
MP Reha-Park Altenkirchen

Fachklinik für suchtkranke Frauen

THERAPIE KONZEPT

MP Reha-Park Altenkirchen

Fachklinik für suchtkranke Frauen

THERAPIE KONZEPT

Besonderheiten

Frauenspezifischer Ansatz

Ressourcenorientierte individuelle Behandlung

Selbstmanagement-Ansatz

Dialektisch Behaviorale Therapie (DBT)

Dialektisch Behaviorale Therapie Sucht (DBT-S)

Behandlung von Patientinnen mit Doppeldiagnosen

Betreuungsangebot für Mütter mit Begleitkind

Datum der Erstellung: 22.05.2019

Verfasser: Dr. A. Abtahi

Überarbeitete Fassung vom 20.11.2019



„Die Würde des Menschen ist unantastbar.“

Ich bedanke mich herzlich bei den Mitarbeiterinnen der Fachklinik Altenkirchen für die offene und konstruktive Unterstützung bei der Entwicklung des Konzeptes, sowie für ihre positiven, vielfältigen Anregungen und ihre wissenschaftlichen, fachlichen Beiträge.

Dr. Abass Abtahi
Facharzt für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie
Hypnotherapeut (M.E.G.), Sozialmedizin
Klinikleitung, Chefarzt und verantwortlich für den
Inhalt und die Umsetzung des Konzeptes
Geschäftsführung: Tadeusz Cymerman

MP Reha-Park Altenkirchen GmbH & Co. KG | Heimstraße 8 | 57610 Altenkirchen |
Telefon 02681 943-0 | Fax 02681 943-111 | info@fachklinik-altenkirchen

ALLEIN AUS GRÜNDEN DER BESSEREN LESBARKEIT WIRD AUF DIE GLEICHZEITIGE VERWENDUNG MÄNNLICHER UND WEIBLICHER SPRACHFORMEN VERZICHTET. SÄMTLICHE PERSONENBEZEICHNUNGEN GELTEN FÜR BEIDE GESCHLECHTER.

ALS FRAUENSPEZIFISCHE REHA-KLINIK HABEN WIR UNS FÜR DIE WEIBLICHE SPRACHFORM ENTSCHIEDEN.

INHALTSVERZEICHNIS

1.	Allgemeine Angaben	9
1.1.	Zur Einrichtung	10
1.2.	Zur Fachklinik	10
2.	Struktur der Fachklinik	11
2.1.	Medizinische Behandlung und Diagnostik	11
2.1.1.	Testdiagnostik.....	12
2.2.	Gesundheits- und Krankenpflege	13
2.3.	Räumliches Angebot	13
2.4.	Medizinisch-technische Ausstattung	14
2.5.	Personelle Besetzung	14
2.6.	Öffnungszeiten der Einrichtung und Therapiezeiten der Patientinnen	15
2.7.	Organisation der Verpflegung	15
3.	Medizinisch-konzeptionelle Grundlagen	15
3.1.	Indikation/Kontraindikation	15
3.1.1.	Welche Patientinnen behandeln wir?.....	15
3.1.2.	Ausschlusskriterien.....	16
3.1.3.	Aufnahmebedingungen und Empfehlungen bei Mitaufnahme von Kindern.....	16
3.2.	Rehabilitationsziele	17
3.3.	Abteilungsspezifische Therapieausrichtung	18
3.3.1.	Verständnis der Suchterkrankung.....	18
3.3.1.1.	Alkoholabhängigkeit.....	19
3.3.1.2.	Medikamentenabhängigkeit.....	19
3.3.1.3.	Drogenabhängigkeit.....	20
3.3.1.4.	Therapeutische Grundregeln des Selbstmanagement- Ansatzes.....	21
3.3.1.5.	Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT).....	23
3.3.1.5.1.	Motivational Interviewing.....	24
3.3.1.6.	Grundannahmen.....	24
3.3.1.7.	Therapeutische Haltung.....	24
3.3.1.8.	Grundlegende Behandlungsstrategien.....	25

3.3.1.9.	Frauenspezifischer Ansatz	25
3.3.1.10.	Suchtmittel und Prostitution	27
3.3.1.11.	Suchtmittel und Persönlichkeitsstörungen.....	27
3.3.1.12.	Suchtmittel und Depression.....	28
3.3.1.13.	Suchtmittel und Angst	29
3.3.1.14.	Suchtmittel und Psychose.....	29
3.3.1.15.	Posttraumatische Störungen	30
3.3.1.16.	Essstörungen.....	32
3.3.1.16.1.	Bedeutung von Körperschemata bei Frauen.....	33
3.3.1.17.	Erziehungs- und Familienarbeit.....	34
3.3.1.18.	Berufstätigkeit	35
3.3.1.19.	Rückfälle und unser Umgang damit	36
3.3.1.20.	Festigungs- und Prophylaxebehandlung.....	37
3.3.1.21.	Auffang- und Wiederholungsbehandlung.....	37
3.4.	Rehabilitationsdauer	38
4.	Rehabilitationsablauf und -inhalte.....	38
4.1.	Aufnahmeverfahren	38
4.1.1.	Behandlungsphasen	39
4.1.2.	Aufnahmephase	39
4.1.3.	Inhalte der Behandlungsphase	40
4.1.3.1.	Lebenssichernde Ziele	41
4.1.3.2.	Verbesserung der Therapiecompliance	41
4.1.3.3.	Verbesserung der Lebensqualität.....	41
4.1.3.4.	Rückfallprophylaxe	42
4.1.3.5.	Integration des Gelernten und Neuorientierung	42
4.1.3.6.	Abschlussphase.....	43
4.2.	Das interdisziplinäre Reha-Team.....	43
4.3.	Ärztliche Aufgaben.....	44
4.4.	Behandlungselemente	45
4.4.1.	Weitere Berufsgruppen/therapeutische Bereiche mit ihren Aufgaben und Angeboten.....	45
4.4.1.1.	Einzeltherapie	45
4.4.1.2.	Gruppentherapie	46
4.4.1.3.	Motivationsgruppe.....	47
4.4.1.4.	Forum	47
4.4.1.5.	Informationsveranstaltungen	47
4.4.1.6.	Therapieangebot für Mütter mit Begleitkind.....	48
4.4.1.7.	Abhängigkeit im Alter	48
4.4.1.8.	Ergotherapie	50
4.4.1.9.	Arbeitstherapie	51
4.4.1.9.1.	Arbeitsdiagnostik.....	52
4.4.1.10.	Arbeitsüberlastung/Arbeitssucht	53

4.4.1.11. Indikative Gruppe für Arbeit und Arbeitslosigkeit.....	54
4.4.1.12. Interne Arbeitstherapie	55
4.4.1.12.1. Hausinterne Arbeit	55
4.4.1.12.2. Bürotraining.....	56
4.4.1.13. Externe Arbeitserprobung.....	56
4.4.1.14. Körperorientierte Therapie	57
4.4.1.14.1. Körper- und Bewegungstherapie im Bezugsgruppenkontext	58
4.4.1.14.2. Körper- und Bewegungstherapie im Einzelsetting	59
4.4.1.14.3. Indikative Entspannungsgruppen	59
4.4.1.14.4. Sporttherapeutisches Angebot	60
4.4.1.15. Tiergestützte Therapie	61
4.4.1.16. Kunst- und Gestaltungstherapie.....	62
4.4.1.17. Indikative Gruppen	63
4.4.1.17.1. Psychoedukative Gruppe	63
4.4.1.17.2. Illegale Drogen	64
4.4.1.17.3. Stabilisierungsgruppe	65
4.4.1.17.3.1. Traumaadaptierte Bewegungs- und Entspannungstherapie fokussierte Einzeltherapie	67
4.4.1.17.4. Skillsgruppe.....	67
4.4.1.17.5. Selbstsicherheitstraining	68
4.4.1.18. Kognitives Training	69
4.4.1.19. Memory-Gruppe	70
4.4.1.20. Selbsterfahrungsgruppe	70
4.4.1.21. Raucherentwöhnung	71
4.4.1.22. Essstörung.....	72
4.4.1.22.1. Begleitete Lehrküche.....	73
4.4.1.22.2. Ernährungsberatung.....	74
4.4.1.23. Erziehungsfragen	74
4.4.1.23.1. Zusätzliche Angebote für Frauen mit Kindern	75
4.4.1.24. Lebens- und Freizeitgestaltung.....	76
4.4.2. Soziale Rehabilitation	77
4.4.3. Gesundheitstraining und Wissensvermittlung	78
4.4.3.1. Vorträge und Wissensvermittlung	78
4.4.3.2. Workshops.....	78
4.4.4. Einbeziehung von Angehörigen.....	80
4.5. Entlassungsmanagement	81
4.6. Notfallmanagement.....	82
4.7. Angaben zur Hygiene	83
5. Dokumentation.....	83
6. Angaben zum Datenschutz.....	84
7. Qualitätssicherung.....	85
8. Abkürzungsverzeichnis	86

9.	Literaturverzeichnis	88
-----------	-----------------------------------	-----------

1. Allgemeine Angaben

Leitbild

Die Fachklinik Altenkirchen im Westerwald ist eine frauenspezifische Einrichtung zur Behandlung von stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen jeglicher Art, auch in Verbindung mit Zusatzdiagnosen wie affektiven Störungen, Persönlichkeitsstörungen, posttraumatischen Belastungsstörungen und Essstörungen.

Auch abhängige Mütter mit Kindern können aufgrund des klinikeigenen Kindergartens und der engen Kooperation mit der Pestalozzi-Grundschule im Ort, in unsere Einrichtung aufgenommen werden.

Den Patientinnen begegnen wir mit Professionalität, Wohlwollen, Respekt und Empathie.

Durch ein systematisches Qualitätsmanagement-System wird die Behandlungsqualität gesichert und kontinuierlich weiterentwickelt. Darüber hinaus orientiert sich die Qualität unserer Arbeit an überprüfbaren Standards und den Vorgaben der Leistungsträger sowie den Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften. Die international gültigen Diagnosekriterien wie ICD-10 und DSM-V sind unsere Arbeitsgrundlage, genauso wie die internationale Klassifikation der Fähigkeiten, Behinderung und Gesundheit (ICF) mit dem ihr zugrundeliegenden bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell. Ständige Fort- und Weiterbildungen sowie interne und externe Supervisionen garantieren das gleichbleibend hohe Niveau der Arbeit. Der Umgang miteinander ist geprägt von gegenseitiger Wertschätzung, konstruktive Kritik ist erwünscht und Baustein effektiver Behandlung.

Auch die kontinuierliche Vernetzung mit den Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe, den verschiedenen Sozialleistungsträgern, u.a. Jobcenter, Wohnungsämtern, darüber hinaus Jugendämtern und involvierten Bewährungshilfen ist ein wesentlicher Bestandteil unserer Arbeit.

Wir sehen uns in der ständigen Verantwortung gegenüber den Patientinnen, dem Klinikträger, den Leistungsträgern und der Gesellschaft.

Nach individuellem Behandlungskonzept werden unsere Patientinnen deutschlandweit in ambulante oder auch weiterführende stationäre Nachsorge vermittelt.

Vorrangige Bedeutung haben die Wiederherstellung bzw. der Erhalt der Erwerbsfähigkeit und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, genauso wie die Verhinderung von nachfolgenden Erkrankungsrisiken.

Wir erbringen unsere Leistungen effizient und nach den Grundsätzen von Wirksamkeit, Wirtschaftlichkeit und Nachhaltigkeit. Dadurch und durch das Angebot innovativer und den Erfordernissen der gesellschaftlichen Entwicklung entsprechenden Therapien und Modellen, streben wir die wirtschaftliche Auslastung unserer Klinik an.

Die Weiterentwicklung und Ausweitung unseres Leistungsangebots erfolgt bedarfs- und marktorientiert in enger Abstimmung mit den Kostenträgern.

Zufriedene Patientinnen, Mitarbeiterinnen und Kooperationspartnerinnen sind Grundbedingung für die Sicherung und die Weiterentwicklung der Klinik. Bei der Weiterentwicklung der Rehabilitationsmedizin wollen wir eine verlässliche Partnerin sein.

Trägerschaften und Mitarbeiterinnen bilden eine Dienstgemeinschaft, die achtsam miteinander umgeht.

Bei Entscheidungen der Führungsebene werden die fachlichen und persönlichen Interessen sowie Vorschläge der Mitarbeiterinnen mit einbezogen. Der Führungsstil ist kooperativ und nachvollziehbar. Die Führungskultur der Klinik vereinbart das Streben nach Unternehmenserfolg, Arbeitsplatzsicherung und Unterstützung der Mitarbeiterinnen in ihren Entfaltungsmöglichkeiten.

All diese Bausteine bilden in einem lebendigen Miteinander die Basis für Veränderung und Stabilisierung und Behandlung der Patientinnen.

1.1. Zur Einrichtung

Die beiden Klinikgebäude liegen an einem Mischwald auf einem Hügel am Rande der Westerwälder Kreisstadt Altenkirchen.

Altenkirchen verfügt über einen Regionalbahnhof und über einen Busbahnhof mit Anschluss an die Bahnlinie Köln-Frankfurt und den ICE-Bahnhof Bonn/Siegburg.

Unser Fahrdienst holt die Patientinnen vom Bahnhof Altenkirchen ab. Darüber hinaus können Patientinnen aus der Entgiftung abgeholt werden.

Darüber hinaus steht er den Patientinnen nach Absprache mit dem Klinikpersonal für folgende weitere Fahrten zur Verfügung, z.B.: Fahrten zu Konsilärzten, med. Anwendungen, Apotheke, Schule.

Bis zu 61 Frauen können zur stationären Behandlung aufgenommen werden, wobei 20 Therapieplätze für Frauen vorgesehen sind, die gemeinsam mit ihren Kindern im Vor- und Grundschulalter zu uns kommen möchten.

Jedes unserer 18 Doppelzimmer und 25 Einzelzimmer ist mit Telefon, Dusche und WC ausgestattet.

Für die Angehörigen und Besucher unserer Patientinnen stehen ausreichend kostenfreie Parkplätze zur Verfügung.

1.2. Zur Fachklinik

Federführender Kostenträger unserer Klinik ist die Deutsche Rentenversicherung Bund, darüber hinaus werden wir belegt von der Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg, Deutsche Rentenversicherung Bayern, Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg, Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover, Deutsche Rentenversicherung Hessen, Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland, Deutsche Rentenversicherung Nord, Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen, Deutsche Rentenversicherung Rheinland, Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz sowie von allen GKV und überörtlichen Sozialhilfeträgern.

2. Struktur der Fachklinik

2.1. Medizinische Behandlung und Diagnostik

Unserer Meinung nach ist die medizinische Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen, besonders in einem ganzheitlichen Therapiekontext, wirksam und effektiv. Das alleinige Bekämpfen der Symptome würde unser Tun einschränken. Symptome sind für uns der Wegweiser und die Brücke zu unseren Patientinnen in ihrer bio-psycho-sozialen Vielfalt.

Das gesundheitsschädliche Verhalten der suchtkranken Frauen führt zu gravierenden Folgeerkrankungen, Multimorbidität und psychosomatischen Störungen. Dies verlangt eine medizinische Betreuung, die im psychotherapeutischen Bereich eingebettet ist.

Um einen angemessenen Umgang mit den Beschwerden und den somatischen Erkrankungen zu finden, begeben wir uns gemeinsam mit der Patientin auf die Suche. Gleichzeitig wollen wir die Bedeutung seelischer und sozialer Hintergründe für die Entwicklung und Aufrechterhaltung der körperlichen Erkrankungen mit der Patientin bearbeiten und erkennen. Der Wahrnehmungs- und Verstehensprozess, zusammen mit den gewonnenen und gelernten Erfahrungen bei allen Therapien, bewirken eine heilsame Haltungs- und Einstellungsänderung.

Unsere ganzheitliche Sichtweise hilft der Patientin, auch nach der Entlassung selbstbewusster und selbständiger mit ihrem Körper und ihren Störungen umzugehen. Statt passiv „Pillen“ zu schlucken und medizinische Anordnungen zu konsumieren, lernt sie, aktiv und kritisch ihre Gesundheit zu fördern, respektvoller mit sich und ihrem eigenen Körper umzugehen, „sich in der eigenen Haut wohlfühlen“.

Auf der Grundlage der „Evidence-Based-Medicine“ ist für uns der kritische, erklärende Umgang mit der medikamentösen Behandlung selbstverständlich.

Da Frauen laut Statistik (DHS, 2017) signifikant mehr Medikamente, vor allem Tranquilizer und Barbiturate, verordnet bekommen, ist hier Aufklärung dringend notwendig.

In der Regel beginnt am Aufnahmetag die medizinische Betreuung mit einer ausführlichen Anamnese und körperlichen Untersuchung. Bei jeder Patientin werden notwendige Laboruntersuchungen und ein EKG veranlasst, wobei Vorbefunde berücksichtigt oder auch angefordert werden. Ist eine weitere Abklärung notwendig, so besteht eine gute und enge Zusammenarbeit mit den Fachärzten und dem DRK-Krankenhaus vor Ort. Abhängig von den Ergebnissen der Untersuchung wird das weitere Vorgehen gemeinsam mit der Patientin festgelegt:

- Teilnahme an Sport- und Bewegungstherapie
- Spaziergänge / Wanderungen
- Verordnung einer speziellen Diät (z.B. Reduktionskost, cholesterinarme bzw. zuckerfreie Kost)
- Einweisung in freies Ergometertraining
- Inhalationen mit Pariboy mit verschiedenen Zusätzen

Bei Erkrankungen des Bewegungsapparates stehen Klinikintern verschiedene Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung:

- Einzelphysiotherapie
- Rückenschule
- Kälte- und Wärmeanwendungen
- Manuelle Techniken

Neben der monatlichen Facharztvisite wird für akute Erkrankungen eine tägliche Sprechstunde angeboten.

Die Klinik ist rund um die Uhr mit examinieren Pflegekräften pflegerisch besetzt und verfügt über ein Notfallmanagementkonzept, das die fachärztliche Versorgung auch außerhalb der regulären Dienstzeiten gewährleistet.

Die Krankenschwestern gestalten das therapeutische Milieu und sind beteiligt an Gesundheitstraining und Pflegeplanung.

Ein ärztlich-therapeutischer Hintergrunddienst durch unsere Fachärzte ist auch an Sonn- und Feiertagen telefonisch erreichbar.

Am Ende der stationären Therapie erfolgt eine ausführliche psychiatrisch-psychotherapeutische Abschlussuntersuchung und das Erstellen eines sozialmedizinischen Gutachtens.

Stationäre Rehabilitationserfolge werden durch fundierte Nachsorgeplanung gesichert.

2.1.1. Testdiagnostik

In der ersten Woche der Behandlung erhält die Patientin im Rahmen der Eingangsdagnostik Test-Fragebögen. In der Regel werden folgende Tests durchgeführt: Symptomcheckliste (SCL 90-R), Beck-Depressions-Inventar (BDI), Impact of Event Scale-revidierte Form (IES-R).

In der zweiten Woche werden die Testergebnisse mit der Patientin besprochen und deren Meinung dazu erfragt.

Die Testergebnisse werden im Rahmen der Diagnosestellung im multiprofessionellen Team vorgestellt und in Einbeziehung der Vordiagnosen, Anamnese der Patientin und unserer Wahrnehmung integriert.

Im Laufe der Therapie werden je nach Verdachtsdiagnosen weitere notwendige Tests durchgeführt: Borderline-Symptomliste 95 (BSI), Borderline-Persönlichkeits-Inventar (BPI), Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen (DIPS), International Personality Discoder Examination (IPDE), Diagnosticum für Cerebralschädigung (DCS), Test d2 Aufmerksamkeits-Belastungs-Test, Mini Mental State Examination Test u.a.

Eine Woche vor der Entlastung füllt die Patientin Fragebögen (BDI, SCL u.a.) für die Verlaufsdiagnostik aus. Die Ergebnisse fließen in die Bewertung der Behandlung und Entwicklung der Patientin ein und werden mit ihr besprochen.

2.2. Gesundheits- und Krankenpflege

Die Pflege in unserer Einrichtung ist darauf ausgerichtet, Selbständigkeit, Selbstverantwortung und Selbstwirksamkeit der Patientinnen unter Berücksichtigung ihrer individuellen Ressourcen und der Herausforderungen ihrer Umwelt zu fördern. Ausgangspunkte sind dabei die gezielten Beobachtungen in Bezug auf die Aktivitäten des täglichen Lebens, sowie kontinuierliche Gesprächskontakte. Die Gespräche sollen die individuellen Einschränkungen, die die Aktivitäten oder die Teilhabe beeinträchtigen, abbauen.

In diesem Rahmen findet auch die Unterstützung der Patientinnen im Umgang mit ihrer Erkrankung statt. Hierzu gehören die Fortführung einzelner Therapieelemente, Motivation zur Mitwirkung an den edukativen Schulungen (Selbstmessung von Blutdruck, Puls- und Blutzucker, Selbstbeobachtung im Rahmen von Schmerztagebüchern, Ernährungs- oder Insulinprotokollen, Insulininjektionen usw.). Darüber hinaus hat die Pflege die Aufgabe, im Rahmen von ärztlicher Diagnostik und Therapie mitzuwirken (z.B. bei der Vorbereitung von Untersuchungen, bei der Durchführung von Injektionen) und die Organisation, Koordination und Dokumentation des gesamten medizinischen Behandlungsablaufs mitzugestalten. Zu den Kernaufgaben des Pflegepersonals gehören u.a. die Organisation der Termine bei den Haus- und Fachärzten, die Durchführung von Drogen- und Alkoholtests sowie die Verabreichung von verordneten Medikamenten.

Weitere Aufgaben sind die Überprüfung medizinischer Geräte und der Ersten-Hilfe-Bedarfsmittel sowie die Kontrolle des Notfallkoffers und der Verfallsliste von Medikamenten und Salben gemäß Anweisung und Unterstützung der Ärzte.

Die Pflege zielt darauf ab, die Patientinnen unter ganzheitlichem Ansatz in allen seinen Problembereichen zu unterstützen, erhaltene Kompetenz zu stabilisieren und verschüttete Ressourcen zu mobilisieren. Die Pflege arbeitet dabei professionell und eigenständig mit spezifischem Wissen und speziellen Methoden kooperativ mit allen anderen an der Behandlung beteiligten Mitarbeitergruppen zusammen.

2.3. Räumliches Angebot

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 Fernsehzimmer, Fitnessraum, „Internet-café“, großer Aufenthaltsraum mit Bibliothek usw. Ebenso verfügt die Klinik über einen Kindergarten.

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

2.4. Medizinisch-technische Ausstattung

Das Notfallmanagement besteht apparativ aus einer Notrufmöglichkeit in jedem einzelnen Raum der Einrichtung, Defibrillator sowie einem Notfallkoffer inkl. Intubationsbesteck und eines EKGs.

Für die medizinischen Untersuchungen und Interventionen sind zwei Untersuchungs-/Sprechzimmer eingerichtet.

2.5. Personelle Besetzung

Die medizinische Versorgung vor Ort erfolgt über zwei Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie mit der Zusatzbezeichnung suchtmedizinischer Grundversorgung und Sozialmedizin bzw. fortgeschrittener Weiterbildung auf diesem Gebiet. Diese sind zu normalen Dienstzeiten vor Ort erreichbar und garantieren außerhalb dieser Zeiten durch eine Rufbereitschaft permanente Ansprechbarkeit.

Unser Chefarzt verfügt über eine für 12 Monate erteilte Weiterbildungsermächtigung für Psychiatrie und Psychotherapie.

Die akute somatische medizinische Versorgung erfolgt über das etwa 5 Minuten entfernte DRK-Krankenhaus Altenkirchen, psychiatrische Interventionen erfolgen in der Regel in der psychiatrischen Abteilung des St. Antonius-Krankenhauses in Wissen (Entfernung ca. 15 km). Wird kein RTW benötigt, steht unser Fahrdienst 24 Stunden am Tag zur Verfügung, um die Verbindung zu beiden Häusern herzustellen.

Des Weiteren wird die somatische Versorgung über niedergelassene fachärztliche Kolleginnen und Kollegen im Ort gewährleistet, u.a. besteht eine enge Zusammenarbeit mit:

- Dr. med. Peter Warzecha, Facharzt für Innere Medizin, Diabetologie, Hausärztliche Versorgung Kardiologie
Leuzbacher Weg 31, 57610 Altenkirchen
- Dr. med. Jürgen Schneider, Facharzt für Innere Medizin, Kardiologie, Sportmedizin, Hypertensiologie
Leuzbacher Weg 31, 57610 Altenkirchen
- Susanne Georg-Nies, Fachärztin für Innere Medizin, Diabetologie, Notfallmedizin, Geriatrie, Psychosomatische Grundversorgung,
Beckersweg 9, 57635 Weyerbusch
Frau Georg-Nies kommt regelmäßig 1-2 Nachmittage pro Woche zur Behandlung und medizinischen Aufnahme unserer Patientinnen in unsere Klinik.
- Martin Ulmer, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychotherapeut, Arzt für suchtmedizinische Grundversorgung, Psychosomatische Grundversorgung,
Wilhelmstr. 41, 57610 Altenkirchen
Herr Ulmer ist bis zu 10 Stunden pro Woche in unserer Klinik.

