

RÖMER  HAUS
Fachklinik für suchtkranke Männer

 DGD Deutscher Gemeinschafts-Diakonieverband GmbH



THERAPIEKONZEPT

Einleitung

Das hier vorgelegte Konzept stützt sich auf eine langjährige praktische und theoretisch wissenschaftliche Erfahrung in der Behandlung von alkoholabhängigen Patienten. Es ist das Ergebnis vieler Anregungen und Diskussionen mit Patienten, Mitarbeitern, niedergelassenen Ärzten, anderen Fachkliniken, den Kostenträgern und nicht zuletzt den (ambulanten) Beratungsstellen und den Selbsthilfegruppen.

In der vorgelegten Konzeption wurde auf Bewährtes zurückgegriffen, aber es wurden auch neuere Erkenntnisse mitberücksichtigt und in ihrer Umsetzung für unser Haus beschrieben. Dabei wollen wir neben einer klaren Abstinenzorientierung auch an der Behandlung ausschließlich von Männern festhalten.

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

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

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

Entsprechend dem gesetzlichen Auftrag der Rentenversicherungsträger, die durch eine Abhängigkeitserkrankung beeinträchtigte Erwerbsfähigkeit zu sichern, ist die berufliche Stabilisierung oder Wiedereingliederung ein Schwerpunkt der medizinischen Rehabilitation in der Rehabilitationsklinik.

Mit der Fachklinik Römerhaus und anderen Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker bietet der Träger der Fachklinik Römerhaus bereits seit mehr als 100 Jahren ein Behandlungsangebot für abhängigkeitskranke Menschen an. Aus der Überlegung heraus, dass mehr Differenzierung, Flexibilisierung und Individualisierung sinnvoll ist, hat sich der Träger im Jahre 2005 entschlossen, das bisherige Angebot um eine tagesklinische Behandlung (Tagesreha Bayreuth und Tagesreha Würzburg) zu erweitern, auch um die neuen Entwicklungen in der Kombination der verschiedenen Behandlungsmodule umzusetzen.

1) Aus Gründen der Schreibvereinfachung wurde immer die männliche Form gewählt, da in der Einrichtung nur Männer behandelt werden.

Geschlechtsspezifische Aspekte der Abhängigkeitserkrankung

Obwohl die Trennung nach Geschlecht in der Behandlung Abhängigkeitskranker eine lange Tradition hat, wurde dem Aspekt der Besonderheit bei den Entstehungsursachen und dem Verlauf sowohl in der Forschung als auch in der Therapie wenig Aufmerksamkeit gewidmet. Die seit etwa 20 Jahren existente Berücksichtigung von geschlechtsspezifischen Unterschieden bezog sich dann überwiegend auf die Besonderheit weiblicher Suchtbehandlung, während die der männlichen bis heute wenig expliziert wurde.

In unserer Einrichtung werden ausschließlich Männer behandelt. Wir sehen dies nicht als einen Rückfall in überholte Formen der Geschlechtstrennung, sondern als eine Chance, in besonderer Weise auf die Schwierigkeiten von suchtkrank gewordenen Männern in unserer Gesellschaft einzugehen. Entgegen dem Gedanken des Gender Mainstreaming wollen wir der spezifischen Sozialisation und Identitätsfindung von Männern Rechnung tragen.

Wir wollen Männern einen geschützten Rahmen bieten, innerhalb dessen sie solche Grundfragen klären können, die sehr häufig im ursächlichen Zusammenhang mit ihrer Suchterkrankung stehen:

- Vaterbeziehung
- Eigene männliche Sozialisation und Identität
- Männliche Sexualität
- Gewalterfahrungen
- Umgang mit der eigenen erlebten oder abgelehnten Sensibilität

Untersuchungen belegen, dass der Lebensraum männlicher Alkoholkranker in der Kindheit häufiger als in der Normalbevölkerung von einem Vatermangel geprägt ist². Zum einen ist der Vater häufiger durch Tod oder Scheidung abwesend, im anderen Fall wurde er als intolerant und von weniger Zuneigung geprägt erlebt. Mindestens 30% der Väter waren selbst alkoholabhängig, was ein großes Defizit im positiven Rollenvorbild bedeutet. Dieses fehlende positive Rollenvorbild führt zu einer verstärkten Identitätssuche, die mit einer Ablehnung weiblicher Attribute einhergeht. Dies bedeutet auch eine erzwungene Distanzierung des jungen Mannes von seinen zwischenmenschlichen und emotionalen Bedürfnissen.

Der Männerforscher Walter Hollstein fasst die Direktiven der Jungensozialisation wie folgt zusammen:

- Körperkontakte in Richtung Zärtlichkeit werden frühzeitig abtrainiert.
- Gefühle von Schwäche, Traurigkeit, Nachgiebigkeit und Schmerz müssen schon früh kontrolliert bzw. unterdrückt werden.

- Autarke Problemlösungen werden von Jungen frühzeitig erwartet.
- Mannwerden ist bereits im Jugendalter erkaufte durch den Verzicht auf Eigenschaften, die als weiblich definiert sind.
- Jungen müssen sich frühzeitig und kontinuierlich beweisen und stehen deshalb unter permanentem Leistungsstress.

Dies bereitet den Boden für eine Vielzahl von Versagensängsten, die aber nicht wahrgenommen oder thematisiert werden dürfen. In der Jugend ist Alkohol eine verfügbare Droge, die dann helfen kann, die erlernten Vorstellungen von Männlichkeit aufrechtzuerhalten: Stärke und Härte zu zeigen, Gefühle abzuwehren.

Forschung und Praxis belegen, dass es frauen- und mänderspezifisches Suchtverhalten gibt und dass es „viele Unterschiede in den Ursachen, der Ausprägung und den Verläufen aufweist“³. Das beinhaltet auch die Wahl verschiedener Suchtmittel: Während Frauen bei Medikamenten zwei Drittel der Abhängigen stellen, sind es bei Alkohol und illegalen Drogen die Männer. Auch die gesellschaftliche Reaktion auf Suchterkrankung ist bei weiblichen und männlichen Süchtigen verschieden. Daher ist auch für die Therapie eine geschlechtsspezifische Behandlung wichtig.

In unserer Gesellschaft spielt Alkohol in der Sozialisation von Männern eine ganz andere Rolle als in der von Frauen. Dies beginnt in den Jugendliquen und setzt sich in häufig geschlechtshomogenen Berufsfeldern (Handwerk, Bau, Bundeswehr) fort. Hier gilt es als männlich, viel zu vertragen und sich unter Alkoholeinfluss risikobereiter zu verhalten. Diese Verstärkung durch andere Männer füllt die Lücke der eigenen männlichen Identität.

In unserem Haus können Männer eine neue Form von „Männergemeinschaft“ erleben. Miteinander und nebeneinander, neue Lebensentwürfe für ein abstinentes Leben entwickeln, Alternativen zu dem „Männlichkeit stiftenden“ Alkoholkonsum zu finden.

In einem Setting ohne weibliche Patienten können leichter „unmännliche“ Verhaltensweisen und Gefühle zugelassen werden. „Themen, wie Aggression, Gewaltimpulse, Einsamkeit, Angst, Trauer und Scham werden in gemischtgeschlechtlichen Behandlungssettings häufig tabuisiert“⁴.

Meuser weist darauf hin, dass „die homosoziale Gemeinschaft als ein Ort erfahren (wird), an dem man sich, von irritierenden Ansprüchen entlastet, in ein Netz der Solidarität fallen lassen kann“. Der Ausschluss von Frauen ermöglicht eine Atmosphäre, die bei vielen Männern als Garant männlicher Authentizität gilt.

In einem solchen Rahmen wollen wir ermöglichen, spezifisch männliche Probleme bearbeiten zu können, die James M. o'Neil als die Krise von Männlichkeit in sechs Problemgebiete zusammengefasst hat:

- Eingeschränktes Gefühlsleben
- Homophobie
- Kontroll-, Macht- und Wettbewerbszwänge
- Gehemmtes, sexuelles und affektives Verhalten
- Sucht nach Leistung und Erfolg
- Unsorgsame Gesundheitspflege

C. Schmid stellt fest: „Die Bedeutung der Sexualität ist im realen Leben der Männer weniger groß als der Volksmund oder die Männergemeinschaft der Klinik ständig annimmt“. Das allgemeine Wissen über männliche Sexualität gründet sich häufig auf Thekengespräche oder Pornographie und führt seinerseits zu Leistungsdruck und Versagensängsten. Vielfach ist eine Sexualstörung mit ein Auslöser für erhöhten Alkoholkonsum.

