Gesundheitsaufklärung.

Die Tätigkeit in einer Einrichtung für Patientinnen mit Suchterkrankungen stellt die Pflegenden vor besondere Herausforderungen. Die Pflegekräfte haben eine wichtige Funktion in der Alltagsbegleitung, Strukturierung und Organisation des Therapiealltags der Patientinnen. Andererseits gilt es, die psychischen Hintergründe von Krankheiten zu sehen und die Zusammenhänge zwischen Körper, Seele und Geist zu verstehen, um die Patientinnen in ihren Bedürfnissen nach körperlichem und seelischem Wohlbefinden wirksam unterstützen zu können (ganzheitliche Krankenpflege). Der pflegerische Einsatz der Krankenschwestern erfolgt 24 h am Tag in enger Zusammenarbeit mit Ärzten, TherapeutInnen und MitarbeiterInnen anderer Bereiche (Verwaltung, Hauswirtschaft etc.).

10.2 Die Motivationsgruppe

findet für alle neu ankommenden Patientinnen viermal statt, um die Entwicklung eigener Motivation besonders zu unterstützen. Weiterhin nehmen Patientinnen bei Motivationskrisen bzw. im Zusammenhang mit dem Rückfallkonzept an der Motivationsgruppe teil.

10.3 Forum

Im Forum treffen sich alle Patientinnen und MitarbeiterInnen unter Leitung des Chefarztes einmal wöchentlich zur Besprechung aller klinikrelevanten Themen. Neben aktuellen Mitteilungen und Bekanntmachungen sowie ggf. Besprechung einzelner Themenprojekte und jahreszeitlich bedingter Fest und Veranstaltungen können sich hier alle Patientinnen mit Kritik, eigenen Vorschlägen, Wünschen und Anregungen einbringen.

Das Forum gibt weiterhin den Raum für die Vorstellung neuer Patientinnen und die individuelle Gestaltung der Verabschiedung von Patientinnen bei Beendigung ihrer Reha-Maßnahme.

10.4 Informationsveranstaltungen

Zusätzlich zu den ausführlichen Schulungen und Informationen in den Bezugsgruppen und im Einzelsetting findet einmal wöchentlich für alle Patientinnen eine Informationsveranstaltung statt, breitgefächert nach allen lebensrelevanten Themen, in Bezug gesetzt zu Abhängigkeitserkrankungen:

Medizinischer Fachbereich:

- Körperliche Auswirkungen von Suchtmittelkonsum
- Folgeerkrankungen von Abhängigkeit
- Hepatitis C usw.
- Gesunde Ernährung
- Ausgewogener Lebensstil

Therapeutischer Fachbereich:

- Sucht und süchtige Strukturen in Beziehungen, Familie, mit besonderem Schwerpunkt von Mutter- und Tochter-Beziehungen
- Elterliche Verantwortung und Abhängigkeitserkrankung
- Informationen zu Komorbiditäten wie Posttraumatische Belastungsstörung und Persönlichkeitsstörung, Depressionen, Ängste
- Informationen zur Ernährung, Sport
- Informationen zu Möglichkeiten stationärer und ambulanter Nachsorge
- Informationen zum Angebot aller Fachbereiche in der Reha-Klinik
- Kommunikationsstrukturen

10.5 Einzeltherapie:

Therapeutische Einzelgespräche haben aus dem Ansatz der **Dialektisch-Behavioralen Therapie Sucht** eine wichtige Funktion. Der/die EinzeltherapeutIn ist in Abstimmung mit der behandelnden Ärztin zuständig für den gesamten Bereich der Anamnese, Diagnosestellung sowie der Behandlungsplanung einschl. eventueller Indikationsgruppen.

Aufgrund der meist äußerst belastenden Lebensumstände unserer Patientinnen gibt es viele Themen, die im Gruppensetting nicht behandelt werden können und dürfen und somit Einzelgespräche unumgänglich machen. Der gesamte Themenbereich von Traumatisierung und Gewalt kann in Details ausschließlich im Einzelsetting besprochen werden, um das Antriggern traumatischer Erinnerungsintrusionen zu vermeiden.

In diesem Zusammenhang wird auch berücksichtigt, dass heftige Schamgefühle sowohl bei Suchtpatientinnen, insbesondere aber auch in der Kombination mit Borderline-Symptomatik und/oder Trauma die häufigsten Gründe sind, dass Patientinnen die Reha-Maßnahme Sucht abbrechen.

10.6 Gruppentherapie im Bezugssystem

Jede Patientin ist für die gesamte Dauer der Behandlung einer Gruppe zugeordnet. Die Gruppentherapie wird von den TherapeutInnen strukturiert und direktiv geleitet. Dabei werden aktuelle Anliegen und Themen aller Patientinnen berücksichtigt und integriert.

Im Sinne intensiver **Psychoedukation** erhalten die Patientinnen intensive und wiederholte Informationen, um sich mit der Funktion ihrer süchtigen Verhaltensweisen auseinanderzusetzen, um auf dieser Basis suchtfreie Alternativen zu entwickeln und umzusetzen.

In einer Kombination sich ergänzender Module aus dem **Rückfallprophylaxetraining** nach Körkel/Schindler und dem **Skills-Training** aus der **DBT** nach Marsha Linehan werden die Patientinnen in der Grundhaltung von Achtsamkeit geschult. Die innere Achtsamkeit steht als Gegenpol zum Gefühl des Berauschtseins und wirkt als Training für bewusstes Wahrnehmen von Gedanken, Gefühlen und Impulsen und ermöglicht so Kontrolle und Steuerung des Denkens. Über die Anfertigung täglicher Craving-Kurven erfahren die Patientinnen so, eigenen Suchtdruck möglichst frühzeitig wahrzunehmen, gegensteuern zu lernen sowie Erkenntnisse zu gewinnen für auslösende Lebenssituationen. Die Schulung der Achtsamkeit ist Basis für das suchtspezifische **Skills-Training** in der Bezugsgruppe.

Das Modul **Umgang mit Gefühlen** nimmt wegen seiner Bedeutung im Zusammenhang mit Risikofaktoren für Rückfälligkeit einen besonderen Raum ein. In ausführlicher und wiederholter Darstellung werden den Patientinnen Informationen vermittelt zu Grundgefühlen, Gedanken, Körperempfinden, Handlungsimpulsen und Möglichkeiten entgegengesetzten Handelns. Um Erlerntes umzusetzen und die Wirksamkeit zu überprüfen, fertigen die Patientinnen eine Vielzahl von Gefühlsprotokollen zu Situationen im Klinikalltag an, die in der Bezugsgruppe nachbesprochen werden.

Im Modul **Stressmanagement** erlernen die Patientinnen, mit besonders hoher Belastung oder Anspannung und hohem Suchtdruck umzugehen, ohne rückfällig zu werden. Mit Unterstützung der BezugstherapeutIn und Anregungen der Gruppenteilnehmerinnen erstellt sich jede Patientin individuelle Fertigkeiten, die in besonderen Stresssituationen helfen, diese kurzfristig auszuhalten, um in der weiteren Entwicklung einen „Skills-Koffer“ zusammenzustellen, um dann Stress und/oder Suchtdruck herunter zu regulieren. Die Erfahrung, mit eigenen Handlungsweisen tatsächlich das eigene Erleben regulieren zu können, wirkt sich als positiver Verstärker außerordentlich förderlich für die Motivation aus, abstinenz zu bleiben und weitere Skills zu entwickeln.

Im Modul **„zwischenmenschliche Fertigkeiten“** werden Informationen vermittelt zur verbalen und nonverbalen Kommunikation sowie zur grundlegenden Bedeutung eigener, meist negativer Annahmen über sich selbst. Die Unterscheidung von Sach-, Beziehungs- und Selbstwertebene ermöglicht den Patientinnen, Strukturierung für jeweils situationsadäquate Verhaltensweisen, sowohl hinsichtlich verbaler Kommunikation wie auch Körpersprache und Mimik. In den vertiefenden Rollenspielen liegt ein Schwerpunkt auf den unterschiedlichen Möglichkeiten, Suchtmittelkonsum bei Aufforderung durch andere abzulehnen.

Das Modul **„Selbstwert“** basiert weitgehend auf einem von Potreck-Rose und Jacob entwickelten Konzept und wurde von Martin Bohus als zusätzliches Modul zu den vier von Marsha Linehan ursprünglich entwickelten Skills-Modulen etabliert. Erfahrungsgemäß spielen Störungen des Selbstwertes nicht nur bei Borderline-Patientinnen eine wichtige Rolle, sondern gerade auch bei Patientinnen mit Abhängigkeitserkrankungen. Störungen des Selbstwertes betreffen die Einschätzung der eigenen moralischen Integrität, der eigenen Handlungskompetenz, der körperlichen Erscheinung sowie der sozialen Rolle.

Interventionen zur Verbesserung des Selbstwertes umfassen:

1. Erweiterung von Kompetenzen, bereits im Modul „Umgang mit Gefühlen“ angeleitet und behandelt
2. Förderung von angenehmen Erlebnissen mit der eigenen Person. In dieser Einheit „Selbstzugewandtheit“ sollen positive Erfahrungen mit der eigenen Person unterstützt werden. Dazu werden auf der kognitiven Ebene selbstbezogene positive Kognitionen und auf der Verhaltensebene die Hinwendung zu eigenen Bedürfnissen und der Aufbau positiver Aktivitäten gefördert
3. Änderung von Bewertungen:
In dieser Einheit sollen „Glaubenssätze“ als negative selbstbezogene Einstellungen identifiziert werden sowie ihre Auswirkungen auf das Verhalten erkannt werden. Angeleitet und angeregt werden die Patientinnen, mit alternativen Verhaltensweisen zu experimentieren.
Thematisierung von Selbstwert und Arbeiten daran bedeutet für viele Patientinnen, von Schamgefühlen überflutet zu werden. Insofern wird das individuelle Nacharbeiten dieses Moduls im **Einzelsetting** durchgeführt, um der Individualität mehr Raum zu geben und ggf. Impulsdurchbrüche auf dem Hintergrund von Scham mit Kontakt- bzw. Behandlungsabbruch zu vermeiden.

Der zeitliche Rahmen in der Vermittlung aller Inhalte und im Training praktischer Umsetzung ist auf eine durchschnittliche Dauer von 16/26 Wochen Behandlungszeit angelegt.

10.6.1 Selbsthilfegruppentraining

Die vierte wöchentliche Einheit der Gruppentherapie findet als Training zur Selbsthilfe statt. Auf der Basis von ausführlicher Information zu Selbsthilfegruppen bei Abhängigkeitserkrankungen wird mit den Patientinnen Teilnahme, Moderation und Protokollerstellung trainiert als Vorbereitung für ein Selbsthilfegruppensetting ohne TherapeutIn.

Die Durchführung ohne therapeutische Anleitung wird dann im begleiteten Gruppensetting besprochen. Ziel ist, die Patientin zu motivieren, nach der stationären Therapie an Selbsthilfegruppen aktiv teilzunehmen, oder ggf. bei Bedarf auch Selbsthilfegruppen selbst mit zu begründen.

10.7 Bezugsgruppentherapie in den Fachbereichen

- Ergotherapie
- Bewegungs-/Körpertherapie
- Kunst- und Gestaltungstherapie.

Inhalte der therapeutischen Angebote der Fachbereiche s. Kapitel 15.

10.8 Ernährungsberatung und Lehrküche

Nach individueller medizinischer Indikation wird den Patientinnen zum jeweiligen Krankheitsbild spezielle Ernährungsberatung vermittelt mit praktischer Unterstützung, eine medizinisch notwendige Diät und Kostform einzuhalten. Gegebenenfalls kann weitere Unterstützung durch die Diätassistentin gegeben werden im Rahmen der Lehrküche, sowohl als Einkaufstraining und/oder Unterstützung bei der Zubereitung von Speisen. Ziel ist es, die Patientin auf dem Weg zu einem optimalen Ernährungsstatus mit Berücksichtigung individueller Erkrankungen zu begleiten.

Auch außerhalb medizinischer Indikation kann die Ernährungsberatung von allen Patientinnen in Anspruch genommen werden. Hierbei werden Informationen vermittelt über Ernährungsphysiologische, biochemische und allergologische Zusammenhänge der Ernährung sowie Beratung zur Lebensmittelstruktur, deren Herstellungsprozessen und ggf. zu Themen wie Essverhalten,

Lebensführung, Körperbewusstsein und Sport.

Ernährungsberatung und Lehrküche im Rahmen einer Essstörung werden unter Punkt 11.5.1 erläutert.