Bei Erkrankung oder Urlaub der ärztlichen Leitung erfolgt die Vertretung durch Frau Georg-Nies und Herrn Ulmer.

Unser therapeutisches Team (Vollzeit- und Teilzeitmitarbeiterinnen) besteht aus 2 approbierten psychologischen Psychotherapeutinnen, 2 Dipl.-Psychologinnen (in Ausbildung zur Psychol. Psychotherapeutin), 2 Psychologinnen M. Sc. (in Ausbildung zur Psychol. Psychotherapeutin), 2 Sozialpädagoginnen, 1 Sozialpädagoge mit Zusatzausbildung Systemische Therapie, 1 Dipl.-Sozialarbeiterin, 1 Diplom-Motologin, 1 Diplomsporthelehrerin, 1 Gymnastiklehrerin, 1 Reittherapeutin, 1 Kunsttherapeutin, 3 Ergotherapeutinnen, 1 Diätassistentin und 1 Heilpädagogin. Das Team wird ergänzt durch 7 Krankenpflegerinnen, 3 Erzieherinnen, MitarbeiterInnen in Verwaltung, Küche, Hauswirtschaft und Haustechnik.

2.6. Öffnungszeiten der Einrichtung und Therapiezeiten der Patientinnen

Im Rahmen der stationären Entwöhnungstherapie in unserer Klinik werden individuelle Therapiepläne (s. Pkt. 10) für die Patientinnen erstellt. Außerhalb der Therapiezeiten und an den Wochenenden sind private Unternehmungen und Besuche nach Absprache mit der Bezugstherapeutin möglich.

2.7. Organisation der Verpflegung

Im Sinne der ganzheitlichen Medizin legen wir viel Wert auf gesunde Ernährung. Die Fachklinik verfügt über eine eigene Küche und Lehrküche. Der Speiseplan wird durch den Küchenleiter nach Rücksprache mit der medizinischen Leitung und der Ernährungsberaterin unter Berücksichtigung der ernährungsphysiologischen und wirtschaftlichen Grundsätze und der speziellen Belegungssituation der Fachklinik Altenkirchen erstellt und berechnet. Sonderkost wie z.B. cholesterinarme, fettarme, vegetarische, allergenfreie oder Schonkost werden individuell berechnet und vom Speiseplan abgeleitet oder individuell zubereitet. In der Küche der Fachklinik Altenkirchen wird ein Mischküchensystem (cook and serve) durchgeführt, d.h. kochen vor Ort aus frischen und fertigen Produkten und direkt servieren. Das Mittagessen rotiert nach einem 6-Wochen-Speiseplan, teilweise angepasst an die Saison von bestimmten Lebensmitteln und an die Jahreszeit (im Winter deftigere, im Sommer leichtere Kost). In der Regel gibt es zwei warme Hauptgerichte, eins davon vegetarisch. Salat und Gemüse wechseln sich ab. Bei Bedarf gibt es für die Kinder püriertes Essen oder abweichendes Essen. Die Patientinnen erhalten Mineralwasser kostenfrei.

3. Medizinisch-konzeptionelle Grundlagen

3.1. Indikation/Kontraindikation

3.1.1. Welche Patientinnen behandeln wir?

Wir behandeln Frauen ab 18 Jahren, bei denen eine Alkohol-, Drogen- (auch § 35 BtMG) und/oder Medikamentenabhängigkeit oder -missbrauch vorliegt:

- Abhängigkeit von Alkohol (F 10, ICD-10-GM)

- Abhängigkeit von Medikamenten (F11, F13, ICD-10-GM)
- Abhängigkeit von illegalen Drogen (F11-F16, F18, F19 ICD-10-GM)

und zusätzliche Komorbiditäten, wie Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69, ICD-10-GM), affektive Störungen (F30-F39, ICD-10-GM), Angststörungen (F40, F41, ICD-10-GM), Zwangsstörungen (F42, ICD-10-GM), Posttraumatische Belastungs- und somatoforme Störungen (F43, ICD-10-GM), Psychosen in Remission (F2, ICD-10-GM), Essstörungen (F50, ICD-10-GM) sowie hyperkinetische Störungen (F90, ICD 10-GM).

Die Abhängigkeit von Tabak (F17) wird mitbehandelt.

Ebenso Frauen, die eine Festigungs- oder Prophylaxebehandlung benötigen.

Des Weiteren bieten wir Müttern die Möglichkeit der Mitaufnahme ihrer Kinder. Es gibt Angebote sowohl für Mütter als auch für Kinder, um die Mutter-Kind-Beziehung zu unterstützen.

3.1.2. Ausschlusskriterien

Nicht behandelt werden können Patientinnen

- mit akuter Suizidgefährdung
- mit fortgeschrittenem hirnorganischen Psychosyndrom
- mit akut behandlungsbedürftigen somatischen Erkrankungen
- mit akuten Psychosen
- mit Gehunfähigkeit
- ohne ausreichende Deutsch-Sprachkenntnisse

3.1.3. 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.

Bei Bezug von Sozialleistungen empfehlen wir, die entsprechenden Bescheide und Aktenzeichen mitzuführen.

Beantragung eines Gastschulverhältnisses vor der Aufnahme:

Die abgebende Schule sendet an die aufnehmende Schule Schülerbogen und Abgangszeugnis. Kooperierende Schule ist die Pestalozzi-Grundschule in Altenkirchen mit Ganztagsbetreuung. Die Kinder werden mit unserem Kleinbus zur Schule gebracht und wieder abgeholt.

3.2. Rehabilitationsziele

*„Wenn Du nicht weißt, wo Du hin willst, dann weißt Du auch nicht, wann Du da bist.“
(Beck, 1997, S. 129)*

Ziel unserer therapeutischen Arbeit ist, in Anlehnung an Sigmund Freud, die Verbesserung der Arbeits- und Beziehungsfähigkeit des Menschen.

Die Wiederherstellung bzw. der Erhalt der Erwerbsfähigkeit und der beruflichen Integration deckt sich mit dem Auftrag, den die Leistungsträger im Rahmen einer rehabilitativen Behandlung an uns stellen.

Die Entscheidung für eine positive Lebensveränderung, Verantwortungsübernahme und selbstständige, zufriedene Lebensführung ohne Suchtmittel ist Endziel der Therapie, keine Voraussetzung.

In Zusammenarbeit aller Mitarbeiter und der Patientin werden ihre körperlichen, psychischen und sozialen Ressourcen, ihre Störungen und Probleme mit Hilfe „ganzheitlicher“ Diagnostik als „Ist-Zustand“ beschrieben.

Verschiedene Persönlichkeitsstörungen, Posttraumatische Belastungsstörungen, Psychosen, Verhaltensauffälligkeiten, soziale Kompetenzdefizite, neurotische Symptome und körperliche Erkrankungen können der Suchterkrankung zugrunde liegen oder ohne ursächliche Zusammenhänge mit der Suchterkrankung auftreten. Für eine angemessene Behandlung der Suchterkrankung ist eine genaue diagnostische Klärung und Behandlung dieser Störungen unverzichtbar.

Durch die Klärung der **individuellen** Problemstellungen, des Krankheitskonzepts und der Ressourcen der Patientin wird ein therapeutisches Bündnis hergestellt, dessen Aufgabe u.a. der Abbau von Demoralisierung und Resignation ist.

Die Patientin wird motiviert, ihre Gefühle, Körperempfindungen, Kognitionen und ihr Verhalten wahrzunehmen und für den Moment zu akzeptieren, sowie ihre Fähigkeiten und Copingstrategien anzuerkennen. Durch Mobilisierung und Utilisierung bewährter und Schaffung neuer Lösungsstrategien und Umgangsformen soll eine Änderung bzw. Besserung ihres momentanen Zustandes erreicht werden.

Die therapeutischen Ziele als „Soll-Zustand“ werden im Sinne ganzheitlicher Therapie in gegenseitigem Einvernehmen erarbeitet, vorläufig festgelegt, in regelmäßigen Abständen überprüft und gegebenenfalls neu definiert.

Durch die **individuelle** Funktionsanalyse der psychotropen Substanzen kann die Patientin die Rolle des Suchtmittels als Mittel zur Lebensbewältigung, zur Kompensation psychischer Defizite und auch körperlicher Störungen verstehen. Dementsprechend werden alternative Copingstrategien erarbeitet, die, soweit möglich, bereits während ihres Klinikaufenthaltes erprobt und gegebenenfalls modifiziert werden.

3.3. Abteilungsspezifische Therapieausrichtung

3.3.1. Verständnis der Suchterkrankung

Bei den Abhängigkeiten von **Alkohol, Drogen und/oder Medikamenten** handelt es sich um chronische, nicht „heilbare“ Erkrankungen, die oft ohne Behandlung fortschreiten und immense zerstörende Wirkungen auf den Körper, die Psyche und das soziale Umfeld der Betroffenen haben.

„Abhängigkeitserkrankungen sind ihrem Wesen nach sehr komplexe Prozesse, in denen genetische, somatische, psychologische und sozialgesellschaftliche Bedingungen zum Ausdruck kommen. Erschwert wird eine Einheitlichkeit der Betrachtung und der Theoriebildung dadurch, dass die Wirkfaktoren aus diesen Bereichen eine hohe interindividuelle Variabilität aufweisen, was allen bisherigen monofaktoriellen Definitionsversuchen die Legitimation verweigert hat.“ (Feuerlein, 1989).

Um Suchterkrankungen zu verstehen, ist es notwendig, die Wechselwirkungen zwischen Individuum, seinem sozialen Umfeld, der Wirkung der Suchtmittel und des Suchtverhaltens miteinzubeziehen.

Viele suchtkranke Menschen zeigen bereits früh in ihrer Lebensgeschichte Merkmale, die sie für die Suchterkrankung verletzlich und anfällig machen. Sie sind allgemein überdurchschnittlich sensibel für unangenehme Gefühle und tendieren mehr zur Erregungssuche. Ihre Kontrollsysteme und die Möglichkeiten des Selbstmanagements sind in manchen Bereichen geringer. Sie sind oft impulsiv, haben eine weniger stark ausgeprägte Frustrationstoleranz und neigen daher dazu, external zu attribuieren. Diese Präpositionen sowie bestimmte Sozialisations- und Lernprozesse stellen eine Vulnerabilität dar, die den betroffenen Menschen anfällig für den Missbrauch von Suchtmitteln macht. Die kurzfristig positiven Konsequenzen verstärken das Konsumverhalten zunächst und führen zu Einschränkungen der Verhaltenskontrolle. Damit wird häufig ein *circulus vitiosus* in Gang gesetzt. Die verstärkte Einnahme des Suchtmittels zieht intrapsychische, interpersonelle und gesundheitliche Probleme nach sich, denen mit weiterem Suchtmittelkonsum begegnet wird. Zusätzlich führen dysfunktionale Grundannahmen wie die Überschätzung der positiven Wirkungserwartungen des Suchtmittels und die Unterschätzung der Selbstwirksamkeitserwartungen zu einer weiteren Aufrechterhaltung des Konsums.

Die mehrdimensionalen und multifaktoriellen Eigenschaften der Abhängigkeitserkrankung verlangen deshalb eine ganzheitliche therapeutische Sicht- und Behandlungsweise.

Im Mittelpunkt unseres therapeutischen Handelns steht die betroffene Frau als Individuum mit ihren psychischen, sozialen und somatischen Bedingungen.

Unsere Therapeutinnen helfen der Patientin, ihre dysfunktionalen Grundannahmen, ihre Denkweise und die dazugehörigen Emotionen und Verhaltensmuster wahrzunehmen und zu überprüfen, mit dem Ziel, individuelle und eigenverantwortliche Bewältigungsstrategien zu entwickeln.

Die Entwicklung der Suchterkrankung bei einer Frau hat darüber hinaus eine spezifische Dynamik und Ursache, entsprechend der weiblichen Sozialisation und der gesellschaftlichen Rollen.

3.3.1.1. Alkoholabhängigkeit

Die Alkoholerkrankung ist wie alle Suchterkrankungen mit Rückfallmöglichkeiten behaftet. Daher ist die Entwicklung der Rückfallbewältigungskompetenz ein wichtiges und in den Therapieprozess integriertes Ziel. Es ist notwendig, dass jede Patientin ihre eigenen Rückfälle analysiert, ihre Gefühle, ihre Befindlichkeit, ihre Einstellungen und ihr Verhalten vor und nach dem Rückfall bearbeitet sowie ihre eigenen Antworten und Präventionsmaßnahmen entwickelt und trainiert.

Durch die Begegnungen mit den Therapeutinnen und ihren Mitpatientinnen kann die Patientin lernen, tragfähige Beziehungen herzustellen. Wir bieten ihr die Möglichkeit, sich in der Beziehung als gestaltende und aktive Partnerin zu erleben, die Gefühle und Bedürfnisse anderer wahrzunehmen, ihre eigene Meinung zu äußern, konfliktfähiger zu werden und in Konfrontation mit dem Betroffenen Lösungen zu suchen und zu finden.

Durch die Integration des sozialen Umfeldes besteht die Möglichkeit, Einblick in suchtauslösende und suchtaufrechterhaltende Faktoren sowie Probleme und Ressourcen der Patientin bzw. ihres Systems zu erlangen, aber auch dysfunktionale Beziehungsmuster aufzuzeigen und gegebenenfalls zu verändern.

Das professionelle Stützsystem der Patientin ist ein weiterer wichtiger Schlüssel für den Therapieerfolg, weshalb wir versuchen, Suchtberatungsstellen, Fachärzte und Hausärzte in die rehabilitative Therapie mit einzubeziehen. Durch Transparenz und regelmäßige Kontakte mit diesen Systemen ist eine Netzwerkarbeit mit gegenseitiger Bereicherung und Kontinuität der Behandlung gewährleistet.

3.3.1.2. Medikamentenabhängigkeit

Die Medikamentenabhängigkeit hat ihre eigene Dynamik, ihren eigenen Verlauf und verlangt entsprechende therapeutische Herangehensweisen.

Fast 2 Millionen Menschen sind in Deutschland medikamentenabhängig. Zwei Drittel der Betroffenen sind Frauen. In der Fachliteratur, der Politik und der Öffentlichkeit wird diesem Thema und den entsprechenden Folgeerkrankungen kaum die notwendige Aufmerksamkeit gewidmet.

Trotz teils klarer Richtlinien, z.B. der 4-K-Regel bezüglich Benzodiazepinen, Z-Drugs und anderen, finden diese Regeln in der Praxis Missachtung. Darüber hinaus werden Lebenskrisen, der Verlust von Angehörigen, Arbeitslosigkeit und Befindungsstörungen zunehmend pathologisiert, als psychische Störung und behandlungsbedürftig deklariert. Im nächsten Schritt werden automatisch Z-Drugs, Benzodiazepine oder Schmerzmittel rezeptiert.

Die Ärzteschaft in Akutkrankenhäusern und Altenheimen verordnet durch zunehmenden Zeit- und Budgetdruck sowie Überforderung des Personals oft Z-Drugs, Benzodiazepine und weitere Medikamente.

Kurz nach der Markteinführung von Benzodiazepinen (Diazepam 1963) ist vor den Gefahren der Abhängigkeitsentwicklung gewarnt. Die Statistiken zeigen, dass 1,2 bis 1,5 Millionen der 2 Millionen Abhängigen in Deutschland ein Abhängigkeitssyndrom von Benzodiazepinen oder Z-Drugs aufweisen. Die Verordnungshäufigkeit bei älteren Menschen steigt jährlich weiter. Jede 2. Packung Benzodiazepine oder Z-Drugs wird auf Privatrezept verschrieben. Damit werden bewusst die Arzneimittelrichtlinien ignoriert und die Krankenkasse und Kontrollinstanzen umgangen.

Nach einer schweren Benzodiazepin-Abhängigkeit treten im prolongierten Entzug starke psychomotorische Unruhezustände, vermehrte Aggressivität und verminderte Impulskontrolle auf, die die Betroffenen über mehrere Monate stark belasten. Diese Entzugssymptome und die starke psychovegetative Dysregulation werden häufig nicht als solche erkannt und die Patientinnen fühlen sich während der Rehabilitation nicht ernst genommen, was auch zu Therapieabbrüchen führen kann. Alkohol und Benzodiazepine können zum Teil auch irreversible, mnestiche und/oder hirnorganische Psychosyndrome verursachen, was ebenfalls die Integration der Patientinnen in die Behandlung erschweren kann. Durch psychoedukative Erklärung über Wirkungsprofil und Nebenwirkungen der Medikamente und Ernstnehmen der prolongierten Entzugssymptome bekommen die Patientinnen die Möglichkeit, sich besser in die Therapie zu integrieren. Dieser Effekt wird durch die Teilnahme an der Psychoedukativen Gruppe unterstützt.

3.3.1.3. Drogenabhängigkeit

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

Nach der sehr kurzen Zeitphase der stationären körperlichen Entgiftung mit anschließender nahtloser Verlegung in unsere Einrichtung treten häufig körperliche Entzugserscheinungen mit entsprechender psychischer Destabilisierung auf und erfordern eine besonders intensive Behandlung.

Die häufig ausschließliche Bindung an die Drogenszene und ihre Rituale führt oft zu Schwierigkeiten, sich in der Patientinnengemeinschaft zurechtzufinden.

Gerichtliche Auflagen, Behandlungen nach § 35 BtMG und multiple soziale Probleme begründen eine Aufnahmephase von 6 Wochen.

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

Daher stehen Elemente des **Motivational Interviewing** in den ersten Wochen im Vordergrund der Behandlung, um der Patientin zu ermöglichen, aus der eventuellen Fremdmotivation oder Ambivalenz zunehmend mehr Eigenmotivation für ihre Behandlung zu entwickeln. Diese Haltung wird von unserem Konzept des **Rückfallprophylaxetrainings** aufgegriffen und ergänzt sich mit den Grundannahmen der **DBT-S** und 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. Nur so erscheint eine stabile Verhaltensänderung auch überhaupt möglich. Dementsprechend dominieren in der Aufnahme- und Validierungsphase Validierungsstrategien, Attachement und schließlich auch Commitment-Strategien, um die Behandlungsplanung einzuleiten und Therapieziele zu entwickeln.

Die Durchführung der Abhängigkeitsbehandlung bei Drogenabhängigen, sehr häufig in Kombination mit integrierter Behandlung einer posttraumatischen Belastungsstörung und einer Persönlichkeitsstörung, erfordert einen deutlich längeren Zeitraum (ca. 26 Wochen).

Die zeitparallele Bearbeitung der Problembereiche des sozialen Umfeldes ist ein Bestandteil der gesamten Reha-Maßnahme, um Abstinenz wirklich nachhaltig zu sichern.

Belastungserprobungen und möglichst externe Praktika untermauern günstige Prognosen und werden durch Weiterbehandlungen unterstützt.

3.3.1.4. Therapeutische Grundregeln des Selbstmanagement-Ansatzes

Die langjährige Forschungsarbeit, gesellschaftliche Veränderungen und Notwendigkeiten haben die Suchttherapie aus dem Stadium von Glaubensgewissheiten in Richtung nachprüfbarer Ergebnisse und Qualitätsmanagement in Bewegung gesetzt: *von der Konfession zur Profession und Messbarkeit.*

In unserer Klinik sind Ärztinnen, Psychologinnen, Psychotherapeutinnen, Sozialpädagoginnen, Sozialarbeiterinnen, Ergotherapeutinnen, Bewegungstherapeutinnen, Kunsttherapeutinnen, Reittherapeutinnen, Ernährungsberaterinnen, Gesundheits- und Krankenpflegerinnen tätig, die ihre therapeutische Qualifikation in wissenschaftlich anerkannten Verfahren erlangt haben.

Unser therapeutisches Konzept orientiert sich am Selbstmanagement-Ansatz (nach Kanfer, 1996) und DBT-S. Die Betonung liegt hier auf der therapeutischen Beziehung und ressourcenorientierten Arbeit, wobei die bereichernden und ergänzenden Einflüsse anderer Konzepte miteinbezogen werden.

Dieser Selbstmanagementansatz leitet die Patientin an, eine bessere Selbststeuerung und Selbstwirksamkeit zu erlernen, mit dem Ziel, eigenverantwortlich zu leben und den Alltag mit den eigenen Vorstellungen in Einklang zu bringen.

Über die Reduzierung der Verhaltens- und Kompetenzdefizite hinaus ist es für eine Symptomlinderung entscheidend, alternative Handlungsmuster auf allen Ebenen zu entwickeln, um einen günstigeren („einen gesünderen“) Lebensstil zu entfalten. Durch eine ressourcenorientierte, wertschätzende therapeutische Beziehung und Therapie werden die Selbstheilungskräfte der Patientin mobilisiert.

Wir interessieren uns für die Patientin als ganzen Menschen, nicht nur als „Süchtige“. Diese Haltung schafft eine tragfähige therapeutische Beziehung und eine Atmosphäre der Zusammenarbeit und des Vertrauens.

Unser Selbstmanagementansatz basiert auf den folgenden Grundannahmen:

- Die aktive Rolle der Patientin bei der Gestaltung ihrer Therapie in Einklang mit therapeutischen Regeln und Prinzipien ist ein wichtiges Lern- und Übungsfeld für die Übernahme eigener Verantwortung **(Prinzip der Eigenverantwortung und Selbstbestimmung)**
- Die therapeutischen Interventionen werden so gering wie möglich entsprechend des momentanen Zustandes der Patientin dosiert, so dass diese die Selbstheilungskräfte und die eigenen Ressourcen der Patientin ergänzen und ihre Autonomie fördern **(Prinzip der minimalen Interventionen)**
- Eine weitere wichtige Grundregel ist die Individualität: Wir akzeptieren die Patientin in ihrem Selbstbild und versuchen, sie dort abzuholen, wo sie steht. Die Patientin wird durch eine positive Grundeinstellung, Anteilnahme, einen respektvollen Umgang mit ihren Erfahrungen im Leben als auch bei ihrer Suchtentwicklung ernst genommen, ebenso in ihrem Selbstbild, ihren Hoffnungen und Erwartungen. Die therapeutische Beziehungsarbeit verstärkt das Selbstwertgefühl und die Selbstreflexion der Patientin. Der Gedankenaustausch über Wünsche und Therapiezielvorstellungen und die gemeinsame Suche nach Veränderungsmöglichkeiten bieten die Basis für die Gestaltung eines individuellen Therapieplanes **(Prinzip der Individualität)**
- Der Mensch mit seinen Ressourcen und Problemen ist eingebettet in zusammenhängende bio-psycho-soziale Gefüge. Dieses ganzheitliche Prinzip setzen wir in unserer multidisziplinären Arbeit bei Diagnostik und Behandlung um **(Prinzip der ganzheitlichen Betrachtung und ganzheitlichen Therapie)**
- Durch einen prinzipiellen Pluralismus der Werte, der Weltanschauung und des Lebensstils wird eine günstige, tolerante Atmosphäre für die Suche nach individueller Entfaltung, eigenem Lebensweg und eigenen Problemlösungen geschaffen **(Prinzip des Werte-Pluralismus)**
- Die Patientin wird ständig über den Behandlungsverlauf informiert; die Planung und Durchführung der Therapie geschehen in gemein-

samer Absprache. Therapeutische Vorgehensweisen und Resultate und ihre Evaluation werden regelmäßig dokumentiert und besprochen

(Prinzip der Transparenz und Mitbestimmung).

3.3.1.5. Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)

Wir blicken mit Stolz auf unsere konzeptionelle Arbeit im Rahmen der DBT in den letzten 20 Jahren.

Auch die **Dialektisch-Behavioralen Therapie-Sucht (DBT-S)** nach *M. Linehan* stellt eine sehr gute Ergänzung unserer Selbstmanagement-Therapie dar.

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 von Borderline-Persönlichkeitsstörungen, Posttraumatischen 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 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 zu einer allgemeinen Stabilisierung des psychologischen Zustandsbildes, einer besseren sozialen Einbindung, einer Reduktion von Selbstverletzung (auch des Suchtmittelkonsums) sowie von stationären Aufenthalten führen und die Rate von Therapieabbrüchen deutlich gesenkt wird.

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, Betrachtungsweisen und Übungen aus dem Zen-Buddhismus. Die Wirksamkeit dieser meditativen Techniken konnte bereits 1994 von *John Kabat-Zinn* nachgewiesen werden.

Die statistischen Erhebungen über Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung zeigen einen hohen Frauenanteil. Unser DBT-Konzept ermöglicht uns, die betroffenen Frauen mit notwendigen Skills und Lösungsstrategien auszustatten, damit sie ihre Emotionen, Wahrnehmungen und Gedanken besser steuern können.

Der höhere Anteil von Frauen (70-80%) mit Borderline-Persönlichkeitsstörung ist im Zusammenhang zu sehen mit empirisch gesicherten Risiko-

faktoren für die Entwicklung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung: Weibliches Geschlecht bzw. weibliche Sozialisierung, frühere Erfahrung von sexueller Gewalt, körperlicher Gewalt und fast immer damit einhergehender Vernachlässigung.

3.3.1.5.1. Motivational Interviewing

Das **Motivational Interviewing (MI)** ergänzt und verstärkt die Wirkung des Selbstmanagement-Ansatzes und der DBT-S. Das MI sollte nicht auf technisch geschickte Abwicklung von Gesprächsmethoden reduziert werden. Es ist geprägt von der humanistischen Psychologie mit einer therapeutischen Haltung von Empathie, Respekt und Achtung. Dabei geht MI von der Sichtweise aus, dass jede 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 und Widersprüchlichkeit verstanden.