Hier gilt es also Mythen zu entmachten und das Thema Sexualität zur Sprache zu bringen. In Unterrichten sowie in einer indikativen Gruppe bieten wir Raum zur Auseinandersetzung mit der eigenen männlichen Identität.

Das therapeutisch irritierende Ausweichen in „Beziehungen“ wird in der mänderspezifischen Suchtbehandlung weitestgehend vermieden und erleichtert die Aufarbeitung geschlechtsspezifischer Rollenerwartungen.

Das Thema Gewalt ist in der Behandlung von Männern von beiden Seiten des Geschehens von Bedeutung: Zum einen erhöht bzw. fördert der Alkoholkonsum die Gewaltbereitschaft, zum Teil mit juristischen Folgen wegen Körperverletzung, zum anderen ist es für die Patienten beschämend, sich als Täter gegenüber der Partnerin zu „outen“⁵, weist darauf hin, dass auch die Erfahrungen als Opfer von Gewalt, etwa vom gewalttätigen Vater in der Kindheit, schwer anzusprechende Erlebnisse darstellen. Mehr noch gilt dies für Traumatisierungen durch erlebte sexuelle Gewalt. Dieser ohnehin tabuisierte Themenbereich wird von Männern vermutlich seltener angesprochen als bei Frauen. Schäfer⁶ betont, gerade bei männlichen Patienten sei es deshalb wichtig, Traumatisierungen aktiv anzusprechen und angebotene bagatellisierende Opfererfahrungen nicht allzu schnell zu übernehmen.

Die Themen suchtkranker Männer erfordern also eine spezifische Behandlung. Als mänderspezifische Beratungs- und Behandlungsziele formulierte H. Stöver⁷:

- Zulassen eigener Schwächen, Erkennen eigener Stärken
- Versöhnen von idealem und realem Selbstbild
- Identifikation von Zwischentönen, statt polarisierende, lähmende (...) Entweder-oder-Haltungen zu pflegen
- Erhöhung der Handlungskompetenz
- Sensibilisierung für die Funktionalisierung von Drogen zur Konstruktion, d.h. auch ständige Aufrechterhaltung der eigenen

Männlichkeit

- Infragestellen des vorhandenen kulturspezifischen Männerbildes (Abkehr von der Definition der eigenen Männeridentität ausschließlich über Erwerbsarbeit und nicht über andere Haus-/Kinderarbeiten).

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

Suchtkranke Väter 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.

5) Vossnagen, a.a.O., 2006
 6) Schäfer in Sucht und Männlichkeiten, 2006
 7) H. Stöver in Sucht und Männlichkeiten, 2006

1. Einrichtung

1.1. Träger

Der Träger der Fachklinik Römerhaus ist der Deutsche Gemeinschafts-Diakonieverband GmbH in Marburg/Lahn, vertreten durch das Diakonissen-Mutterhaus Hensoltshöhe, Gunzenhausen.

1.2. Standort und Einzugsgebiet

1.2.1. Klinikstandort

Die Fachklinik liegt im schönen Allgäu, an einem Ort, den schon die Römer wegen der jodhaltigen Quellen aufsuchten. Daher auch der Name „Römerhaus“. In dem Weiler „Jodbad Sulzbrunn“ bei Sulzberg im Oberallgäu liegt die Klinik, bestehend aus mehreren Gebäuden, die sich auf ein großzügiges Areal verteilen.

Fünfzehn Kilometer von Sulzbrunn entfernt liegen Kempten und Sonthofen. Dort stehen verschiedene Krankenhäuser sowie Fachärzte verschiedener Richtungen zur akut-medizinischen Versorgung zur Verfügung.

1.2.2. Einzugsgebiet

Die Fachklinik Römerhaus nimmt Patienten aus dem gesamten Bundesgebiet auf, vorwiegend jedoch aus Bayern und Baden-Württemberg. Sie ist in das regionale und überregionale Suchthilfesystem in Deutschland eingebunden. Es bestehen Kontakte zu den Beratungsstellen, den Entgiftungsstationen und den betrieblichen Suchtkrankenhelfern in Bayern und den angrenzenden Bundesländern. Wir verstehen die stationäre Suchtkrankenhilfe eingebunden in den Gesamtkomplex von ambulanter Vorbereitung, stationärem Aufenthalt und den verschiedenen Formen der weiteren Behandlung (Tagesreha, Adaption, ambulante Nachsorge). Deshalb legen wir besonderen Wert auf die Pflege und den Ausbau von Kooperationen mit Beratungsstellen, Sozialdiensten, betrieblicher Suchtkrankenhilfe, Abstinenzverbänden und Selbsthilfeorganisationen.

Stationäre Therapie greift nur in dem Maß, in dem Vorbereitung und Nachsorge gesichert sind. Wir legen daher großen Wert auf die Vernetzung unserer Arbeit mit den o. g. Verbänden und Institutionen.

Die Zusammenarbeit mit den Beratungsstellen ist patientenbezogen und betrifft die Abklärung der Behandlungsindikation und das Einholen fremdanamnestischer Daten, Informationen über den Therapieverlauf, Absprachen über die poststationäre Weiterbehandlung

bzw. Nachsorge und dient dem kollegialen Austausch. Diese Kontakte erfolgen überwiegend telefonisch.

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

1.3. Anzahl der Plätze

In der Fachklinik Römerhaus stehen 46 Therapieplätze zur Verfügung.

1.4. Indikationsspektrum

In der Fachklinik Römerhaus werden alkohol- und medikamentenabhängige Männer im Alter von 18 bis 75 Jahren behandelt. Aufgenommen werden auch:

- Abhängigkeitserkrankte Männer nach abgeschlossener Entzugsbehandlung
- Patienten mit Glücksspielsucht (primär Indikation)
- Patienten mit Essstörungen (sekundär Indikation)

1.5. Behandlungsdauer

1.5.1. Regelbehandlung

Die Behandlungsdauer beträgt in der Regel 16 Wochen. Eine Verlängerung kann im Einzelfall beantragt werden. Im Rahmen einer integrierten Therapie (Kombitherapie) sind auch Verbindungen von ambulanten, teilstationären und vollstationären Behandlungen je nach den individuellen Erfordernissen der Patienten möglich (siehe gesondertes Konzept).

1.5.2. Auffang- und Festigungsbehandlung

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

1.6. Räumlichkeiten

Die beiden Hauptgebäude wurden in den 90er Jahren grundsaniert. In diesen befinden sich Einzel- und Doppelzimmer sowie verschiedene Räume für Einzel- und Gruppentherapie und eine Teeküche in jedem Haus.

Daneben verfügt die Klinik über eine Turnhalle mit integriertem Fitnessraum.

Im medizinischen Bereich sind das Arztprechzimmer, das Labor und der EKG-Raum integriert. Im Nebengebäude befinden sich die Sauna und die Bäderabteilung.

1.7. Geschichte

Die Fachklinik Römerhaus steht an einem geschichtsträchtigen Ort. Schon die Römer wussten um die Heilwirkung der Quellen in der Nähe von Sulzbrunn. Die Geschichte des modernen Jodbades Sulzbrunn begann allerdings erst im Jahre 1938.

Damals ging der Fall eines Wirtes wie ein Lauffeuer durch die Lande, der durch regelmäßige Einnahme des jodhaltigen Wassers von seinem Kropf befreit wurde. Veröffentlichungen in zahlreichen Zeitungen führten zu einem regelrechten Ansturm auf das Quellwasser. Es wurde in Flaschen abgefüllt und per Post bis nach England, Polen und Russland versandt. Ein Hotel wurde gebaut, welches siebzig Gästen Platz bot.

Im Jahre 1960 erwarb das Diakonissen-Mutterhaus Hensoltshöhe in Gunzenhausen das Gebäude und baute es zu einer Heilstätte für suchtkranke Männer aus.

Heute ist aus der ehemaligen „Heilstätte“ eine Fachklinik für Suchtkranke geworden mit einem, nach aktuellen Erkenntnissen ausgerichteten, umfangreichen therapeutischen Angebot.

2. Krankheitsmodell und Suchtverständnis

Noch bis in die 80er Jahre waren eindimensionale Erklärungsansätze weit verbreitet, konnten aber weder empirischen Überprüfungen standhalten (Süß 1988)⁸, noch erwiesen sie sich als ausreichende Grundlage zur Entwicklung effektiver Therapieformen. „Bislang existiert kein einheitliches Störungsmodell für die Entstehung einer Alkoholabhängigkeit. Es ist angesichts der Komplexität aber auch nicht verwunderlich, dass eindimensionale Modelle nur widersprüchliche empirische Bestätigung fanden (...), sondern ein bio-psycho-soziales Modell am ehesten geeignet erscheint, die Entstehung und die Aufrechterhaltung von Alkoholabhängigkeit zu beschreiben“⁹. Deshalb soll hier zunächst das bio-psycho-soziale Modell dargestellt und in einem zweiten Schritt konkret auf die Abhängigkeitserkrankungen umgesetzt werden.