11. Indikative Bereiche

Bei genereller Zuweisungsdiagnose **Abhängigkeitserkrankung** für die Behandlung in unserer Klinik wird mit besonderer Aufmerksamkeit auf die Möglichkeit der Symptomverstärkung **anderer** selbstschädigender und/oder selbstverletzender Verhaltensweisen geachtet, die sich im Sinne von **Suchtverlagerung** nach körperlicher Entgiftung und bei anhaltender Abstinenz vom vorher konsumierten Suchtmittel ergeben können.

Die Behandlung zugrundeliegender Erkrankungen, auf deren Hintergrund sich eine Abhängigkeit entwickelte, ist in die Reha-Maßnahme integriert.

Die **indikative Behandlung** im Einzel- und Gruppensetting orientiert sich nicht zeitlich strukturiert, sondern ausschließlich individuell am Vorherrschen von Symptomen und leidvollen Erleben der einzelnen Patientin:

Bei Dominanz **posttraumatischer Belastungssymptomatik** mit häufigen Intrusionen traumatischer Erinnerungsfragmente und dissoziativen Zuständen erfolgt zuerst eine **Stabilisierung** im Einzelsetting mit Elementen aus der psychodynamisch-imaginativen Therapie (PITT) nach *Luise Reddemann*. Erfahrungsgemäß lassen sich so drohende frühzeitige Therapieabbrüche weitgehend vermeiden.

Bei ausgeprägter **Borderline-Symptomatik** mit extrem hoher Anspannung und drohenden Impulsdurchbrüchen hinsichtlich Flucht bzw. Selbstverletzung wird ebenfalls im Einzelsetting vorrangig an **Notfalls-Skills** gearbeitet, bevor die weitere Behandlungsplanung durchgeführt wird.

Bei Patientinnen mit Abhängigkeit von **illegalen Drogen** kann es wegen der verkürzten Entgiftungszeiten bei nahtloser Verlegung vermehrt zu heftigen **Entzugerscheinungen** kommen. Neben der dann besonderen medizinischen Behandlung erfordert diese Situation auch engmaschige Einzelsettings zur Beruhigung und Stabilisierung, um der Patientin dann zu ermöglichen, sich auf die Reha-Maßnahme einzulassen.

Patientinnen in der **Mutter-Kind-Therapie** benötigen einen individuell strukturierten Zeitplan, sowohl um ein Vertrautwerden mit dem Kindergarten zu ermöglichen, häufig aber auch, um ihre Rolle als Mutter wieder anzunehmen nach längerer, oft suchtbedingter Trennung vom Kind.

Bei Patientinnen mit einer **Essstörung** müssen ggf. vorrangig Vereinbarungen getroffen werden, um lebens- bzw. gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen abzustellen.

Gegebenenfalls wird eine Indikationsgruppe bei **Depressionen** durchgeführt.

Die Indikationsgruppe **Selbstsicherheitstraining** fördert gezielt die Umsetzung neu erlernter sozialer Kompetenzen.

Die Indikationsgruppe **Nikotinentwöhnung** motiviert und unterstützt, das Rauchen einzustellen.

Die Behandlung in den **indikativen Gruppen** wird immer durch **Einzelsettings** bei der/dem BezugstherapeutIn vertieft und nachbereitet.

11.1 Traumatherapie

Die Indikationsgruppe Trauma ist ein integriertes Behandlungsmodul, sowohl für Patientinnen mit der Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung, wie auch für Frauen mit Gewalterfahrung ohne das Vollbild einer Posttraumatischen Belastungsstörung und Frauen mit Bindungstraumata nach anhaltender emotionaler Deprivation in der Kindheit, häufig verbunden mit der Diagnose einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung auf Borderline-Struktur.

Bei Verdacht auf oder bestätigter Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung wird die Anamnese zunächst sehr vorsichtig und oberflächlich erhoben, um die Gefahr einer Retraumatisierung durch das Auslösen traumatischer Intrusionen möglichst gering zu halten. Dabei wird besonders berücksichtigt, dass bei Abhängigkeitserkrankungen nach Entzug und anhaltender Abstinenz die Symptomatik besonders heftig verstärkt werden kann.

Für die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) wurden in den 80-er Jahren Erklärungsmodelle geschaffen über pathogenese Traumaverarbeitung sowie über Regulations- und Kompensationsmöglichkeiten und neurobiologische und gedächtnispsychologische Ursachen.

Der Traumabegriff im **DSM-IV** ist weiter gefasst als im **ICD-10**, wo eine außergewöhnliche Bedrohung und/oder ein katastrophenartiges Ausmaß gefordert wird, die bei fast jedem eine tiefe Verstörung hervorrufen würden. Erkenntnisse und Forschungsergebnisse aus unterschiedlichen Wissenschaftsbereichen dürften dazu beitragen, dass in absehbarer Zeit dieses Krankheitsbild in der Vielfalt seiner Beschwerden und Symptome besser beschrieben und verstanden wird und von anderen Störungen abzugrenzen ist. Erst seit Ende der 70-er Jahre wird bei dem sogenannten „sexuellen Missbrauch“ und Gewalterfahrung offen gesprochen und geforscht, wobei der Symptombereich immer mehr erweitert werden muss und immer neue Diagnosekriterien hinzukommen, wie z.B. dissoziative Symptome, Formen von Selbstverletzungen und andere selbstschädigende Verhaltensweisen. Die Vielfalt der Beschwerden kann erst verstanden werden, wenn die Symptome als Strategien, um zu überleben, sich anzupassen und zu bewältigen, gesehen werden.

So werden auf der einen Seite hinter anderen Symptomen Hinweise auf eine posttraumatische Belastungsstörung oft nicht erkannt, andererseits besteht eine gewisse Tendenz, die Diagnose *Posttraumatische Belastungsstörung* inflationär für belastende Erlebnisse und Ereignisse zu vergeben.

Wir führen Traumatherapie in Anlehnung an die **Psychodynamisch-Imaginative Traumatherapie** (PITT) nach Luise Reddemann durch. Die **PITT** gründet auf Prinzipien der psychodynamischen Psychotherapie, ist aber stark beeinflusst von einer ganzen Reihe anderer Verfahren auf der Grundlage psychoanalytischer Konzepte zum Verständnis. Arbeit mit Imaginationen sowie Arbeit an Täterintrospektionen orientieren sich in der Therapeutik an einer erweiterten Ego-State-Therapie und Hypnotherapie.

Psychodynamisch-Imaginative Traumatherapie lässt sich also besonders effektiv mit dem Ansatz der Dialektisch-Behavioralen Therapie nach Marsha Linehan verbinden, der einerseits Verstehen und Aufarbeitung, bei gleichzeitigem Verständnis der Abwehrmechanismen und Überlebensstrategien zum Ziel hat, andererseits an den hier und jetzt bestehenden quälenden Symptomen arbeitet und ein Sicherheitsnetz entstehen lassen kann.

Der Grundsatz von **Safety first** hat im indikativen Bereich Trauma absoluten Vorrang!

Die Patientinnen erhalten Informationen zu den Begriffen der äußeren und inneren Sicherheit sowie unterstützende Anleitung, ggf. wichtige Handlungsschritte dafür in Gang zu setzen.

In diesem Zusammenhang wird auch die Notwendigkeit dargestellt, alle Kontakte zu Tätern grundsätzlich abubrechen.

Die Entwicklung einer inneren Sicherheit beginnen die Patientinnen dann unter Anleitung in der Indikationsgruppe.

Traumatherapie nach heutigem Wissensstand erfolgt immer in 3 Phasen:

1. **Stabilisierungsphase zur Entwicklung einer inneren Sicherheit:**

Im Vorfeld werden den Patientinnen umfangreiche Informationen über Trauma, Traumbewältigungsversuche und Traumafolgen gegeben. Dies soll auch zu einem besseren Verständnis der oft bizarr erscheinenden Verhaltensweisen bei sich selbst beitragen und somit zu einer verbesserten Selbstakzeptanz.

Ulrich Sachsse definiert eine akute traumatische Belastungsreaktion als *normale* Reaktion eines Menschen auf eine traumatische Erfahrung. Ob diese Erfahrung in den ersten 6 bis 12 Wochen verarbeitet wird, oder ob die akute Symptomatik chronifiziert, ist hochgradig abhängig auch von sozialen Faktoren.

Weiterhin werden den Patientinnen dissoziative Zustände erklärt im Zusammenhang mit Gedächtnisveränderungen bei traumatischem Erleben. Während Wahrnehmung und Reizverarbeitung „unter normalen Umständen“ hochgradig interpretative Prozesse sind und von jedem Individuum individuell und höchst subjektiv selektiv abgespeichert werden, ist dies in einem traumatischen Erfahrungskontext anders. In diesem Kontext werden Vorgänge wie ein Dia, ein Video oder ein Tonbandgerät abgespeichert. Im Gedächtnis sind dann feststehende Bilder, kurze Handlungssequenzen oder auch Wortfetzen. Auch Körperempfindungen können innerlich abgespeichert werden. Traumatische Erfahrungen scheinen ohne den komplexen, integrierenden Umweg der subjektiven Überprüfung von emotionaler Wichtigkeit direkt in Zentren des limbischen Systems abgespeichert zu werden, wie etwa in der Amygdala. Diese Abspeicherung geschieht parallel und unabhängig vom Kortex und die dort in der Amygdala gespeicherten Erfahrungen sind im Kortex nicht so zugänglich und verfügbar wie üblich abgespeicherte Informationen. Diese traumatischen Erfahrungen sind möglicherweise der Kern der Intrusionen und Flashbacks, als sich aufdrängende Gedanken, Bilder oder Wortfetzen. Es handelt sich damit nicht um kontrollierte Erinnerungen, sondern um reaktivierte Erfahrungen und damit aktualisiert sich die Vergangenheit: Im Zustand der Intrusion wird das Erleben als aktuell wahrgenommen.

Alle Sinneswahrnehmungen können zu Triggern für Intrusionen und Flashbacks werden. Die Erfahrung, mit Suchtmitteln diese ausgesprochen quälenden und belastenden Zustände unterbrechen zu können, kann über missbräuchlichen Konsum schließlich zum Entstehen einer Abhängigkeitserkrankung führen.

Die meisten Menschen haben die Fähigkeit, aus der Realität auszusteigen, wenn ein Trauma zu unerträglich wird. So kann Dissoziation betrachtet werden als ein Weg, wie Menschen sich von Schmerzen isolieren können und sie wirkt in der Traumasituation als eine sehr adaptive und lebensrettende Abwehr. Unkontrollierte Dissoziationen bei Alltagsstress können sich retraumatisierend auswirken, die Gewöhnung an Dissoziationen zur Ausblendung aversiver Reize zur Alltagsbewältigung kann geradezu süchtig machen, womit zielgerichtetes Funktionieren im Leben äußerst erschwert wird.

Diese komplexen Zusammenhänge werden den Patientinnen informativ verbal und in schriftlicher Form vermittelt.

Auf dieser Basis werden dann suchtfreie alternative Möglichkeiten vermittelt als Ersatz für die lindernde Wirkung von Suchtmitteln wie auch als Alternative zu herbeigeführten dissoziativen Zuständen zur Betäubung. Damit soll auch Abhängigkeitsstrukturen entgegengewirkt werden und die Patientinnen lernen, ohne Suchtmittel und ohne auf andere Menschen angewiesen zu sein, über imaginative Übungen ihre eigene Befindlichkeit positiv zu verändern.

Die Schulung der Imaginationsfähigkeit wirkt als Stärkung spezifischer Ich-Funktionen, die Binnenwahrnehmung, Umgang mit Trieben und Affekten sowie Affektdifferenzierung beinhaltet. Das Arbeiten mit Imaginationen berücksichtigt zudem die Besonderheit bei der Speicherung traumatischen Materials mit kaum wortrepräsentanter Codierung im

Gedächtnissystem des Hippokampus. Im Sinne von „Selbstheilung“ können die Patientinnen unter Anleitung ihre Dissoziationsfähigkeit nutzen und Imaginationen entwickeln, um belastende traumatische Erinnerungsfragmente vorerst kontrolliert aus dem gegenwärtigen Leben herauszuhalten, so dass Energie und Kraft für die Lebensgestaltung von Gegenwart und Zukunft genutzt werden kann.

Mit Imaginationen vom „Inneren sicheren Ort“ und „Inneren Helfern“ lernen Patientinnen, ihre individuellen Ressourcen, Fähigkeiten und Möglichkeiten weiterzuentwickeln und zu schulen, sich selbst zu beruhigen, sich zu ermuntern, zu trösten und anzunehmen und damit Erfahrungen von Selbstkontrolle, Autonomie und innerer Sicherheit herzustellen.