Das MI ermöglicht eine Steigerung intrinsischer Änderungsbereitschaft und Motivation durch die Suche nach Lösungen.

3.3.1.6. 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 Patientinnen ist so wie es ist nicht auszuhalten und unerträglich
- Patientinnen müssen im Allgemeinen in (fast) allen Lebensbereichen neues Verhalten lernen

3.3.1.7. 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.

3.3.1.8. Grundlegende Behandlungsstrategien

Grundlegende Behandlungsstrategien basierend auf den Ansätzen der Dialektisch-Behavioralen Therapie Sucht, der Dialektisch Behavioralen Therapie bei Borderline-Störungen, des Selbstmanagement-Ansatzes, des Motivational Interviewings, der psychodynamisch-imaginativen Traumatherapie, der Rückfallprävention nach Körkel/Schindler:

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

3.3.1.9. Frauenspezifischer Ansatz

Abhängigkeitsentwicklungen bei Frauen haben ihre besondere Dynamik und Verlaufsformen.

Ein Drittel der suchtabhängigen Frauen leben mit einem Partner, der selbst an einer Suchterkrankung leidet. Der Vergleich zwischen abhängigen Frauen mit nicht-abhängigen Frauen oder abhängigen Männern bestätigt die Spezifität der Suchtentwicklung bei Frauen. Nur 25% der Kinder betroffener Frauen leben bis zum 18. Lebensjahr bei ihren Müttern, im Vergleich dazu wachsen fast 100% der Kinder von nicht-abhängigen Frauen bis zum 18. Lebensjahr bei ihren Müttern auf. Die Beziehungen abhängiger Frauen zu ihrem Ehemann oder Partner sind stärker belastet und sie fühlen sich in der Familie oder Erziehungsarbeit noch mehr alleingelassen.

Abhängige Mütter haben starke Schuldgefühle gegenüber ihren Kindern. Die Beziehungen der Patientinnen zu ihren Kindern sind oft sehr schwierig. Je offensichtlicher die Probleme der Kinder werden, umso häufiger setzen die Mütter Suchtmittel zur Beruhigung ein, was weiter eskalierende Interaktionen nach sich zieht. Oft kommt es zu Gewalttätigkeiten gegenüber den Kindern. Es entwickeln sich Teufelskreise, in denen die Mütter und auch ihre Kinder gefangen sind. Viele dieser Kinder haben Verhaltensauffälligkeiten, viele sind „schwierige“ Kinder. Diese Kinder brauchen sehr viel Zuwendung und Unterstützung.

Nach der Behandlung kehren die Frauen zu Ehemännern und Partnern mit möglichem Gewaltpotential zurück, die ihnen bei der Bewältigung der

Familienaufgaben wenig beistehen. Dies erklärt, warum Ehemänner oder Partner wie auch Kinder für manche abhängigen Frauen eher Risikofaktor als Schutzfaktor darstellen können.

Auf diesen und den folgenden Tatsachen basiert unsere therapeutische Aufmerksamkeit und Zieldefinition für die stationäre Behandlung.

Die Abhängigkeitserkrankungen bei Frauen werden gesellschaftlich stärker stigmatisiert, woraus sich häufig Schamgefühle entwickeln.

- Frauen neigen stärker zu Schuldgefühlen
- Frauen leben häufiger in materieller und emotionaler Abhängigkeit und erleben sich häufiger ohnmächtig
- Es entstehen Rollenkonflikte zwischen Anpassung und Selbstverwirklichung
- Frauen definieren ihren Selbstwert stärker über die Beziehungen als Männer. Beziehungsprobleme führen häufig zu Stress, denen oft mit Suchtmitteln begegnet wird
- Frauen haben häufiger als Männer ein ambivalentes bzw. gestörtes Verhältnis zu ihrem Körper, was sich u.a. in Essstörungen widerspiegelt
- Aufgrund von sexuellen Grenzüberschreitungen entstehen häufig posttraumatische Belastungsreaktionen, latente Suizidalität, dissoziative Störungen, Abspaltungen, Angst- und Panikattacken

Durch therapeutische Anregungen betrachtet sich die Patientin aus einer ressourcenorientierten Perspektive. Sie entdeckt, dass sie ihre spezifischen Eigenschaften (z. B. Fürsorge für andere) ebenso als Ressource im Sinne der Selbstfürsorge für sich selbst und ihren Selbstheilungsprozess nutzen kann. Dadurch wird sie in ihrem Selbst aufgewertet und lernt, sich zu akzeptieren. Ressourcenorientierte Betrachtung stärkt ihre Heilungskräfte und motiviert sie, zu den Eigenanteilen ihrer Anpassungs- und Beziehungsprobleme sowie zu ihrer Ambivalenz zu stehen. Sie fängt an, mit ihnen bewusster umzugehen und diese für sich konstruktiv zu nutzen.

In diesem Rahmen besteht die Möglichkeit für die Bearbeitung von Themen wie z.B. Partnerschaft, Trennung bzw. Scheidung, Mutter-Kind-Beziehungen, Beziehung zu den eigenen Eltern und Geschwistern, unerfüllter Kinderwunsch, Schwangerschaftsabbruch, Adoption, sexuelle Gewalt und Grenzverletzungen, Belästigung am Arbeitsplatz, sexuelle Identität und Prostitution.

Wir sind eine reine Frauenklinik. So geben wir den Patientinnen den äußeren Rahmen und Schutzraum, in dem sie sich öffnen können. Es gibt in unserer Klinik spezielle Angebote, die sich an den oben genannten Besonderheiten der Suchtentwicklung bei Frauen orientieren. Frauenspezifisch heißt für uns, Frauen in einem neuen Frauenbild und Selbstverständnis zu fördern und dabei zu unterstützen, wobei auch die Therapeutinnen Identifikationsmodell sein können. Die Auseinandersetzung im schützenden Rahmen einer Frauen-

gruppe mit sich und anderen Frauen bietet unseren Patientinnen einen sinnvollen und direkten Weg, das Bild von sich selbst und den eigenen Rollenvorstellungen in ihrem Sinne zu verändern.

Einen wichtigen Stellenwert bei der Verarbeitung dieser Themen bildet die Beziehung zwischen Therapeutin und Patientin. Deshalb ist von den Therapeutinnen ein aktives Bemühen um die Beziehung gefordert, um der Patientin eine korrigierende frauenfreundliche Beziehungserfahrung zu ermöglichen. Das einfühlsame, wertschätzende und erlaubnisgebende therapeutische Setting gibt der Patientin die Sicherheit, die sie braucht, um ihr Schweigen brechen zu können, um sich an verdrängte und verschüttete Gefühle heranzuwagen, wobei sie selbst die Kontrolle behält.

3.3.1.10. Suchtmittel 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 in vielen Fällen 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.

3.3.1.11. Suchtmittel und Persönlichkeitsstörungen

Die Persönlichkeitsstörungen haben in den letzten Jahren einen großen Interessenzuwachs erlebt. Neu entwickelte Untersuchungsinstrumente und Klassifikationen verbessern die Diagnostik dieser Störungen und ermöglichen eine angemessene Therapieplanung und bessere Endergebnisse. Dementsprechend relativiert sich die statistisch-pessimistische Auffassung von Persönlichkeitsstörungen und ihrer Behandlung.

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

Viele wissenschaftliche Studien zeigen eine sehr hohe Komorbidität zwischen Alkoholabhängigkeit und Persönlichkeitsstörung („Alkoholiker erfüllen in bis zu 80% der Fälle die Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung“, Feuerlein).

Diese Statistiken geben jedoch nur wenig Auskunft über frauenspezifische Störungen, insbesondere über histrionische, dependente und selbstunsichere Persönlichkeitsstörungen, was für unsere therapeutische Haltung und Arbeit jedoch ausschlaggebend ist. Ferner werden diese Erhebungen deutlich durch die Überlappungen der diagnostischen Kriterien der Persönlichkeitsstörungen und Abhängigkeitserkrankung beeinflusst.

Persönlichkeitsstörungen sind allgemein gekennzeichnet durch rigide, schwer veränderbare Formen des inneren Erlebens, den Kognitionen und des interpersonellen Verhaltens. Die Betroffenen sehen ihre Störung oft als Teil ihrer Identität und haben große Schwierigkeiten, Veränderungen zuzulassen. Persönlichkeitsstörungen beginnen meist früh im Jugendalter und bleiben ohne Behandlung relativ gleichförmig bestehen. Die Patientin hat durch ihre eingeschränkte Anpassungsfähigkeit und Rigidität auch deutliche berufliche und soziale Probleme, unter denen sie subjektiv leidet.

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

In Einzelgesprächen werden die Grundannahmen und Verhaltensmuster der Patientin analysiert und sie lernt, ihre dysfunktionalen Kognitionen und deren Konsequenzen wahrzunehmen. Im Hier und Jetzt werden die therapeutischen Beziehungen und die Erfahrungen der Patientin im Klinikalltag reflektiert und umgesetzt. Durch z.B. Rollenspiele und das Selbstsicherheits-training kann sie ihre sozialen Kompetenzen verbessern und ihre Stress- und Frustrationstoleranz erweitern. In der Gruppenarbeit hat die Patientin die Möglichkeit, ihren Umgang mit ihren Emotionen zu regulieren und zu verbessern. Sie kann lernen, ihr Selbstbild und das Bild von anderen zu korrigieren, ebenso wie Lösungsstrategien zu entwickeln und ihre Kritikfähigkeit zu trainieren.

3.3.1.12. Suchtmittel und Depression

Etwa ein Fünftel der Bevölkerung erkrankt mindestens einmal im Laufe des Lebens an einer depressiven Störung, wobei das Verhältnis von Frauen im Vergleich zu Männern 7:3 beträgt.

Neue epidemiologische Studien weisen auf die spezifische Rolle affektiver Störungen bei der Entwicklung weiblicher Abhängigkeitserkrankungen hin, wobei die Komorbidität von Suchtmittelabhängigkeit und affektiven Störungen multifaktoriell ist. Jede Erkrankung kann primär, sekundär oder unabhängig voneinander auftreten.

Bei depressiven Patientinnen finden sich häufig Gedächtnis-, Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen, sowie Gleichgültigkeit, Apathie, Angst, Verzweiflung und eine Einschränkung der affektiven Schwingungsfähigkeit. Die depressiven negativen Gedanken und Grundannahmen wiederholen sich oft zwanghaft und verstärken die Hilflosigkeit der Patientin. Die Depression

kann sich motorisch entweder in Form von Verlangsamung, Kraftlosigkeit, Antriebslosigkeit und Müdigkeit oder in Agitation und Unruhezuständen äußern. Physiologische und vegetative Symptome wie Schlaf-, Verdauungs- und Appetitstörungen sind oft vorhanden.

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

3.3.1.13. Suchtmittel und Angst

Angstzustände gelten als ein häufig zu beobachtendes Begleitsymptom der Alkohol-, Drogen- und Medikamentenabhängigkeit, die in aller Regel nach absolvierter körperlicher Entgiftung für mehrere Wochen oder Monate weiter existieren. Nach chronischem Konsum von psychotropen Substanzen tauchen Wegfall der Drogeneinnahme Symptome wie Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen, Affektinstabilität, depressive und Angststörungen auf. Oftmals sind unsere Patientinnen durch diese Erfahrungen allerdings so verunsichert, dass es notwendig ist, sie vorsichtig dazu zu ermutigen, frühere Aktivitäten wieder aufzunehmen und ihre „Angst vor der Angst“ auf diese Weise zu reduzieren.

Verschiedene Grundformen der Angst, wie z.B. soziale Ängste, Panikattacken oder Phobien können jedoch auch schon vor der Suchterkrankung vorhanden gewesen sein und wesentlich zu einer Abhängigkeitsentwicklung im Sinne einer Bewältigungsstrategie mit beigetragen haben. In diesen Fällen ist nach genauerer diagnostischer Abklärung ein kognitiv verhaltenstherapeutisches Vorgehen angezeigt, bei dem die Betroffenen Kenntnisse erwerben können, wie Angst entsteht und durch welche Bedingungen sie aufrechterhalten bleibt. Außerdem sollen die Patientinnen durch gezielte Strategien lernen, ihre Angst zu bewältigen, indem sie dieses Gefühl und die damit verbundenen Körperempfindungen umbewerten und sich ihnen durch verhaltenstherapeutische Übungen, wie z.B. systematische Desensibilisierung oder Expositionstraining ausstellen. Die psychoedukative Erklärung der angstausslösenden Umstände und der kognitiv-biologischen Prozesse und Erlebnisse können Angstzustände entmystifizieren und ihrer bedrohlichen und vernichtenden Wirkung entgegenwirken.

3.3.1.14. Suchtmittel und Psychose

Zahlreiche klinische und epidemiologische Veröffentlichungen dokumentieren, dass ca. ein Viertel aller paranoid-halluzinatorisch kranken Menschen einen Substanzmissbrauch, in erster Linie mit Alkohol, betreiben, wobei der Zusammenhang zwischen Suchtmittelabhängigkeit und Psychose komplex und vielschichtig ist.

Bei chronischen Alkoholikern und/oder unter Einnahme von THC oder Meth-Amphetaminen lassen sich Psychosen mit paranoid-halluzinatorischen Symptomen feststellen, die oft schwer von schizophrenen Störungen zu differenzieren sind.

Psychophysiologische und klinische Untersuchungen lassen erkennen, dass schizophrene Patientinnen eine basale Einschränkung von Aufmerksamkeit, Konzentration, Wahrnehmung, Kurzzeitgedächtnis, kognitiver Differenzierung, Informationsverarbeitung und Konzeptbildung zeigen.

Die therapeutische Beziehung schafft eine Atmosphäre von Vertrauen und Geborgenheit und bildet so die Basis, um vorhandene Ängste der Patientin schrittweise abzubauen und ihre Integration in die Therapie und den Klinikalltag zu erleichtern, wobei die familiäre Klinikstruktur, die überschaubare Größe der Einrichtung und das ruhige Milieu unterstützend wirken.

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

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

Die Neuroleptika-Behandlung begleitende Schulung wird als pädagogischer Einstieg in eine konzeptvermittelnde Arbeit benutzt. Die Patientin lernt, eigenverantwortlich mit ihren Medikamenten umzugehen und wird über den Sinn und die Notwendigkeit einer Langzeitmedikation informiert.

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

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

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

3.3.1.15. Posttraumatische Störungen

Unser Angebot richtet sich sowohl an Patientinnen mit einer komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung als auch an Frauen mit weiteren

Traumafolgestörungen. Hauptziel der Rehamaßnahme ist die psychische, körperliche und soziale Stabilisierung der Patientinnen. In erster Linie geht es darum, die betroffenen Patientinnen bei der Bewältigung von Symptomen, die zu massiven Beeinträchtigungen führen, zu unterstützen.

Die Vermittlung von suchtfreien alternativen Umgangsweisen mit der Symptomatik ist dabei ein ebenso essenzielles Anliegen wie die Ressourcenstärkung als wichtiger Bestandteil aller erfolgreichen Therapien. Die Förderung von Selbstkontrolle, Selbstberuhigung und Selbstmitgefühl steht im Mittelpunkt der Behandlung. Vor diesem Hintergrund werden die Fähigkeiten, Stärken, Bedürfnisse und Ziele der Patientinnen im Sinne der hohen Wirksamkeit natürlicher Selbstheilungskräfte stets berücksichtigt.

Auf Grund der Komplexität des Störungsbildes ist der Einsatz passfähiger Therapieformen unabdingbar; entsprechend vertreten wir ein integratives Schulenkonzent, welches auf der Kombination verschiedener Therapieformen basiert. Erforderlich ist eine hohe Flexibilität und keine einseitige Schulenorientierung, um die individuelle Problematik der einzelnen Patientin berücksichtigen zu können. Bezugstherapien unseres Behandlungskonzeptes sind die Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie (PITT nach Luise Reddemann) und die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT nach Marsha Linehan). Die Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie, die sich in der Therapie sowohl am Ego-State-Ansatz als auch an der Hypnotherapie orientiert und insbesondere imaginative Stabilisierungstechniken nutzt, lässt sich dabei effektiv mit dem Ansatz der Dialektisch-Behavioralen Therapie verbinden. Hier ist vor allem die Erarbeitung und Erprobung von Fertigkeiten zur Spannungs- und Emotionsregulation sowie die Vermittlung anti-dissoziativer Skills innerhalb der Stabilisierungsphase äußerst hilfreich.

In Anlehnung an PITT und DBT basiert die **traumaspezifische Stabilisierung** in unserer Klinik im Wesentlichen auf folgenden Behandlungskomponenten:

Psychoedukation: Psychoedukation ist ein wichtiger Bestandteil in der Therapie von posttraumatischen Folgestörungen. Die Vermittlung von Wissen und eine transparente Therapiegestaltung stärken das Gefühl von Kontrolle und Orientierung und wirken resilienzfördernd.

Imagination: Die Nutzung von Imaginationen hat einen hohen Stellenwert in der Stabilisierungsphase. Mit ihrer Hilfe kann es gelingen, den Schreckensbildern der traumatischen Erfahrung kontrollierte, heilsame Vorstellungen entgegenzusetzen und eine gute innere Welt zu erschaffen. Auch das Erkunden von positiven Lebenserfahrungen, z. B. in Form des Führens eines Freudentagebuches, soll ein Gegengewicht zur Belastung durch die erlebten Übergriffe, Zurückweisungen und Vernachlässigungen bieten.

Achtsamkeit/Reorientierung: Sich auf die eigenen Fähigkeiten, Stärken und Bedürfnisse zu besinnen und diese zu erforschen, mit sich selbst und dem, was gegenwärtig erlebt wird, achtsam umzugehen, stellen wesentliche, aber auch herausfordernde Aufgaben für traumatisierte Patientinnen dar. Achtsamkeitsübungen sind entsprechend ebenso wie Reorientierungstechniken praxeologischer Bestandteil jeder Therapieeinheit.

3.3.1.16. Essstörungen

Wir behandeln Frauen mit bulimischer Symptomatik, anorektischer Symptomatik sowie mit Essverhalten, welches zu psychisch bedingtem Übergewicht geführt hat. Bei anorektischen Frauen ist ein BMI von mindestens 17 Voraussetzung für ausreichende körperliche und psychische Therapiebelastbarkeit.

Emotionsregulation ist ein wesentlicher Faktor bei der Entstehung und Aufrechterhaltung einer Essstörung. Entsprechend bieten wir in Anlehnung an die Grundannahmen und die darauf basierenden Behandlungsmodule der DBT-Esstörung eine spezifische Indikationsgruppe, therapeutisch begleitetes Essen sowie Ernährungsberatung an.

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.

Im Vorfeld muss die jeweilige Gefährdung einer Patientin hinsichtlich Gewichtszu- bzw. -abnahme, einseitiger Ernährung mit Mangelerscheinungen usw. berücksichtigt werden. 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.

Die 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 Bewältigungs-

versuch zu betrachten. Ggf. werden daher alle Behandlungselemente im Rahmen der Essstörung wiederum mit anderen indikativen Bereichen und der Arbeit in den therapeutischen Bezugsgruppen vernetzt.

3.3.1.16.1. Bedeutung von Körperschemata bei Frauen

Weiblichkeit wird in unserer Gesellschaft, wie zunehmend auch Männlichkeit, durch das Aussehen definiert. Der Körper erscheint als 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, dabei entwickeln Frauen bis zu dreimal so häufig wie Männer eine Essstörung. Die Behandlung von Patientinnen mit Essstörungen im Rahmen einer Fachklinik für Suchtkranke hat sich vor allem deshalb bewährt, weil diese Symptome oft in Verbindung und/oder wechselseitig 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 Amphetamine werden oft als Appetithemmer und Essbremse eingesetzt.

Wir sehen, wie Hoffmann und Hochapfel (1999), Essstörungen (Binge-Eating-Störung, Anorexie, Bulimie und sonstige Essstörungen) angesiedelt an der Schnittstelle zwischen Psychosomatik und Sucht. An Suchtkreisläufe erinnert das von den Betroffenen erlebte Verlangen und Heimlichkeit, die damit verbundenen Scham- und Schuldgefühle sowie die als zwanghaft empfundene Beschäftigung mit Essen oder den Gedanken daran. Der mit der Suchtbehandlung assoziierte Gedanke der Abstinenz greift jedoch in Bezug auf die Essstörung nicht. Essgestörte können nicht abstinent 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 Rolle. Neben der rein quantitativen Ebene kumuliert im Symptombild der Essstörung die Problematik der Lebenssituation als Frau in unserer Gesellschaft auf unterschiedlichen Ebenen.

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

pergewicht zumindest immer wieder kurzfristig ein Erleben von Autonomie und Selbstbestimmung.

Im Kampf der einzelnen Frau 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 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.

3.3.1.17. 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. Berufsausbildungen der Mütter werden häufiger wegen der Kinder abgebrochen bzw. eine Berufstätigkeit aufgegeben. Entsprechend haben Kinder in solchen Situationen aufgrund der Vernachlässigung vielfach Verhaltensauffälligkeiten und Entwicklungsstörungen. Viele abhängige Mütter schaffen es, ihre Abhängigkeitserkrankung sehr lange geheim zu halten 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 mit suchtkranken Frauen und Müttern bieten wir eine Indikationsgruppe zu „Erziehungsfragen“ an und stehen im Austausch mit den Erzieherinnen und der Grundschule. Die

Mutter-Kind-Interaktion wird niedrigschwellig in den Angeboten Mutter-Kind-Reiten und Mutter-Kind-Gestaltungstherapie reflektiert.

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

3.3.1.18. Berufstätigkeit

Generell ist die Erwerbssituation von Frauen nach wie vor auch bei guter beruflicher bzw. schulischer Qualifikation durch schlechter bezahlte Tätigkeiten geprägt. Viele Frauen haben immer noch untergeordnete Tätigkeiten, sind häufig in Teilzeitstellen berufstätig und in Führungsbereichen nicht präsent. Erziehungszeiten werden nach wie vor zu einem hohen Prozentsatz von Seiten der Frau 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 auch vor dem Hintergrund sekundärer Krankheitsbilder entwickelt wird. Hier wird dem Grundgedanken der Rehabilitation eine ganz besondere Bedeutung zugeteilt.

3.3.1.19. Rückfälle und unser Umgang damit

Bei der Alkohol-, Drogen- und Medikamentenabhängigkeit handelt es sich um chronische Erkrankungen mit hoher Rezidivwahrscheinlichkeit. Aus diesem Grund ist das Erwerben von Kompetenzen zur Rückfallprävention und Rückfallbewältigung ein wichtiger Bestandteil unserer Selbstmanagementtherapie und der DBT-S.

In den Einzel- und Gruppentherapien werden die Suchtgeschichte, die Rückfallgedanken und die Rückfallerfahrungen der Patientin detailliert analysiert. Jede Patientin kann so mit Hilfe der Therapeutin und der Gruppe ihre persönlichen Risikosituationen kennenlernen und bearbeiten. Dazu gehören ihre affektive Befindlichkeit vor und nach dem Rückfall wie z.B. Depression, Einsamkeit, innere Leere, Ärger und Frustration sowie das körperliche Befinden wie z.B. Schmerzen und Schlafstörungen. Gleichzeitig werden externale Auslöser identifiziert und aufgelistet.

Die Patientin lernt, sich mit ihren Grundannahmen in Bezug auf ihr Leben und ihre Suchterkrankung auseinanderzusetzen und ihre suchtfördernden Gedanken zu erkennen. In diesem Zusammenhang werden auch die persönlichen Vor- und Nachteile des Suchtmittelkonsums analysiert. Entsprechend entwickelt die Patientin ihre eigenen Kontrolltechniken und setzt diese in Alltagssituationen (Ausgänge, Heimfahrten, Außenübernachtungen) um, was es ihr ermöglicht, die erlernten Strategien zu überprüfen und ggf. zu korrigieren.

Wir sehen einen Rückfall während der stationären Behandlung in der Regel als Zeichen einer fehlgeschlagenen „Selbstbehandlung“ von intrapsychischen und interpersonellen Konflikten.

Dementsprechend reagieren wir – wenn die Patientin weiter behandlungswillig ist – mit intensiver Hilfestellung:

- Zuerst spricht die Bezugstherapeutin mit der Patientin alleine über den Verlauf des Rückfalls und die möglichen therapeutischen Konsequenzen
- Anschließend schildert die Patientin den Rückfall in ihrer Bezugsgruppe und setzt sich diesbezüglich mit den Gruppenmitgliedern auseinander
- Im therapeutischen Team wird auf der Grundlage der erworbenen Informationen und Beobachtungen der Mitarbeiterinnen in Absprache mit der medizinisch-therapeutischen Leitung über das weitere Vorgehen entschieden
- Von einer disziplinarischen Entlassung wird abgesehen, wenn die Patientin selbstkritisch und offen über den Verlauf des Rückfalls berichtet und ernsthaftes Interesse am Aufarbeiten ihres Rückfalls zeigt. Die Patientin erhält ein Verwarnungsprotokoll und, um sie wieder zu stabilisieren, eine Ausgangssperre. Zur intensiveren Selbstreflexion und Rückfallbearbeitung werden die Außenkontakte und Heimfahrten für eine bestimmte Zeit ausgesetzt

3.3.1.20. Festigungs- und Prophylaxebehandlung

Nach Beendigung der Langzeittherapie verlieren manche Patientinnen ihren selbstkritischen und wachsamem Lebensstil und verfallen in ihre alten Denk- und Verhaltensmuster. Andere Patientinnen werden von akuten Krisen destabilisiert. In beiden Fällen nehmen Suchtmittel in ihren Gedanken mehr und mehr Raum ein, die kritische Einstellung zum Suchtmittelkonsum lässt nach, die Rückfallgefahr nimmt zu. Die betroffene Patientin läuft Gefahr, ihren Arbeitsplatz und ihr soziales Netz zu verlieren.