2.1. Das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell

Das allgemeine bio-psycho-soziale Modell von Krankheit sieht sein Hauptziel und seinen Ansatzpunkt in der Verbesserung des Krankheitszustandes, unter Berücksichtigung körperlicher, psychischer und sozialer Faktoren und die Vermeidung von sekundären Folgeerkrankungen

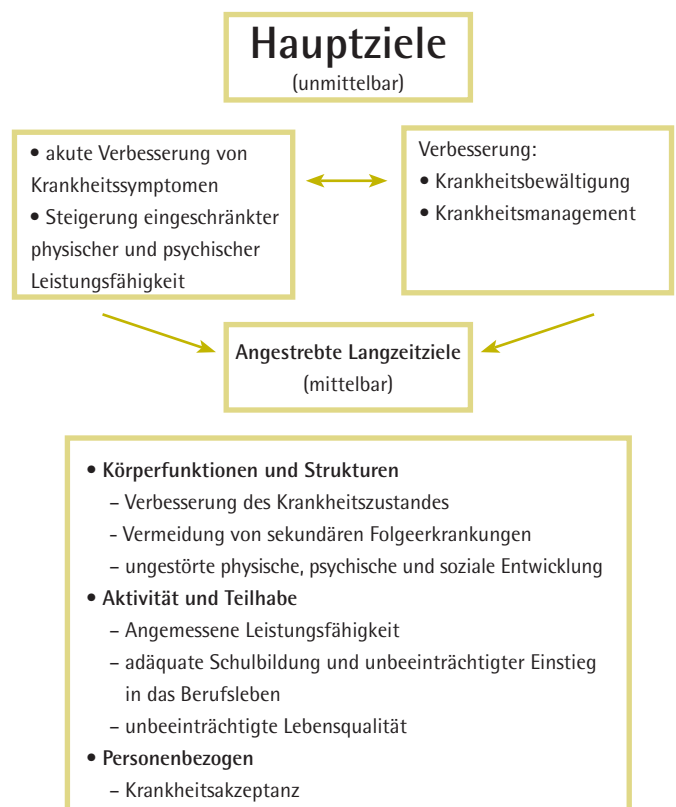


Abbildung 1: Bio-psycho-soziales Krankheitsmodell

8) Süß, 1988

9) Lindemeyer, a.a.O., 1999

entsprechend den Vorgaben und Zielen der ICF (Stand März 2002). Um diese Ziele erreichen zu können, steht die Förderung der Krankheitsbewältigung und des Krankheitsmanagements, die Linderung akuter Krankheitssymptome sowie die Verbesserung einer eingeschränkten physischen oder psychischen Leistungsfähigkeit im Vordergrund der Rehabilitation.

2.2. Das bio-psycho-soziale Modell einer Abhängigkeitserkrankung

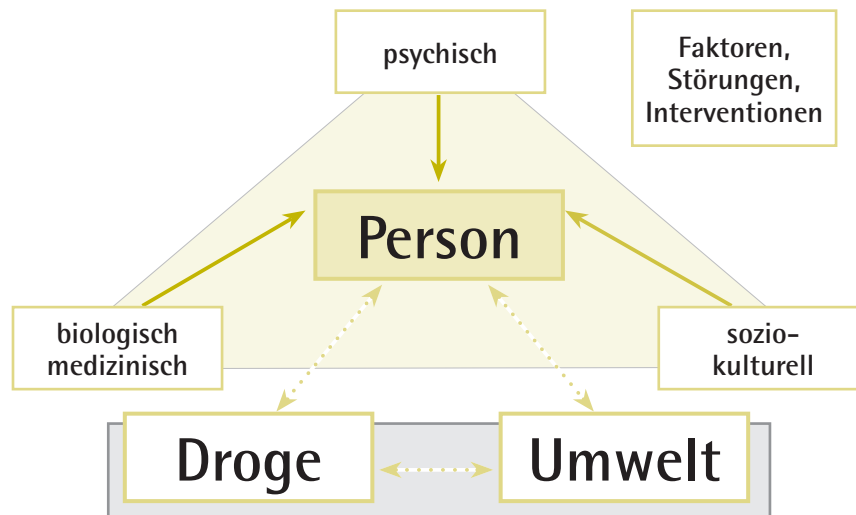


Abbildung 2: Bio-psycho-soziales Krankheitsmodell¹⁰ für die Entstehung einer Abhängigkeitserkrankung

Abhängigkeitserkrankungen entwickeln sich im Bedingungsgefüge von Individuum, Umwelt und psychotroper Substanzen.

In dem oben dargestellten Modell wird deutlich, in welchem Beziehungsgeflecht Abhängigkeitserkrankungen entstehen. Das Individuum hat für seine Auseinandersetzung mit den Anforderungen seiner sozialen Umwelt nicht ausreichend Bewältigungsmechanismen in seiner Person zur Verfügung. Deshalb muss es durch psychotrope Substanzen (d.h. Drogen) biochemisch ein inneres psychisches Gleichgewicht herstellen. Durch die regelmäßige Einnahme der Droge wird einerseits ein Zugewinn an Kompetenz verhindert und andererseits erhöht sich die Konsummene, weil eine gehirnphysiologisch bedingte Gewöhnung an das Suchtmittel eintritt. Daraus entsteht in der Regel eine Eigendynamik, bei der das körperliche und psychische Verlangen nach der psychotropen Substanz den Lebensalltag immer stärker reglementiert. Diese Dynamik wird im folgenden Modell (Abb. 3) am Beispiel des Alkohols dargestellt. Demnach sind für die Entstehung des Suchtgeschehens 3 Teufelskreise entscheidend.

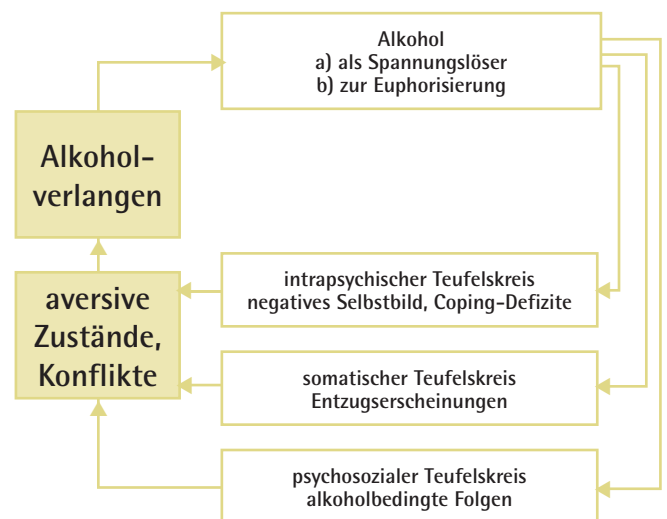


Abbildung 3: Teufelskreismodell der Sucht (Küfner, 1981)¹¹

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

I. Intrapsychische Erklärungsmodelle der Abhängigkeit

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

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

Neutrale Situation → Alkoholkonsum → Enthemmung/Stimulierung

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

Unangenehme Situation → Alkoholkonsum → Dämpfung/Linderung

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

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

- **Beeinträchtigte Selbstwahrnehmung:** Viele Suchtmittelabhängige verfügen über eine mangelnde Selbstwahrnehmungsfähigkeit. Sie erleben dadurch angenehme wie auch unangenehme Alkoholkwirkungen erst bei größeren Alkoholmengen.

Umgekehrt dient die Einnahme des Suchtmittels vielen zur Verringerung von unangenehmer Selbstaufmerksamkeit.

- **Unrealistische, positiv verzerrte Wirkungserwartung:** Unrealistische, positive Wirkungserwartungen an das Suchtmittel haben das Abhängigkeitsverhalten begünstigt (z.B. Sexualverhalten bei Jugendlichen).
- **Mangelnde Entwicklung alternativer Verhaltensmöglichkeiten:** Die Einnahme des Suchtmittels wird für den Betroffenen dadurch immer zwingender, sie stellt schließlich die einzige Bewältigungsmöglichkeit für diese Situationen dar.
- **Entwicklung suchtbbezogener Grundannahmen:** (z.B. „Alkohol ist die einzige Möglichkeit, mich besser zu fühlen“). Diese werden nach Beck et al. auf dem Hintergrund persönlichkeitspezifischer Grundüberzeugungen schließlich vollkommen reflexartig in einer Vielzahl von Trinksituationen aktiviert, ohne jemals einer erneuten Überprüfung auf ihre situative Angemessenheit und ihren Wahrheitsgehalt hin unterzogen zu werden.