Weiterführende Übungen wie das „**Innere Team**“ ermöglichen innere Sicherheit, ganz besonders auch für traumatisierte Anteile, ohne dass traumatische Details angesprochen werden müssen. Individuell wird die Arbeit mit traumatisierten und/oder verletzten Anteilen im **Einzelsetting** vertieft.

Die Vermittlung von **Reorientierungstechniken** ermöglicht der Patientin die Erfahrung zu machen, aus ungewollten dissoziativen Zuständen aus eigener Kraft, ohne auf andere angewiesen zu sein, wieder herauszukommen und Intrusionen mit traumatischen Erinnerungsfragmenten selbst stoppen zu können im Sinne spezifischer Rückfallprävention.

Mit diesen speziellen Angeboten können suchtkranke Patientinnen mit PTBS ihrem Krankheitsbild entsprechende suchtfreie Alternativen auf der Handlungs- und Verhaltensebene entwickeln und umsetzen, traumatisches Material aus ihrem gegenwärtigen Leben herauszuhalten.

2. Nur nach erfolgreicher Stabilisierung und bei ausreichender Sicherheit im sozialen Umfeld wird in unserer Klinik **Traumaexposition** als zweite Phase der Traumatherapie mit der **Screeintechnik** durchgeführt.

Ziel jeder Traumaexposition ist die gesteuerte Synthese aus Kognition, Wort, Bild, Affekt und Körpersensationen, so dass das Trauma als Ganzes noch einmal erlebt wird. Da die Dissoziation dadurch aufgehoben wird, kann das somatopsychische Erleben und Empfinden in der Therapiesituation phasenweise schlimmer, belastender und leidvoller sein, als während der Traumatisierung selbst.

Um eine Traumasynthese und nicht nur eine Retraumatisierung herbeizuführen, muss die Traumaexposition in der Stabilisierungsphase fundiert vorbereitet sein, so dass die Patientin in der Lage ist, sich gleichzeitig affektisoliert und empathisch auf die früher traumatisierte eigene Person einzulassen. Traumasynthese als Wiederausführung fragmentierter Teile des traumatischen Erlebens macht das Trauma als (schreckliche) Erinnerung in der Gesamtheit wieder zugänglich und kann damit auch als Erinnerung aus der Vergangenheit abgespeichert, kontrolliert und die Persönlichkeitserfahrung integriert werden.

3. Eine dritte Phase bei Traumatherapie im Sinne von **Trauerarbeit** und **Neuorientierung** sollte sich dann in ambulanter Form anschließen.

Bei **Komorbidität** einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung auf Borderline-Struktur wird die Indikationsgruppe Trauma **eng vernetzt** mit dem spezifischen Skills-Training für Borderline-Patientinnen.

11.2 Indikationsbereich emotional-instabile Persönlichkeitsstörung auf Borderline-Struktur

Die integrative Behandlung einer suchtmittelabhängigen Patientin auf dem Hintergrund einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung auf Borderline-Struktur erfordert zu Beginn fast immer ein besonders engmaschiges Einzelsetting, um der Patientin zu ermöglichen, in der therapeutischen Arbeitsbeziehung zur BezugstherapeutIn langsam Vertrauen aufzubauen.

Zu berücksichtigen sind zudem häufig zurückliegende negativ erfahrene psychiatrische Behandlung, oft gekennzeichnet durch Therapieabbrüche von Patientinnen.

Vorherrschende krankheitstypische innere Spannung sowie heftige aversive Gefühlszustände von Scham, Schuld und ohnmächtiger Wut lösen Fluchtimpulse aus, die Behandlung abzubrechen.

Der Suchtmittelkonsum im Zusammenhang mit einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung auf Borderline-Struktur ist als **eine** selbstschädigende Verhaltensweise zu sehen, im Sinne eines Bewältigungsversuchs, sehr häufig begleitet von weiteren selbstschädigen Verhaltensweisen wie Selbstverletzungen, Suizidgedanken, Suizidversuchen, Essstörungen, Hochrisikoverhalten. Im Zusammenhang mit einer Abhängigkeitserkrankung zeigen die anderen selbstschädigenden Verhaltensweisen meist ebenfalls süchtigen Charakter und werden auch im Rahmen von Suchtverschiebung eingesetzt. Wird die eine oder andere selbstschädigende Verhaltensweise reduziert, verstärkt sich die Symptomatik meist im Bereich der anderen.

Entsprechend muss für die Behandlung das gesamte Spektrum selbstschädigender Verhaltensweisen in die Behandlung eingebunden sein.

Je nach akuter Lebenssituation einer Patientin bei Aufnahme wird die Hierarchie der Behandlungsziele nach der Gefährdung und der Schwere der Symptomatik geplant. Motivations- und Stabilisierungsinterventionen, insbesondere intensive und oft wiederholte Informationen zum Krankheitsbild, zu Entstehungsmodellen und zum Behandlungskonzept ermöglichen einer Patientin, sich auf eine Behandlungsvereinbarung einzulassen, in der sie sich verpflichtet, keine suizidalen bzw. parasuizidalen Handlungen vorzunehmen, von Suchtmitteln abstinenz zu bleiben und ggf. extrem essgestörte Nahrungsaufnahme bzw. Erbrechen zu mindern.

Notfall-Skills zur Stabilisierung und zur Minderung von Suchtdruck mit emotionaler Hochspannung werden der Patientin von Beginn an vermittelt.

Bei meist hoher Einzeltherapiefrequenz wird darauf geachtet, Problemverhalten nicht ungewollt positiv zu verstärken.

Skills-Gruppe

Die Module des Skills-Trainings sind in der Borderline-Indikationsgruppe nach deren Krankheitsbild spezifisch zugeschnitten und sind innerhalb der Reha-Maßnahme vernetzt mit der Behandlung in den Bezugsgruppen und ggf. weiteren Indikationsgruppen. Koordination und Planung sowie die gesamte Vor- und Nachbereitung wird mit der Patientin im Rahmen von Einzelsettings durchgeführt.

Modul Achtsamkeit:

Fertigkeiten zur Verbesserung der inneren Achtsamkeit sind in der Borderline-Skills-Gruppe zielorientiert, den Patientinnen zu ermöglichen, aktivierte Emotion und Kognitionen zu relativieren. Zudem ist die Verbesserung der inneren Achtsamkeit eine wesentliche Voraussetzung für die Anwendung aller anderen Fertigkeiten.

Wie auch in den therapeutischen Bezugsgruppen werden Informationen zur Achtsamkeit und Anleitungen zum praktischen Üben auch in allen weiteren Modulen durchgeführt.

Stresstoleranz:

Hier werden Fertigkeiten vermittelt und trainiert, Hochstressphasen kurzfristig auszuhalten, in ihrer Laufzeitdauer abzukürzen und Hochspannung schrittweise (Skills-Ketten) herunterzuregulieren. Damit entwickeln die Patientinnen erste Ansätze als Alternativen für süchtige Verhaltensweisen in allen Erscheinungsformen, als wichtige Grundlage, die der Patientin auch ermöglicht, sich an die Behandlungsvereinbarungen zu halten, keinerlei selbstschädigende Methoden einzusetzen.

Im zweiten Teil des Moduls werden Fertigkeiten trainiert, langfristig mehr Stressresistenz aufzubauen und damit die Wahrscheinlichkeit, in Hochstress zu geraten, zu reduzieren.

Umgang mit Gefühlen:

Wie auch in den Bezugsgruppen, nimmt dieses Modell einen breiten Raum ein und ist sowohl in der Abhängigkeitsbehandlung zentrales Modul wie auch im Rahmen der speziellen Borderline-Behandlung. Es geht darum, eine distanzierte, objektivere (wertfreie) Einstellung zu Emotionen zu entwickeln. Dazu erhalten die Patientinnen umfangreiche Informationen und Aufklärung über die Bedeutung und Funktion der wichtigsten kategorialen Funktionen.

Auf dieser Basis lernen die Patientinnen, situationsadäquat Handlungsimpulse und Möglichkeiten entgegengesetzten Handelns abzuwägen, indem sie Pro und Kontra kurzfristiger und langfristiger Konsequenzen dokumentieren. Die Reflexion der Gefühlsprotokolle ermöglicht den Patientinnen zunehmend, Situationen auch vorausschauend einzuschätzen und Impulsdurchbrüche zu mindern.

Weiterführend werden im Modul Fertigkeiten vermittelt zur längerfristigen Stabilisierung des emotionalen Systems, auch im Sinne von Minderung möglicher Rückfallrisiken.

Erfahrungen, sich den eigenen Gefühlszuständen nicht mehr hilflos ausgeliefert zu fühlen, bewirkt bei sehr vielen Patientinnen eine Verstärkung der Motivation, intensiv weiterzuarbeiten.

Zwischenmenschliche Fertigkeiten:

Das Training zwischenmenschlicher Fertigkeiten zielt auf die Verbesserung sozialer Kompetenz unter besonderer Berücksichtigung von Aspekten der Bewertung sozialer Situationen. Es geht darum zu lernen, auf eigenen Wünschen, Zielen und Meinungen bestehen zu können, dabei von anderen Menschen respektiert zu werden und die Selbstachtung aufrechtzuerhalten.

Störende Gedanken, ungünstige Einstellungen und Mythen zu sich selbst und zur eigenen Bedeutung sowie Störungen in der Handlungskontrolle durch starke Emotionalität und Impulsivität, mangelhafte Variabilität und die Fehleinschätzung der eigenen Wirkung auf andere bedingen häufig einen Mangel an sozialer Kompetenz.

Die Vermittlung der 3 Komponenten zwischenmenschlicher Interaktion, **Zielerreichung**, **Beziehung** und **Selbstwert** ermöglicht Vorstrukturierung und Planung sozialer Interaktionen. Besonders herausgestellt werden zusätzlich Übungen zum Ablehnen, gerade auch in Bezug auf Aufforderungen zum Suchtmittelkonsum.

Hauptbestandteil dieses Moduls sind Rollenspiele sowohl mit vorgegebenen Aufgaben, wie auch aus adäquaten Lebenssituationen der Patientinnen.

Im gesamten Skills-Training erhalten die Patientinnen schriftliches Informationsmaterial zur theoretischen Vertiefung und Arbeitsblätter, um die praktische Umsetzung zu dokumentieren, die dann im Gruppen- und Einzelsetting nachbesprochen werden. Regeln und Rahmenbedingungen zur Teilnahme werden mit den Patientinnen ausführlich in der Aufnahmephase besprochen. Bei Krisen und Motivationsschwankungen werden Patientinnen auf der Grundlage von Attachement und Commitment-Strategien in Balance auf Validierung und Drängen auf Veränderung ermuntert und verstärkt, sich wieder auf den Behandlungsprozess einzulassen.

Dies erfordert **intensive Vernetzung** im gesamten Behandlungsteam, basierend auf den Grundannahmen der eingangs vorgestellten DBT und DBT-S.

Weitere Behandlungselemente der DBT:

- Strukturierte Wochenpläne mit Teilzielen
 - Borderline-Symptomliste (BSL 95 bzw. BSL 23)
- zur Erfassung von Unterschieden in Befindlichkeit und Ausprägung krankheitstypischer Symptome und dem Ausmaß der aktuellen dysfunktionalen Verhaltensweisen. Zusätzlich wird mittels einer visuellen Analogskala die aktuelle psychische Befindlichkeit erhoben.

11.3 Abhängigkeit von illegalen Drogen

Bei Abhängigkeit von illegalen Drogen ist vor Aufnahme der Behandlung, je nach Gesamtkrankheitsbild und Kostenträger der Reha-Maßnahme, gegebenenfalls ein persönliches Vorstellungsgespräch in unserer Klinik notwendig.

Das Behandlungselement bezieht sich sowohl auf Patientinnen mit Abhängigkeit von illegalen Drogen sowie auf Patientinnen mit Polytoxikomanie, bei denen die Abhängigkeit von illegalen Drogen im Vordergrund steht.

Bei drogenabhängigen Patientinnen zeigt sich meistens zu einem besonders hohen Prozentsatz Fremdmotivation zur Aufnahme der Reha-Maßnahme, im Sinne von Auflagen durch Jugendämter, Arbeitgeber, Druck von Familien/Angehörigen und/oder gerichtliche Auflagen. Dies gilt in besonderem Maße für Behandlungen nach § 35 BtMG „Therapie statt Strafe“.