Unsere Festigungsbehandlung konzentriert sich auf diese spezifischen Problemfelder, befasst sich intensiv mit stabilisierenden Maßnahmen und Ressourcen und motiviert zur Aufrechterhaltung der Abstinenz. Die Patientin kann sich seelisch und körperlich regenerieren. Durch die Auffrischung und Erweiterung der gelernten Rückfallbewältigungstechniken und Kompetenzen wird die Lebensführung ohne Suchtmittel gefördert.

Nach einer genaueren Analyse der Schwierigkeiten kann die Patientin beispielsweise in Rollenspielen, unterstützt durch Videoarbeit, ihr eigenes Kommunikationsverhalten auf verschiedenen Ebenen wahrnehmen. Durch Übung der neuen Techniken und Selbstreflexion unter Leitung der Therapeutin kann das Selbstbewusstsein und die Selbstsicherheit der Patientin verbessert werden. Es wird in dieser Therapie mehr Wert auf Hausaufgaben, alltagspraktische Übungen und Ausbau von Selbstständigkeit der Patientin gelegt. Bei Bedarf können Mitglieder ihres sozialen Systems in die Therapie miteinbezogen werden.

Wesentlicher Bestandteil dieser Therapieform ist die Wiederanbindung der Patientin an eine Selbsthilfegruppe und Beratungsstelle mit eventueller Fortführung einer ambulanten Therapie.

3.3.1.21. Auffang- und Wiederholungsbehandlung

Falls die Patientin den oben beschriebenen Prozess, durch den sie sich in Rückfallgefahr begibt, nicht rechtzeitig stoppen kann und tatsächlich rückfällig wird, bieten wir eine Auffang- und Wiederholungsbehandlung an.

Solche Patientinnen empfinden meist massive Schuld- und Schamgefühle und haben von sich den Eindruck, versagt zu haben. Deshalb steht zunächst eine Selbstwertstabilisierung mit Berücksichtigung der suchtmittelfreien Zeit im Vordergrund. Durch rasches Informieren über die bisherigen Vorbehandlungen haben wir die Möglichkeit, uns auf spezifische Themen in der Behandlung zu konzentrieren.

Anhand der Analyse des Verlaufs ihres Lebens seit der Entlassung aus der letzten Entwöhnungstherapie und des Rückfalls wird in der ersten Woche ein Therapieplan erstellt. Der Rückfall und die eventuell vorhandene Krise werden intensiv und detailliert bearbeitet. Im Vordergrund der Behandlung steht das themen- und problemlösungszentrierte Arbeiten mit der Patientin, das auch entsprechende Hausaufgaben beinhalten kann. Wir versuchen, die Patientin zu motivieren, die Angehörigen in die Therapie miteinzubeziehen. Die Patientin erhält, falls notwendig, mehrere Einzelgespräche pro Woche.

Da diese Patientinnen häufig keiner Selbsthilfegruppe mehr angehören, regen wir sie an, den Kontakt zu ihrer Suchtberatungsstelle zu erneuern, um die noch ausstehenden Probleme zu bearbeiten und sich (wieder) einer Selbsthilfegruppe anzuschließen.

3.4. Rehabilitationsdauer

Die Behandlungsdauer beträgt in der Regel:

- bei alkohol- und medikamentenabhängigen Patientinnen bis zu 15 Wochen
- bei drogenabhängigen Patientinnen bis zu 26 Wochen

Rückfälligen Patientinnen bieten wir bei entsprechender Motivation eine 6- bis 10-wöchige Auffang- und Wiederholungsbehandlung an.

Für Patientinnen, die nach erfolgreicher Entwöhnungsbehandlung rückfallgefährdet sind, bieten wir eine Festigungs- und Prophylaxebehandlung an, deren Dauer individuell festgelegt wird.

Je nach den individuellen Erfordernissen der Patientin und abhängig vom Therapieverlauf kann die Regelverweildauer in Absprache mit der Patientin unterschritten bzw. eine Verlängerung oder Umschreibung beim jeweiligen Kostenträger beantragt werden.

4. Rehabilitationsablauf und -inhalte

4.1. Aufnahmeverfahren

Alle Interessenten können Informationen bei uns einholen (telefonisch, schriftlich, über die Website) und/oder einen Termin für ein Erstkontaktgespräch und Besuch in der Klinik vereinbaren.

Vor der Aufnahme benötigen wir in der Regel folgende Unterlagen:

- Sozialbericht einer Suchtberatungsstelle, eines betrieblichen Sozialdienstes oder eines Sozialdienstes im Krankenhaus
- Freiwilligkeitserklärung (schriftliches Einverständnis, dass die Patientin die Behandlung auf freiwilliger Basis beginnt)
- Arztberichte, bei körperlichen Erkrankungen die Befunde der Voruntersuchungen und Entlassungsberichte von vorherigen stationären psychiatrischen Behandlungen oder Rehamaßnahmen
- Kostenzusage eines Leistungsträgers
- bei Mitbetreuung von Kindern (ab dem Alter von einem Jahr bis zum Alter von 10 Jahren – grundschulpflichtig) Kostenübernahmeerklärung des Leistungsträgers
- Bestätigung einer ambulanten oder stationären Entgiftung

4.1.1. Behandlungsphasen

In unserer Einrichtung steht, auch zum Schutz der anderen Patientinnen, die Abstinenz an erster Stelle.

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 auch 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.

4.1.2. Aufnahmephase

Unsere individuelle Ausrichtung der Therapie verlangt ein hohes Maß an Differenziertheit und Flexibilität, um den therapeutischen Prozess bestmöglich zu unterstützen und dabei die stationäre Behandlungsdauer so kurz wie möglich zu halten. Berücksichtigt wird in dieser Phase sowohl die besondere Problematik der Ankommenen als 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 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 der Probleme 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 3 Motivationsgruppen teil, 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 Bezugsgruppen-therapie 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 Suchtmittel-abhängigkeit sowie ggf. einer Persönlichkeitsstörung, posttraumatischer Belas-tungsstörung, Essstörung, affektiver Störung und anderer. Weiterhin erhält die Patientin Informationen über die Zusammenhänge des jeweiligen Gesamt-krankheitsbildes hinsichtlich der Funktion ihrer süchtigen Verhaltensweisen.

Die Befunde aus medizinischer, psychotherapeutischer und soziothera-peutischer Diagnostik und aus den anderen Therapiebereichen von Ergo-, Gestal-tungs- 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 oftmals **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 Hintergrund-problematik auch im Sinne besonderer Kriseninterventionen, um die Patientin so weit zu stabilisieren, heftigen Impulsen, abzubrechen bzw. Suchtmittel zu konsumieren, entgegenzuwirken.

Erfahrungsgemäß ermöglicht dieses Vorgehen auf der Grundlage der beschrie-benen therapeutischen Haltung im Rahmen der **DBT-S**, ergänzt durch Strategien aus dem **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 sui-zidalen oder parasuizidalen Verhaltensweisen zu unterlassen.

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

4.1.3. Inhalte der Behandlungsphase

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

Die Thematik des süchtigen Konsums und Funktion von Suchtmitteln ist auf allen Ebenen der Zielhierarchisierung ausdrücklich thematisiert.

4.1.3.1. 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 herunterzuregulieren und Impulse zu kontrollieren.

4.1.3.2. 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, der Akzeptanz von Regeln und Rahmenbedingungen des Hauses sowie der Notwendigkeit aktiver Mitarbeit.

4.1.3.3. 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 Gelegenheiten, Suchtmittel einzusetzen.

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 Patientinnen 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 Craving werden die Patientinnen angeleitet, im Sinne der Life-Balance 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.

4.1.3.4. Rückfallprophylaxe

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, die eigene Haltung und Verhaltensweisen, die 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 niedrigem 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 durch das 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 süchtigen Konsum durch andere und das Ansprechen der eigenen Abhängigkeit trainiert.

4.1.3.5. 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 im Sinne eines realitätsadaptierten Trainings und ggf. in Praktika, Vorstellungsgesprächen bei potentiellen Arbeitgebern und/oder Nachsorgeeinrichtungen gefestigt.

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

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

Thematisiert werden die Möglichkeiten stationärer bzw. ambulanter sucht-spezifischer 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 der Sozialen Reha durchgeführt.

4.1.3.6. Abschlussphase

In der Vorbereitung auf die Entlassung wird die intensive Planung für die Nachsorge nochmals detailliert in Abschlussgesprächen besprochen und umgesetzt. Die medizinische Abschlussuntersuchung findet 3 Tage vor der regulären Entlassung statt.

Die Abschiedsphase wird von vielen Patientinnen vorübergehend als sehr belastend erlebt. Sie werden daher intensiv unterstützt, die eigene Abschiedsphase aktiv zu gestalten, um Impulsen der Vermeidung mit späten Therapieabbrüchen entgegenzusteuern. Häufig wird kurzzeitig eine 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.

4.2. Das interdisziplinäre Reha-Team

Unserem ganzheitlichen Bild vom Menschen entspricht unser multidisziplinär zusammengesetztes Behandlungsteam aus Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus den Bereichen Medizin, Psychologie, Sozialpädagogik, Soziale Arbeit, Ergotherapie, Kunsttherapie, Sport- und Bewegungstherapie, Reittherapie, Heilpädagogik und Ernährungsberatung.

Jeder Arbeitsbereich arbeitet mit einem jeweils eigenen Gesichtspunkt auf das gemeinsame Ziel hin.

Täglich von 10:00 bis 10:30 Uhr treffen sich alle therapeutischen Mitarbeiterinnen zur **Teambesprechung**. Hier findet ein Informationsaustausch aus allen Therapiebereichen statt. Zu Beginn wird über die Vorkommnisse in den letzten 24 Stunden gesprochen. Danach werden inhaltlich 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 Therapiesetting 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 dreistündig als Teamsupervision durchgeführt.

Eine **interne Supervision** findet 14-tägig durch die chefärztliche Leitung 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. In engem Kontakt mit der Uni Freiburg bieten wir eine Fortbildung im Bereich DBT an, welche zweimal jährlich in 2-tägigen Seminaren in unserem Haus durchgeführt wird.

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.

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

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

Die **Visite** (Ärztl. Leitung, Krankenschwester und Bezugstherapeutin) findet monatlich 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 ärztlicher und therapeutischer Leitung, trifft sich wöchentlich zur inhaltlichen konzeptionellen Diskussion und Besprechung von Problemen im jeweiligen Fachbereich.

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

4.3. Ärztliche Aufgaben

Die ärztliche Leitung ist verantwortlich für die gesamte medizinische Rehabilitation und leitet nach den Richtlinien der Deutschen Rentenversicherung den Behandlungsverlauf und dessen Entwicklung im interdisziplinären Team.

Neben der Koordination und der Steuerung der internen Diagnostik und Therapie wird die medizinische Versorgung in enger Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern am Ort durchgeführt. Die ärztliche Leitung begleitet die Patientin und evaluiert die Ergebnisse der internen und externen Befunde. Die Verordnung und Überwachung der Einnahme jeglicher Medikation liegen in der Verantwortung der ärztlichen Leitung. Die ordnungsgemäße Einnahme der Medikation wird durch das Pflegepersonal koordiniert und überwacht.

Die sozialmedizinischen Ergebnisse der Aufnahmeuntersuchung, medizinische Aspekte sowie arbeitstherapeutische Gesichtspunkte fließen über gemeinsame Besprechungen mit den Bezugstherapeutinnen in die Bewertung des Therapieablaufs und die weitere Behandlungsplanung ein.

Im Rahmen multiprofessioneller Teamarbeit werden eventuelle Leistungseinschränkungen in Bezug auf die berufliche Perspektive und konkrete Belastungen im internen Arbeitstraining oder im externen Praktikum besprochen.

Monatlich findet eine Arztvisite gemeinsam mit Patientin, Bezugstherapeutin und Krankenschwester statt.

Bei entsprechendem Bedarf können die Patientinnen die tägliche Sprechstunde (08:30-10:00) Uhr in Anspruch nehmen.

4.4. Behandlungselemente

Um der Komplexität der Suchterkrankung gerecht zu werden, ist eine ganzheitliche Behandlung in einem multidisziplinären Team notwendig. Aus diesem Grund besteht unser therapeutisches Angebot aus folgenden Bausteinen:

4.4.1. Weitere Berufsgruppen/therapeutische Bereiche mit ihren Aufgaben und Angeboten

4.4.1.1. Einzeltherapie

Jeder Patientin wird von der Bezugstherapeutin regelmäßig (einmal pro Woche 50 min) ein Einzelgespräch angeboten. Im Vordergrund steht zunächst der Aufbau einer vertrauensvollen und tragfähigen therapeutischen Beziehung, die sich förderlich auf den gesamten Veränderungsprozess auswirkt. Insbesondere Patientinnen mit frühen Störungen und posttraumatischen Belastungsreaktionen brauchen eine Kontinuität im therapeutischen Setting. Die Einzelgespräche dienen der ausführlichen Anamnese, der Diagnosestellung, der Erarbeitung von Reha-Zielen und der gesamten Behandlungsplanung sowie der Bilanzierung. Nach ausführlichen Anamneseerhebungen besteht die Möglichkeit, traumatische Erfahrungen, spezifische Störungen und Konflikte zu bearbeiten, die in der Gruppensituation oft nur schwer angegangen werden können. Bei Patientinnen, bei denen eine tiefergehende psychotherapeutische Auseinandersetzung aufgrund der Diagnostik nicht angezeigt ist, da es zu einer Überforderung führen würde, finden eher stützende Gespräche statt, verbunden mit einer Modi-

fizierung sich ungünstig auswirkender Verhaltensweisen. Im Bedarfsfall werden zusätzliche Kriseninterventionsgespräche geführt.

Mit ihrer Bezugstherapeutin erarbeitet die Patientin Zusammenhänge zwischen früheren Lebenserfahrungen, aktuellen Erlebnissen und ihrem Verhalten sowie der Entstehung und dem Verlauf der Suchterkrankung. Gemeinsam erstellen sie Strategien zur Veränderung und die Patientin erhält Rückhalt bei der Erprobung und Umsetzung neuer Lebensweisen. Im Rahmen von Hausaufgaben, Heimfahrten, Unterstützung bei der Beziehungsklärung, problematischen Kontakten mit Behörden und Arbeitgebern werden die erreichten Erfolge und ihre Nachhaltigkeit analysiert und bewertet.

4.4.1.2. Gruppentherapie

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

Einzel- und Gruppentherapie stellen eine sinnvolle gegenseitige Ergänzung dar. Themen in der einen Therapieform können in Absprache mit der Patientin in der anderen weitergeführt und vertieft werden.

Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängige werden gemischt in unsere Gruppentherapien aufgenommen und behandelt.

Die Gruppenpsychotherapie findet dreimal pro Woche (je 90 min) statt.

Die Struktur der halb-offenen Gruppe ermöglicht es den neueren Patientinnen, am Modell derer zu lernen, die schon länger Mitglied der Gruppe sind. Die Gruppen haben 8-10 Teilnehmer.

In diesem Setting können der Umgang mit Gefühlen sowie zwischenmenschliche Fertigkeiten geübt werden. Eine Steigerung der Kompetenz in diesen Bereichen ist eine elementare Voraussetzung für abstinentes Leben.

Gruppentherapie bietet für viele Frauen, die sich oft nur über Zweierbeziehungen definiert haben, die neue Erfahrung eines sozialen Netzwerkes. Sie erleben hier erstmals weibliche Solidarität und eine Stärkung der gegenseitigen weiblichen Toleranz. Gruppentherapeutische Erfahrung kann den Betroffenen eine Entlastung sein und Neuorientierung fördern. Die Gruppenmitglieder helfen beim Erkennen von Ressourcen einerseits und bei Rückfallrisiken und Ausweichhaltungen andererseits. Gruppenfeedback als ein Teil der Realitätsüberprüfung kann die Wahrnehmungs-, Kritik- und Konfliktfähigkeit verbessern und die soziale Kompetenz fördern. Übertragungen und Gegenübertragungen machen familiäre Ursprungssysteme bewusster und somit bearbeitbar.

Nicht zuletzt dient die Gruppenpsychotherapie der Vermittlung suchtspezifischer Lerntheorien.

Wir arbeiten mit einem Co-Therapeutinnen-System. Unsere Therapeutinnen vertreten sich gegenseitig. Jede Bezugstherapeutin leitet 3 Bezugsgruppen

pro Woche und nimmt an einer Bezugsgruppe als Co-Leiterin teil, dadurch ist eine fortlaufende Betreuung der Patientinnen jederzeit gewährleistet.

4.4.1.3. Motivationsgruppe

Die Motivationsgruppe findet einmal wöchentlich statt. Alle neu ankommenden Patientinnen nehmen insgesamt dreimal daran teil, um die Entwicklung eigener Motivation besonders zu unterstützen. Weiterhin nehmen Patientinnen bei Motivationskrisen bzw. im Zusammenhang mit dem Rückfallkonzept an der Motivationsgruppe teil.

Hierbei handelt es sich um eine halb-offene Gruppe, die einmal wöchentlich für 8-12 Patientinnen angeboten und von einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie geleitet wird (3 Einheiten à 60 Min.).

4.4.1.4. Forum

Im Forum treffen sich alle Patientinnen und Mitglieder des therapeutischen und medizinischen Teams unter Leitung eines Teammitglieds einmal wöchentlich zur Besprechung aller klinikrelevanten Themen. Neben aktuellen Mitteilungen und Bekanntmachungen sowie ggf. Besprechung einzelner Themenprojekte und jahreszeitlich bedingter Feste 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.

Hierbei handelt es sich um eine Veranstaltung, die einmal wöchentlich für alle Patientinnen angeboten und von einem Mitglied des medizinischen oder therapeutischen Teams geleitet wird (60 Min.).

4.4.1.5. 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

- Elterliche Verantwortung und Abhängigkeitserkrankung
- Informationen zu Komorbiditäten wie Posttraumatische Belastungsstörung und Persönlichkeitsstörung, Depressionen, Ängste, Essstörungen
- Informationen zur Ernährung, Sport
- Informationen zu Möglichkeiten stationärer und ambulanter Nachsorge
- Informationen zum Angebot aller Fachbereiche in der Reha-Klinik
- Kommunikationsstrukturen

4.4.1.6. Therapieangebot für Mütter mit Begleitkind

In unserer Klinik haben Mütter die Möglichkeit, gemeinsam mit Ihrem Kind aufgenommen zu werden. Während der Therapie werden die Begleitkinder im Alter von 1 bis 6 Jahren im hauseigenen Kindergarten von qualifizierten Erzieherinnen betreut. Schulkinder bis zur 4. Klasse gehen als Gastkinder in die Pestalozzi-Grundschule in Altenkirchen. Durch das Ganztagsangebot der Grundschule bis 16.00 Uhr ist die schulische Betreuung von Schulkindern gewährleistet. Darüber hinaus bieten wir im Kindergarten sowie im therapeutischen Kontext unterschiedliche Angebote für Mütter und Kinder. Bei Fragen zu Erziehung, Mutter-Kind-Beziehung oder Entwicklung der Kinder unterstützen wir die Mütter durch verschiedene Angebote:

- Gruppe für Erziehungsfragen
- Pädagogische Einzelgespräche
- Gesprächsangebot für Mutter und Kind
- Tiergestütztes pädagogisches Angebot für Mutter und Kind
- Gestaltungstherapie
- Gemeinsame Aktivitäten, wie Ausflüge, Wandern oder Schwimmen

Während Ihres Aufenthaltes bei uns wohnen die Mütter gemeinsam mit ihrem Kind in einem Doppelzimmer. Außerhalb der Therapiezeiten stehen verschiedene Räume oder Freizeitmöglichkeiten für die gemeinsame Zeit zur Verfügung. Es gibt einen Spielplatz, ein Spielzimmer im Kindergarten, einen Gestaltungsraum zum Malen und Basteln sowie eine Turnhalle. In Altenkirchen und Umgebung können weitere Freizeitmöglichkeiten wie Schwimmbad, Spielplätze, Indoorspielplatz oder Jugendzentrum und Bücherei in Anspruch genommen werden.

4.4.1.7. Abhängigkeit im Alter

Die Zahl der abhängigen älteren Menschen steigt – selbst im höheren Alter ist eine Suchtentwicklung möglich. Der neue Lebensabschnitt verlangt eine dem Alter entsprechende Umorientierung. Mit dem Ausstieg aus dem

Berufsleben und dem Wegfallen von sozialen Aufgaben entsteht oft das Gefühl, nicht mehr gebraucht zu werden. Verlust des Partners, Angst vor Ablehnung und Abgeschobenwerden sind Belastungen, denen besonders alleinstehende Frauen häufig ausgesetzt sind. Isolation und Einsamkeit sind bei der Patientin oft Nährboden für eine einseitige Konzentration auf ihr körperliches und seelisches Befinden. Alte Traumata aus ihrer Lebensgeschichte tauchen auf, nicht bearbeitete Kriegs- und Nachkriegserfahrungen überfordern die Patientin. Hinzu kommen körperliche Gebrechen, soziale Unsicherheiten, finanzielle Engpässe und Sorgen.

Viele Menschen haben sich nicht mit dem Prozess des Älterwerdens auseinandergesetzt und sich nicht auf den Lebensabschnitt Alter vorbereitet, somit auch keine entsprechenden Zukunftsperspektiven entwickelt. Ziellosigkeit und Langeweile erwecken große innere Unruhe, Spannungen, Ängste und Depressionen. Zu berücksichtigen sind insbesondere auch Aspekte wie Abschied, Verlust, Veränderung, der Aspekt von weniger verbleibender Lebenszeit versus Zeitgewinn im Alltag, Bewusstwerden über die Endlichkeit.

Die Patientin sucht oft Trost in Suchtmitteln im Sinne einer Selbstmedikation. Häufig fehlt eine adäquate Unterstützung bei der Auseinandersetzung mit ihren Problemen; stattdessen werden Beruhigungs-, Schlaf- und Schmerzmittel verschrieben, was sie in ihrem Suchtverhalten fördert. Eine fatalistische, nihilistische Denkweise dominiert den Umgang mit Krankheiten im Alter, auch in der Suchtbehandlung. Das Bagatellisieren und Verleugnen des Suchtmittelmissbrauchs und der Suchterkrankung im Alter verhindern eine klare Diagnosestellung und entsprechend eine effektive Behandlung.

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

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

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

Wir bieten ihr an, auch über Themen wie Nähe und Distanz, Partnerschaft, Zärtlichkeit und Sexualität im Alter zu sprechen und so ihre eigenen Bedürf-

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

Die therapeutischen Angebote, u.a. Sport, Bewegungstherapie, sollten neben der Förderung stabiler Abstinenz, die Identitäts- und Persönlichkeitsstärkung vertiefen und Verbesserung und Förderung der körperlichen Befindlichkeit und Fitness gewährleisten.

Da bei uns die Angehörigen in die Therapie integriert werden können, haben auch sie die Möglichkeit, spezifische psychoedukative Informationen über Alter, Krankheiten und Sucht im Alter zu erhalten.

Während der Abschlussphase und Abschiednahme von der stationären Behandlung ist ein wesentlicher Aspekt, die Motivation zur gesellschaftlichen Teilhabe als Gegenkonzept zu sozialem Rückzug und Vereinsamung.

Kostenträger der therapeutischen Maßnahme bei älteren Patientinnen wird in der Regel die Krankenkasse, manchmal die Rentenversicherung sein. Der Weg in die Klinik führt wie bei der Behandlung jüngerer Patientinnen meist über die örtliche Suchtberatungsstelle. Die Behandlungsdauer liegt in der Regel zwischen 8 und 16 Wochen.

4.4.1.8. Ergotherapie

Übergeordnete Zielsetzung der Ergotherapie ist die Förderung von Selbständigkeit und Handlungskompetenz im Alltag der Patientinnen. Eine Abhängigkeitserkrankung bringt psychosoziale Folgen mit sich. Problemlagen im Erwerbsleben in Form abgebrochener Schulabschlüsse oder Ausbildungen, Arbeitsplatzverlust, fehlender Einstieg ins Berufsleben, Interessenverlust und sozialer Rückzug treten auf. Strukturierende und als sinnvoll erachtete Betätigung im Alltag fallen für die Betroffenen somit weg. Aktivitäten des täglichen Lebens wie die Selbstversorgung, Haushalt und eine sinnvolle Freizeitgestaltung werden oft vernachlässigt.

Im Rahmen der Ergotherapie werden die Patientinnen dazu angeleitet, diese Fähigkeiten wieder zu stärken, zu erhalten bzw. zurückzuerlangen. Die individuellen Ziele werden gemeinsam mit der Patientin und im engen Kontakt mit dem Behandlungsteam formuliert.