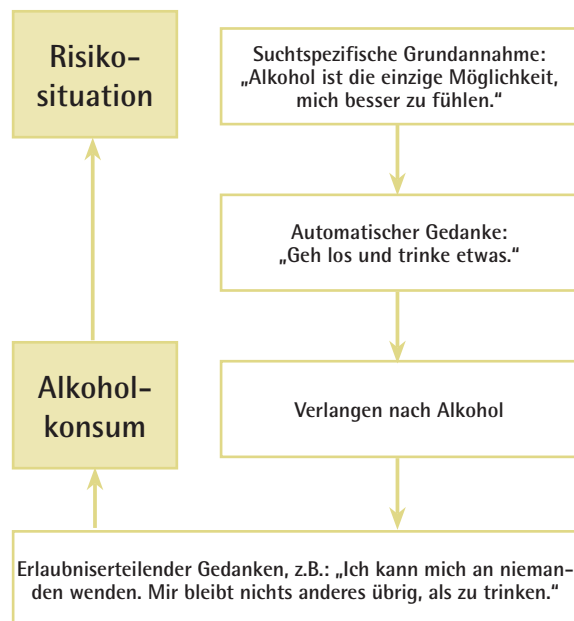


Abbildung 4: Das Modell der suchtspezifischen Grundannahmen von Beck et al. (1995)¹², leicht verändert

Diese subjektiven Erwartungen an den Alkohol führen in der Regel nach längerer Konsumdauer zu einer sich stetig steigenden Alkoholmenge und damit in die Abhängigkeit. Neuere Untersuchungen haben nachgewiesen, dass für die Wirkung aufgrund eines Konditionierungseffektes oft nicht mehr die tatsächlich zu sich genommene Menge Alkohol von Bedeutung ist, sondern allein die Vorstellung, dass Alkohol konsumiert

wurde. Es ist entscheidend, nicht die Menge des konsumierten Alkohols zu betrachten, sondern die psychische Wirkung, die der Alkohol auf die Person entwickelt hat.

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

Eines der zentralen Modelle¹³ ist mit dem Konzept der Selbstwirksamkeitserwartung verknüpft. Die Selbstwirksamkeitserwartung des Suchtmittelabhängigen beim Versuch, eine Situation oder einen Zustand selbst (nüchtern) zu bewältigen, ist geringer als der erlebte Handlungseffekt unter dem Suchtmittel. Das Suchtmittel steigert zunächst die positiven Selbstwirksamkeitserwartungen in lustvollen und unlustvollen Situationen.

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

Nach einem Modell von Schneider¹⁴, das an der Stressbewältigung orientiert ist, steigt die Wahrscheinlichkeit für den Alkoholkonsum:

- Mit dem Grad der wahrgenommenen Stressbelastung in einer Situation (Risikosituation): „Der Zustand ist unerträglich.“
- Mit dem Grad der wahrgenommenen persönlichen Unfähigkeit zur Kontrolle der Situation, im Sinne von Selbstunwirksamkeitserwartungen: „Ich kann nichts machen.“
- Mit dem Mangel an adäquaten Bewältigungsstrategien: „Es hilft nichts.“
- Mit den Wirksamkeitserwartungen des Alkoholtrinkens als alternative Bewältigungsstrategie: „Trinken tut gut.“
- Mit der Verfügbarkeit des Alkohols und den Trinkzwängen: „Da gibt es was zu trinken.“

II. Somatisch-neurobiologische Modelle der Abhängigkeit

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

- Die Stimulation des cerebralen Belohnungssystems: Im Mittelpunkt steht das die menschliche Wohlbefindlichkeit bewertende sog. Belohnungssystem im Gehirn. Eine Reihe von biochemischen Erklärungsansätzen geht davon aus, dass ein genetischer oder durch anhaltenden Alkoholkonsum erworbener Defekt verschiedener Transmittersysteme in einer mangelnden Selbstaktivierung des Belohnungssystems seinen Niederschlag findet. Bei einer Abstinenz von Alkohol entsteht nun ein Defizit an körpereigenen Endorphinen, was wiederum Suchtmittelverlangen, Reizbarkeit etc. auslöst. Erst durch die erneute Einnahme der Droge kann Endorphinmangel ausgeglichen werden.

- Die Toleranzentwicklung: Bei regelmäßigem Alkoholkonsum können Personen eine höhere Alkoholverträglichkeit entwickeln. Sie benötigen teilweise die doppelte Menge an Alkohol, um die gleiche Wirkung zu erzielen. Gleichzeitig entwickelt die Leber zusätzliche Enzyme, das sog. „Mikrosomalen Ethanol Oxidations System“ (MEOS), mit dessen Hilfe der Abbau von Alkohol in der Leber durch die Zuführung von Sauerstoff beschleunigt wird.

- Das Suchtgedächtnis: Verschiedene Autoren¹⁵ begründen die Abhängigkeit mit einem sog. Suchtgedächtnis. Den Hintergrund liefern im Tierexperiment gewonnene Erkenntnisse, dass sowohl endogene Opioide als auch Glutamat-NMDA-vermittelte Prozesse nicht nur an der Erzeugung von Gefühlen, sondern insbesondere auch an der Gedächtnisbildung beteiligt sind. Die positiven Erfahrungen mit dem Suchtmittel bleiben deshalb dauerhaft im limbischen System des Gehirnes gespeichert und sie werden auch nach Jahren noch bei entsprechenden Auslösesituationen wieder aktiviert.

III. Soziale Modelle der Alkoholabhängigkeit

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

- Ökologische Modelle:

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

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

- Eisbergphänomen in einer gestörten Trinkkultur:

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

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

Theorie der sozialen Anpassung

Soziale Anpassung ist die Angleichung des Verhaltens an gesellschaftliche Werte, die dem einzelnen Menschen als verbindliche (geforderte) Verhaltensweisen entgegenreten.

In unserer Gesellschaft gelten für den Umgang mit Alkohol folgende Aussagen:

- Mäßig trinken darf man so oft man will
- Eine Party ohne Alkohol ist langweilig
- Schlechte Laune und Probleme lassen sich mit Alkohol vertreiben

Um gesellschaftlich akzeptiert zu sein, passt sich das Individuum diesen Normen an und übernimmt sie teilweise unreflektiert. Der Alkoholkonsum wird bagatelisiert. Es entsteht auch ein sozialer Druck, Alkohol zu konsumieren, um nicht von anderen Menschen abgelehnt zu werden oder als Versager und Schwächling dargestellt zu werden (v.a. bei Jugendlichen).

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

◆ Familienprozesse bei Alkoholabhängigkeit:

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

- Abschottung der Familie nach außen, um negative Auswirkungen des Trinkens zu vermeiden bzw. zu verbergen.

- Veränderung der Rollenaufteilung und Übernahme der Verantwortlichkeiten des Abhängigen, um ihn zu entlasten und gleichzeitig die Familie vor den Folgen seiner Unzuverlässigkeit zu schützen.
- Entgegenkommen und Konfliktvermeidung gegenüber dem Abhängigen in der Hoffnung, dadurch seinen Alkoholkonsum aber auch seine durch den Alkohol gesteigerte Gewalttätigkeit zu senken.

◆ Co-Abhängigkeit:

Ein wesentlicher Faktor für die Suchtentwicklung tritt in Form der sog. Co-Abhängigkeit der Bezugspersonen in Familie, in der Arbeit und Freizeit auf. Sie verhalten sich als Verstärkungs- und Stabilisierungsfaktoren der Sucht.

Es lassen sich dabei mehrere Phasen erkennen¹⁶:

- a) Unterstützungsphase: Der Betroffene wird geschützt, unterstützt, „verstanden“. Sein Suchtmittelkonsum wird als verständliche Reaktion auf widrige Lebensumstände gewertet. Es wird geholfen, negative Folgen des Suchtmittelkonsums zu kompensieren.
- b) Kontrollphase: Hierbei versucht der Co-Abhängige, den Suchtmittelkonsumenten zu kontrollieren, er spioniert Verstecke aus usw.
- c) Anklagephase: Nun wird laute Kritik am Suchtmittelkonsum geäußert, gravierende Konflikte treten auf. Der Co-Abhängige sucht vielleicht nun bereits seinerseits Hilfe.
- d) Resignationsphase: Es folgt der Rückzug, depressive Symptome beim Co-Abhängigen werden deutlicher. Distanzierungsversuche treten auf. In allen Phasen reagiert der Suchtmittelkonsument mit verstärktem Konsum. Es entsteht ein Teufelskreis: Je mehr A trinkt, desto mehr interveniert/distanziert sich B, je mehr B interveniert/sich distanzier, desto mehr trinkt A.