Berücksichtigt werden muss auch die inzwischen sehr kurze Zeitphase der stationären körperlichen Entgiftung, so dass bei anschließender nahtloser Verlegung in unsere Einrichtung körperliche Entzugerscheinungen mit entsprechender psychischer Destabilisierung besonders intensive Behandlung über einen längeren Zeitraum erfordert.

Weiterhin kennzeichnen umfangreiche und vielfältige Probleme im sozialen Umfeld häufig die Situation bei Drogenabhängigen in der Aufnahmephase, die strukturiert erfasst werden müssen, um in die Behandlung eingebunden zu werden.

Viele drogenabhängige Patientinnen sind zudem der „bürgerlichen Welt“ entfremdet, haben oft ausschließliche Bindung zur Drogenszene und Probleme, sich in der Patientinnengemeinschaft zurechtzufinden.

In einer verlängerten Aufnahmephase von etwa 6 Wochen stehen daher Elemente des **Motivational Interviewing** im Vordergrund, der Patientin zu ermöglichen, aus der Fremdmotivation zunehmend mehr Eigenmotivation für ihre Behandlung zu entwickeln. Mit dem hier zugrundeliegenden Ambivalenzmodell der **MI**, dass Menschen mit Suchtproblemen nicht unmotiviert, sondern ambivalent, d.h. zwiespältig sind, einerseits etwas ändern zu wollen, andererseits aber auch nicht, verdeutlicht die Annahme, dass es aus Sicht der Patientin jeweils gute Gründe für und gegen eine Veränderung in Richtung Abstinenz gibt. Diese Haltung wird sowohl vom **Rückfallprophylaxetraining** nach Körkel/Schindler aufgegriffen und ergänzt sich mit den Grundannahmen der **DBT-S**, der **DBT**, dass jede Patientin ein Veränderungspotential besitzt und intrinsische Motivation entwickeln kann, wenn in ihr die Argumente für eine Veränderung (Abstinenz) an Gewicht zunehmen, und nur so erscheint eine stabile Verhaltensänderung auch überhaupt möglich. Dementsprechend dominieren in der Aufnahmephase Validierungsstrategien, Attachment und schließlich auch Commitment-Strategien, um die Behandlungsplanung einzuleiten und Therapieziele zu entwickeln.

Die Durchführung der Abhängigkeitsbehandlung bei Drogenabhängigen erfordert einen deutlich längeren Zeitraum von ca. 26 Wochen, sehr häufig in Kombination von integrierter Behandlung einer posttraumatischen Belastungsstörung und/oder emotional-instabiler Persönlichkeitsstörung auf Borderline-Struktur.

Der komplexe Belastungshintergrund der Drogenabhängigkeit ist meist gekennzeichnet durch:

- Lebensgeschichtlich oft sehr früher Einstieg in den Drogenkonsum
- Bindung an die Drogenszene
- Häufig Beziehung mit ebenfalls drogenabhängigen Partnern
- Sehr häufig Gewalterfahrungen innerhalb der Drogenszene und/oder in Partnerschaften
- Kriminalität/Beschaffungskriminalität
- Prostitutionserfahrungen (sehr viel häufiger als bei anderen Suchtmittelkonsumentinnen)
- Ggf. Auseinandersetzung mit eigenen Gewalttätigkeiten gegenüber anderen
- Notwendigkeit intensiverer Auseinandersetzung mit Scham und Schuldgefühlen einschl. sozialer Wiedergutmachung
- Häufiger Suchtdruck, häufige Abbruchgedanken, häufiger zurückliegende abgebrochene Behandlungsversuche

Erforderlich ist zumeist auch wesentlich mehr Zeitaufwand bei der Bearbeitung von Problemen aus dem sozialen Umfeld der Patientin, im gesamten Behandlungsteam koordiniert von BezugstherapeutIn und Sozialer Reha:

- Notwendiger Umzug und Distanz aus dem Drogenumfeld
- Schuldenregulierung
- Kommunikation mit Justizorganen
- Grundlegender Aufbau eines neuen Lebensmittelpunktes, ggf. nach spezieller Nachsorge

Die zeitparallele Bearbeitung der Problembereiche des sozialen Umfeldes ist als Bestandteil der gesamten Reha-Maßnahme zu sehen, da sowohl die Auseinandersetzung mit der Funktion von Suchtmitteln im Zusammenhang mit dem Lebenskontext wie auch die Entwicklung und der Aufbau suchtfreier Skills nur im Gesamtzusammenhang erfolgen kann, um Abstinenz wirklich langfristig zu sichern.

In der **Indikationsgruppe Drogenabhängigkeit** werden die genannten Besonderheiten bei Abhängigkeit von illegalen Drogen ausführlich und intensiv thematisiert, Rückfallprophylaxetraining aus den Bezugsgruppen spezifisch intensiviert. Thematisiert werden auch die vielfältigen medizinisch-körperlichen Auswirkungen des Drogenkonsums sowie Szeneverhalten vs. adäquater sozialer Verhaltensweisen.

Weiterhin werden die Patientinnen angeleitet, sich mit Normen und Werten eines drogenfreien Lebens auseinanderzusetzen und wieder Zugang zu eigenen Wünschen, Vorstellungen und Lebensvisionen zu entwickeln.

Nach durchschnittlich 22 Wochen Behandlungszeit bereiten sich die drogenabhängigen Patientinnen dann auf die nachstationäre Phase vor und gestalten aktiv ihren individuellen Abschied in der Einrichtung.

11.4 Mutter-Kind-Therapie

Die Mutter-Kind-Therapie stellt ebenfalls ein indikatives Behandlungsangebot der Fachklinik Altenkirchen dar. Sie ist räumlich und fachlich in das Gesamttherapiekonzept der Klinik integriert, weist aber einige Spezifika auf, die sich auf Inhalte, räumliche Abgrenzung, Aufnahmesituation und Therapiegestaltung beziehen.

Grundlage bildet das Zusammenleben der Kinder mit ihren Müttern in einem abgegrenzten aber integrierten Klinikbereich.

Die hier entstehenden Prozesse des Zusammenlebens werden pädagogisch im Sinne einer Mobilisierung von Ressourcen der Kinder und Mütter genutzt. Sie dienen gleichzeitig als Beobachtungskontext für gezielte pädagogische und therapeutische Interventionen und Maßnahmen.

Zusätzliche Angebote für Frauen mit Kindern

Orientiert an der spezifischen Lebens- und Therapiesituation der Frauen mit Kindern bieten wir an:

- eine therapeutisch geleitete Indikationsgruppe „Mutter-Kind“ für Mütter
- eine pädagogisch geleitete Gruppe für Erziehungsfragen
- pädagogische/therapeutische Einzelsprechstunden
- pädagogisch begleitete Spielgruppen
- Psychomotorik mit den Kindern
- kreativ-gestalterische Arbeit mit Mutter und Kind
- therapeutisches Reiten Mutter-Kind
- Schwimmen Mutter-Kind
- Wandern Mutter-Kind
- Unterstützung bei der Bewältigung von Alltagsproblemen
- Beratung für Mütter von Schulkindern
- Unterstützung bei der Hausaufgabenbetreuung
- Hilfestellung zur Freizeitgestaltung mit Kindern

Pädagogisch-therapeutisches Angebot für die Kinder unter 6 Jahren

- Kindergarten
- heilpädagogische Kleingruppen und Einzelbetreuung
- Gestaltungstherapeutische Gruppe mit den Müttern
- therapeutisches Reiten Mutter-Kind
- Psychomotorik
- Individuelle Förderungen wie z.B. Ergotherapie, Sprachheilbehandlung oder Krankengymnastik (erfolgt über die örtlichen Krankengymnastikpraxen)

Pädagogisch-therapeutisches Angebot für die schulpflichtigen Kinder

- Schulbesuch (Ganztagsschule)
- Reiten für Schulkinder
- Wandern mit den Müttern
- Schwimmen mit den Müttern
- Gesprächsgruppe für Schulkinder bzw. Freizeitangebot

Ergänzt wird das Freizeitangebot über Einrichtungen der Stadt Altenkirchen wie Jugendzentrum, Kinderschutzbund, Kirchengemeinden und das soziokulturelle Zentrum „Haus Felsenkeller“. Darüber hinaus besteht das Angebot zu familientherapeutischen Gesprächen. Die Kinder nehmen in der Regel zusätzlich an einem 3-tägigen Kinderseminar in der Einrichtung teil.

Es besteht eine enge Kooperation mit den Schulen. Die Mütter besuchen die angebotenen Elternabende und nehmen an schulischen Aktivitäten teil. Die Kinder haben die Möglichkeit Schulfreunde zu besuchen und einzuladen.

Besondere Formalitäten vor der Entlassung von Schulkindern

Das bestehende Gastschulverhältnis muss mit Ablauf der Therapie beendet werden. Klarstellung darüber muss herrschen, an welchen Ort und in welche Wohnung die Mutter mit ihrem schulpflichtigen Kind zurückkehrt. Es erfolgt eine Abmeldung bei der Gastschule. Diese erstellt eine Abgabennachricht an die Herkunftsschule bzw. bei Veränderung der Wohn- und Lebenssituation von Mutter und Kind an die nun zuständige Schule.

Eine enge Kooperation zwischen Schule und Fachklinik ist hierbei regelhaft vereinbart.

11.5 Indikationsbereich Essstörungen:

Die Besonderheit in der zusätzlichen Behandlung von essgestörten Verhaltensweisen muss notwendigerweise von der Zielvorgabe Kontrolle eigener Verhaltensweisen ausgehen und **nicht**, wie in allen anderen Bereich der Sucht, von Abstinenz.

Nach Entwicklung ausreichender Motivation zur Veränderung, **ausdrücklich in kleinen Schritten**, ggf. nach intensiver und wiederholter Information zur Entstehung und zu Auswirkungen von Essstörungen, wird mit der Patientin bezüglich des essgestörten Verhaltens eine ausführliche Anamnese erstellt.

Berücksichtigt werden muss im Vorfeld die jeweilige Gefährdung einer Patientin hinsichtlich Gewichtszu- bzw. -abnahme, einseitiger Ernährung mit Mangelerscheinungen usw. Dementsprechend erfolgt die Behandlung im engen Verbund mit der ärztlichen Versorgung.

Je nach Situation werden in der Behandlungsvereinbarung Bedingungen festgehalten, wie z.B. Mindestgewicht, Ab- bzw. Zunahme von Körpergewicht im festgelegten zeitlichen Rahmen und/oder erste minimale Veränderungen bei der Nahrungsaufnahme bzw. der Verweigerung von Nahrung bzw. Erbrechen.

Extreme Ausprägung von Anorexie ist daher in unserem Behandlungskonzept nicht zu behandeln.

Bereits in der Aufnahmephase wird den Patientinnen der enge Zusammenhang süchtiger Verhaltensweisen verdeutlicht, gerade wenn Bereitschaft besteht, sich von Suchtmitteln zu verabschieden, Veränderungsmotivation hinsichtlich des essgestörten Verhaltens aber kaum oder gar nicht vorhanden ist. Die Einsicht, diese süchtigen Verhaltensweisen nur gemeinsam in Behandlung zu nehmen, erfordert in der Regel erhöhten Einsatz von Validierung, Motivation und Commitment-Strategien. Ausgeprägte Schamgefühle in Verbindung mit stark gestörten Körperschemata machen zudem auch ein erhöhtes Einzelsetting notwendig und sind zumindest in der Anfangsphase nicht in Gruppensettings zu thematisieren.

Essgestörte Verhaltensweisen im Kontext mit anderen süchtigen Verhaltensweisen und/oder auf dem Hintergrund von (Borderline-)Persönlichkeitsstörung und/oder posttraumatischer Belastungsstörung sind wiederum als **eine** Form selbstschädigender Verhaltensweisen im Sinne von Bewältigungsversuch zu betrachten. **Ggf. werden daher alle Behandlungselemente im Rahmen der Essstörung wiederum mit anderen indikativen Bereichen und der Arbeit in den therapeutischen Bezugsgruppen vernetzt.**

In der Indikationsgruppe **Essstörungen** erhalten die Patientinnen Informationen zu möglichen Hintergründen und Krankheitsentstehungsmodellen. Die Patientinnen werden angeleitet und geschult, tägliche Essprotokolle anzufertigen im Zusammenhang mit Spannungs- bzw. Cravingbögen, um Kontextbedingungen und Wirkfaktoren erkennen zu können. Die umfangreichen Dokumentationen werden sowohl in der Indikationsgruppe, wie auch im Einzelsetting besprochen.