Die Schwerpunkte der Ergotherapie bestehen in:

Der Erfassung des Ist-Zustandes bzgl. der Arbeitsfähigkeiten in den Bereichen der elementaren, emotionalen und sozialen Fähigkeiten sowie im Bereich des Selbstbildes als auch der ressourcenorientierten Stärkung und des Trainings der genannten Bereiche.

Im Bezugsgruppensetting trainieren die Patientinnen ihre Fertigkeiten in den Bereichen Garten, Holz, EDV, Hauswirtschaft sowie aktive Freizeitgestaltung und Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL).

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 kompetenzzentriert und interaktionell ausgerichtet und beruhen auf der therapeutischen Haltung von Unterstützung und Strukturierung.

4.4.1.9. Arbeitstherapie

Eine moderne Arbeitstherapie ist ein entscheidender Bestandteil in jeder Rehabilitationsmaßnahme. Sie dient der Erhaltung und Wiederherstellung der Erwerbstätigkeit sowie der beruflichen Reintegration, zumal verschiedene Studien Arbeitslosigkeit als Risikofaktor hinsichtlich eines möglichen Rückfalls bestätigt haben. Die Wichtigkeit der Arbeitstherapie erhält eine zunehmende Bedeutung aufgrund der Beeinflussung des Arbeitsmarktes durch die wachsende Betonung der Ökologie, die Individualisierung parallel zur Globalisierung, der Überalterung der Bevölkerung, den großen Immigrationswellen und der Vernetzung. Die alten Berufsbilder, die Arbeitsverteilung und die bestehenden Organisationsformen sind im Wandel begriffen. In den Zeiten des sozialen-technologischen Umbruchs mit Millionen von Arbeitslosen und einem nicht klar definierten und sich noch im Wandel befindenden Wertesystems ist eine flexible und gesellschaftlich orientierte Arbeitstherapie erforderlich.

Die kritischen Fragen, inwieweit unsere interne Arbeitstherapie mit ihren Erfolgen auf das realistische Arbeitsniveau draußen übertragbar sei, haben uns veranlasst, unser Arbeitstherapiekonzept grundsätzlich neu zu entwerfen. Wir entwickelten neue Pläne, aufgrund derer wir gezwungen waren, zu überlegen, wie wir unsere Zusammenarbeit mit anderen Betrieben und Personen, die am beruflichen Wiedereingliederungsprozess beteiligt sind, koordinieren können.

Es wurde uns bewusst, dass die individuelle Selbstmanagementtherapie und DBT-S ihre Ergänzung auch im praktischen Teil der Arbeitstherapie finden. Die Patientin kann bearbeitete Themen und neue Lösungsstrategien in den vielfältigen Arbeitstherapiefeldern praktizieren und erleben. Die Wechselwirkung zwischen Arbeitstherapie und dem gesamten therapeutischen Prozess ist entscheidend für den Therapieerfolg und dessen Festigung.

Die Koordination und Kooperationsaufgaben sowie der Ortswechsel der Patientin während der Arbeitstherapie zwischen unserer Klinik und dem jeweiligen Betrieb, verbindet uns mit den gesellschaftlichen Strömungen, Veränderungen und Realitäten der Arbeitswelt direkter und dynamischer.

Die Verbindung der Therapie mit der Situation am Arbeitsplatz, ebenso wie die Orientierung am Arbeitsmilieu sind für uns neue, interessante Herausforderungen, die uns gleichzeitig Einblicke in die Arbeitsorte ermöglichen und gegen eine mögliche Stillstandstendenz unserer Klinik wirken. Diese Arbeit setzt sich sowohl organisatorisch als auch sprachlich mit der arbeits- und gesellschaftlich-betrieblichen Realität auseinander.

4.4.1.9.1. Arbeitsdiagnostik

Die Patientin füllt am Ende der ersten Woche Fragebögen zur Arbeits- und Berufsanamnese aus. Die Fragebögen lenken die Aufmerksamkeit der Patientin auf ihre Arbeitsgeschichte und ermöglichen es ihr, sich strukturiert damit auseinanderzusetzen. Sie dienen gleichzeitig als Kommunikationsmittel zwischen Patientin und dem therapeutischen System. Darauf aufbauend findet in der zweiten Woche ein ca. 50-minütiges Arbeitsanamnesegespräch mit Patientin und Arbeitstherapeutin statt, in dem der Arbeitsplatz mit seinen räumlichen, zeitlichen, strukturellen, technologischen und sozialen Eigenschaften beschrieben wird. Durch diese ressourcenorientierte Zusammenarbeit wird die oft eingeeengte und defizitäre Aufmerksamkeit der Patientin auf ihre Arbeitsbiographie durchbrochen. Sie wird motiviert, sich an ihre Arbeitserfahrungen zu erinnern und sich als Gestaltende zu erleben und mehr Verantwortung zu übernehmen. Sie erhält die Möglichkeit, ihre Schwierigkeiten im Kontext des Arbeitsprozesses und entsprechend entwickelte Verhaltens- und Lösungsstrategien zu beschreiben. Die Zusammenhänge und Wechselwirkungen zwischen Suchterkrankung und Arbeit werden, soweit möglich, reflektiert.

Die Klärung der Arbeitsmotivation ist ein wichtiger Baustein in der Arbeitstherapie und bleibt ein dynamisches und prozessuales Element im Arbeitstherapieverlauf.

In diesem Zusammenhang werden die individuelle Bedeutung von Erwerbsarbeit und normativ geprägter Sicht der Patientin auf ihre eigene Arbeitsgeschichte herausgearbeitet, wie z.B. Tendenz zu Überanpassung, Unterbewertung der eigenen Fähigkeiten und negative Selbstattribuierungen. Oft ist bei unseren Patientinnen die Arbeitsbiographie mit negativen Erfahrungen behaftet. Diese spezifischen Erfahrungen prägen die Persönlichkeit jedes Menschen und beeinflussen sie in den verschiedenen Lebensabschnitten und Arbeitssituationen. In diesem Kontext hat die Patientin eigene Lösungsstrategien und Umgangsformen für ihr gegenwärtiges Arbeitsleben entwickelt, was für Zukunftsperspektiven entscheidend ist. Die Patientin wird wertschätzend motiviert, über ihre emotional-sozialen Beziehungen zu ihren Kolleginnen und

Vorgesetzten zu reflektieren. Die Ängste, Schwächen, Abneigungen und Veränderungswünsche der Patientin werden ernst genommen.

Spätestens Ende der 3. Woche findet ein diagnostisches 50-minütiges Gespräch zwischen Bezugstherapeutin, Sozialarbeiterin, Ergotherapeutin und Patientin statt.

Die Patientin berichtet über bisherige Erkenntnisse hinsichtlich des Erwerbslebens und eventuelle Wechselwirkungen zur Suchtentwicklung sowie über Veränderungswünsche und Zukunftspläne. Gemeinsam wird die Arbeitsdiagnose jetzt definiert und konkrete und realistische, langfristige Arbeitsschritte und Übungen entsprechend der individuellen Bedürfnisse der Patientin geplant und festgelegt, wobei bei der Zuteilung der Patientin zu verschiedenen Bereichen die medizinischen Untersuchungsdaten berücksichtigt werden.

Ziel dieser transparenten Diagnosestellung ist eine positive Wirkung auf die Selbständigkeit und die Erhöhung des Selbstwertgefühls der Patientin. Sie lernt dadurch, mit ihrer Geschichte objektiver und ressourcenorientierter umzugehen. Die Arbeitstherapiediagnostik hat einen interaktionellen und kommunikativen Charakter. Aus diesem Grund ist eine permanente Prozessdiagnostik während des gesamten Therapieverlaufs notwendig. Der Verlauf der Arbeitstherapie wird kontinuierlich dokumentiert, die Therapeutinnen und die Patientin überprüfen im Verlauf der Behandlung die Diagnosen und die erzielten Fortschritte.

4.4.1.10. Arbeitsüberlastung/Arbeitssucht

Unsere Erfahrungen zeigen, dass ein Teil unseren Patientinnen neben oder vor ihrer stoffgebundenen Abhängigkeitsentwicklung Arbeit als Flucht- und Bewältigungsmöglichkeit eingesetzt hat.

Die Patientin versucht, die unerträglich erscheinenden Lebensbedingungen, ihr Insuffizienzgefühl, ihre Versagensängste, ihre Ambivalenzkonflikte, ihr scheinbar sinnentleertes Leben mit Arbeitsleistung und Streben nach Lob bei der Arbeit auszugleichen. Die mit der erbrachten Leistung erreichte Anerkennung vermittelt ihr eine vorübergehende Kompensation ohne reale Verbesserung der oben genannten Bereiche.

Ein zusätzlicher Gesichtspunkt bei Frauen sind Doppel- und Dreifachbelastungen, wie Beruf, Haushalt, Kinder und evtl. die Betreuung pflegebedürftiger Angehöriger oder sie sind alleinerziehend.

Die chronische körperliche und seelische Überforderung im Spannungsfeld der unterschiedlichen Rollen und Rollendefinitionen mündet oft in einem Circulus vitiosus und letztendlich in einem psycho-vegetativen Erschöpfungssyndrom.

Die Patientin fühlt sich erschöpft, innerlich unruhig, gereizt und erlebt Stimmungsschwankungen. Sie ist lustlos und leidet unter Konzentrations-, Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen, begleitet von Schlafstörungen und Appetitlosigkeit. Sie entwickelt psycho-somatische Beschwerden. In

diesem Zustand läuft sie Gefahr, Alkohol, Drogen und Medikamente als Selbstmedikation einzusetzen.

Die Patientin wird motiviert, ihre Überforderung und ihren Erschöpfungszustand wahrzunehmen. Die therapeutisch stützenden und edukativen Gespräche ermöglichen ihr, Einsicht in die Zusammenhänge ihrer Arbeitsucht/Überbelastung zu bekommen.

Mit der Patientin wird ein Arbeitstherapieplan vereinbart. Sie wird unterstützt, indem sie überschaubare, kleine Arbeitstherapieaufgaben, die zeitmäßig kurz und klar definiert sind, erhält. Sie wird motiviert, keine Vertretung für die anderen Patientinnen zu übernehmen. Sie erwirbt angemessene Entspannungs- und Stressbewältigungsstrategien, wobei das körperliche und seelische Wohlbefinden im Vordergrund stehen.

4.4.1.11. Indikative Gruppe für Arbeit und Arbeitslosigkeit

Chronische Arbeitslosigkeit sowie langjährige Konflikte und Mobbing-erfahrungen am Arbeitsplatz beeinflussen viele Lebensbereiche der betroffenen Frauen. Sie nimmt oft ihre Leistungsfähigkeit verzerrt und unrealistisch wahr. Ihr Selbstwertgefühl, Selbststeuerungsfähigkeit und Selbstwirksamkeitseinschätzung sind oft vermindert.

Pro Woche findet eine 90-minütige Gruppe unter Leitung der Arbeitstherapeutin für diejenigen Patientinnen statt, die arbeitslos sind, am Arbeitsplatz Probleme haben oder sich auf dem Arbeitsmarkt neu orientieren wollen.

Inhalte dieser Gruppe sind die bisherigen Probleme, Strategien und Konfliktlösungen und Schwierigkeiten am Arbeitsplatz. In diesem Kontext werden neue Wege für die Konfliktbearbeitung gesucht und sowohl in der Gruppe als auch im Selbstsicherheitstraining umgesetzt und trainiert. Alle Lösungsalternativen, wie z.B. neuer Arbeitsplatz, werden unter Berücksichtigung der Vor- und Nachteile im Sinne der Kosten-Nutzen-Frage bearbeitet.

Die arbeitslosen Frauen reflektieren mit Unterstützung der Therapeutin und der Gruppe ihren bisherigen Umgang mit der Arbeitslosigkeit und ihre Bewältigungsstrategien.

Die Wertigkeit, die Funktion und der Sinn der Arbeit werden unter geschlechtsspezifischen Aspekten bearbeitet. Die diesbezügliche persönliche Einstellung der Patientin, sowie die Wechselwirkung zwischen Arbeitskonflikten, Arbeitslosigkeit mit Suchtentwicklung und -aufrechterhaltung werden analysiert.

Für den Fall eventuell weiter bestehender Arbeitslosigkeit werden gemeinsam mit der Patientin Bewältigungsstrategien erarbeitet.

Die praktischen Schritte für die Informationssuche, Bearbeitung in Bezug auf die neuen Arbeitsplätze, Bewerbungsschreiben und Erfahrungen aus Vorstellungsgesprächen werden ausgetauscht und besprochen, wobei Vorstellungsgesprächen werden ausgetauscht und besprochen, wobei Vorstellungsgesprächen

gespräche unter verschiedenen Rahmenbedingungen mit Unterstützung von Videoaufnahmen geübt werden können.

4.4.1.12. Interne Arbeitstherapie

Die interne Arbeitstherapie besteht aus hausinternen Arbeitsbereichen und Bürotraining. Im Rahmen der internen Arbeitstherapie, als erste Stufe unseres Arbeitstherapieplans, werden Fähigkeitsschwerpunkte und Problembereiche der Patientin ermittelt und dokumentiert, um hier, basierend auf einem individuellen Arbeitstherapieplan, falls notwendig, eine externe Arbeitstherapie als zweite Stufe zu planen und zu organisieren.

4.4.1.12.1. Hausinterne Arbeit

In den ersten vier Wochen arbeitet die Patientin entsprechend ihrem körperlichen und gesundheitlichen Zustand in unseren internen Arbeitstherapieangeboten. Die zufriedenstellende Bewältigung einer schwierigen Aufgabe verschafft der Patientin ein Erfolgserlebnis, welches Ängste und Unsicherheiten abbauen kann.

Die Freude und der Stolz auf die geleistete Arbeit haben eine positive Wirkung auf das Selbstwertgefühl. Für viele Patientinnen ist die Ausübung bisweilen neuer, ungewohnter Tätigkeiten eine Herausforderung, bei der sie neue Aspekte ihrer Persönlichkeit erfahren können.

Die einzelnen, alleine oder im Team auszuführenden Aufgaben werden mit Unterstützung der zuständigen Arbeitstherapeutin festgelegt und der aktuelle Leistungsstandard mit jeder einzelnen Patientin besprochen.

Die gemeinsame Arbeit in einem Team unterstützt die Patientin bei ihrer Auseinandersetzung mit Kolleginnen. Gemeinsam Geleistetes verbindet, andererseits können realitätsnahe Konflikte auftreten, die hier und jetzt bearbeitet werden können. Dies ist besonders wichtig, da viele unserer Patientinnen aus Problemen am Arbeitsplatz heraus zu Suchtmitteln gegriffen haben. Für uns ist es wichtig, dass die Patientin lernt, ihre Tätigkeit eigenverantwortlich auszuüben und sich nicht auf „Handlangerdienste“ reduziert erlebt. Die Arbeitsbereiche werden im vierwöchigen Turnus gewechselt und in der monatlichen Arbeitstherapiebesprechung erfährt die Patientin ihre Grenzen, ihre Stärken und Schwächen sowie eine realistische Selbsteinschätzung oder ihre Fehleinschätzung. Sie bekommt Rückmeldungen von der Arbeitstherapeutin, von den Bezugstherapeutinnen sowie ihren Kolleginnen, was ihr eine differenzierte Standortbestimmung als Ist-Zustand ermöglicht, woraus auch neue Zielformulierungen abgeleitet werden können.

Als Grundlage dieser Besprechung füllt die Patientin ein Manual aus, welches auf Kriterien wie z.B. psychische und physische Belastbarkeit, Verantwortungsübernahme, Teamarbeit, Umgang mit Kritik und Flexibilität abhebt. Mit diesem Verfahren findet ein wichtiger Abgleich zwischen Selbstwahrnehmung und Fremdwahrnehmung statt, was eine realistische Selbsteinschätzung fördert.

4.4.1.12.2. Bürotraining

Unter den heutigen Arbeitsmarktbedingungen ist der Umgang mit modernen Büro- und Kommunikationstechniken notwendig geworden, damit die Patientin sich auf diesem Feld behaupten kann.

Deshalb werden in unserer Klinik in einer kleinen Gruppe von 12 Patientinnen im Rahmen der Arbeitstherapieindikation pro Woche 1 x 50-minütige Computerlehrgänge angeboten.

In je 15 Einheiten werden die Patientinnen, je nach individuellen Fähigkeiten und Bedürfnissen, an die Computertechnik und Datenverarbeitung herangeführt. Dies trägt zum Abbau von Ängsten und Scheu vor moderner Technologie bei.

Ab der vierten Woche werden unter Berücksichtigung des Datenschutzes verschiedene interne als auch externe Büroarbeiten erledigt.

Die Patientin lernt mittels verschiedener Programme, die Textverarbeitung, Tabellen und Kalkulationen zu erstellen und macht sich im Umgang mit der Hard- und Software vertraut.

Gleichzeitig werden die Bedienung und Wartung des Faxgerätes, die Sendung und der Empfang von Faxnachrichten, Kopieren und Kopierfunktionen trainiert. Die Patientin übt per Internet mit verschiedenen Ämtern Kontakt aufzunehmen und notwendige Informationen zu suchen und diese für sich zu bearbeiten. Sie schreibt am Computer ihre eigene Bewerbung, die in der Gruppe oder mit den Arbeitstherapeuten besprochen wird.

Abgeschlossen wird der Lehrgang mit einem Test. Die erfolgreiche Teilnahme an dem Training und die Übungsinhalte werden in einem Zertifikat bestätigt.

4.4.1.13. Externe Arbeitserprobung

Die außerklinischen Arbeitsangebote ermöglichen es der Patientin als auch den Therapeutinnen in der Praxis, realitätsnah die individuellen Ressourcen, das Arbeitsverhalten, ihre berufsspezifischen Fähigkeiten und ihre soziale Kompetenz zu überprüfen.

Arbeitsbelastungserprobung ist indiziert für Patientinnen, die

- arbeitslos bzw. seit längerem arbeitsunfähig sind,
- eine berufliche Neuorientierung anstreben,
- am Arbeitsplatz Schwierigkeiten haben und wo die strukturellen Rahmenbedingungen innerhalb des Betriebes keine Veränderung zulassen.

In dem diagnostischen Gespräch zwischen der Patientin und den Therapeutinnen wird eine Arbeits- und Belastungserprobung ins Auge gefasst. Als

Vorbereitungsmaßnahme nimmt die Patientin zuerst regelmäßig an der indikativen Gruppe der Arbeit und Arbeitslosigkeit teil.

In der zweiten Hälfte der Therapie übernimmt die Patientin praktische Schritte und sucht selbstständig ihren Praktikumsplatz aus, wobei sie Hilfestellung unsererseits bekommt.

Die Arbeitstherapeutin und Patientin definieren die Ziele dieser Arbeit und die notwendigen Rahmenbedingungen. Die Praktikumsstelle wird entsprechend der Ressourcen, Problembereiche, Arbeitsmöglichkeiten und Perspektiven der Patientin auf dem Arbeitsmarkt gesucht. Die Patientin führt in Begleitung der Arbeitstherapeutin ein Vorstellungsgespräch, bei dem die Arbeitsbedingungen festgelegt werden.

Der Patientin wird sowohl von der Arbeitstherapeutin, als auch der Bezugstherapeutin (einmal pro Woche 50 Minuten) ein regelmäßiges Einzelgespräch angeboten. Sie nimmt einmal pro Woche an ihrer Bezugsgruppe teil. Die Praktikumszeit orientiert sich individuell, wenn notwendig zeitlich bis zu max. 8 Stunden pro Woche gestaffelt, und dauert ca. 4 Wochen.

Die Therapeutinnen bearbeiten mit der Patientin ihre Erfahrungen und ihre Sichtweise über das Praktikum, mit dem Ziel der Selbständigkeit. Der Praktikumsalltag ermöglicht es ihr, sich selbst und die Belange des Arbeitsplatzes wahrzunehmen und über die eigenen Umgangsformen und Lösungsstrategien nachzudenken.

Die Arbeitstherapeutin koordiniert die Zusammenarbeit zwischen unserer Klinik und dem Betrieb, sie überprüft die Einhaltung der vereinbarten Rechte und Pflichten.

Am Ende der Arbeitserprobung stellt der Arbeitgeber ein arbeitsmarktgerechtes Zeugnis aus, das die Patientin bei der weiteren Arbeitsplatzsuche unterstützen soll.

4.4.1.14. 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 Körper selbst 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 verschiedenen Behandlungsfeldern bestehen.

4.4.1.14.1. Körper- und Bewegungstherapie im Bezugsgruppenkontext

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 wiederherzustellen. 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

Inhaltliche Bausteine:

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

- Achtsamkeitstraining mit besonderer Ausrichtung auf körperwahrnehmungsbezogene Prozesse – einen Schwerpunkt bildet dabei die praktische Erfahrung mit verschiedenen Achtsamkeitsübungen, sodass 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.

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.

4.4.1.14.2. Körper- und Bewegungstherapie im Einzelsetting

Die gruppenbezogenen Angebote der Fachklinik werden ergänzt durch eine individuelle körpertherapeutische Begleitung im Einzelsetting. Die Reintegration und Sicherung des vorhandenen leiblichen Potenzials und Neu-Integration des verdrängten und verschütteten Potenzials erfordert einen besonderen Schutzraum, den die Einzeltherapie bietet. Themenbezüge und Zielsetzungen werden in differenzierter Auftragsklärung mit den Patientinnen festgelegt und erweitern und vertiefen den oben dargestellten Behandlungsrahmen.

4.4.1.14.3. Indikative Entspannungsgruppen

Suchtfolgeerkrankungen schwächen häufig die Beziehung und das Vertrauen der Betroffenen in den eigenen Körper. Entsprechend ist ein essentieller Bestandteil der Behandlung in unserer Klinik das Sport-, bewegungs- und entspannungstherapeutische Angebot.

Entsprechend besteht für jede Patientin die Möglichkeit, an einem **Entspannungsverfahren** teilzunehmen. Über die Vermittlung verschiedener Ansätze werden die Teilnehmerinnen darin unterstützt, ihre Stresstoleranz als auch ihre Entspannungsfähigkeit zu erhöhen. Angeboten werden:

PMR

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

Hierbei handelt es sich um eine halb-offene Gruppe, die einmal wöchentlich für bis zu 12 Patientinnen angeboten und von einer Diplom-Motologin geleitet wird (fortlaufend, 60 Min.).

Yoga

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

Hierbei handelt es sich um eine halb-offene Gruppe, die einmal wöchentlich für bis zu 12 Patientinnen angeboten und von einer Diplom-Motologin geleitet wird (fortlaufend, 60 Min.).

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.

Hierbei handelt es sich um eine halb-offene Gruppe, die einmal wöchentlich für bis zu 12 Patientinnen angeboten und von einer Diplom-Motologin geleitet wird (fortlaufend, 60 Min.).

MBSR

MBSR steht für Mindfulness Based Stress Reduction und ist ein wissenschaftlich fundiertes Stressbewältigungstraining. Im Mittelpunkt steht die Schulung der Achtsamkeit. Achtsamkeit ist eine erlernbare Haltung, die darin unterstützt, sich der eigenen Gefühle, Körperempfindungen, Gedanken, Reaktionen und Sinneseindrücke bewusst zu werden, aufgeschlossen ihnen gegenüber zu sein und förderlich mit ihnen umzugehen.

Hierbei handelt es sich um eine geschlossene Gruppe, die einmal wöchentlich für bis zu 8 Patientinnen angeboten und von einer Diplom-Motologin geleitet wird (8 Einheiten à 60 Min.).

4.4.1.14.4. 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.

Bei der Sportgruppe handelt es sich um eine halb-offene Gruppe für bis zu 12 Patientinnen, die einmal wöchentlich angeboten und von einer Diplomsportheilerin geleitet wird (à 60 Min.).

Die Reaktivsportgruppe wird als halb-offene Gruppe für bis zu 12 Patientinnen angeboten und von einer Diplomsportheilerin geleitet (6 Einheiten à 60 Min.).

4.4.1.15. Tiergestützte Therapie

Mensch und Pferd in der tiergestützten Therapie.

Pferde üben seit jeher eine große Faszination auf uns aus. Sie vermitteln ursprüngliche Kraft, Freiheit, Respekt und Klarheit. Ihr unmittelbares Feedback macht sie zu wertvollen Helfern im persönlichen Entwicklungsprozess. Pferde leben im Gefühl, im Hier und Jetzt. Dadurch kann der Mensch den Kontakt zu sich selbst wiederfinden, der durch die Suchterkrankung gestört wurde.

Unsere beiden Pferde Cappuccino und Kjetil helfen Patientinnen auf dem Weg zu sich selbst, sei es bei der Bodenarbeit, beim freien Spielen, beim Reiten oder in der täglichen Routine von Stallarbeit, Fütterung und Pferdepflege. Begleitet durch eine Reittherapeutin können die Patientinnen verschiedene persönliche Themen bearbeiten, wie z. B.:

- Stärkung des Selbstwertgefühles
- Stärkung des Durchsetzungsvermögens
- Stärkung der Konzentrationsfähigkeit

- Förderung der Eigenwahrnehmung
- Förderung des Körpergefühls
- Umgang mit Impulsivität, Ängsten oder Aggressionen u.v.m.