◆ Sozialer Abstieg:

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

- Unmittelbare soziale Folgen des Trinkens (z.B. Trennungen und Scheidungen, Versagen bei Freizeit-anforderungen oder im Beruf, Kündigung oder Arbeitslosigkeit, strafrechtliche Komplikationen, Wohnungsverlust etc.).
- Das Distanzierungsbedürfnis der Umwelt und die Ablehnung gegenüber Alkoholkranken in der Gesellschaft.

- Vermeidungsstrategien der Betroffenen (z.B. sozialer Rückzug oder bevorzugter Kontakt von ebenfalls Trinkenden, um einer Stigmatisierung zu entgehen).

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

Systemische Betrachtung

Das Suchtmittel ist demnach ein zentrales, organisierendes Prinzip für die Interaktionen und Aktivitäten innerhalb der Familie. Im Mittelpunkt steht die Frage, inwieweit durch die Auseinandersetzungen mit dem Suchtverhalten und dessen Folgen die verschiedensten Familieninteraktionen beeinflusst werden. Das Suchtverhalten des Indexpatienten hat die Funktion, die Familienkohäsion zu stärken und bestehende Konflikte zu entschärfen. Auf den destruktiven Anteil des Suchtverhaltens muss die Familie reagieren, damit sie als Ganzes ihre Aufgaben weiterhin erfüllen kann. In der Selbstwahrnehmung der Abhängigen werden hier sehr häufig Ursache und Wirkung verwechselt. So geben diese immer wieder an, wegen ihrer Probleme zu trinken, während in der Realität durch das Trinken der soziale Abstieg bedingt ist.

Geschlechtsspezifische Aspekte der sozialen Modelle Männer trinken anders als Frauen:

- Sie trinken schneller.
- Sie trinken eher ohne besonderen Anlass.
- Sie trinken verstärkt mit gleichgeschlechtlichen Personen.
- Sie trinken häufiger außerhalb der Wohnung.
- Sie trinken mehr als doppelt so viel Alkohol wie Frauen.
- Alkohol gilt als männliches Symbol, so ist z.B. „Trinkfestigkeit“ Ausdruck einer männlichen Kultur.¹⁷

Während Frauen eher primäre Probleme wie Angst, Depressivität und schwierige Lebensumstände als Ursachen für ihr verstärktes Trinken nennen, haben Männer eine andere Ursachenzuschreibung für Probleme. Sie berichten, dass der Alkoholkonsum viele Probleme auslöst (Funke und Scheller, S. 65).¹⁸

Dies deckt sich mit vielen anderen Untersuchungen:

- Männer spielen die Folgen ihres Trinkens auf den Ebenen Familie, Gesundheit und soziales Umfeld stärker als Frauen herunter.
- Männer neigen zur Schuldsuche bei anderen oder den Umständen.
- Männer sind weniger sensibel gegenüber ihrem Gesundheitszustand, so dass gesundheitliche Probleme sehr viel stärker sind und erst bei fortgeschrittenem Abbau wahrgenommen und behandelt werden (stärkere körperliche Schädigung).

Eine besondere Brisanz liegt darin, dass die Anforderungen für Psychotherapie oft konträr zum traditionellen Männlichkeitsprofil stehen. Brooks 1998¹⁹ (nach Neumann & Süfke 2004 S. 123)²⁰ stellt gegenüber:

Psychotherapieanforderungen

- Preisgeben von privaten Erlebnissen
- Nicht-sexuelle Intimität
- Zeigen von Schwäche
- Erleben von Scham
- Zeigen von Verletzlichkeit
- Hilfesuchen
- Gefühlsausdruck
- Introspektion
- Auseinandersetzen mit Schmerz
- ...

Männlichkeitsanforderungen

- Verbergen privater Erlebnisse
- Sexualisierung von Intimität
- Zeigen von Stärke
- Ausdruck von Stolz
- Zeigen von Unbesiegbarkeit
- Selbständigkeit
- Stoizismus
- Aktion
- Verleugnen von Schmerz
- ...

Die Lebenserwartung von Männern ist deutlich geringer, wohl auch, weil eine gesunde Selbstfürsorge nicht in die traditionelle Männerrolle passt. Neben der Sorge für das körperliche Wohl betrifft dies auch die psychische Gesundheit. So wundert es wenig, dass bei Männern Alkoholismus die häufigste psychiatrische Diagnose und die häufigste Behandlungsdiagnose in Krankenhäusern darstellt. In der Gruppe der behandlungsbedürftigen Alkoholkranken sind zwei Drittel Männer. Und sie stellen über 80 Prozent der in Suchtkliniken Behandelten.

Ein Problem zu haben und sich dafür Hilfe zu holen, wie es am Ende einer Suchtentwicklung notwendig wird, stellt für Männer also eine besondere Hürde dar. Sie kommen mit ihrem Männer-Ideal in Konflikt und müssen sich in eine abhängige Rolle begeben. Dies führt schon in der somatischen Medizin zur Vermeidung der ärztlichen Praxis (Männer gehen zu 25% weniger zum Arzt, stellen jedoch zwei Drittel aller Notfallpatienten) und ist bezüglich psychiatrischer Probleme nochmals schwieriger.

Multikonditionalität und Individualität

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

Auch wenn der mittlerweile gebräuchliche Begriff der Multi-Konditionalität von Suchterkrankungen aufgrund seiner Allgemeingültigkeit und begrifflichen Unschärfe nicht zu Unrecht als „weitverbreitetste Leerformel“ (Petry, 1985)²¹ bezeichnet wurde, zeigt er doch, dass es sich bei Suchterkrankungen um ein sehr komplexes Störungsmuster handelt, dem nur durch ein mehrdimensionales und multidisziplinäres Therapieangebot adäquat begegnet werden kann.

19) Brooks, 1998
20) Neumann & Süfke, 2004
21) Petry, 1985

3. Behandlungsansatz

Die theoretische Grundlage unseres Behandlungsansatzes stellt das Selbstmanagementmodell dar: So stellt das Selbstmanagementmodell die aktive Einbeziehung der Patienten bei gleichzeitiger Förderung ihrer Selbstkontrollkompetenzen bzw. Entwicklung von aktiven und selbstbestimmenden lebensbewältigenden Problemlösestrategien in den Mittelpunkt. „Selbstmanagement ist inzwischen zu einem Sammelbegriff für verschiedene Therapieansätze geworden, die aber alle gemeinsam haben, dass der Klient befähigt werden soll, möglichst aktiv zur Bewältigung seiner Probleme beizutragen. Wenn dieser Lernprozess erfolgreich verläuft, ist der Patient wieder in der Lage, sein Leben ohne externe professionelle Hilfe, seinen Zielen entsprechend, zu gestalten. Das Modell des Selbstmanagements hebt sich damit von einem klassisch-medizinischen Verständnis von Therapie (mit dem Therapeuten als alleinigen Experten) ebenso ab, wie von einem falsch verstandenen humanistischen Konzept, wonach der Patient allein aufgrund seiner 'Selbsteilungskräfte' zu einer Veränderung seiner Probleme in der Lage ist“ (Kanfer et al. 1991).²²

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

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

- Verhaltenstherapie
- Gesprächspsychotherapie
- Systemisch orientierte Verfahren
- Die Psychoanalyse

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

3.1. Verhaltenstherapeutische Ansätze

Der verhaltenstherapeutisch begründete Ansatz bietet plausible Modelle für unterschiedliche Aspekte der

Suchtmittelabhängigkeit, wie etwa das sog. „Craving“, den Kontrollverlust, das Problemtrinken oder den Rückfall. Dabei spielen sowohl Theorien des klassischen Konditionierens, des operanten Konditionierens, des sozialen Lernens und insbesondere die auf der Selbstwirksamkeitstheorie Banduras (Bandura, 1977)²³ beruhende sozialkognitive Lerntheorie von Marlatt (Marlatt 1978²⁴, Marlatt und Donovan 1982)²⁵ eine wesentliche Rolle.