Je nach Zielhierarchierung benennen die Patientinnen konkrete, übergeordnete Ziele hinsichtlich

ihres essgestörten Verhaltens, ggf. auch mit Zielvorgaben für Ab-, Zunahme, oder Erhaltung des Körpergewichts.

Die Bereiche von Körpertherapie, Medizin und Sport sind dabei eng vernetzt in der Arbeit verbunden.

Für jede Woche stellt die Patientin, bezogen auf das übergeordnete Ziel, Teilziele zusammen, um so kleine schrittweise Veränderungen im gestörten Essverhalten herbeizuführen. Mittels einer visuellen Analogskala kann die Patientin das Erreichen ihrer Teilziele kontrollieren, ggf. Ziele modifizieren und Erreichtes positiv verstärken.

Je nach Situation werden ggf. weitere Veränderungsstrategien eingesetzt, der Patientin in kleinen Schritten Verhaltensänderungen zu ermöglichen:

Insbesondere bei bulimischen Verhaltensweisen nutzen Patientinnen den „**Besonderen Esstisch**“, mit strukturierten zeitlichen Vorgaben von Ritualen bei der Nahrungsaufnahme, so dass zeitnahes Erbrechen nach der Nahrungsaufnahme unter Eigenkontrolle vermindert wird. Dabei erhalten die Patientinnen Unterstützung und Begleitung durch die Diätassistentin.

Strukturiertes Essen:

Zusammen mit Diätassistentin und Bezugstherapeutin wird mit der Patientin ein tageweises oder wöchentliches Esskonzept erarbeitet, welche Nahrung in Zusammensetzung und Quantität sie bei den einzelnen Mahlzeiten zu sich nehmen wird. Auch hier dokumentiert und protokolliert die Patientin eigenes Vorgehen und Befindlichkeit und modifiziert ggf. ihr Esskonzept mit der Bezugstherapeutin.

Portioniertes Essen:

BezugstherapeutIn und Diätassistentin besprechen mit der Patientin Zusammensetzung und Quantität von Nahrung aus dem Tagesangebot, die Zuteilung der jeweiligen Portionen erfolgt durch die Küche.

11.5.1 Ernährungsberatung und Lehrküche:

Im Rahmen der Ernährungsberatung findet für Patientinnen mit Essstörung einmal wöchentlich ein 1-stündiges Ernährungsseminar statt. Die Inhalte richten sich an der jeweiligen Situation der Patientinnen aus mit bestimmten Schwerpunkten wie:

- Regeln zu gesunder Ernährung
- Ernährungslehre zu Inhaltsstoffen, Nährstoffen, Ballaststoffen, Vitaminen, Mineralstoffen, Spurenelementen und sekundären Pflanzenstoffen
- Informationen zur Einteilung von Nahrungsmittelgruppen
- Essgewohnheiten
- Tagesstruktur, Mahlzeitenstruktur
- Ernährungsmythen und Irrtümern
- Hunger, Appetit und Sättigungsregulation
- Heißhunger
- Blutzuckerwirksamkeit verschiedener Kohlenhydrate
- Angemessene Portionsgrößen
- Vorbereitung, Einkauf und Vorratshaltung
- Informationen zu sogenannten Lightprodukten

Begleitete Lehrküche

Die Lehrküche findet unter Anleitung der Diätassistentin statt.

Die praktische Schulung der Patientinnen beginnt mit gemeinsamem Einkaufen. Da der Kontakt mit Nahrungsmitteln geprägt sein kann von Angst, Schuldgefühlen, Abhängigkeit und Heimlichkeit erhalten die Patientin klare und konkrete Orientierungshilfen, um sich von ihren zum Teil ritualisierten Regeln und Essmustern distanzieren zu können. Patientinnen mit wenig oder gar keiner Erfahrung im Kochen erhalten hier erste Kenntnisse in der Zubereitung gesunder Nahrung. Viele Patientinnen mit Essstörungen zeigen sich kompetent im Kochen und in der Versorgung anderer, können so aber lernen, ihre Kompetenzen auch in der Selbstfürsorge einzusetzen.

In der Vernetzung von Gesprächsinhalten und Wissensvermittlung aus der Indikationsgruppe erhalten die Patientinnen in der Lehrküche praktische Anleitung, neue Verhaltensweisen auszuprobieren. Das gemeinsame Essen im geschützten Kreis ermöglicht auch die Schulung der Achtsamkeit bei der Nahrungsaufnahme im Sinne eines Genusstrainings.

Selbständige Lehrküche

In dieser Gruppe planen die Patientinnen selbständig die Mahlzeit einschl. der Bestellung in der Großküche und der Organisation des Einkaufs. Die Speisen werden gemeinsam zubereitet und anschließend findet ein gemeinsames Essen statt. Die Vor- und Nachbereitung wird gemeinsam mit der Diätassistentin durchgeführt. Von den Patientinnen wird ein Verlaufsprotokoll angefertigt und anschließend mit der Diätassistentin besprochen.

11.6 Kognitive Therapie der Depression nach Beck, modifiziert nach Hautzinger

Die kognitive Therapie ist eine aktive, direkte, zeitlich begrenzte, strukturierte Methode, die zur Behandlung einer Vielzahl psychiatrischer Störungen eingesetzt wird (z.B. Depressionen, Angst, Phobien, Schmerzprobleme usw.). Sie basiert auf einem grundlegenden theoretischen Gedanken, wonach Affekt und Verhalten eines Menschen weitgehend von der Art bestimmt sind, in der er die Welt strukturiert. Seine Kognitionen (verbale oder bildhafte „Ereignisse“ in seinem Bewusstseinsstrom) gehen auf Einstellungen oder Annahmen (Schemata) zurück, die aus vergangenen Erfahrungen entstanden sind.

In unserer Depressionsgruppe wird eine Vielfalt kognitiver und verhaltensbezogener Strategien genutzt. Mit kognitiven Techniken sollen die besonderen Fehlkonzeptionen und unangepassten Annahmen der Patientinnen dargestellt und überprüft werden. Dieser Ansatz berücksichtigt sehr spezifische Lernerfahrungen, die den Patientinnen die Lösung folgender Aufgaben lehren sollen:

- ihre negativen, automatischen Gedanken (Kognitionen) zu kontrollieren
- die Zusammenhänge zwischen Denken, Fühlen und Handeln zu erkennen
- zu prüfen, was für oder gegen ihr gestörtes automatisches Denken spricht
- diese einseitigen Kognitionen durch ein stärker an der Realität orientiertes Verständnis zu ersetzen
- zu lernen, die irrigen Überzeugungen, die ihre Erfahrungen verzerren, zu Erkennen und zu ändern

Zielgruppe:

Leichte bis mittelgradige depressive Episoden ohne Wahrnehmungsstörungen. Bei ausgeprägteren Formen der Depression sollte eine individuelle therapeutische Einzelbehandlung der Gruppentherapie vorausgehen und diese weiterhin begleiten.

Setting:

Die indikative Gruppe umfasst 10 – 12 Gruppentermine und wird als offene Gruppe durchgeführt. Während und nach den Gruppenstunden erhalten die Teilnehmerinnen Aufgaben und Übungen, um die neuen Verhaltensweisen, Einstellungen und Überzeugungen hinsichtlich der eigenen Person und deren Wirkung auf die Umwelt zu überprüfen.

11.7 Indikationsgruppe Selbstsicherheitstraining:

Definition:

Selbstsicherheit umfasst die Fähigkeit eines Menschen, in Relation zur Umgebung eigene Ansprüche zu stellen und diese auch verwirklichen zu können. Dazu gehört es, sich zu erlauben, eigene Ansprüche zu haben (Einstellung zu sich selbst/Selbstbeobachtung), sich zu trauen, diese zu äußern (Freisein von Angst/Hemmungen) und die Fähigkeit, diese durchzusetzen (soziale Fertigkeiten).

Inhalt:

Die indikative Gruppe beinhaltet das Training sozialer Kompetenzen durch Demonstration und Einübung sozialer Fertigkeiten

- dies beinhaltet einerseits das Training angemessener Verhaltensaspekte wie Körperhaltung, Mimik, Blickkontakt und Ich-Gebrauch
- dies beinhaltet andererseits die Auseinandersetzung mit inhaltlichen Aspekten wie dem Erkennen, Annehmen, Aussprechen und Durchsetzen von Lob und Kritik, Wünschen, Gefühlen und Bedürfnissen.

Zeitlicher Rahmen und Setting:

Die indikative Gruppe umfasst 8 Gruppentermine. Während und nach den Gruppenstunden erhalten die Teilnehmerinnen Aufgaben und Übungen, um neu erlernte Fähigkeiten im Alltag zu erproben. Es handelt sich um eine zieloffene Gruppe, deren Ausgangspunkt soziale Problemsituationen der Teilnehmerinnen sind und um eine abgeschlossene Trainingseinheit mit aufeinander aufbauenden Übungszielen.

Theoretische Grundannahmen:

- Es werden wichtige Einflussgrößen auf die Ausprägung selbstunsicheren Verhaltens angenommen. Diese sind:
- ungenügende Kenntnisse über Möglichkeiten kompetenten Handelns
- fehlende Unterscheidungsmöglichkeiten, in welchen Situationen welches Verhalten angemessen ist
- ungenügende Fertigkeiten im Bereich sozialen Handelns
- Einstellungen und Selbstbewertungen, die sozial angemessene Verhaltensweisen hemmen oder blockieren

Selbstsicherheit wird verstanden als Kompromiss zwischen Selbstverwirklichung und sozialer Anpassung. Dies beinhaltet, dass sowohl Stärkung als auch Schwächung von Selbstverwirklichungstendenzen und Anpassungstendenzen Übungsziel sein kann. In der Gruppensituation könne sich die Teilnehmerinnen gegenseitig unterstützen, Feedback geben und Modell sein.

Ziel:

Die Teilnehmerinnen sollen in die Lage versetzt werden, eigene Absichten und Gefühle zu erkennen und die Verantwortung für Handlungen und deren Konsequenzen zu übernehmen.

Trainingsmethode:

Das Selbstsicherheitstraining ist ein prozessorientiertes Vorgehen in Form eines Gruppentrainings. Trainingsmethoden sind:

- Einführung in theoretische Grundannahmen
- Verhaltensübungen
- Entwicklung realistischer Übungsziele
- Modellernen
- Rollenspiel
- Verhaltensfeedback
- Übungen in der Realsituation

Am Selbstsicherheitstraining nehmen Patientinnen teil mit selbstunsicheren Persönlichkeitsanteilen bzw. einer selbstunsicher-ängstlichen Persönlichkeitsstörung, Borderline-Patientinnen, die nach der Erarbeitung des Moduls „soziale Kompetenz“ vertiefend im Rollenspiel üben sollen sowie Drogenpatientinnen, die adäquate soziale Verhaltensweisen entwickeln und trainieren sollen. Grundlagen von Selbstsicherheit einschl. Rollenspiele für alle Patientinnen werden sowohl im Rückfallprophylaxetraining nach Körkel/Schindler durchgeführt, spezifisch abgeändert für Borderline-Patientinnen im Rahmen des Borderline-Skills-Training sowie abgestimmt auf die besondere Problematik der Drogenabhängigkeit in der entsprechenden Indikationsgruppe.

11.8 Nikotinentwöhnung

In der störungsspezifischen Indikativgruppe zur Tabakabhängigkeit werden verhaltenstherapeutische Grundlagen der Raucherentwöhnung vermittelt. Ziel ist der Aufbau von Fertigkeiten, die eine selbstgesteuerte Beendigung des Rauchens ermöglichen. Das Nichtrauchertraining fördert die Veränderung des Rauchverhaltens. Ziel ist eine deutliche Reduktion des Nikotinkonsums bis zur Nikotinabstinenz.

Im Rahmen der `rauchfreien Politik` wird allen Patientinnen ermöglicht, freiwillig vom Rauchen zu entwöhnen. Hierzu werden im Aufnahmegespräch Informationen gegeben. Nicht nur in der Aufnahmesituation, sondern auch intermittierend während des Therapieverlaufes werden die Patientinnen motiviert, an der Nichtrauchermaßnahme teilzunehmen. Das von einer Therapeutin durchgeführte Training erfolgt bei entsprechender Interessentinnenzahl in der Gruppe, sonst in der Einzeltherapie.

Neben psychoedukativen Aspekten - **Information zum Störungsbild** - werden dabei Strategien der Entscheidungsbildung - **Abwägung der Vor-Nachteile** - besprochen. Vor dem Hintergrund der Selbstbeobachtung des Rauchverhaltens - **Anfertigung von Protokollen** - wird die konkrete Umsetzung des Rauchstopps - **Schlusspunkt versus Reduktionsmethode, kurzfristige Bewältigungsstrategien** - geplant. Der Rauchstopp wird, unter Anwendung der vermittelten Fähigkeiten, während des Nichtrauchertrainings festgelegt und therapeutisch begleitet.