Die Pferde dienen als Spiegel der eigenen emotionalen Welt und helfen der Patientin, sich besser zu verstehen und authentisch sein zu dürfen.

Hierbei handelt es sich um eine halb-offene Gruppe, die einmal wöchentlich für bis zu 12 Patientinnen angeboten und von einer Reittherapeutin geleitet wird (fortlaufend, à 60 Min.).

4.4.1.16. Kunst- und Gestaltungstherapie

Unsere Kunst- und Gestaltungstherapie wird durch eine Therapeutin mit dem Abschluss Master of Arts geleitet.

In diesem kreativen Arbeitsbereich werden Prozesse eingeleitet, die die Ausgestaltung innerer Wahrnehmungen, Bilder und Emotionen in direkter Anbindung an Sinneswahrnehmungen ermöglichen. Dem entsprechend eröffnet sich ein Erlebnisraum, der weniger sprachlichen als symbolischen Kommunikationscharakter hat.

Die Patientin setzt sich mit ihrer eigenen Arbeit und ihrem eigenen Handeln sowie mit dem eigenen Erleben und Sein auseinander. Die Themen werden sowohl im Rahmen des Bezugsgruppensystems als auch in der Einzeltherapie nach Indikation bearbeitet. Die künstlerische und kreative Arbeit mit verschiedenen Materialien wie Farben, Ton, Speckstein und Filz fokussiert sich u.a. auf folgende Ziele:

- Ich- und Selbstwertstärkung durch Erfolgserlebnisse
- Aktivierung von kreativem Potenzial
- Erfassen eigener Gedanken, Ziele und Möglichkeiten
- Förderung der Wahrnehmung und des Umgangs mit Gefühlen
- Erlernen zu genießen und sich zu entspannen

Bei Gruppenarbeiten, Themenstellungen und Bildbesprechungen legen wir viel Wert auf Achtsamkeit, Umgang mit Ressourcen und Prozessentwicklungen.

Der suchtspezifische Ansatz der Kunst- und Gestaltungstherapie ist der Fokus auf das Annehmen von Herausforderungen in einem kontinuierlichen Gestaltungsprozess, um das Erleben nachzuholen, das häufig mit dem Suchtmittel abgekürzt, vermieden oder ersetzt wurde und in diesem Zusammenhang die Stärkung von Geduld, Ausdauer und Frustrationstoleranz.

In der Bezugsgruppe werden zwei Indikationsgruppen angeboten:

- Das Offene Atelier ist eine halboffene Gruppe mit 8-10 Patientinnen und findet einmal pro Woche für 2,5 Stunden statt. Es bietet eine

Möglichkeit des kreativen Ausdrucks, wobei der Fokus hier auf der ausdauernden und zielorientierten Umsetzung eigener Gestaltungs-ideen und der Erschließung neuer Möglichkeiten zur kreativen Freizeitgestaltung liegt.

- Die Mutter-Kind-Gestaltungstherapie ist eine geschlossene Gruppe für 3 Mütter mit je 1 einem Kind. Die Gruppe findet 5-mal je eine Stunde pro Woche statt und thematisiert die Stärkung der Mutter-Kind-Bindung und die Überprüfung und Veränderung von Handlungsmustern im Umgang der Mütter mit ihren 3- bis 6-jährigen Begleitkindern.

4.4.1.17. Indikative Gruppen

4.4.1.17.1. Psychoedukative Gruppe

Einmal wöchentlich findet eine 60-minütige psychoedukative Gruppe für die Patientinnen mit Doppeldiagnosen (wie Depressionen, Psychosen, Manien, Ängste) statt, die von einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und einer Krankenschwester durchgeführt wird.

Es werden Informationen über Krankheiten, Symptome der Erkrankungen, gängige Krankheitsmodelle, mögliche Krankheitsverläufe und verschiedene Behandlungsmöglichkeiten vermittelt, was die Krankheitsakzeptanz fördert.

Ein wichtiges Ziel der psychoedukativen Gruppe ist, dass die Patientinnen ihr momentanes Befinden wahrnehmen und einschätzen lernen, nach den Fragen:

- Wie ging es mir vorher?
- Wie geht es mir jetzt?
- Wie soll es mir in Zukunft gehen?

Im Rahmen dieser Gruppe lernt die potentielle Patientin, die Frühsymptome ihrer Erkrankung wahrzunehmen und anhand des Vulnerabilitäts-Stress-Modells ihre eigenen Stressoren zu suchen und festzustellen. Vor diesem Hintergrund entwickelt sie eigene Problem-lösungs- und Bewältigungsstrategien, um sich selbst zu schützen, wobei die Selbstwirksamkeit und Selbstverantwortung besonders hervorgehoben werden.

Der Einsatz von Neuroleptika und Antidepressiva kann nur in einem Therapie-Gesamtplan und als eine Möglichkeit neben anderen Therapiealternativen sinnvoll sein. Diese medikamentöse Behandlung kann die aktive Teilnahme an den Therapien erleichtern.

Die Patientinnen bekommen Informationen über die Wirkmechanismen der Medikamente, ihr klinisches Wirkprofil und ihre Nebenwirkungen. Gleichzeitig werden sie über die Abhängigkeitsgefahren von Tranquillizern, Barbituraten und Analgetika etc. aufgeklärt.

Die Patientinnen werden motiviert, sich kritisch mit den Medikamenten unter der Kosten-/Nutzenfrage, mit der Behandlung und der Arzt-Patientinnen-Beziehung auseinanderzusetzen.

Gruppenarbeit baut Scham- und Angstgefühle ab, enttabuisiert und entmystifiziert die eigene Krankheit, was der Patientin hilft, darüber zu reden und sich damit auseinanderzusetzen. Die Gruppe ermutigt zur Auseinandersetzung mit den *individuellen* Bedingungen der Erkrankung, Entwicklung und Aufrechterhaltung und bietet so die Chance zur Veränderung.

Die Patientin soll sich letztendlich als aktive Mitgestalterin ihrer eigenen Behandlung erleben und anerkennen.

4.4.1.17.2. Illegale Drogen

In der Indikativgruppe **Drogenabhängigkeit** werden die Besonderheiten der Abhängigkeit von illegalen Drogen ausführlich thematisiert und das Rückfallprophylaxetraining aus den Bezugsgruppen spezifisch intensiviert. Eine Auseinandersetzung mit den vielfältigen somatischen, psychischen und sozialen Auswirkungen des Drogenkonsums wird angeregt. Ein besonderer Fokus wird auf die Sensibilisierung und die kritische Reflexion und Erarbeitung der Veränderungsbereitschaft von Szeneverhaltensweisen, Szenesprache (verbal, mimisch und gestikulierend) sowie kognitive Einstellungen und Haltungen gelegt.

Zielgruppe: alle Pat. mit der Diagnose der Abhängigkeit von illegalen Drogen, inkl. opiathaltigen Medikamenten.

Methodik/Didaktik:

- Gruppenarbeit (maximal 8 Pat.)
- Kleingruppenarbeit
- Selbstreflexion und Ausarbeitung anhand zur Verfügung gestellter Manuskripte
- Modularbeit nach Rückfallprophylaxe bei Drogenabhängigkeit (10 Einheiten à 90 Minuten), geleitet von einer Psychologin bzw. Sozialpädagogin mit Zusatzqualifikation Sucht.

Zielsetzung:

- Vermittlung suchtspezifischer Informationen
- Entwicklung eines angemessenen Krankheitsverständnisses, inkl. Entwicklung bzw. Stärkung der eigenen Behandlungsmotivation
- Stärkung der Veränderungsbereitschaft und Entwicklung alternativer Handlungsmuster
- Verbesserung des Umgangs mit Craving und Gefühlen
- Festigung der Abstinenzentscheidung

- Analyse der eigenen sucht- und abstinentzfördernden Bedingungen inkl. Funktionalität des Substanzkonsums
- Auseinandersetzung mit der Thematik der Rückfallentwicklung und Erarbeitung eigener Rückfallrisiken inkl. abstinenter Bewältigungsstrategien (Erarbeitung eines eigenen Notfallkoffers)
- Stärkung im Abgrenzungsverhalten und Entwicklung eines abstinentzstützenden sozialen Netzwerkes
- Auseinandersetzung mit der Thematik der Illegalität und strafrechtlichen Konsequenzen inkl. Beschaffungskriminalität.
- Angehörigenarbeit

4.4.1.17.3. Stabilisierungsgruppe

Nach diagnostischer Abklärung und Vorbereitung durch die Bezugstherapeutin erfolgt in enger Vernetzung mit dem interdisziplinären Behandlungsteam die Aufnahme in die Indikationsgruppe „Stabilisierung“. Die Indikationsgruppe „Stabilisierung“ als zentraler Therapiebaustein bei posttraumatischen Belastungsstörungen findet einmal wöchentlich in einer geschlossenen Gruppe mit maximal 8 Teilnehmerinnen statt. Die Gruppe gliedert sich in 7 Module. Eine Gruppensitzung von 90 Minuten folgt einer vorgegebenen zeitlichen und inhaltlichen Struktur:

- Achtsamkeitsübung
- Erfahrungsaustausch zur Erprobung und Anwendung der Wochenübungen sowie Klärung offener Fragen
- Vermittlung der Inhalte des jeweiligen Moduls in Theorie und praktischer Übung
- Austeilen von Arbeitsblättern zur Vertiefung und Reflexion

Inhaltliche Bausteine:

Modul 1: Neue Wege gehen – Einführung in die Stabilisierungsgruppe

Die Patientinnen erhalten grundlegende Informationen zu Struktur, Arbeitsweise, Inhalten und Zielorientierung der Gruppe. Erläuterungen zu Ursachen, Modi und Typen von Traumatisierungen sind Bestandteil des ersten Moduls sowie eine erste Auseinandersetzung mit der Symptomatik. Dazu erhalten die Patientinnen auch schriftliches Informationsmaterial in Form eines Skriptes.

Modul 2: Therapie der Dissoziation

Ziel des zweiten Moduls ist, die Dissoziation als Notfallreaktion einerseits und als Symptom andererseits zu verstehen und einordnen zu lernen. Auch die Wirkung und Bedeutung von auslösenden Triggern werden in diesem Zusammenhang aufgegriffen. Es werden erste Reorientierungstechniken und anti-dissoziative Skills vermittelt, um die Patientinnen in die Lage zu versetzen, belastende intrusive oder dissoziative Zustände zu beenden und ihr Selbstwirksamkeitserleben zu stärken.

Modul 3: Die Selbstheilungskraft der Imagination

Die Arbeit mit Imaginationen im Sinne der Stärkung von Selbstheilungskräften wird im dritten Modul eingeführt. Es geht darum, das Potential positiver innerer Bilder, die nicht durch Traumatisierungen beschädigt sind, für die Patientinnen nutzbar zu machen. Erste kurze Imaginationsübungen werden an dieser Stelle vermittelt und erprobt.

Modul 4: Innere & äußere Sicherheit

Die Wiederherstellung der persönlichen Sicherheit, sowohl der äußeren als auch der inneren, ist im Rahmen der Stabilisierungsphase ein Ziel von immenser Bedeutung und Thema des vierten Moduls. Gemeinsam werden in der Gruppe Merkmale und Bedingungsfaktoren erarbeitet und besprochen, die das Sicherheitsgefühl stärken und vor äußeren Gefahren weitestgehend schützen. In der Praxis geht es um die Erarbeitung und Erprobung der Übung des Inneren Sicheren Ortes nach Reddemann.

Modul 5: Stärkung der Distanzierungsfähigkeit

In dieser Einheit geht es um Informationen zur Neurobiologie psychischer Traumatisierungen und das Erlernen von Distanzierungsstrategien. Prozesse des Verstehens und der Sensibilisierung bezüglich der Folgen, die traumatischer Stress auf das Gehirn hat, können belastend wirken. Die Fähigkeit zur Distanzierung kann sowohl über den Einsatz imaginativer Techniken als auch über konkrete Abgrenzungsübungen geschult werden.

Modul 6: Ressourcen sichern- Selbstfürsorge fördern

Wünsche und Bedürfnisse zu artikulieren, war für viele Patientinnen in einem traumatischen Umfeld häufig nicht nur aussichtslos, sondern es wurde als störend und unangemessen zurückgewiesen. In der Folge war es adaptiv, Bedürfnisse gar nicht erst wahrzunehmen. Auch fehlt vielen komplex traumatisierten Patientinnen die Überzeugung, Kompetenzen und Ressourcen zu haben, da Introjektionsvorgänge die innere Normenwelt entsprechend geprägt haben. Entgegen innerer Verbote mit sich und dem eigenen Körper freundlich und fürsorglich umzugehen, stellt entsprechend eine enorme Herausforderung dar, so dass die Patientinnen konkrete Anleitungen selbstfürsorglichen und ressourcenorientierten Handelns benötigen.

Modul 7 – Trauma und Beziehungsgestaltung – Abschluss

Häufig besteht bei traumatisierten Patientinnen eine Neigung, traumatisierende Beziehungsmuster zu wiederholen und erneut gewaltgeprägte Beziehungen einzugehen. In dem die Patientinnen verstehen, wie sie immer wieder in schädigende Beziehungsmuster verwickelt werden, können sie zunehmend mehr Einfluss auf ihre Beziehungsgestaltung gewinnen. Im letzten Modul wird diese komplexe Thematik aufgegriffen und auf noch offene Fragen eingegangen.

4.4.1.17.3.1. Traumaadaptierte Bewegungs- und Entspannungstherapie fokussierte Einzeltherapie

Sorge zu tragen für den eigenen Körper, ihn zu pflegen und zu achten, verbietet sich für viele Patientinnen insbesondere deshalb, weil der Körper der Ort der Traumatisierung, der Grenzüberschreitung und Zerstörung war. Es besteht vor diesem Hintergrund nicht nur mangelnde Körperakzeptanz, sondern der eigene Körper wird vielmehr abgelehnt verbunden mit Gefühlen des Selbsthasses. Weiterhin ist eine Stärkung des Gefühls, wertvoll zu sein, bedingungslos akzeptiert zu werden, eine sehr komplexe therapeutische Aufgabe, die nicht allein im Gruppenkontext bewältigt werden kann. Wir erachten es aus diesen Gründen als dringend erforderlich unser Angebot durch weitere traumaspezifische Therapieeinheiten zu ergänzen. Neben der Stabilisierungsgruppe sind fokussierte Einzeltherapie, traumaadaptierte Tanz- und Bewegungstherapie, Yoga und Qi Gong sowie achtsamkeitsbasierte Verfahren Bestandteil der Behandlung.

4.4.1.17.4. Skillsgruppe

Die Hauptproblematik unserer Patientinnen mit Störungen der Emotionsregulation liegt in der anhaltenden Schwierigkeit, Emotionen zu regulieren, in der hohen Empfindlichkeit für emotionale Auslöser sowie der Erfahrung einer enormen, scheinbar immerwährenden, emotionalen Verletzbarkeit. Im Umgang mit diesen Erlebensphänomenen werden oft dysfunktionale Verhaltensweisen eingesetzt, wie beispielsweise Suchtmittelkonsum oder Selbstverletzungen. Das bedeutet, dass die Emotionsregulation ein wesentlicher Faktor bei der Entstehung und Aufrechterhaltung der Suchterkrankung ist.

Entsprechend ist das **Skillstraining** als wichtiger Baustein der DBT ein wesentliches Therapieangebot in unserer Klinik und richtet sich insbesondere an die Patientinnen mit einer diagnostizierten Borderline-Störung. Im Rahmen des Skillstrainings werden vielfältige Hilfestellungen angeboten, die nicht nur kurzfristig eine Erleichterung der quälenden Probleme bewirken, sondern ebenso langfristig neue Wege eröffnen. Dazu gehören viel Mut und die Überwindung von Scham. Über das Trainieren neuer Skills und das Erproben eines neu angelegten Repertoires wird allmählich eine Brücke zu neuen Erfahrungen gebaut. Diese führt zu einer Verbesserung der Symptomatik und verändert die Interaktion mit der Umwelt. Der gezielte Einsatz von Skills kann entsprechend nicht nur helfen, Krisen zu überleben, sondern gibt auch Hoffnung.

Die **Skillsgruppe**, als zentrales Behandlungselement neben der DBT-Therapie im Einzelsetting, versteht sich als Lern- und Übungsgruppe und wird in der Fachklinik als halb-offene Gruppe angeboten. Inhaltlich geht es um die Vermittlung theoretischen Wissens, um praktische Übungen,

einen Erfahrungsaustausch untereinander und das allmähliche Festigen und Integrieren neuer grundlegender Fähigkeiten im Lebensalltag – die Patientinnen sollen Expertinnen für sich selbst und für ihr eigenes Leben werden.

Hierbei handelt es sich um eine halb-offene Gruppe, die einmal wöchentlich für bis zu 8 Patientinnen angeboten und von einer Sozialpädagogin oder Psychologischen Psychotherapeutin geleitet wird (12 Einheiten à 90 Min.).

Die konkreten Module der Skillsgruppe sind:

- **ACHTSAMKEIT:** Lernen, der eigenen Wahrnehmung wieder zu trauen und achtsamer und selbstfürsorglicher mit sich umzugehen. Sich selbst und den Augenblick annehmen.
- **STRESSTOLERANZ:** Lernen, Krisen- und Hochstressphasen zu bewältigen und ihnen vorzubeugen. Impulsivität und innere Anspannung aushalten und abmildern.
- **UMGANG MIT GEFÜHLEN:** Lernen, Gefühle wahrzunehmen und sinnvoll zu steuern. Stimmungsschwankungen und Gefühlsachterbahnen akzeptieren und regulieren.
- **ZWISCHENMENSCHLICHE FERTIGKEITEN:** Lernen, chaotische zwischenmenschliche Beziehungen zu verringern und stabile Beziehungen aufzubauen. Das Abgrenzen und Annähern üben und Beziehungsabbrüche reduzieren.

4.4.1.17.5. Selbstsicherheitstraining

Die indikative Gruppe umfasst 6 Gruppensitzungen, 1 x pro Woche 90 Minuten und wird durch unsere Dipl.-Sozialpädagogin mit Zusatzausbildung zur Familien- und Systemberaterin durchgeführt. Es handelt sich um eine offene Gruppe von bis zu 12 Teilnehmerinnen. Das Ziel ist es, selbstsichere Verhaltensweisen zu üben. Dies geschieht im Wechsel von theoretischem Input und Rollenspielen, die sich an Alltagssituationen orientieren. Die Inhalte sind individuell und basieren auf den Fragestellungen und Bedürfnissen der Patientinnen. Konzeptionell wird das Selbstsicherheitstraining in Anlehnung an das Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK), welches von Rüdiger Hinsch und Ulrich Pfingsten entwickelt wurde, durchgeführt (entsprechende Fortbildung ist vorhanden). Neben den theoretischen Grundlagen und den Themen, die die Patientinnen einbringen, stehen Materialien zu folgenden Schwerpunkten zur Verfügung: sich für die eigenen Belange selbstsicher einsetzen und dabei um den Erhalt der Beziehung und um Sympathie werben. In Rollenspielen kann die Patientin sich ausprobieren. Anschließend wird die Situation in der Gruppe besprochen. Hierbei ist es wichtig, dass die Rückmeldungen wohlwollend und ressourcenorientiert erfolgen. Am Selbstsicherheitstraining nehmen Patientinnen mit abhängigen und selbstunsicheren Persönlichkeitsstörungen, mit emotional-instabiler Persönlichkeitsstörung und Angst- und Depressionsstörungen teil.

In theoretischen Einheiten, Rollenspielen und In-Vivo-Übungen lernen die Patientinnen, ihre Ängste und Hemmungen zu überwinden und erwerben Fertigkeiten und Strategien, um sich in sozialen Situationen, wie z.B. einem Vorstellungsgespräch, bei zwischenmenschlichen Konfliktsituationen und alkoholassoziierten Alltagssituationen angemessen und kompetent verhalten zu können. Durch das Einüben des selbstsicheren Verhaltens können selbstsichere Verhaltensgewohnheiten und schließlich eine selbstsichere Persönlichkeit entstehen.

Das Selbstsicherheitstraining ist eine prozessorientierte Gruppenarbeit mit folgenden Elementen:

- Einführung in theoretische Grundannahmen
- Verhaltensübungen
- Entwicklung realistischer Übungsziele
- Modelllernen
- Rollenspiele
- Verhaltens-Feedback
- Übungen im Alltag

Neben der Gruppenarbeit erhalten die Mitglieder der Gruppe Hausaufgaben und Übungen, um neu erlernte Fähigkeiten im Alltag zu erproben. Auf diese Weise können sie letztendlich zu einem positiven Selbstwertgefühl gelangen.

Hierbei handelt es sich um eine halb-offene Gruppe, die einmal wöchentlich für bis zu 12 Patientinnen angeboten und von einer Sozialpädagogin geleitet wird (6 Einheiten à 60 Min.).

4.4.1.18. Kognitives Training

Die kognitive Therapie ist eine aktive, direkte, zeitlich begrenzte, strukturierte Methode, die zur Behandlung einer Vielzahl psychiatrischer Störungen erfolgreich 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 wahrnimmt, versteht und erlebt. Seine Kognitionen (verbale oder bildhafte „Ereignisse“ in seinem Bewusstseinsstrom) gehen auf Einstellungen oder Annahmen (Schemata) zurück, die aus vergangenen Erfahrungen entstanden sind.

In unserer kognitiven Gruppe wird eine Vielfalt kognitiver und verhaltensbezogener Strategien genutzt. Mit kognitiven Techniken sollen die Patientinnen besondere Fehlkonzeptionen und unangepasste Annahmen für sich feststellen und überprüfen. Dieser Ansatz berücksichtigt sehr spezifische Lernerfahrungen, die den Patientinnen die Lösung folgender Aufgaben lehren sollen:

- die Aufdeckung und Wahrnehmung von negativen Gedanken
- Überprüfung der realen Grundlage der automatischen Gedanken und Vorstellungen
- ihre negativen, automatischen Gedanken (Kognitionen) wahrzunehmen
- die selbstkritischen und selbstbeachtigenden Gedanken reattribuieren
- die Zusammenhänge zwischen Denken, Fühlen und Handeln zu erkennen
- zu lernen, die irrigen Überzeugungen, die ihre Erfahrungen verzerren, zu Erkennen und zu ändern

Zielgruppe: Leichte bis mittelgradige depressive Störungen. Bei ausgeprägteren Formen der Depression sollte eine individuelle therapeutische Einzelbehandlung der Gruppentherapie vorausgehen und diese weiterhin begleiten. Patientinnen mit Konzentrations-, Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsstörungen infolge jahrelangen Alkohol-, Medikamenten und Drogenmissbrauchs. Patientinnen, die im Rahmen ihrer PTBS oder ADHS an kognitiven Störungen leiden.

Setting: Die indikative Gruppe umfasst 10 bis 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.

4.4.1.19. Memory-Gruppe

Die Einnahme von Suchtmitteln kann zu kurzfristigen Beeinträchtigungen (z.B. Störungen der Aufmerksamkeit und Konzentration, Müdigkeit und Antriebslosigkeit) sowie zu langfristigen, bisweilen sogar zu dauerhaften Schädigungen (z.B. Störungen der zeitlichen und räumlichen Orientierung, der Merkfähigkeit, der Oberflächen- und Tiefensensibilität, der Aufmerksamkeit und Konzentration) des Nervensystems, insbesondere des Gehirns führen.

Die Memory-Gruppe findet zweimal pro Woche je 45 Minuten als indikative Gruppe statt. Mittels gezielter Übungen und ausgewählter Spiele trainieren die Patientinnen Aufmerksamkeit, Konzentration, Merkfähigkeit, Kreativität und Wahrnehmung. Zudem fördert das gemeinsame Arbeiten in der Kleingruppe die soziale Integration und das Wir-Gefühl.

4.4.1.20. Selbsterfahrungsgruppe

Da verschiedene Untersuchungen belegen, dass die Rückfallgefahr in den ersten Monaten nach Therapieende durch die regelmäßige Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe erheblich verringert werden kann, motivieren wir unsere Patientinnen dazu, sich im Anschluss an die Therapie einer solchen Gruppe anzuschließen.

Durch die Teilnahme an der internen Selbsterfahrungsgruppe, die jede Woche abends in unserem Haus ohne Therapeutin stattfindet, wollen wir den Weg in die externe Selbsthilfegruppe nach der Therapie bahnen. Art und Inhalt dieser Gruppe liegen in der Eigenverantwortung der Patientinnen; bei Bedarf können die Therapeutinnen begleitend zu Rate gezogen werden.

Zudem regen wir die Frauen an, verschiedene Selbsthilfegruppen vor Ort zu besuchen und kennenzulernen, um ihnen den Einstieg in eine Selbsthilfegruppe in ihrem Heimatort zu erleichtern. Hiermit betonen wir die Wichtigkeit der Nachsorge und bringen zum Ausdruck, dass wir uns als Glied der Behandlungskette „Vorbereitung – stationäre Therapie – Nachsorge“ verstehen.

4.4.1.21. Raucherentwöhnung

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 Psychologin 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.

Hierbei handelt es sich um eine halb-offene Gruppe, die einmal wöchentlich für bis zu 12 Patientinnen angeboten und von einer Diplompsychologin geleitet wird (6 Einheiten à 60 Min.).