Trotz der z.T. berechtigten Kritik, die sich insbesondere auf die Ausschließlichkeit der verhaltenstherapeutisch begründeten Erklärungsmodelle bezieht (z.B. Feuerlein 1986)²⁶, haben die daraus abgeleiteten therapeutischen Methoden zu einer Reihe in der suchttherapeutischen Praxis bewährter, empirisch gut überprüfter Therapieverfahren geführt, die sowohl die Beeinflussung situativer bzw. sozialer als auch kognitiver, emotionaler und physiologischer Bedingungsfaktoren der Suchtmittelabhängigkeit zum Ziel haben. Auch bei der erforderlichen gezielten therapeutischen Bearbeitung anderer psychischer Störungsbilder (Angststörungen, Depressionen, Psychosen, chronisch kognitive Defizite usw.) kommen verhaltenstherapeutisch begründete Methoden zur Anwendung

3.2. Gesprächs-psychotherapeutische Ansätze

Einer der wesentlichsten Wirkfaktoren in der Psychotherapie Suchtkranker ist eine gute, tragfähige Beziehung zwischen Patienten und Therapeuten. In diesem unter allen Umständen verlässlichen Beziehungsrahmen, der weitgehend frei von Bewertungen und Etikettierungen ist, kann der Patient allmählich zu sich finden und seine eigenen Potentiale (wieder)entdecken. Die gesprächspsychotherapeutische Vorgehensweise wirkt sich insbesondere günstig auf Patienten mit Störungen des Selbstwertgefühls aus, wie dies bei Suchtkranken in aller Regel der Fall ist. Das Erleben des Angenommenseins, des Ernstgenommenwerdens und des Wertgeschätztwerdens ist eine Erfahrung, die alkoholranke Menschen aufgrund von sozialem Abstieg, Diskriminierung, gesellschaftlicher Ausgrenzung und/oder einer äußerst defizitären Lebenssozialisation seit langer Zeit nicht mehr oder noch nie gemacht haben. Die therapeutische Haltung der Empathie und Wertschätzung führt zur Steigerung der Selbstwertschätzung und Selbstwahrnehmung, wodurch der Patient einen besseren Zugang zu seinem inneren Erleben, seinen Gefühlen, Wünschen und Bedürfnissen gewinnt. Die erhöhte Selbstannahme des Patienten führt zu einer

Verbesserung der „inneren Kommunikation“, was bedeutet, dass der Patient lernt, sich zu fragen und schließlich zu erfahren, woher seine Gefühle kommen, welche Bedeutung und welche Konsequenzen sie für sein unmittelbares Verhalten und für seine Beziehung zu anderen Menschen haben. Bezogen auf die Suchterkrankung des Patienten ist die auf diesem Wege gesteigerte Fähigkeit, sich im Rahmen der Therapie mit sich selbst auseinanderzusetzen (Selbstexplorationsfähigkeit), ein tragendes Element der Auseinandersetzung mit früheren Suchtmittelrückfällen und so Grundlage der Rückfallprophylaxe. Die klientenzentrierte Vorgehensweise der Explikation von Bedeutungsgehalten trägt einem weiteren wichtigen Wertprinzip in der Therapie Rechnung, nämlich dem motivationalen Aspekt. Der Patient wird sich allmählich klarer über sich selbst und sein Verhalten und gewinnt einen vertieften Zugang zu seiner Problematik. Vor dem Hintergrund einer guten, emotional tragfähigen therapeutischen Beziehung können erlebnisaktivierende Übungen mit dem Ziel der Problemaktualisierung eingesetzt werden, so dass der Patient seine Problematik auf der emotionalen Ebene unmittelbar erfährt. Gesprächspsychotherapeutische Methoden lassen sich gut mit anderen therapeutischen Interventionsverfahren kombinieren, insbesondere zum Aufbau einer therapeutischen Beziehung sowie bei Stagnation des therapeutischen Prozesses, Widerständen und Blockaden des Patienten.

3.3. Systemische Ansätze

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

Entscheidend für den auf der systemischen Sichtweise basierenden therapeutischen Ansatzes ist, dass aufgrund des systemstabilisierenden Charakters des Krankheitssymptoms die isolierte Behandlung des Symptomträgers nicht ausreicht, um zu einer nachhal-

tigen, zeitüberdauernden Symptomreduktion zu gelangen. Vielmehr ist die Einbeziehung des Gesamtsystems (z.B. Familie) und die Analyse der im System bestehenden funktionalen Zusammenhänge entscheidende Voraussetzung für einen positiven Therapieerfolg. Dieser Sichtweise tragen wir insbesondere im Rahmen der Angehörigenseminare oder Familien- und Paartherapie Rechnung. Darüber hinaus bedeutet eine systemorientierte Vorgehensweise in der Gruppentherapie vor allem auch die Abkehr von einer überwiegend defizitorientierten, störungsbezogenen Sichtweise hin zu einer Fokussierung vorhandener Ressourcen und für die Erreichung der Therapieziele nutzbarer Kompetenzen des Betroffenen. Dieser sogenannte „lösungsorientierte Ansatz“ verzichtet auf eine grundlegende Neuorientierung des Patienten und versteht Therapie als einen Prozess der Begleitung auf einem dem Kontext der Wertsysteme und den sozialen Rahmenbedingungen des Patienten angepassten Lösungsweg.

Die Entwicklung individuumsbezogener Therapieziele orientiert sich dabei nicht an ideologisierten Menschenbildern, sondern sieht den Patienten als Kooperationspartner, mit dem gemeinsame, auf seine Situation abgestimmte Ziele entwickelt werden. Dem Therapeuten kommt dabei die Aufgabe zu, dem Patienten sowohl beim Ausbau bereits vorhandener Kompetenzen, als auch beim Transfer entwickelter Lösungswege ins bestehende System behilflich zu sein.

3.4. Psychoanalytische Ansätze

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

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

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

4. Behandlung

4.1. Grundüberlegungen

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

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

4.2. Zielgruppen

Eine Behandlung in der Fachklinik Römerhaus ist angezeigt, wenn:

- Schwere Störungen auf seelischem, körperlichem und/oder sozialem Gebiet bestehen, die eine erfolgreiche ambulante oder teilstationäre Behandlung in Frage stellen.
- Die Herausnahme aus einem pathologischen sozialen Umfeld (z.B. bei massiven familiären Konflikten und/oder destruktiven Partnerbeziehungen) erforderlich ist, um den Rehabilitationsprozess zu sichern.
- Das soziale Umfeld des Patienten als wenig unterstützend erlebt wird.
- Der Patient beruflich nicht integriert ist und infolgedessen spezifischer Leistungen zur Vorbereitung einer beruflichen Wiedereingliederung bedarf.
- Eine stabile Wohnsituation nicht (mehr) vorhanden ist.
- Es zu erkennen ist, dass die Fähigkeit zur aktiven Mitarbeit, zur regelmäßigen Teilnahme und zur Einhaltung des Therapieplanes in Bezug auf die Anforderungen einer ambulanten oder teilstationären Entwöhnung nicht ausreichend ist.

- Der Patient nicht bereit oder in der Lage ist, während einer ambulanten oder teilstationären Maßnahme abstinenz zu leben.
- Neben der Substanzstörung eine weitere psychische Störung vorliegt (Doppeldiagnose).

4.3. Indikationen (ICD-10)

Der Indikationsbereich für die Fachklinik umfasst Störungen durch folgende Substanzen:

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

Primärindikation:

- Alkohol und / oder Medikamente
- Glücksspielsucht (F 63.x)

Sekundärindikationen:

- Essstörungen (F 50.x)

Kontraindikationen:

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

4.4. Therapieziele

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

Deshalb gelten als übergeordnete Therapieziele der stationären Behandlung:

- Stabilisierung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit
- Abstinenz von psychotropen Substanzen

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

4.4.1. Suchtspezifische Ziele

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

4.4.2. Allgemeine psychotherapeutische Ziele

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

4.4.3. Soziale Therapieziele

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

- Klärung der Beziehungen zur Familie, zum Partner und evtl. zur Herkunftsfamilie
- Förderung des Kontaktes zur Selbsthilfegruppe

4.4.4. Somatische Ziele

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

4.5. Behandlungsverlauf

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

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

Am Aufnahmetag findet auch der Erstkontakt des Patienten mit seinem Bezugstherapeuten statt. Mit ihm wird der Behandlungsplan für die ersten 3 Wochen erstellt und besprochen. Der Bezugstherapeut führt ihn dann auch in seine Bezugsgruppe ein.