Die Entwöhnung wird durch den Besuch der einmal wöchentlich stattfindenden Nikotinentwöhnungsgruppe über einen Zeitraum von 6 Wochen unterstützt. Die therapeutische Arbeit orientiert sich an den individuellen Möglichkeiten der einzelnen Teilnehmerinnen.

Die fachliche Unterstützung, aber auch der Zusammenhalt in der Gruppe und das freiwillige Versprechen an sich selbst fördern den Weg in die Unabhängigkeit von der Sucht. Als unterstützende Maßnahmen werden Entspannungsmethoden angeboten.

12. Rückfallkonzept

In jeder Entwöhnungsbehandlung ist Suchtmittelabstinenz das übergeordnete Ziel. Wie auch im Verlauf vieler anderer Erkrankungen ist die Abhängigkeitserkrankung gekennzeichnet von Rückfälligkeit auf der Symptomebene.

Im **Rückfallprophylaxetraining** bei Körkel/Schindler wird darauf hingewiesen, dass Rückfälligkeit bei Alkoholabhängigkeit eher die Regel ist als die Ausnahme.

In unserem Konzept dialektischer Behandlung von Orientierung auf - **einerseits das Ziel Abstinenz und andererseits Arbeit mit Rückfällen** - werden entsprechend auch weitere (meist auch) süchtige selbstschädigende Verhaltensweisen, wie essgestörtes Verhalten, Selbstverletzungen, Suizidversuche, Hochrisikoverhalten und andere mit einbezogen. In den Behandlungsvereinbarungen wird die absolute Abstinenz von Suchtmittelkonsum, suizidaler und parasuizidaler Handlungen und ggf. schrittweise Reduzierung von anderen selbstgefährdenden Verhaltensweisen, wie z.B. bei Essstörungen, festgeschrieben.

Entsprechend werden Suchtmittelkonsum, Selbstverletzungen und Essverhalten gegen vereinbarte Regelungen im Behandlungsvertrag von BezugstherapeutIn und der Patientin als Verhaltensrückfall definiert, bei *Körkel/Schindler* als „**Ausrutscher**“ bezeichnet, in Differenzierung zu andauernder Rückfälligkeit.

Jeder Rückfall im Sinne von „Ausrutscher“ wird im Kontext von Auslösern und Auswirkungen bewertet, sowohl hinsichtlich Erstmaligkeit oder Wiederholung, der Gefährdung von Mitpatientinnen sowie bezüglich eigener Verantwortungsübernahme, rückfälliges Verhalten selbst mitzuteilen und sich auf das Rückfallkonzept einzulassen.

Andauernde Verleugnung nach Aufdeckung eines Rückfalls bietet **keine Grundlage** für eine Fortführung der Behandlung.

Jedes rückfällige Verhalten im Sinne der Behandlungsvereinbarung hat eine sofortige Unterbrechung der bisherigen Therapiegestaltung zur Folge, d.h. der Therapieplan wird vorübergehend ausgesetzt. Bei akuter Intoxikation wird die Patientin ins Krankenzimmer verlegt und ausschließlich medizinisch behandelt.

Therapeutische Kontakte werden auf der Basis nicht verurteilender Akzeptanz zunächst nur kurz gehalten, um negative Symptomatik nicht durch intensive Krisenzuwendung zu verstärken.

Die Patientin erstellt mit Hilfe von Arbeitsblättern eine ausführliche Problemverhaltensanalyse mit Beschreibung akut auslösender und im Vorfeld labilisierender Bedingungen und Umstände. Auf diesem Hintergrund setzt sich die Patientin dann intensiv mit Emotionen, Gedanken, Impulsen und Handlungen auseinander, mit besonderer Ausführlichkeit hinsichtlich der kurzfristigen und langfristigen Auswirkungen ihres rückfälligen Verhaltens. So soll der Patientin ermöglicht werden, auf dieser Basis von Erkenntnissen ihrer individuellen Gefährdungsmomente und Risiken frühzeitiger entgegenzuwirken und damit Lösungsanalysen zu entwickeln, geeignetere Alternativen einzusetzen im Sinne von Rückfallprophylaxe.

Die Problemverhaltensanalyse sowie die Entwicklung von alternativen Lösungsstrategien wird ausführlich mit der BezugstherapeutIn und im Behandlungsteam besprochen, so dass ggf. besonders hilfreiche Veränderungen und/oder Ergänzungen in der weiteren Behandlung berücksichtigt werden können.

Bei günstigem Verlauf kann so ein einmaliger „Ausrutscher“ letztlich zu einer Motivationsstärkung hinsichtlich Abstinenz beitragen und individuelle Rückfallprophylaxe verfestigen.

Für das Behandlungsteam ist die Berücksichtigung von Scham und Angstgefühlen im Zusammenhang mit Rückfälligkeit von besonderer Bedeutung.

Daraus entstehende Handlungsimpulse, Kontakt mit anderen, insbesondere der Bezugstherapeutin zu vermeiden und zu flüchten im Sinne von Abbruch der Behandlung mit hohem Risiko weiteren Suchtmittelkonsums erfordert besonders sensible Balance zwischen Validierungsstra-

tegien und Veränderungsstrategien, um der Patientin zu ermöglichen, erlernte suchtfreie Alternativen im Sinne ihres „Skills-Koffers“ einzusetzen. Weiterhin braucht die Patientin häufig Unterstützung, Möglichkeiten sozialer Wiedergutmachung zu entwickeln und umzusetzen, um sich selbst verzeihen zu können.

Rückfälliges Verhalten mit Selbstverletzungen und sich aufdrängenden Suizidgedanken wird entsprechend inhaltlich modifiziert behandelt. Bei mangelnder Distanzierung zu Suizidphantasien mit Handlungsimpulsen kann vereinzelt die **vorübergehende Verlegung** in eine geschlossene Station einer Psychiatrie erforderlich sein.

Trotz einer hohen Anzahl latent suizidaler Patientinnen und Patientinnen mit emotional-instabiler Persönlichkeitsstörung auf Borderline-Struktur mit oft massiven Selbstverletzungen in der Krankheitsgeschichte kommt es in unserer Einrichtung **sehr selten** zu selbstverletzenden Verhaltensweisen und **nur sehr vereinzelt** zu notwendigen Verlegungen im oben beschriebenen Kontext. Unsere Erfahrung hat gezeigt, dass Patientinnen sich an Vereinbarungen im Behandlungsrahmen sehr gebunden fühlen.

Begründung und Bestätigung findet sich dafür häufig in den Bilanzen betroffener Patientinnen wieder, die in der Reflexion angeben, die geforderte strikte Unterlassung suizidaler bzw. parasuizidaler Handlungen, verbunden mit der sofortigen Vermittlung von Skills als Alternativen, sei wohl die einzige Möglichkeit gewesen, suizidale und/oder parasuizidale Handlungen dauerhaft zu vermeiden.

Bei vorzeitigem Abbruch der Reha-Maßnahme durch eine Patientin bzw. bei einer disziplinarischen Entlassung aufgrund therapieschädigenden Verhaltens wird mit den betroffenen Patientinnen die Möglichkeit einer späteren Wiederaufnahme besprochen. In der Regel kann nach einem Ablauf von mindestens 3 Monaten ein erneuter persönlicher Vorstellungstermin vereinbart werden, in dem die Klinikleitung mit der Patientin eine erneute Aufnahme und evtl. besondere Behandlungsbedingungen besprochen werden. Erfahrungsgemäß machen viele betroffene Patientinnen von dieser Möglichkeit Gebrauch, sich intensiv auf eine weitere Behandlung mit Hilfe ihrer Beratungsstelle vorzubereiten, um dann die Reha-Maßnahme zur Entwöhnung erfolgreich abzuschließen.

13. Therapeutische Arbeit mit Angehörigen

Bei dieser Arbeit werden die Wechselwirkungsprozesse zwischen Patientin, TherapeutIn, Klinikrahmen und Familie berücksichtigt und in sinnvoller Weise für das therapeutische Geschehen nutzbar gemacht. Kontextbezug heißt dabei auch verstärktes Einbeziehen der Angehörigen in die Therapie. Wir verstehen die suchtkranke Patientin als Symptomträgerin, die unterschiedliche familiäre Delegationen angenommen hat und austrägt. Häufig kommt es bei Fortschritten auf Seiten der Patientin zu Gegenregulationen der Angehörigen, die im ungünstigsten Fall auch zum Therapieabbruch führen können. Über gezielte Interventionen kann das gesamte Familiensystem in die Therapie einbezogen und verändert werden. Dies ist Voraussetzung für ein symptomfreies Leben im jeweiligen Beziehungsgefüge der Patientin.

Die therapeutische Arbeit mit Angehörigen unterteilt sich in:

- Angehörigenseminare
- Kinderseminare und
- Paar- und Familiengespräche

Alle Formen der therapeutischen Arbeit mit Angehörigen werden mit der Patientin im Vorfeld
--

ausführlich vorbereitet und nach der Durchführung in den Ergebnissen im weiteren Verlauf der Behandlung thematisiert.

Berücksichtigt werden in unserer Klinik **Besonderheiten im Zusammenhang mit Gewalterfahrungen und Traumatisierungen**. Die Regel **Safety First** fordert: Keinerlei Kontakt zu **Täter/innen**. Nur auf dieser Basis kann ein größtmöglicher Rahmen **äußerer Sicherheit** für betroffene Patientinnen geschaffen werden. Der Abbruch aller Täterkontakte ist weiterhin Voraussetzung für die therapeutische Arbeit zur Bewältigung von Traumatisierung.

Innerhalb unserer Klinik werden keine Gespräche mit „Tätern“ im Rahmen der Angehörigen- und/oder Familienarbeit geführt.

13.1 Angehörigenseminare:

Die Patientinnen nehmen im Verlauf der Therapie in der Klinik an einem 3-tägigen Seminar teil. Insgesamt geht es um ein besseres Verständnis der Sucht in ihren Auswirkungen auf Beziehungen. Dabei wird die Entwicklung der Abhängigkeit auch als ein Interaktionsbeitrag verstanden, eine kurzfristig wirksame „Lösung“ die zum Problem geworden ist. Zum Seminar können die wichtigsten Bezugspersonen der gegenwärtigen Familie und Partnerschaft eingeladen werden. Spezifische Aspekte der Beziehungsdynamik und die Eigenheit der Patientin werden durch die besondere Art der familiären Interaktion besser verstehbar. Es werden Impulse für Veränderungen der problemstabilisierenden Muster in Familien und Partnerschaften gesetzt. Bereits eingeleitete Neuorientierungsprozesse in Familie und Partnerschaft können weitergeführt werden.

Im Angehörigenseminar steht die Thematik der Beziehungsgestaltung in der Gegenwart und Zukunft im Fokus, in Betonung der Eigenverantwortung der Patientin als Erwachsene in ihrer Rolle z.B. als Partnerin, Freundin und Mutter.

13.2 Paar- und Familiengespräche

Zur Klärung problematischer Beziehungskonstellationen in der **Herkunftsfamilie** werden je nach Indikation individuelle Familiengespräche angeboten, nach ausführlicher Vorbereitung der Patientin hinsichtlich der Themen von Bindung und Bindungsdefiziten in der Kindheit sowie altersadäquater Ablösung.

Paargespräche mit Inhalt besonders sensibler und intimer Themen können indikativ zum Angehörigenseminar und/oder Familiengesprächen durchgeführt werden.

Paar- und (Herkunfts-)familiengespräche finden auf der Grundlage systemischer Familientherapie im Setting von Patientin, Partner/in bzw. Angehörigen aus der Herkunftsfamilie und 2 TherapeutInnen statt, möglichst in der Konstellation von männlich/weiblich.

Ziele:

- Familien- und Beziehungsdiagnostik
- 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
- Besonderer Fokus: Individuation und Bezogenheit
- Neudefinition von Rollen- und Generationsgrenzen

13.3 Kinderseminare

Um unserem Ziel der Einbeziehung der Familie gerecht zu werden, laden wir ca. 4-mal jährlich die 6-16jährigen Kinder der Patientinnen zum 3-tägigen Kinderseminar ein. In spielerischer Form werden Ausdrucksmöglichkeiten gefunden, um eine neue Wertung vergangener, meistens negativer Erfahrungen zu erreichen sowie Pläne für ein zukünftiges Leben zu machen, die den Wünschen der Kinder wie auch den Kapazitäten der Mütter und den (ebenfalls beim Kinderseminar anwesenden) Vätern gerecht werden können. Insbesondere geht es im Kinderseminar darum, die für die Suchtfamilie typische Verschiebung der Generationsgrenzen neu zu ordnen, Parentifizierung bei den Kindern aufzulösen und somit Verantwortlichkeiten in der Familie neu zu definieren.