4.4.1.22. Essstörung

Emotionsregulation ist ein wesentlicher Faktor bei der Entstehung und Aufrechterhaltung einer Essstörung. Entsprechend bieten wir in Anlehnung an die Grundannahmen und die darauf basierenden Behandlungsmodule der DBT-Esstörung eine spezifische Indikationsgruppe an. Es handelt sich um eine halb-offene Gruppe für bis zu 8 Teilnehmerinnen, die einmal wöchentlich stattfindet. In Anlehnung an das DBT-Konzept gliedert sich die Gruppe in die Module Selbstmanagement, Achtsamkeit, Umgang mit Emotionen, Interpersonelle Fertigkeiten und Stresstoleranz.

In der Indikationsgruppe Essstörungen erhalten die Patientinnen Informationen zu möglichen Hintergründen und Krankheitsentstehungsmodellen. Die Patientinnen werden angeleitet und geschult, tägliche Ess- und Selbstbeobachtungsprotokolle zu führen, um Kontextbedingungen und Wirkfaktoren erkennen zu können. Die umfangreichen Dokumentationen werden sowohl in der Indikationsgruppe als auch im Einzelsetting und in der Ernährungsberatung besprochen. In diesem Rahmen formulieren die Patientinnen individuelle Ziele hinsichtlich einer Veränderung der Störungssymptomatik sowie der Entwicklung von Selbstfürsorge und Körperakzeptanz.

Je nach Zielhierarchisierung benennen die Patientinnen konkrete, übergeordnete Ziele hinsichtlich ihres essgestörten Verhaltens, ggf. auch mit Zielvorgaben für Ab-, Zunahme oder Erhaltung des Körpergewichts. In diesem Prozess lernen sie Selbstfürsorge und Körperakzeptanz.

Die Bereiche von Körpertherapie, Medizin, Ernährungsberatung 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.

Hierbei handelt es sich um eine halb-offene Gruppe, die einmal wöchentlich für bis zu 8 Patientinnen angeboten und von einer Diplomspsychologin geleitet wird (bei 13 verschiedenen Modulen sollten mind. 6 Teilnahmen à 90 Min. erfolgen, weitere möglich).

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

Begleiteter Mittagstisch:

Insbesondere bei bulimischen Verhaltensweisen nutzen Patientinnen den „Begleiteten Mittagstisch“ mit strukturierten zeitlichen Vorgaben von Ritualen bei der Nahrungsaufnahme, sodass zeitnahes Erbrechen nach der Nahrungsaufnahme unter Eigenkontrolle vermindert wird. Die einstündige Therapieeinheit bietet einen Rahmen, in Ruhe und Achtsamkeit die Mahlzeit

einzunehmen und dabei die eigenen Bedürfnisse und Empfindungen zu erspüren.

Hierbei handelt es sich um eine halb-offene Gruppe, die fünfmal wöchentlich für bis zu 5 Patientinnen angeboten und von einer Diätassistentin oder einer der Bezugstherapeutinnen begleitet wird (à 50 Min.).

Strukturiertes Essen:

Abhängig von der individuellen Zielsetzung wird zusammen mit der Patientin, der Diätassistentin und der Bezugstherapeutin ein tägliches oder wöchentliches Esskonzept für die Patientin erarbeitet, welches die individuelle Nahrungszusammensetzung und -quantität der einzelnen Mahlzeiten vorgibt. Auch hier dokumentiert und protokolliert die Patientin eigenes Vorgehen und Befindlichkeit und modifiziert ggf. ihr Esskonzept mit der Bezugstherapeutin.

Portioniertes Essen:

Je nach Indikation kann es unterstützend sein, eine klare Anleitung in der Portionierung der Nahrung zu bekommen. Bezugstherapeutin und Diätassistentin besprechen mit der Patientin die Zusammensetzung und Quantität von Nahrung aus dem Tagesangebot. Die Zuteilung der jeweiligen Portionen erfolgt durch die Küche.

4.4.1.22.1. Begleitete Lehrküche

Die Lehrküche findet grundsätzlich 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 Einzelberatung 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.

Hierbei handelt es sich um eine halb-offene Gruppe, die einmal wöchentlich für bis zu 4 Patientinnen angeboten und von einer Diät- und Diabetesassistentin (DDG), Fachkraft für Essstörungen (FZE) geleitet wird (mind. 3 Einheiten à 180 Min.).

4.4.1.22.2. Ernährungsberatung

Die Ernährungsberatung für an gesunder Ernährung Interessierte versteht sich als Ansprechpartnerin für alle ernährungsrelevanten Fragen, als Informationsvermittlerin und unterstützt und begleitet die Patientinnen bei der praktischen Umsetzung. Die Ernährungstherapie findet Anwendung bei Erkrankungen, die durch eine Fehlernährung verursacht oder mitverursacht wurden.

Die Ernährungstherapie wird im Rahmen der Behandlung von Menschen mit gestörtem Essverhalten, Anorexie, Bulimie sowie dem Binge-Eating-Syndrom durchgeführt.

Im Rahmen der Ernährungsberatung und –therapie werden zusätzliche Module angeboten:

- Lehrküchen für die Zubereitung kalter und warmer Mahlzeiten
- Lehrküchen mit dem Schwerpunkt „Backen“
- Projektarbeit mit Speisenherstellung
- Begleitung von Mahlzeiten
- Begleiteter Mittagstisch bei gestörtem Essverhalten
- Infoveranstaltungen zu Ernährungsthemen

4.4.1.23. Erziehungsfragen

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. Berufsausbildungen 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 Abhängigkeits-erkrankung sehr lange geheim zu halten 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 **Mitaufnahme des Kindes/der Kinder als Begleitkind/er** besondere Berücksichtigung. Hierbei sind die Pro-

bleme der Frauen, die Probleme der Kinder und die Mutter-Kind-Interaktion Therapieinhalte.

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

Bei der indikativen Gruppe für Erziehungsfragen handelt es sich um eine halb-offene Gruppe, die einmal wöchentlich für 8 bis 12 Patientinnen angeboten und von einer Sozialpädagogin mit Zusatzausbildung zur Systemischen Familientherapeutin geleitet wird (90 Min.). Darüber hinaus wird eine Gruppe für Mütter in Begleitung eines schulpflichtigen Kindes angeboten. Hierbei handelt es sich um eine halb-offene Gruppe von 8 bis 12 Teilnehmerinnen die von einer Sozialpädagogin geleitet wird (10 Einheiten à 60 Min.)

4.4.1.23.1. Zusätzliche Angebote für Frauen mit Kindern

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

- Eine pädagogisch geleitete Gruppe für Erziehungsfragen
- Pädagogische/therapeutische Einzelgespräche
- Pädagogisch angeleitete Aktivitäten
- Kreativ-gestalterische Arbeit mit Mutter und Kind
- Therapeutisches Reiten Mutter-Kind
- Unterstützung bei der Bewältigung von Alltagsproblemen
- Beratung für Mütter von Schulkindern
- Hilfestellung zur Freizeitgestaltung mit Kindern
- Kindergarten
- Gestaltungstherapeutische Gruppe mit den Müttern
- Therapeutisches Reiten Mutter-Kind

- Individuelle Förderungen wie z.B. Ergotherapie, Sprachheilbehandlung oder Krankengymnastik (erfolgt über die örtlichen Krankengymnastikpraxen)
- Pädagogisch-therapeutisches Gesprächsangebot für Mutter und Kind
- Reiten für Schulkinder

Darüber hinaus besteht das Angebot zu familientherapeutischen Gesprächen.

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.

4.4.1.24. Lebens- und Freizeitgestaltung

Jahrelanger Alkohol-, Drogen oder Medikamentenkonsum geht bei Frauen häufig einher mit Schuld- und Schamgefühlen und einer Minderung des Selbstwertgefühls und der Selbständigkeit, was oft zu sozialer Isolation und sozialem Rückzug führt.

Andererseits ist das Problem vieler Patientinnen der Umgang mit unstrukturierter Zeit. Suchtmittelkonsum ist nicht selten eine fehlgeschlagene Copingstrategie zum Füllen der Leere und eine Ritualisierung des Alltags.

Die Lebensgestaltungsgruppe findet einmal pro Woche (mind. 90 min) in der jeweiligen Bezugsgruppe ohne Therapeuten statt.

In dieser Gruppe erarbeiten sich die Patientinnen Möglichkeiten, ihre freie Zeit ohne Suchtmittel zu gestalten und zu genießen. Sie spüren, dass sich selbst gewählte und selbst organisierte Aktivitäten positiv auf ihr Gemüt und ihre Stimmung auswirken. Die Patientinnen sammeln Ideen zur Gestaltung von Alltag und freier Zeit. In einem anfänglichen Gedankenaustausch entdecken und erkennen die Frauen ihre eigenen Interessen, fördern die Beziehung und Kommunikation untereinander und setzen dies in ein gemeinsames Tun um. Auf diese Weise lernen sie, ihre Wünsche und Bedürfnisse wahrzunehmen, zu formulieren, zu überprüfen und gegebenenfalls gemeinsam zu korrigieren.

Über den Gruppenverlauf wird jedes Mal von einer anderen Patientin ein kurz gefasstes Protokoll erstellt. Nach jeweils sechs Gruppenstunden legt die Gruppe sich Rechenschaft ab, ob sie mit dem Verlauf der Planung und Durchführung ihrer Arbeit zufrieden ist. Die Bezugstherapeutin liest regelmäßig die Protokolle und gibt ein Feedback. Falls sie oder die Frauen es für notwendig halten, wird die Gestaltungsgruppe und ihr Verlauf in der Gruppentherapie thematisiert.

Über diesen Rahmen hinaus finden Feste statt, die unter dem Motto „Feiern ohne Drogen“ stehen. Eigeninitiative beim Organisieren und Durchführen von weiteren Freizeitaktivitäten, Festen und Tanzveranstaltungen wird von uns befürwortet und unterstützt.

4.4.2. Soziale Rehabilitation

Der Fachbereich Soziale Rehabilitation hat es sich zum Ziel gesetzt, den Patientinnen dabei zu helfen, während der gesamten Therapiezeit an der Vorbereitung einer stabilen sozialen und beruflichen Zukunftsperspektive zu arbeiten. Wichtig ist es, dass es gelingt, Ängste vor einer Zukunft ohne Suchtmittel abzubauen und stattdessen aufzuzeigen, dass eine zufriedene Abstinenz möglich sein wird.

Durch den Fachbereich Soziale Rehabilitation werden unsere Patientinnen während ihres Klinikaufenthaltes engmaschig unterstützend begleitet, so dass sie nach regulärer Beendigung Ihrer Rehabilitationsmaßnahme in ein gesichertes Umfeld zurückkehren können oder sich ein neues sicheres Umfeld haben aufbauen können.

Die Schwerpunkte der Arbeit richten sich nach der Lebenssituation der Patientin zum Zeitpunkt der Aufnahme. Nach einer gründlichen ersten Besprechung während der Aufnahmewoche wird die weitere Bearbeitung der anstehenden Themen durch Einzeltermine und Informationsveranstaltungen geplant und während der gesamten weiteren Behandlungszeit fortgesetzt.

Häufig erfolgt zunächst eine Unterstützung bei der Existenzsicherung, wie z.B. Beantragung von Geldern bei den Leistungsträgern (Jobcenter oder Sozialamt etc.), die Klärung des Krankenversicherungsschutzes oder die Bearbeitung von drängenden Schuldenfragen.

Sobald die wichtigsten existentiellen Fragen bewältigt sind, beginnt die Vorbereitung verbesserter Lebensbedingungen für die Zeit nach dem Klinikaufenthalt. Die Patientin sollte dann in der Lage sein, ihr neu gelerntes Wissen, die erlernten Techniken und Methoden in ihrem Alltag umzusetzen, um auf Dauer ihre Abstinenz zufrieden aufrecht zu erhalten.

Der Sozialdienst bearbeitet folgende Themenschwerpunkte:

- Leidensgerechte berufliche Wiedereingliederung und / oder Sicherung des Arbeitsplatzes
- Klärung der Wohnsituation
- Einleitung ambulanter und stationärer Nachsorgeangebote
- Im Rahmen der Möglichkeiten Hilfe bei der Klärung juristischer Sachverhalte
- Unterstützung der Teilhabe behinderter Menschen am gesellschaftlichen Leben
- Schuldenregulierung

Um Lösungen für die individuellen Probleme finden zu können, erfolgt unter Einbeziehung der Patientin eine Vernetzung mit allen für sie wichtigen Stellen. Termine werden koordiniert. Es ist uns wichtig, bereits während des Aufenthaltes in der Klinik Kontakte zu den nachsorgenden Institutionen (z.B. Suchtnachsorgeeinrichtung, Adaptionseinrichtung, Jobcentern, Beruflichen Integrationsangeboten etc.) herzustellen, leidensgerechte Unterstützungs-Angebote zu

erschließen, die entsprechenden Anträge auf den Weg zu bringen und die Patientinnen zur Kontaktaufnahme mit nachsorgenden Organisationen zu motivieren, zu begleiten und zu unterstützen. Jede Patientin soll die Klinik mit einer sorgfältigen Vernetzung für die erste Zeit zu Hause verlassen und wissen, wann, wo und mit wem geht die Hilfe weiter.

Wir stehen in engem Kontakt mit Suchtberatungsstellen, Adaptionen, Betreuten Wohngemeinschaften, gesetzlichen Betreuern, Bewährungshilfen, Jobcentern, Ämtern für Jugend, Familie und Soziales und vielen anderen unterstützenden Kooperationspartnern. Diese bereits oft im Vorfeld der Therapie involvierten Stellen sind sehr hilfreich bei der Umsetzung geplanter nachsorgender Maßnahmen. Gerne begrüßen wir diese auch zu Gesprächen in der Klinik oder vermitteln den Patientinnen bereits während der Therapiezeit erste Gespräche vor Ort.

Ziel ist es, mit unseren Patientinnen gemeinsam die bestmögliche Rahmenbedingungen für eine zufriedene abstinenten Zukunft zu schaffen.

4.4.3. Gesundheitstraining und Wissensvermittlung

4.4.3.1. Vorträge und Wissensvermittlung

Zusätzlich zu den Informationen in den Bezugsgruppen, der medizinischen Sprechstunde und/oder im Einzelsetting findet einmal wöchentlich für alle Patientinnen eine Informationsveranstaltung statt, breitgefächert nach allen lebensrelevanten Themen, in Bezug gesetzt zu Abhängigkeitserkrankungen sowie deren Entstehungsmechanismen aus medizinischer, psychologischer und sozialer Sicht. Dies ist ebenso der Rahmen für die ausführliche Information zu weiterführenden Unterstützungsmöglichkeiten im Rahmen der Sozialen Reha.

Das Ansprechen der Patientinnen auf kognitiver Ebene soll das Interesse und die Motivation erwecken, sich weiter mit diesen Themen auseinanderzusetzen. Dabei sind allgemeingültige Informationen nicht nur hilfreich um Verständnis für die eigene Suchtentwicklung zu gewinnen, sondern auch entlastend.

4.4.3.2. Workshops

Themenzentrierte Workshops dienen der Ressourcenförderung, erlauben die Entwicklung gemeinschaftsfördernder Aktivitäten und helfen der einzelnen Patientin, sich zu erproben und sich mit ihren Stärken und Schwächen, therapeutisch begleitet, zu zeigen. Häufig erleichtert es den Einstieg in die therapeutische Auseinandersetzung mit dem eigenen Selbstbild und den sozialen Kompetenzen.

Workshop „Essen und Genießen“:

Viele Patientinnen haben aufgrund ihrer Abhängigkeitserkrankungen und auch unter dem Einfluss der Werbung, ihre Ernährung vernachlässigt, sich kaum Zeit genommen, um sich gesund zu ernähren und das Essen auch zu

genießen. Aus diesem Grund entwickelten wir diesen zweitägigen Workshop, der zwei Mal pro Jahr stattfindet.

Im Rahmen dieses Workshops haben die Patientinnen die Möglichkeit, sich mit Unterstützung und Anregungen unserer Ernährungsberaterin und dem Küchenpersonal mit dem Thema „Essen und Genießen“ auseinanderzusetzen. Sie können wieder ein Gefühl für die Menge, das Würzen, das Schmecken und Riechen und auch den sauberen Umgang mit Lebensmitteln entwickeln. Sie fangen wieder an, mit Küchengeräten umzugehen und diese einzusetzen und Spaß am Kochen zu entwickeln.

Die Patientinnen werden in „Arbeitsgruppe“ und „Gäste“ geteilt. Die Arbeitsgruppe sorgt für die Gestaltung des Mittagessens und lädt die andere Gruppe zum „Essen und Genießen“ ein. Am nächsten Tag wechseln die Gruppen ihre Rollen.

Die „Arbeitsgruppe“ sammelt zuerst im Brainstorming Ideen und Wünsche: Wie viele Personen werden eingeladen? Welche Menge an Essen wird benötigt? Unter welchem Motto wird der Workshop-Tag stehen? Was wird gekocht, wie sehen die Einladungen aus, wie wird die Tischdekoration gestaltet?

Danach wird die Arbeit innerhalb der Gruppe verteilt. Es wird viel Wert gelegt auf Kommunikation, Teamarbeit und angenehmes Beisammensein wie auch ein gemütliches Ambiente und eine gute Atmosphäre.

Das Ziel des Workshops ist es, zu zeigen, dass es nicht genug ist, dass wir um gesundheitliche Risikofaktoren wissen, sondern dieses Wissen sollte Bestandteil eines Lebensstiles der genussvollen Gefühlslagen sein. Die Patientinnen können lernen, dass Gesundheitsverhalten Freude machen kann, Erfolgserlebnisse vermittelt, Alltagsstressoren bewältigen hilft, Alltagsfreuden fördert sowie zentrale Bedürfnisse der Lebensqualität befriedigt.

Gesundheitsverhalten darf nicht Askese durch genusslose, verkrampfte, strenge Diätverordnung sein. Die Patientinnen lernen, die Basis allen Wohlbefindens und aller Lebensqualität ist die Harmonie von Gesundheit und Genuss.

Während dieses Workshops lernen die Frauen die Vorteile des Genießens bei sich selbst wahrzunehmen und festzustellen, z.B. durch

- Verbesserung ihrer Stimmung
- Stärkung des Selbstbewusstseins
- Anregung des persönlichen Antriebes und Leistungsniveaus
- Entspannung und damit Stressabbau und Stressprävention
- Unterstützung bei der Bewältigung von negativen Stimmungslagen und Problemen
- Lebensfreude

- Gesteigerte, mitmenschliche Aufgeschlossenheit und Freundlichkeit, was gegen depressive Befindlichkeiten wirksam ist

Dieser Workshop soll den Frauen bei der Suche nach verlorener oder nie gelernter Genussfähigkeit behilflich sein. Die Teilnehmerinnen bekommen Informationen über den Einkauf und das Kochen mit Lebensmitteln ohne Alkohol, über gesunde Ernährung.

Durch Genießen und Verbessern ihres eigenen körperlichen Wohlbefindens und Sich-Verwöhnen-Lassen, erfahren die Frauen bei diesem Workshop Zuwendung und Unterstützung der anderen anzunehmen.

4.4.4. Einbeziehung von Angehörigen

Wir legen großen Wert auf die Einbeziehung wichtiger Bezugspersonen in die Therapie, da eine enge Verbindung zwischen Abhängigkeitserkrankungen und interpersonellen Beziehungen besteht. Sowohl die kommunikative und emotionale Umgangsweise, als auch die Rollenverteilung innerhalb der Beziehung, werden durch Suchterkrankungen beeinflusst und können gleichzeitig aufrechterhaltend auf die Abhängigkeit wirken. In einem Bedingungsgefüge, in dem lediglich die Abhängige als Indexpatientin der Familie sich in Therapie begibt, das Umfeld jedoch meist unverändert bleibt, stoßen einseitige Veränderungen häufig auf Widerstand.

Die therapeutische Arbeit mit Angehörigen unterteilt sich in:

- Angehörigenseminare
- Paar- und Familiengespräche

Nach einer intensiven Klärungsphase im Rahmen der Bezugstherapie wird die Möglichkeit zur sinnvollen Einbeziehung von Angehörigen erörtert und dem Wunsch der Patientin entsprechend veranlasst. Besonderheiten im Zusammenhang mit zurückliegender Gewalterfahrung und Traumatisierung wird dabei Rechnung getragen.

Wir veranstalten regelmäßig 3-tägige Angehörigenseminare.

Anhand der täglichen Vorträge während des Seminars erhalten die Patientin und ihre Angehörigen Informationen über Suchterkrankungen, Abhängigkeit und Familie, Rückfallprophylaxe und Rückfallbewältigung sowie Folgeerkrankungen der Sucht. Die Angehörigen bekommen zudem Einblick in den Ablauf der Therapie, erleben die Atmosphäre in der Klinik und können sich untereinander austauschen.

Im Rahmen dieses Seminars können die Teilnehmerinnen über ihre Bedürfnisse, Wünsche und Ängste miteinander reden, Konflikte thematisieren und gemeinsam geeignete Lösungsstrategien suchen.

Weiterer Bestandteil des Seminars ist die Vorbereitung auf die Zeit nach der Therapie. Wichtige Themen sind dabei die Eigenständigkeit der Patientin, um altes dysfunktionales Verhalten und Unsicherheiten nicht zu fördern, das Packen

eines „Notfallkoffers“ zur Rückfallprävention und Rückfallbewältigung sowie die Entwicklung neuer gemeinsamer Zukunftsperspektiven.

Über das Angehörigenseminar hinaus besteht während der gesamten Therapie-dauer die Möglichkeit zu Paar- und Familiengesprächen.

Je nach den individuellen Bedürfnissen der Patientinnen bieten wir Gespräche zur Klärung problematischer Beziehungskonstellationen in der Herkunftsfamilie an. Paar- und Familiengespräche werden in Einzelgesprächen vorbereitet und nach den individuellen Bedürfnissen der Patientinnen initiiert.

In den Paargesprächen können auch Themen mit sensiblem Inhalt und intime Fragen bearbeitet werden.

Ziele der Paar- und Familiengespräche können sein:

- Familien- und Beziehungsdiagnostik
- Kennenlernen und Würdigung der Familienressourcen
- Kennenlernen der problemstabilisierenden Muster
- Abklärung der Bedeutung der Abhängigkeit in der Beziehung
- Vereinbarung der Veränderungsvorhaben und Ziele
- Förderung der Unterstützungsbereitschaft der Angehörigen
- Entwicklung von Maßnahmen zur Erhaltung der neu gelernten Methoden und Techniken im Umgang miteinander

4.5. Entlassungsmanagement

Die Abschlussuntersuchung der Patientin bei der ärztlichen Leitung findet eine Woche vor dem regulären Entlassungstermin statt. Orientierend erfolgt eine allgemeine körperliche Untersuchung, die die Grundlage für das Sozialmedizinische Gutachten (Leistungsvermögen und Arbeitsfähigkeit) darstellt.

In diesem Gespräch werden die im Verlauf der Therapie erhobenen Befunde, die weitere Entwicklung und das Behandlungsergebnis, Themen die bereits während der Behandlung mit der Patientin mehrfach besprochen worden sind, zusammengetragen und eingeschätzt.

Das quantitative Leistungsvermögen, sowohl bezogen auf den bisher ausgeübten Beruf als auch auf den allgemeinen Arbeitsmarkt sowie die qualitativen Einschränkungen, werden mit der Patientin besprochen und im Entlassungsbericht dokumentiert.

Eine Verlängerung der Behandlung kann in Betracht gezogen werden, wenn die Therapieziele in der genehmigten Behandlungszeit nicht erreichbar sind oder im Verlauf neue Erkenntnisse und weitere Diagnosen eine längere Behandlungszeit erfordern.

Eine Verkürzung der Behandlung kann angezeigt sein,

- wenn die Patientin ihre Behandlungsziele bereits früher als vorgesehen erreicht,
(regulär)
- wenn die Rehafähigkeit wegen Auftretens neuer Beschwerden oder akuter Krankheiten nicht mehr gegeben ist und/oder die Patientin die notwendige körperliche und psychische Belastbarkeit für die Reha-Behandlung nicht aufweist und dadurch eine Fortsetzung der Behandlung nicht erfolgversprechend ist,
(auf ärztliche Veranlassung)
- wenn ein Teil der Behandlungsziele erreicht worden ist, und die Patientin nachvollziehbar, aus zwingenden persönlichen Gründen und in gegenseitigem Einvernehmen die Reha beenden möchte,
(vorzeitig mit ärztlichem Einverständnis)
- wenn die Patientin die Behandlung abbricht,
(vorzeitig ohne ärztliches Einverständnis)
- wenn die Patientin gegen die Grundregeln der Behandlung (z.B. Diebstahl, Gewalt) verstoßen hat oder mit ihrem Verhalten den Therapieverlauf nachhaltig in Frage stellt;
(disziplinarische Entlassung)
- wenn die Patientin auf ärztliche Veranlassung in eine andere Einrichtung verlegt wird, weil dort geeignete Voraussetzungen für eine notwendige Behandlung vorhanden sind.
(Verlegung)

4.6. Notfallmanagement

Eine Richtlinie regelt die Vorgehensweise bei einem eventuell eintretenden Notfall, so dass jede Mitarbeiterin genau weiß, was sie in solchen Situationen zu tun hat, damit eine sofortige Hilfe und Behebung der Notfallsituation erfolgt. Eine Notfallpatientin ist dadurch definiert, dass sie sich (z. B. wegen einer Bewusstseinsstörung oder einer Störung der vitalen Funktionen oder aufgrund eines traumatischen Ereignisses) in einer Lage befindet, in der sie sich selbst nicht mehr helfen kann. Die Richtlinie zeigt auf, wie die Notfallsituation gehandhabt werden soll.