In dieser ersten Zeit setzt sich der Patient v. a. mit seiner eigenen Suchtgeschichte auseinander. Haupttherapieziel der ersten Behandlungsphase ist das Gewinnen von Einsicht in die eigene Suchterkrankung. Es werden in dieser Zeit Kenntnisse des bio-psycho-sozialen Modells der Abhängigkeitserkrankung vermittelt und zugleich die Introspektions- und Selbstwahrnehmungsfähigkeit des Patienten gefördert.

Die Gruppentherapie findet kontinuierlich zweimal in der Woche statt. Die Therapiegruppe umfasst maximal 12 Personen. Die Gruppe wird halb offen geführt, deshalb können neue Patienten kurzfristig integriert werden, aber auch das Ende ist individuell gestaltbar. Die Gruppen werden von einer therapeutischen Fachkraft geleitet, im Regelfall ist ein Co-Therapeut beteiligt. Dieser gewährleistet die Kontinuität des Gruppenprozesses im Krankheitsfall oder bei anderen Ausfallzeiten des Gruppentherapeuten.

Den Schwerpunkt der Therapie bildet die Gruppentherapie; sie wird entscheidend von den Einzelgesprä-

chen unterstützt. Diese sollen den Gruppenprozess vertiefen und gleichzeitig helfen, über sehr schambesetzte Inhalte zu sprechen, sie aufzuarbeiten und ggf. in den Gruppenprozess einzubringen. Darüberhinaus soll das Einzelgespräch helfen, sehr konfliktreiche Erlebnisse innerhalb des Gruppengeschehens zu thematisieren und aufzuarbeiten. Die Gruppe soll zur Konfliktfähigkeit, aber auch wieder zum Erlernen der Erfahrungen von Zusammengehörigkeit und Vertrauen führen.

Der Therapieplan orientiert sich am individuellen Behandlungsziel des Patienten. Er wird indikationsbezogen erstellt und, falls notwendig, modifiziert.

„Jede psychische Störung ist eine Beziehungsstörung“²⁷, damit auch die Abhängigkeitserkrankung. Eine verlässliche vertrauensvolle Beziehung des Patienten zu seiner/m Bezugstherapeuten/in ist eine wesentliche Voraussetzung für eine erfolgreiche Therapie. Gerade Patienten, die in ihrer Ich-Stärke und Ich-Funktion schwer gestört sind, benötigen eine stabile, verlässliche therapeutische Beziehung zur Entwicklung einer guten Übertragungsbeziehung und Objektkonstanz. So dient die erste Phase der Behandlung auch zum Aufbau einer tragfähigen Beziehung. Auf diesem Boden kann dann die Arbeit an der Frustrationstoleranz erfolgen, Scham- und Schuldgefühle eingebracht werden, Verluste und Depressionen thematisiert werden.

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

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

Ein weiterer Schwerpunkt der Tätigkeit ist die Arbeit mit den Bezugspersonen. Es sollen die engsten Familienangehörigen (Partner, Eltern, Kinder – jeweils nach Bedarf) mit in die Behandlung einbezogen werden. Es gilt, die belastete häusliche Situation zu besprechen und neue Wege zu einem gemeinsamen Miteinander zu finden. Dabei sollen auch die neuen Erfahrungen während der Behandlung immer wieder thematisiert werden. Es sollen die Mauer des Schweigens durchbrochen und Veränderungen im familiären Beziehungssystem gefunden werden.

Es soll, soweit noch ein Arbeitsplatz vorhanden ist, dieser einmal aufgesucht und gemeinsam mit den Vorgesetzten über die Zeit nach dem stationären Aufenthalt gesprochen werden. Falls es sinnvoll erscheint (räumliche Entfernung), kann auch ein Betriebspraktikum im eigenen Betrieb durchgeführt werden. Rückfallprävention ist, unabhängig von einem aktuellen Rückfall, regelmäßiger Bestandteil der themenzentrierten Gruppentherapie.

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

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

4.6. Diagnostik

Die Diagnostik orientiert sich an der von der WHO in der 10. Revision vorgestellten Internationalen Klassifikation psychischer Störungen ICD 10. Die folgende Aufzählung benennt die klinisch-diagnostischen Leitlinien des Abhängigkeitssyndroms:

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

Um der Genese der Suchtmittelerkrankungen gerecht zu werden, bedarf es einer umfangreichen Diagnostik. Wie bereits dargestellt worden ist, muss bei jedem einzelnen Patienten die Frage beantwortet werden, welche Krankheitsfaktoren mit welchem Anteil in welcher Wechselbeziehung vorliegen. Dazu dienen folgende Verfahren:

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

4.7. Behandlungsplan

Der Behandlungsplan wird gemeinsam mit dem Patienten erstellt.

Der Therapieplan soll alle Möglichkeiten einer Differenzierung anbieten und sich am individuellen Behandlungsbedarf des Patienten orientieren.

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

Bei einer positiven Veränderung kann die Behandlung in einer teilstationären oder ambulanten Maßnahme fortgesetzt werden. Dort kann mit wenigen therapeutischen Maßnahmen der Therapieerfolg gesichert werden. Häufig reicht dazu eine Selbsthilfegruppe nicht aus, da dort nicht über die notwendige Professionalität verfügt wird.

Im Rahmen der langfristigen Sicherung des Therapieerfolges nach dem Ende der stationären Maßnahme soll weiter der Kontakt zu einer professionellen Einrichtung der Suchtkrankenhilfe aufrechterhalten werden. Es wird deshalb jedem Patienten empfohlen, den Kontakt zu einer Suchtberatungsstelle aufrecht zu erhalten und zumindest eine ambulante Nachsorge und/oder eine Selbsthilfegruppe zu besuchen. Sollte eine ambulante Therapie notwendig sein, wird auch diese – im Rahmen der teilstationären Behandlung – empfohlen²⁸.

28) Wichtig ist hierbei, ob die Suchtberatungsstelle von einem Rentenversicherungsträger als Behandlungsstätte für eine ambulante Therapie nach der Empfehlungsvereinbarung (EVARS) anerkannt wird.

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

In der so genannten wöchentlichen Rehakonferenz erfolgen gemeinsame Absprachen mit den Patienten über Therapieziele und Reha-Maßnahmen zu 3 unterschiedlichen Zeitpunkten:

- Nach stationärer Aufnahme
- In der Mitte der Therapie
- Vor Beendigung der Maßnahme

Teilnehmende Personen der Rehakonferenz:

- Bezugstherapeut
- Arbeitstherapeut
- Ärztliche und therapeutische Leitung
- Patient

4.8. Behandlungselemente

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

4.8.1. Ärztliche Behandlung

Der leitende Arzt trägt die Gesamtverantwortung für die med. Rehabilitation in der Fachklinik Römerhaus. Er führt sämtliche ärztliche Eingangs-, Zwischen- und Abschlussuntersuchungen durch, erstellt eine umfassende ärztliche Diagnose, in der alle Befunde (Labor-diagnostik, eigene Befunde sowie Konsiliaruntersuchungen) zusammengefasst werden. Diese Diagnose bildet gemeinsam mit der psychosozialen Diagnostik die Grundlage für den Behandlungsplan. Daneben führt der Arzt für die Patienten regelmäßige Visiten, Sprechstunden, Schulungen und Informationsveranstaltungen zum Suchtmittelmissbrauch durch. Zum Abschluss der Therapie nimmt er die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung vor und erstellt in Zusammenarbeit mit den übrigen therapeutischen Mitarbeitern den integrierten Entlassungsbericht nach den Vorgaben der RV-Träger.

4.8.2. Bezugstherapeutensystem

Jeder Patient erhält zu Beginn der Maßnahme eine/n Bezugstherapeuten/in. Der Kontakt des/der Bezugstherapeuten/in zum Patienten bildet die zentrale

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

4.8.3. Gruppentherapie

Die interaktionelle Gruppe findet 2x wöchentlich unter Leitung des Bezugstherapeuten und eines begleitenden Co- Therapeuten statt. Die Teilnahme der Patienten ist verpflichtend. Diese Gruppe bildet das Fundament der Therapie.

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

Im Mittelpunkt steht die Begegnung einzelner Individuen mit den Möglichkeiten des Austauschs von unterschiedlichen Erfahrungen, Beobachtungen und mit den Möglichkeiten des Verständigens miteinander, des Einübens/Verstärkens gegenseitiger Akzeptanz und respektvollen Umgangs. Sie dient der Auseinandersetzung mit der Grunderkrankung Alkoholabhängigkeit, dem Erlernen suchtspezifischer Kenntnisse und der Integration rückfallprophylaktischer Fähigkeiten. Unter Gruppentherapie ist zu verstehen, dass der Heilungsprozess durch die Kräfte der Gruppe eine wesentliche Verstärkung erfährt. Der einzelne Patient wird im natürlichen Kontext der Gruppe „behandelt“. Die Gruppe fördert die Wiederintegration des Einzelnen in gesellschaftliche Bezüge durch freie und spontane Interaktionen zwischen den Gruppenmitgliedern, also der Patienten untereinander und der Patienten mit dem Gruppentherapeuten.