Die systemische Sichtweise eröffnet uns in der Arbeit mit Kindern die Chance, diese als aktive Mitgestalter des familiären Lebens ernst zu nehmen und sie in der Äußerung ihrer Wünsche und Bedürfnisse sowie im Erproben ihrer wachsenden Fähigkeiten zu bestärken.

Grundsätzlich hat dieses Seminar Zielsetzungen, die sich im Wesentlichen an den allgemein bekannten hauptsächlichen Problemstrukturen von Kindern aus Suchtfamilien orientieren. Diese Ziele sind zusammengefasst:

- die Kinder von ihrer Parentifizierung zu befreien und ihnen inneren und äußeren, also seelischen und situativen Freiraum zu schaffen, Kind zu sein
- die Kinder aus der bedrückenden Sprachlosigkeit und Vereinsamung zu erlösen,
 - o dadurch, dass sie ein offenes Gespräch über die Suchtsituation kennenlernen und erlernen können
 - o dadurch, dass sie zu einer bewussten Wahrnehmung ihrer unterdrückten Affekte wie Angst und Wut geführt werden und
 - o dadurch, dass sie ihre Wünsche und Bedürfnisse auch sprachlich angstfrei auszudrücken lernen
- den Kindern und ihren Eltern ihre jeweilige Rolle innerhalb des Familiensystems transparent zu machen, indem die Abgrenzungen häufig verwischt und die Hierarchiestrukturen, Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten oft vertauscht sind
- Die Patientinnen für eine bewusste Wahrnehmung der Auswirkungen ihres Suchtverhaltens auf die psychische Entwicklung der Kinder zu sensibilisieren und ihnen Einfühlungsvermögen zu vermitteln, um sie so letztlich zur Übernahme von Verantwortung zu motivieren.

14. Heimfahrten

Bei mehreren Heimfahrten (frühestens nach 8 Wochen, spätestens 2 Wochen vor der Entlassung) 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 wie 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 Beratungsstelle und zur Abstinenz- und Selbsthilfegruppe.

Ziele:

- Kontakt zur Familie
- Kontakt zur Arbeitsstelle / berufliche Neuorientierung
- Kontakt zur Beratungsstelle
- Kontakt zur Selbsthilfegruppe

- Evtl. Vorstellung oder Probewohnen in stationärer, teilstationärer Nachsorge- oder Wohngemeinschaft
- Konfrontation mit dem alten Umfeld ohne den schützenden Rahmen der Klinik
- Auseinandersetzung mit Ängsten und neu definierten Fähigkeiten

15. Fachbereiche

Die nachfolgend in ihren Inhalten vorgestellten Fachbereiche sind, wie unter Punkt 10. dargestellt, Behandlungselemente im Rahmen der Bezugsgruppentherapie.

15.1 Soziale Rehabilitation

Im Sinne von **Case-Management** als Berücksichtigung sämtlicher Problembereiche einer Patientin unterstützt die Soziale Rehabilitation 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 angehalten werden. Es gibt daher auch keine festen Zeiten, die Gespräche – fast ausschließlich Einzelberatung – finden zu individuell vereinbarten Terminen statt. Die Initiative zu solch einem Gespräch kann von der Patientin, der BezugstherapeutIn oder der sozialen Rehabilitation ausgehen.

In der Aufnahmephase findet immer eine Einführung und Sozialberatung zur sozialen Diagnostik statt.

Soziale Rehabilitation als ausführlicher Bestandteil von Case-Management verfolgt im Wesentlichen folgende Aufgaben:

Abklärung der wirtschaftlichen Absicherung / Schuldenregulierung:

Während laufender Maßnahme beziehen die Patientinnen Übergangsgeld, Krankengeld oder Leistungen nach dem BSHG, in Ausnahmefällen noch Kindergeld oder sind über Leistungen Dritter abgesichert. Welche Unterstützung zusteht, ergibt sich aus den jeweiligen Anspruchsvoraussetzungen. In den meisten Fällen ist die Beantragung vor Aufnahme in die Klinik noch nicht in die Wege geleitet worden; die soziale Rehabilitation ist dann unterstützend bei der Beantragung und Durchsetzung des Anspruches behilflich. Verbunden damit leiten wir bei den Betroffenen erste Schritte einer Schuldenregulierung ein; dazu gehört das Erstellen eines Ordners über die Forderungen der einzelnen Gläubiger und die Kontaktaufnahme zu diesen. Wenn notwendig vermitteln wir in anerkannte professionelle Schuldenberatungsstellen an den jeweiligen Heimatorten und kooperieren mit der Schuldenberatungsstelle der Diakonie in Altenkirchen.

Klärung der Wohnsituation:

Entscheidet sich eine Patientin während der laufenden Maßnahme eine eigene Wohnung zu nehmen, unterstützt der Fachbereich soziale Rehabilitation, indem er über Förderungsansprüche berät, bei der Beantragung von Wohnberechtigungsscheinen und Listen öffentlich geförderter Wohnungen behilflich ist. Wir helfen bei der Bewerbung und nach Finden einer geeigneten Wohnung bei Sozialhilfeempfängerinnen oder Patientinnen mit geringen Einkommen auch bei der Antragsstellung auf Miet- und Kautionsübernahme, Ersteinrichtung, Renovierung und Umzugskosten.

Klärung der beruflichen Situation / Bewerbungstraining:

Interessierten Patientinnen vermitteln wir zunächst Einzeltermine beim örtlichen Arbeitsamt bzw. Frauenberufsberatungsstelle „Neue Kompetenz“, beide arbeiten mit unserer Einrichtung eng zusammen. Mit den dort erhaltenen Informationen zu Förderungsmöglichkeiten etc., ist es uns möglich ein Anforderungsprofil zu erstellen und konkrete erste Schritte einzuleiten bzw. Kontakte zum Heimat Arbeitsamt aufzunehmen.

Bei entsprechender medizinisch-therapeutischer Diagnosestellung bietet die Deutsche Rentenversicherung Bund ihren Versicherten eine externe Beratung zur beruflichen Reha in unserem Hause an, wobei die Notwendigkeit zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) überprüft wird, um nach der stationären Reha eventuelle Weiterbildungs- bzw. Umschulungsmaßnahmen zu ermöglichen.

Wir bieten ein Bewerbungstraining am Computer an, während dessen eine optimale Bewerbungsmappe mit Anschreiben, Lebenslauf etc. erarbeitet wird und Grundlagen zu Zeugnissen und Vorstellungsgesprächen besprochen werden.

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. Häufig begleiten wir zu Vorstellungsgesprächen.

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. Auch das Amtsgericht Altenkirchen steht als Ansprechpartner zur Verfügung. Kontaktaufnahme zu Staatsanwaltschaften laufen ebenfalls über den Bereich der sozialen Rehabilitation. Wir begleiten zu Gerichtsverhandlungen und polizeilichen Vernehmungen.

Mitaufnahme schulpflichtiger Kinder:

Falls noch nicht geschehen, sind wir bei der Beantragung des Gastschulverhältnisses und der Gelder für Lernmittel behilflich.

15.2 Ergotherapie

Übergeordnete Zielsetzung der Ergotherapie ist die Förderung von Selbständigkeit aller Handlungsabläufe im Alltag der Patientinnen. Im Vordergrund steht dabei die berufliche Rehabilitation.

Die jeweils individuellen Zielsetzungen einer Patientin werden in Absprache mit Patientin und Behandlungsteam getroffen.

Auf der Basis einer ressourcenorientierten Beurteilung der Grundarbeitsfähigkeiten bieten verschiedene Behandlungsmethoden Möglichkeiten, Kenntnisse und Fertigkeiten zu festigen und eine Leistungssteigerung zu erreichen.

Jede Patientin ist eine gezielte kognitive Trainingsphase integriert, in der modernste Kommunikationstechniken zur Verfügung stehen:

- Kognitive Trainingsmappen
- 12 PC-Arbeitsplätze
- Computergestützte kognitive Übungsprogramme (z.B. CogPack)
- Schreibprogramm
- Arbeitsanleitung zum Umgang mit WORD 2007

Wenn notwendig wird besondere Förderung und Unterstützung angeboten durch zusätzliche kognitive Trainingseinheiten, sowohl in einer entsprechenden Indikationsgruppe, wie auch im Rahmen therapeutisch begleiteter individueller Einzelarbeit.

Je nach individueller Einzelfalllage und laufendem Therapieprozess in der Reha-Maßnahme stellt die Arbeitserprobung außerhalb der Klinik bei örtlichen Firmen und Einrichtungen einen weiteren wichtigen Therapiebaustein der Ergotherapie dar. Ein solches therapiebegleitendes Praktikum mit ständiger Unterstützung durch die Ergotherapeutin soll im Einzelfall sowohl einer beruflichen Orientierung dienen, ermöglicht eine realistische Belastungserprobung und trägt zur generellen Stabilisierung der einzelnen Patientin bei.

Im indikativen Bereich der Ergotherapie bieten wir unterschiedliche Angebote im gruppentherapeutischen Kontext an. Dazu zählen:

- Holzwerkstatt
- Gartentherapie mit Gewächshaus und Gemüsegarten
- Hauszeitung
- Kreativangebot mit den Werkstoffen Pappe und Papier
- Training von Aktivitäten des täglichen Lebens
- Projekttag/Festtagsgestaltung
- Backen im Backhaus

Die angewandten Techniken und Methoden in der Ergotherapie sind vornehmlich kompetenz-zentriert und interaktionell ausgerichtet und beruhen auf der therapeutischen Haltung von Unterstützung und Strukturierung.

15.3 Körperorientierte Therapie

Auf den Körper bezogene Folgen der komplexen Störungsbilder der Patientinnen sind häufig damit verbunden, dass das Vertrauen in den eigenen Körper massiv geschwächt ist. Entfremdungs- und Spaltungsprozesse beeinträchtigen die Möglichkeit der Selbstbestimmung über den Körper und erschweren ein positives Körpererleben nachhaltig. Dabei erfahren sich die Patientinnen in ihren Handlungs- und Bewegungsspielräumen häufig reduziert. Aversive Körperempfindungen erschüttern das Körperselbst bei den Betroffenen und führen u.a. zu folgenden Konsequenzen:

- Entwicklung eines negativen Körperbildes mit mangelnder Körperakzeptanz
- Herausbildung einer eingeschränkten oder verzerrten Wahrnehmung körperlicher Bedürfnisse und Signale
- Störungen der Impulsregulation und der Entspannungsfähigkeit

Die Vielschichtigkeit körperbezogener Phänomene lassen erkennen, wie wichtig es ist, den Körper in die Behandlung mit einzubeziehen. Wesentlicher Bestandteil der Therapie sind entsprechend bewegungs- und körperzentrierte Angebote, die in der Fachklinik aus **drei Behandlungsfeldern** bestehen.

15.3.1 Körper- und Bewegungstherapie im Bezugsgruppenkontext

15.3.1.1 Zielorientierungen

Die Körper- und Bewegungstherapie, die einmal wöchentlich im Rahmen der Bezugsgruppe stattfindet, fokussiert vor allem auf die Stärkung der Selbstwirksamkeit und Distanzierungsfähigkeit, die Förderung eines positiven Körper- und Selbsterlebens sowie Vitalisierung, um leibliche

Integrität wieder herzustellen. Die Patientinnen werden dazu angeleitet, Alternativen zu einem selbstschädigenden Umgang mit dem eigenen Körper zu entwickeln.