Verantwortlich ist die medizinische Leitung; zuständig sind alle Mitarbeiterinnen, die mit einem Notfall konfrontiert werden. Im speziellen Fall liegt die Zuständigkeit bei der medizinischen Leitung und dem Pflegepersonal.

Ein Notruf kann von einer betroffenen Patientin oder eine Beobachterin durch das Drücken eines Notfallknopfes oder durch einen Notruf am Telefon ausgelöst werden. Diese Notfalleinrichtungen sind in allen Räumen schnell erreichbar. Der Notruf geht beim Pflegepersonal ein, das im Falle der telefonischen Notfallmeldung die dringendsten Fragen: „Wer-Wo-Was?“, sofort klärt und die Notfallkaskade auslöst. Wird der Notfallknopf gedrückt, so beginnt die Notfallkaskade unmittelbar.

Diese umfasst den Anruf bei der medizinischen Leitung im Hause, das Ergreifen des Notfallkoffers, des tragbaren Telefons sowie das sofortige Aufsuchen der Patientin am Ort des ausgelösten Notrufs.

Am Ort des Geschehens werden die Vitalwerte der Patientin kontrolliert und falls notwendig beginnt das medizinische Personal mit der Reanimation. Gleichzeitig wird der Rettungsdienst alarmiert.

Bis zum Eintreffen des Notarztes wird die Patientin gemäß Notfallplan reanimiert. Der Rettungswagen wird an den Eingang der Klinik geleitet, der dem Notfall am nächsten liegt.

Der Notfallärztin oder Rettungssanitäterin werden die notwendigen medizinischen Unterlagen der Patientin ausgehändigt, unsere ärztliche Leitung informiert telefonisch über das Geschehen und das Eintreffen einer Notfallpatientin im zuständigen Krankenhaus und informiert sich während des Krankenhausaufenthaltes der Patientin über den weiteren Krankheitsverlauf.

4.7. Angaben zur Hygiene

Das Hygienekonzept der Fachklinik Altenkirchen vom 03.01.2017 (aktualisierte Fassung vom 01.11.2018) legt die innerbetrieblichen Verfahrensweisen des hygienischen Qualitäts-Managements verbindlich fest.

Die jeweils erforderlichen hygienischen Maßnahmen als tätigkeitsbegleitende Qualitätsmerkmale in Betreuung, Diagnostik und Therapie sind abgestimmt mit der ärztlichen Leitung der Klinik sowie den therapeutischen Leitlinien unserer Einrichtung. Sie gelten für die gesamte Klinik und sind auch so umzusetzen. Die Risikoanalyse vor Ort bestimmt das Ausmaß der jeweiligen hygienischen Anforderungen in den verschiedenen Arbeitsbereichen.

Jeder bereichsbezogene Hygieneplan ist eingebettet im Hygienemanagement der Klinik. Die hygienischen Maßnahmen sichern den Qualitätsstandard auch bei Personalwechsel in allen Bereichen.

Die erforderliche laufende Überprüfung und Optimierung des Hygienemanagements findet im Rahmen der Überprüfung der Leitlinien und Standards, der Praktikabilität und Effizienz alljährlich unter Mitwirkung des Hygieneteams in enger Verbindung mit der Hygienekommission, der Klinikleitung sowie der medizinischen Leitung statt.

Eine jährliche klinikbezogene Schulung und Fortbildung unterstützt und gewährleistet die Umsetzung der Anforderungen des Hygienekonzepts durch das Personal.

Die arbeitsmedizinische Betreuung nach ASiG und DGUV erfolgt durch die DEKRA Automobil GmbH, Niederlassung Köln, Hugo-Eckner-Str. 26, 50829 Köln.

5. Dokumentation

Beginnend mit dem Tag der Aufnahme der Patientin ist sicherzustellen, dass eine zeitnahe und kontinuierliche Erhebung, Pflege und Eingabe der Daten (Handakte sowie im Patientinnen-Dokumentationssystem „PADO“) erfolgt. Der Aufnahmebericht (PADO) sollte binnen zwei Wochen erstellt werden.

Bei Entlassung nimmt die Patientin einen Kurzarztbrief mit den wichtigsten medizinischen und therapeutischen Informationen mit. Dieser wird, bei regulärer Entlassung, bis zum Vortag der Entlassung erstellt. Bei vorzeitiger Behandlungsbeendigung wird dieser, bei bestehender Medikation, am Entlassungstag erstellt.

Wünscht die Patientin die Übermittlung des ausführlichen Entlassungsberichtes an Hausärztin, Therapeutin oder andere, bedarf es der vorherigen Entbindung von der Schweigepflicht.

Der ausführliche Abschlussbericht (bei regulärer Entlassung oder vorzeitiger Entlassung mit Aufenthalt ab 4 Arbeitstagen, wobei Aufnahme- und Entlassungstag zusammen als ein Tag gelten) sollte 3 Tage nach Entlassung der Patientin in der Verwaltung vorliegen und nach den Richtlinien der Deutschen Rentenversicherung (Peer Review) erstellt sein. Im Falle vorzeitiger Therapiebeendigung mit einer Aufenthaltsdauer von höchstens 3 Arbeitstagen (wobei Aufnahme- und Entlassungstag zusammen als ein Tag zu werten sind), wird ein kurzer Freitext-Abschlussbrief mit „Deckblättern“ (Blatt 1, 1a und 1b) bis maximal 3 Tage nach Entlassung erstellt.

Der Verlängerungsantrag sollte 4 Wochen vor dem erstgenannten Entlassungsdatum der Patientin in der Verwaltung vorliegen und nach den Richtlinien der Deutschen Rentenversicherung erstellt sein. Der Adaptions-/Nachsorge-Antrag sollte 4 (bei Adaption) bzw. 8 Wochen (bei stat. Nachsorge) vor dem voraussichtlichen Entlassungsdatum der Patientin in der Verwaltung vorliegen und nach den Richtlinien der Deutschen Rentenversicherung erstellt sein.

Es findet eine Kontrolle des Gesamtberichts durch die Therapeutin samt den co-therapeutischen Berichten auf Inhalt, Textverständlichkeit und Schreibweise sowie Kohärenz des Gesamtinhaltes statt. Bei Rückfragen/Unklarheiten erfolgt eine Feinabstimmung mit der ärztlichen Leitung bzw. den Mitschreiberinnen. Dies geschieht bis spätestens dem 6. Tag nach Entlassung der Patientin. Die komplette Handakte der Patientin geht spätestens jetzt auch mit in die Verwaltung zum Mit-ablegen in der Hauptakte der Patientin.

Der Bericht ist bis zum 10. Werktag nach der Entlassung der Patientin durch das Schreibbüro an die Kostenträger etc. zu versenden.

Sonderformen des Berichtswesens, z.B. für Gerichte oder Jugendämter, können nur auf Nachfrage dieser Institutionen und nur mit vorliegender Schweigepflichts-entbindung der Patientin als Kurzbericht versandt werden.

6. Angaben zum Datenschutz

Zur Erfüllung der Datenschutzrichtlinien orientieren wir uns an den Empfehlungen zum Datenschutz in Rehabilitationseinrichtungen der Deutschen Rentenversicherung (Stand 25.09.2017).

Es besteht die Verpflichtung zur Wahrung des Datengeheimnisses, diese ist Bestandteil der Arbeitsverträge und somit jeder Mitarbeiterin bekannt gemacht. Für die Belange des Datenschutzes ist eine Mitarbeiterin zur Datenschutzbeauftragten der Klinik benannt und geschult worden. Zu den Aufgaben der Datenschutzbeauftragten gehören die Information und Schulung der Mitarbeiterinnen über den aktuellen Stand und notwendige Maßnahmen zum Schutz von personenbezogenen, medizinischen und Sozialdaten. Hierzu wird am Jahresanfang ein Schulungsplan erstellt, die einzelnen Abteilungsleitungen sind verantwortlich, dass jede Mitarbeiterin an diesen Schulungen teilnimmt und im Schulungspass dokumentiert ist.

7. Qualitätssicherung

Als Leistungserbringer der med. Rehabilitation sind wir gesetzlich zur Sicherung und Weiterentwicklung unserer Leistungen verpflichtet, Grundlage hierfür ist §20 SGB IX.

Unsere Rehaklinik ist gemäß den Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung nach DIN EN ISO 9001:2015 zertifiziert. Jährlich erfolgt ein Überwachungsaudit (TÜV Rheinland) und alle 3 Jahre eine Rezertifizierung, dadurch können wir einen hohen Standard in der medizinisch-therapeutischen Rehabilitation beibehalten und permanent verbessern. Die Zertifizierung entspricht den BAR-Richtlinien (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation). Wir beachten die Empfehlungen für eine leitliniengerechte Behandlung in den Reha-Einrichtungen. Außerdem messen wir unsere Personalstandards sowie Konzept-, Programm- und Strukturqualität unserer Einrichtung an den veröffentlichten Standards der Deutschen Rentenversicherung. Durch die wirksame Anwendung des Systems einschließlich der Prozesse zur ständigen Verbesserung und zur Verhinderung von Fehlern wird die Zufriedenheit der Patientinnen und anderer Partner erreicht.

Die in unserem Hause für die Anwendung der Maßgaben des Qualitätsmanagements zuständige Mitarbeiterin verfügt über die Ausbildung zur Qualitätsbeauftragten (TÜV), welche sie zum Aufbau eines QM-Systems nach DIN EN ISO 9001 sowie der Organisation der Qualitätstätigkeiten und Auditierung befähigt.

Unsere Einrichtung hat ein Basisdokumentationssystem (PADO), das den gängigen Standards in der Rehabilitation von Suchtkranken entspricht. Dieses ermöglicht eine kontinuierliche, umfassende und wissenschaftlich nachvollziehbare Erfassung der Therapieleistungen und des Behandlungserfolges.

Nach Entlassung wird zu jeder Patientin der Kerndatensatz des Fachverbandes Sucht (Sedos) erhoben. Die vollständigen Erhebungsdaten eines Jahres werden bis zum 31.03. des Folgejahres an den Fachverband Sucht übermittelt, zeitgleich erfolgt die Übermittlung des Kerndatensatzes an die DSHS (Die Deutsche Suchthilfestatistik).

Des Weiteren haben wir ein Katamnesesystem installiert (Befragung der ehemaligen Patientinnen ein und vier Jahre nach Entlassung). Mit diesem Instrument können wir Aussagen über die Wirksamkeit unserer Therapie im Einzelfall bewerten.

Die Qualität unserer Arbeit umfasst selbstverständlich auch die regelmäßige interne- und externe Team- und Fallsuperversion sowie die ständige Fort- und Weiterbildung aller Mitarbeiter unserer Reha-Klinik.

8. Abkürzungsverzeichnis

ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom
ADL	Aktivitäten des täglichen Lebens
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
BDI	Beck-Depressions-Inventar
BMI	Body-Mass-Index
BPI	Borderline- Persönlichkeits-Inventar
BPS	Borderline-Persönlichkeitsstörung
BSI	Borderline-Symptomliste
BSL	Borderline – Symptomliste
BtMG	Betäubungsmittelgesetz
bzw.	Beziehungsweise
DDG	Deutsche Diabetes Gesellschaft
DBT	Dialektisch-Behaviorale Therapie
DBT-S	Dialektisch-Behaviorale Therapie-Sucht
DCS	Diagnosticum für Cerebralschädigung
DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen
DIB	Diagnostisches Interview für das Borderlinesyndrom
DIPS	Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen
DRK	Deutsches Rotes Kreuz
DSHS	Die Deutsche Suchthilfestatistik
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSM-V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [Med.]
einschl.	Einschließlich
EKG	Elektrokardiogramm [Med.]
etc.	et cetera [lat.: »und so weiter«]
ETI	Essener Trauma-Inventar
evtl.	Eventuell
FDS	Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen
FZE	Frankfurter Zentrum für Essstörungen
ggf.	Gegebenenfalls
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HAWIE-R	Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Erwachsene
HIV	Human Immundeficiency Virus [Aidserreger]
ICD-10	International Classification of Diseases
ICE	InterCityExpress [Bahn]
ICF	International Classification of Functioning
IDA	Interdisziplinäre Altersmedizin
IDCL-P	Internationale Diagnosen Checkliste für Persönlichkeitsstörungen
inkl.	Inklusive
IPDE	International Personality Disorder Examination
I-S-T	Intelligenzstrukturtest
KIDS 3	Kinder-Diagnostik-System
MBSR	Mindfulness Based Stress Reduction
MI	Motivational Interviewing
Min.	Minuten
MMST	Mini-Mental Status Test
MWT	Mehrfach-Wortschatz-Intelligenztest
o. Ä. / o.ä.	oder Ähnliches / oder ähnlich
PADO	Patientendokumentationssystem (Navacom)

PC	Personalcomputer
PHQ-D	Patient Health Questionnaire
PITT	Psychodynamisch Imaginative Trauma Therapie
PMR	Progressive Muskelrelaxation
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
Reha	Rehabilitation
S.	Seite
SCL	Symptomcheckliste
SEDOS	Suchterhebungsdokumentationssystem
SGB	Sozialgesetzbuch
SKID	Strukturiertes Klinisches Interview für DSM
THC	Tetrahydrocannabinol
TÜV	Technischer Überwachungsverein
u. a.	unter anderem
u. v. m.	und vieles mehr
UHV	Unterhaltsvorschuss
usw.	und so weiter
WC	water-closet [engl.]
z. B.	zum Beispiel

9. Literaturverzeichnis

- Assem-Hilger, E., Jungwirth, S., Weissgram, S., Kirchmeyr, W., Fischer, P. & Barnas, C. Benzo-diazepine use in the elderly: an indicator for inappropriately treated geriatric depression?. Int J Geriatr Psychiatry, (2009).
- Baltruschat, N., Klein, M. & Geissner, E. Essstörung von Töchtern als Folge von elterlichem Alkoholismus. Suchttherapie (2009).
- Beck, A.T. & Freemann, A. et al (1995). Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen. 3. Auflage Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (Hrsg. Hautzinger, M.). Kognitive Therapie der Depression. 7. Auflage Weinheim: Julius Beltz (2013).
- Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F. & Liese, B.S. (Hrsg. Lindenmeyer, J.). Kognitive Therapie der Sucht Weinheim: Psychologie Verlags Union (1997).
- Benkert, O. & Hippus, H., Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie. 10., vollständig überarbeitete Auflage. Berlin: Springer (2014).
- Bestmann, A., Büschges, J., Köhler, J.: „Return to work“ bei stoffgebundenen Abhängigkeits-erkrankungen nach medizinischer Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung. SuchtAktuell, 24, (2017).
- Bodenmann, G. Klinische Paar- und Familienpsychologie. Göttingen: Hogrefe (2016; 2. Aufl.).
- Braun, B., Künzel, J., Specht, S., Dauber, H.: Jahresstatistik 2015 der professionellen Sucht-krankenhilfe. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht, 2017. Lengerich, Pabst (2017).
- Brisch, K.H. (Hrsg.): Bindung und Sucht. Stuttgart: Klett-Cotta (2013).
- Cramer, T., Funke, W. & Garbe, D., Selektive Indikation für Entwöhnungsprogramme. Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.) Rehabilitation Suchtkranker – mehr als Psychotherapie. Geesthaacht: Neuland (2001).
- DHS Jahrbuch Sucht 2017. Lengerich, Westf.: Pabst Science Publishers (2017).
- Egle, U.T. & Eckler-Egle, M.-L., Psychogene Störungen in der Neurologie. Dissoziative und Konversionsstörungen. Psychotherapeut (1998).
- Feuerlein, W., Kufner, H. & Soyka, M. (1998). Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit: Entstehung – Folgen – Therapie. 6., überarbeitete u. erweiterte Auflage Stuttgart: Thieme (2008).
- Fiedler, P., Verhaltenstherapie in und mit Gruppen. Weinheim: Beltz (1996).
- Firus, C., Schleier C., Geigges, W. & Reddemann, L., Traumatherapie in der Gruppe. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag (2012).
- Fischer G., Neue Wege aus dem Trauma. Erste Hilfe bei schweren seelischen Belastungen. Schweiz, Olten: Walter Verlag (2003).
- Funke, W., Rückfall während stationärer Suchtrehabilitation: Herausforderung für die Beziehungsgestaltung. Sucht 48 (2002).
- Glaeske, G., Jahrbuch Sucht 2017. Lengerich, Westf.: Pabst Science Publishers (2017).

- Gomes de Matos, E.G., Atzendorf, J., Kraus, L. & Piontek, D., Substanzkonsum in der Allgemeinbevölkerung in Deutschland – Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys (2015), Sucht, Hogrefe AG (2016).
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F., Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe (1994).
- Grawe, K., Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe, Verlag für Psychologie, Auflage 2 (2000).
- Henkel, D., Zemlin, U. (Hrsg.): Arbeitslosigkeit und Sucht. Frankfurt: Fachhochschulverlag (2009).
- Herman, J., Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden. Paderborn: Junfermannverlag (2006).
- Hiemke, C. & Eckermann, G. (2014). Kombinationstherapie/ Polypharmazie – Interaktionen von Psychopharmaka. Arzneimitteltherapie, Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Stuttgart (2014).
- Hinsch, R. & Pflingsten U. Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK). Grundlagen, Durchführung. 6. Auflage Weinheim: Julius Beltz (2015).
- Hoefl, S. & Schneider, S. (2011). Rauchen während der Schwangerschaft. Suchttherapie 12(3) (2011).
- Hoffmann, F. Hies, M. & Glaeske, G., Regional variations of private prescriptions for the non-benzodiazepine hypnotics zolpidem and zolpiclone in Germany. Pharmacoepidemiol Drug Saf., (2013).
- Hoffmann, F., Glaeske, G. & Scharffetter, W., Zunehmender Hypnotikaverbrauch auf Privat-rezept in Deutschland. Sucht (2006).
- Huber, M., Der innere Garten. Ein achtsamer Weg zur persönlichen Veränderung. Paderborn: Junfermannverlag (2006).
- IMS Health. DPM – Der pharmazeutische Markt Deutschland 2015. Statistik über Human-Arzneimittel-Einkäufe öffentlicher Apotheken. Frankfurt am Main (2016).
- John, U., Veltrup, C., Driessen, M., Wetterling, T. & Dilling, H., Motivationsarbeit mit Alkoholabhängigen. Freiburg: Lambertus (2000).
- Kanfer, F.H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. Selbstmanagement-Therapie: Ein Lehrbuch für die klinische Praxis. 3. Überarbeitete Auflage Berlin: Springer (2000).
- Klein, M. (Hrsg.). Kinder und Suchtgefahren: Risiken – Prävention – Hilfen. Stuttgart: Schattauer (2008).
- Klein, M., Kinder aus suchtbelasteten Familien. Im Dunkelfeld von Versorgung, Bildung und Qualifizierung, Sozial Extra 42(1) (2008).
- Klein, M. Kinder aus suchtbelasteten Familien. In R. Thomasius & U. J. Küstner (Hrsg.), Familie und Sucht. Grundlagen, Therapiepraxis, Prävention. Stuttgart: Schattauer (2014).
- Klein, M., Kinder drogenabhängiger Mütter. Risiken, Fakten, Hilfen. In M. Klein, T. Hoff & A. Pauly (Hrsg.), Schriftenreihe Angewandte Suchtforschung (Bd. 2) Regensburg: Roderer (2006).
- Klein, M., Dyba, J. & Moesgen, D. Chrysalis Meth und Familie – Zur Analyse der Lebenssituation und des Hilfebedarfs betroffener Kinder. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit (2016).
- Klein, M., Moesgen, D., Bröning, S. & Thomasius, R. Kinder aus suchtbelasteten Familien stärken. Das „Trampolin“-Programm. Göttingen: Hogrefe (2013).
- Körkel, J. (Hrsg.) (1998). Praxis der Rückfallbehandlung. Ein Leitfaden für Berater, Therapeuten und ehrenamtliche Helfer. Bern: Blaukreuz Verlag, 3. Auflage (2008).

- Krüger A., Powerbook. Erste Hilfe für die Seele. Trauma Selbsthilfe für junge Menschen. Hamburg: Elbe & Krüger Verlag (2013).
- Krystal, H. & Raskin, H. A., Drogensucht, Aspekte der Ich-Funktionen (Übersetzung der amerikanischen Erstausgabe 1970). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht (1983).
- Landgraf, M. N. & Heinen, F.: Fetales Alkoholsyndrom. S3- Leitlinie zur Diagnostik. Stuttgart: Kohlhammer (2013).
- Lenz, A. & Wiegand-Grefe, S., Kinder psychisch kranker Eltern. Göttingen: Horgrefe (2017).
- Liedl, A., Schäfer, U. & Knavelsrud, C., Psychoedukation bei posttraumatischen Störungen. Manual für Einzel- und Gruppensetting. Stuttgart: Schattauer Verlag (2010).
- Manz, K., Varnaccia, G. & Zeiher, J., Entwicklung von bundesweit aussagekräftigen Kennziffern zu alkoholbelasteten Familien. Berlin: Robert Koch Institut (2016).
- Miller, W. R. & Rollnick, S., Motivierende Gesprächsführung (3. Aufl.). Freiburg: Lambertus (2015).
- Moesgen, D. Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien. Dysfunktionale Kognitionen und Verhaltensauffälligkeiten. Hamburg: disserta (2014).
- Orth, I., Petzold, H.. Die neuen Kreativtherapien, Handbuch der Kunsttherapie Band 2. Paderborn: Jungfermann (1990).
- Reddemann, L., Eine Reise von 1.000 Meilen beginnt mit dem ersten Schritt: Seelische Kräfte entwickeln und fördern. Freiburg: Herder Verlag (2007).
- Reddemann, L. & Dehner-Rau, C., Trauma: Folgen erkennen überwinden und an ihnen wachsen: Ein Übungsbuch für Körper und Seele. Stuttgart: Trias Verlag (2007).
- Rummel, C., Lehner, B., Kepp, J.: Daten, Zahlen Fakten. In DHS (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 17. Lengerich, Papst, (2017).
- Ruths, S., Moesgen, D., Bröning, S., Klein, M. & Thomasius, R. Präventionsangebote für Kinder aus suchtbelasteten Familien – eine bundesweite Bestandsaufnahme. Suchttherapie, 14(1), (2013).
- Sabatowski; R. Konsum starker Schmerzmittel steigt in Deutschland. afp/aerzteblatt.de (2017).
- Sachsse, U., Traumazentrierte Psychotherapie: Theorie, Klinik und Praxis. Stuttgart: Schattauer Verlag (2009).
- Scheepers Clara, Steding-Albrecht Ute, Jehn Peter. Ergotherapie. Vom Behandeln zum Handeln. Stuttgart: Thieme (1999).
- Schmauss, M. & Messer, T. Polypharmazie in der Behandlung depressiver Störungen. Psychopharmakotherapie, wissenschaftlicher Artikel (2014).
- Schottenloher, G.. Kunst- und Gestaltungstherapie. München: Kösel (1989).
- Spangenberg, E., Dem Leben wieder trauen: Traumaheilung nach sexueller Gewalt. Düsseldorf: Patmos Verlag (2011).
- Van der Kolk, Bessel A., Verkörperter Schrecken: Traumaspuren im Gehirn, Geist und Körper und wie man sie heilen kann. Lichtenau: G.P. Prost Verlag 2018.
- Vogelgesang, M. Frauenspezifische Gruppentherapie bei Abhängigkeitserkrankungen. Springer Psychotherapeut (1999).
- Vogt, I., Fritz, J. & Kuplewatzky, N.: Drogenentherapie mit oder ohne Kinder. Die Sicht der Befragten auf ihre Kinder, ihre Familien, ihre sozialen Netzwerke und die Behandlungssettings. Abschlussbericht. Frankfurt: ISFF (2009).

Vogt, I., Fritz, J. & Kuplewatzky, N.: Frauen, Sucht und Gewalt: Chancen und Risiken bei der Suche nach Hilfen und Veränderungen. gFFZ Online-Publikation Nr. 4, (2015)
[Http://www.gffz.de/data/downloads/107176/RZ_14.257_gffz_Forschungsbericht_Suechtige.pdf](http://www.gffz.de/data/downloads/107176/RZ_14.257_gffz_Forschungsbericht_Suechtige.pdf).

Vogt, I., Gewaltsame Erfahrungen: „Gewalt gegen Frauen“ als Thema in der Suchtkrankenhilfe. Materialien zur Frauenforschung; Bd. 17. Bielefeld: Kleine (1993).

Vogt, I., Therapierisiken von Frauen in der Suchtkrankenhilfe. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.). Abhängigkeiten bei Frauen und Männern. Schriftenreihe zum Problem der Suchtgefahren, Bd. 32. Freiburg i.B.: Lambertus (1990).

Yalmon, D., Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie. München: Pfeiffer (1989).

Zobel, M., Kinder aus alkoholbelasteten Familien. Entwicklungsrisiken und -chancen (2. Aufl.). Göttingen: Horgrefe (2006).