Unter Berücksichtigung der oben genannten Aspekte lassen sich entsprechend folgende Zielorientierungen benennen:

- **Wiederherstellung des Gefühls einer relativen Sicherheit im und mit dem Körper:**
- Sensibilisierung für körperliche Prozesse und Stabilisierung der Körpergrenzen
- Erarbeitung und Stärkung von individuellen körper- und bewegungsbezogenen Ressourcen und Fertigkeiten (Skills)
- Befähigung zur Distanzierung von intrusivem und aversivem Körpererleben sowie Stärkung der Selbstkontrolle den eigenen Körper/ körperliche Prozesse betreffend
- Erweiterung eines reduzierten Bewegungs- und Ausdrucksrepertoires

15.3.1.2 Inhaltliche Bausteine

Die inhaltliche Struktur der körper- und bewegungstherapeutischen Gruppen ergibt sich aus folgenden Behandlungsschwerpunkten:

- **Achtsamkeitstraining** mit besonderer Ausrichtung auf körperwahrnehmungsbezogene Prozesse – einen Schwerpunkt bildet dabei die praktische Erfahrung mit verschiedenen Achtsamkeitsübungen, so dass Wirkweisen der Achtsamkeitspraxis in Bezug auf den Alltag erlebt werden können.
- **Vermittlung von Strategien zur Spannungsregulation sowie von Reorientierungs- und Stabilisierungstechniken** – auch das Einüben und Sichern von Fertigkeiten und Kompetenzen zur Steigerung der Regulationskompetenz hinsichtlich aggressiver Impulse wird an dieser Stelle mit einbezogen.
- **Praxisangebote zur Sensibilisierung für und Differenzierung von Körperempfindungen zur Förderung der Emotionsregulation** – die Wahrnehmung physiologischer Prozesse und Reaktionen anzuregen und die Akzeptanz körperlicher Sensationen und Erregungen zu unterstützen steht im Mittelpunkt und soll langfristig einen konstruktiven Umgang mit Gefühlen festigen.
- **Übungs- und Erfahrungssequenzen im Partner- und Gruppenkontext zur Erweiterung sozialer Kompetenz** – die Wahrnehmung des eigenen Kontaktbedürfnisses und der eigenen Grenzen steht im Sinne des Aufbaus von Abgrenzungsmechanismen im Fokus.

15.3.1.3 Methodische Leitlinien

- Methodische Leitlinien und Prinzipien im Rahmen der Körper- und Bewegungstherapie zielen zum einen auf **Transparenz** bezüglich des Vorgehens, der Übungsstruktur und der Zielsetzung. Es gilt, den Patientinnen Einsicht in das Geschehen zu ermöglichen, um Angst zu reduzieren und auf diese Weise das Arbeitsbündnis zu stabilisieren.
- Da die Patientinnen im körper- und bewegungstherapeutischen Setting zum einen die häufig vertrautere Ebene der verbalen Kommunikation verlassen und zum anderen gerade der Körper von Grenzverletzungen betroffen war, soll zu jedem Zeitpunkt die Möglichkeit der **Selbstkontrolle** im Sinne der Erfahrung von **Selbstwirksamkeit** gegeben sein.
- Gleichzeitig hat sich ein engmaschiges Vorgehen, verbunden mit dem Einholen von **Rückmeldungen über die körperliche Befindlichkeit und den Spannungszustand** sowie über die Auswirkungen der jeweiligen Übungen auf das Körpererleben, als wirkungsvoll erwiesen.

- Das beständige **Motivieren**, die Körper- und Achtsamkeitsübungen anzuwenden und zu vertiefen, ebenso wie das Auffangen und **Validieren** von Schwierigkeiten und Störungen bei der Umsetzung sind weiterhin zentrale Aufgabe in der Begleitung der Patientinnen.

15.3.2 Indikative Entspannungsgruppen

Zusätzlich zur Körper- und Bewegungstherapie im Bezugsgruppenkontext nimmt jede Patientin an einem Entspannungsverfahren teil. Zielsetzungen bestehen übergeordnet darin, über die Vermittlung von Grundtechniken zur Entspannung die Regulationskompetenz hinsichtlich des eigenen Erregungsniveaus zu steigern und darüber sowohl die Stresstoleranz als auch die Entspannungsfähigkeit zu erhöhen.

Da es im dargestellten stationären Rahmen immer auch auf den Aufbau, die Sicherung und Festigung eines ansonsten eher brüchigen oder erstarrten Körper-Ichs ankommt, werden in der Fachklinik drei Entspannungsverfahren angeboten, die auf taktil-kinästhetischen Wahrnehmungsmustern basieren – gewohnte Spannungsmuster werden so erfahrbar und können behutsam, kontrolliert und selbstbestimmt in einem geschützten Rahmen positiv beeinflusst werden.

15.3.2.1 Progressive Muskelrelaxation

Die Progressive Muskelrelaxation nach Edmund Jacobson ist insbesondere für Patientinnen mit medizinisch bestätigten körperlichen Einschränkungen geeignet.

Indikation und Zielsetzung:

- Sensibilisierung für Spannungsunterschiede im Körper
- Verbesserung der Aufmerksamkeitsfähigkeit
- Senkung eines erhöhten Erregungsniveaus, insbesondere in Verbindung mit dem Erleben von Angst und innerem Druck
- Unterstützung bei Ein- und Durchschlafstörungen

15.3.2.2 Qi Gong

In der Arbeit mit traumatisierten Patientinnen haben sich Übungen aus dem Qi Gong bewährt. Die feste Struktur der Übungsformen, die Symmetrie und Symbolik der Bewegungen wirken sich wie ein „Geländer“ aus, das den Patientinnen Halt gibt.

Indikation und Zielsetzung:

- Stärkung der körperlichen Basis (Standicherheit, Gleichgewichtsfähigkeit, Koordination und Alignment)
- Förderung von Zentrierung und Aufrichtung
- Verbesserung der Selbstwahrnehmung
- Unterstützung bei hoher affektiver Instabilität

15.3.2.3 Hatha Yoga

Hatha Yoga als bewährtes, ganzheitliches System körperlicher und geistiger Übungen unterstützt vor allem Patientinnen mit Einschränkungen in der Beweglichkeit und der Konzentrationsleistung (gedankliche Unruhe).

Indikation und Zielsetzung:

- Entwicklung einer achtsamen Grundhaltung
- Stärkung der körperlichen Kohärenz
- Verbesserung der Körperhaltung und Beweglichkeit
- Unterstützung bei Vorliegen eines stressbedingten Atemmusters

15.3.3 Sporttherapeutisches Angebot

Zielsetzung bei Frühgymnastik (täglich), Schwimmtherapie (einmal wöchentlich) und Sporttherapie (einmal wöchentlich) ist es, die körperliche Leistungs- und Funktionsfähigkeit der Patientinnen zu fördern. Über regelmäßige Sportaktivitäten eine Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper anzuregen und salutogene Ressourcen zu stärken kann sich förderlich in Richtung der Entwicklung eines gesundheitsorientierteren Lebensstils auswirken.

Neben der Steigerung der konditionellen und koordinativen Parameter sowie der Reduzierung individueller Funktionsdefizite und physischer Risikofaktoren stehen im Rahmen der stationären Entwöhnungsbehandlung insbesondere die Verbesserung der körperlichen Selbsteinschätzung und das Erleben von Bewegungsfreude und Gemeinschaft im Fokus. Eigene Belastungsgrenzen zu akzeptieren sowie Spaß, Kreativität und soziale Unterstützung in den Mittelpunkt zu rücken bietet den Patientinnen die Gelegenheit, überhöhte Anpassungs- und Leistungsstrukturen zu überprüfen und die Erfahrung von Wohlspannung, Ausgleich und Zugehörigkeit zu machen. Die Vermittlung von gesundheitsbezogenem Wissen kann in Zusammenhang mit dem Aufbau von Bindung an Spiel und Sport die Entwicklung von Gesundheitskompetenz nachhaltig unterstützen und darüber hinaus vielfältige Möglichkeiten der Freizeitgestaltung aufzeigen sowie das Repertoire der individuellen Fertigkeiten (Skills) anregen und erweitern.

15.3.4 Therapeutisches Reiten

Das Therapeutische Reiten wird vorwiegend im indikativen Bereich Frauen mit Essstörungen sowie im Bereich Mutter-Kind-Therapie eingesetzt und dient der Entspannung, der Förderung von Vertrauen und der Aufweichung von Körperblockaden.

Im Vordergrund der Selbsterfahrung auf dem Pferd steht die Entwicklung positiver Wahrnehmungen des eigenen Körpers. Die Patientinnen erfahren die Möglichkeiten und Fähigkeiten ihres Körpers und schulen Balance, Gleichgewicht und ihr Reaktionsvermögen. Sie können Kontakt und Nähe zu einem anderen Lebewesen, dem Pferd erleben. Die Wärme und Nähe des Pferdes, das Erleben von Getragenwerden, Geliebtwerden und Aufgehobensein kann sich hilfreich unterstützend auswirken, Angst zu bewältigen und Vertrauen und Selbstsicherheit aufzubauen.

Der Umgang mit dem Pferd, die konkreten Bewegungsanstöße und praktische Übungen verlangen eine konzentrierte Auseinandersetzung mit der Realität und verstärkt damit, auch Achtsamkeit und Konzentration auf den Augenblick, im Sinne von Achtsamkeitsschulung. Die Vermittlung positiver Körper- und Bewegungsgefühle kann zudem die Entwicklung eines positiveren Körperbildes erleichtern und unterstützen.

In der Gruppe **Pferdepflege** können Patientinnen auf ihren Wunsch unter Anleitung von Ergotherapie und Reittherapeutin Verantwortung für die Versorgung der Pferde übernehmen.

Dazu gehört das Füttern und Tränken der Tiere, die Stallpflege sowie das Führen der Pferde zwischen Stall und Außenweide. Die Patientinnen erfahren hier die Notwendigkeit, Verpflichtungen im Sinne von Verantwortung für die Versorgung der Tiere regelmäßig und dauerhaft zu erfüllen. Sie erleben ihr Handeln in einer positiven Wirksamkeit für die Tiere und über die strukturierte Arbeit in der Pferdepflege Sinn und Zufriedenheit für die einzelne Patientin sowie in der Gemeinschaft der Gruppe.

15.4 Kunst- und Gestaltungstherapie

Die Kunst- und Gestaltungstherapie bietet als handlungsorientierte Methode eine Form der vorrangig nonverbalen Auseinandersetzung mit eigenem Erleben und Sein. Im kreativen Umgang mit den Materialien Ton, Farben und Speckstein besteht die Möglichkeit, die Sinnhaftigkeit gegenwärtiger Verhaltenstendenzen zu überprüfen. Zur Sensibilisierung zwischenmenschlicher

Fertigkeiten und der Wahrnehmung eigener Bedürfnisse in Abgrenzung zu externalen Reizen, wirken neben Einzelarbeiten insbesondere dialogische Partnerarbeiten und Gruppenübungen.

Der Blickwinkel kunsttherapeutischer Arbeit ist ressourcenorientiert. Kreative Prozesse entwickeln sich aus aneinandergereihten Arbeitsschritten, die differenzierter Entscheidungen bedürfen. Im Vordergrund stehen hierbei die Entwicklung von Eigenverantwortlichkeit sowie das Einüben von Stresstoleranz und der Fähigkeit zur selbständigen Spannungsreduktion in herausfordernden Situationen. Der mit der Abstinenz einhergehende Verzicht auf die funktionale Wirkungsweise des Suchtmittelkonsums bedarf alternativer Lösungsstrategien, die mitunter im kreativen Bereich eine konkrete Anwendung finden können.

- Ängste/Unsicherheiten überwinden, im experimentellen Tun Gewohnheiten in Frage stellen, alternative Handlungsweisen und Umgangsweisen mit aufkommenden Gefühlen erleben und erlernen

(Strategien:)

Therapeutische Interventionen bewegen sich situations- und personengebunden zwischen validierender Unterstützung und forderndem Drängen auf Veränderung, ohne sich inhaltlich auf eine definierte Erwartungshaltung festzulegen.

- Betonung von Vergänglichkeit/Fluktuation gegenwärtiger Gefühle und Situationen

- Betonung von Subjektivität/persönlicher Wahrheit

Für die Entwicklung innerer Bilder werden keine autogenen oder imaginativen Verfahren angewandt. Anhand vorgegebener Aufgabenstellungen entfalten sich Gestaltungsidee oftmals sukzessive während des Tuns. Das Potenzial kreativen Arbeitens liegt in der Möglichkeit, im kreativen Arbeitsprozess auf unbewusster Ebene eine innerpsychische Mobilität einzuleiten, die bestenfalls eine Reaktivierung ungenutzter Ressourcen mit sich führt.

ANHANG

Ansprechpartnerin für Fragen der Kooperation zwischen Schulen und Fachklinik ist:

Frau Wazinski -

Fachklinik Altenkirchen, Tel.: 02681/943-129 oder 02681/943-0.

Die Gastschule ist:

Pestalozzi-Grundschule, Ziegelweg 4 in 57610 Altenkirchen.

Telefon: 02681-6136.

Die Bankverbindung der Fachklinik Altenkirchen lautet:

Westerwald Bank eG Altenkirchen, Konto-Nr. 213 048 16, BLZ 573 918 00