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

Häufige Themen in der Gruppe sind:

- Rückfall-Bedeutung, Vorbeugung, Bearbeitung
- Rückfallaufarbeitung im konkreten Fall

- Alkohol in Lebensmitteln
- Ablehnen von Alkohol, Konfrontation im alten Umfeld
- Umgang mit Risikosituationen/Versuchungssituationen
- Tagesaktuelle Themen/Informationen
- Therapeutischen Elemente (Arbeit mit Einzelnen, Kleingruppen, Rollenspiel, ...), die in der Stammgruppe ihren Platz haben
- Umgang mit Ärger
- Selbsthilfegruppen und deren Arbeitsweisen

4.8.4. Einzelpsychotherapie

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

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

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

Mit unterschiedlichen Methoden aus der Psychotherapie (analytisch-systemische Familientherapie, tiefenpsychologisch fundierte Therapie, Gesprächspsychotherapie, integrative und lösungsorientierte Therapie, analytisch orientierter Sozialtherapie und der Verhaltenstherapie) begleiten die Therapeuten/innen die Patienten ein Stück weit auf dem Weg aus ihrer Abhängigkeitserkrankung.

4.8.5. Indikative (störungsspezifische und/oder themenzentrierte) Gruppenpsychotherapien

Neben der interaktionellen Standardgruppentherapie werden indikative (störungsspezifische und/oder themenzentrierte) Gruppenpsychotherapien angeboten:

- Angstbewältigungsgruppe
- Gruppentherapie für Patienten mit gestörtem Essverhalten
- Gruppentherapie Glücksspielsucht
- Raucherentwöhnung
- Soziales Kompetenztraining
- Rückfall-Präventionstherapie
- Kochkurs
- Medikamentenabhängigkeit
- Schmerzbewältigung
- Stressbewältigung
- Arbeitslosigkeit
- Alleine leben
- Freizeitkompetenztraining
 - Kognitives Training
 - Familie und Partnerschaft
 - Glaubens- und Lebensfragen
 - Männergruppe
- u. a.

4.8.6. Klinische Sozialarbeit / Soziale Rehabilitation

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

Soziale Rehabilitation verfolgt im wesentlichen folgende Aufgaben:

◆ Abklärung der wirtschaftlichen Absicherung/Schuldenregulierung:

Während der stationären Therapie bezieht der Patient Übergangsgeld, Krankengeld, in Ausnahmefällen noch Kindergeld oder ist über Leistungen Dritter abgesichert. Welche Unterstützung dem Patienten zusteht, ergibt sich aus den jeweiligen Anspruchsvoraussetzungen. In den meisten Fällen ist die Beantragung vor der Aufnahme gewährleistet, falls sie jedoch noch nicht in die Wege geleitet worden ist, übernimmt der klinische Sozialdienst diese Aufgabe. Er unterstützt dann die Beantragung und Durchsetzung des Anspruches. Verbunden damit werden bei dem Betroffenen erste Schritte einer Schuldenregulierung eingeleitet; dazu gehört das Erstellen eines Ordners über die Forderungen der einzelnen Gläubiger und die Kontaktaufnahme zu diesen. Wenn notwendig, wird der Patient an anerkannte professionelle Schuldenberatungsstellen in den jeweiligen Heimatorten vermittelt.

◆ Klärung der Wohnsituation:

Entscheidet sich ein Patient während der stationären Therapie, eine eigene Wohnung zu nehmen, unterstützt ihn der klinische Sozialdienst, indem er über Förder- und Leistungsansprüche berät, bei der Beantragung von Wohnberechtigungsscheinen, Wohnfeld und Listen öffentlich geförderter Wohnungen behilflich ist. Wir helfen bei der Suche und der Bewerbung um eine geeignete Wohnung.

◆ Klärung der beruflichen Situation/Bewerbungstraining:

Interessierten Patienten vermitteln wir zunächst Einzeltermine bei der Agentur für Arbeit. Mit den dort erhaltenen Informationen zu Förderungsmöglichkeiten etc. ist es uns möglich, ein Anforderungsprofil zu erstellen und konkrete erste Schritte einzuleiten bzw. Kontakte zur Agentur für Arbeit aufzunehmen. Wir bieten ein Bewerbungstraining am Computer an. Damit kann der Patient eine optimale Bewerbungsmappe mit Anschreiben, Lebenslauf etc. erstellen. Grundlagen für Zeugnisse und Vorstellungsgesprächen werden besprochen, Training im Rollenspiel angeboten.

◆ Klärung des Bedarfs ambulanter, teilstationärer und stationärer Nachsorge:

Die Patienten erhalten eine umfassende Beratung zu allen Möglichkeiten der ambulanten, teilstationären und stationären Nachsorge. Der Fachbereich soziale

Rehabilitation hat Adressen und Konzepte bundesweiter Angebote vorrätig und hilft bei Kontaktaufnahme, Bewerbung, Organisation des Probewohnens und Kostenübernahmebeantragung.

◆ Beratung in rechtlichen Fragen:

Diese findet statt, soweit sie in unserem Rahmen möglich ist. Bei Fragestellungen, die unsere Kompetenz übersteigen, arbeiten wir mit Anwälten vor Ort und den Anwälten der jeweiligen Patienten zusammen.

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

4.8.7 Kreativitätstherapie

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

4.8.8. Lerntherapie

Im Rahmen einer integrativen Lerntherapie bieten wir unseren Patienten ein individuell abgestimmtes lerntherapeutisches Programm an.

Integrative Lerntherapie ist eine spezielle pädagogisch-psychologische Förderung für Menschen mit Lern- und Leistungsstörungen.

Wir arbeiten in der Lerntherapie mit Elementen aus der Gesprächs- und Verhaltenstherapie, der Heilpädagogik, der Ergotherapie, speziellen PC-Programmen sowie mit Methoden, die den Patienten aus dem Schulunterricht bekannt sind. Die Vielfalt der Vorgehensweisen orientiert sich an den Lernvoraussetzungen, der Lebenslage und der Persönlichkeit des Patienten, seinen Bedürfnissen, Schwierigkeiten und Stärken sowie den gesetzten Zielen.

Im Wesentlichen umfasst die Lerntherapie folgende Bereiche:

- Lese-/ Rechtschreibschwäche / Legasthenie
- Dyskalkulie
- Deutsch als Fremdsprache

- Neuropädagogik/Schulisches Wissen
- Lernberatung
- Gedächtnistraining/Kognitives Training
- ADHS-Beratung/Coaching
- Bewerbungstraining

Je nach Bedarf erhalten unsere Patienten die Möglichkeit, während ihrer Therapie die entsprechenden Bereiche zu bearbeiten.

Die Erfahrung, langjährig als defizitär erlebte Bereiche verändern zu können, ist für viele Patienten motivierend.

Neues Wissen und neue Kompetenzen stärken das Selbstwertgefühl und bieten eine konkrete Grundlage, wieder auf sich selbst vertrauen zu lernen. Darin sehen wir eine Suchtprophylaxe auf breiter Basis.

4.8.9. Physiotherapie

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

Die Fachklinik Römerhaus bietet an: Schwimmen, Wirbelsäulengymnastik, Massagen, Unterwassermassagen, Kneippsche Anwendungen, Wärmebehandlung, Sauna, Strombehandlung und Wanderungen.

Die Verordnung der körperorientierten Therapie erfolgt individuell und richtet sich nach den speziellen Bedürfnissen des Patienten.

4.8.10. Ernährungsberatung

Für jeden Patienten wird individuell eine umfassende Gesundheitserziehung ermöglicht. Diese umfasst die persönliche Beratung über Risikofaktoren wie falsche Ernährung, Bluthochdruck, Rauchen und Aufklärung über alkoholinduzierte Erkrankungen. Regelmäßig wird ein Kurs über Gesundheitserziehung durchgeführt. Ärztlich verordnete Diäten werden bereitgestellt und ihre Einnahme kontrolliert.

4.8.11. Freizeitgestaltung

Die Integration der individuellen Freizeitgestaltung in das Behandlungsangebot hat die Aufgabe, Störungen im Freizeitverhalten aufzudecken und neue Möglichkeiten der Freizeitgestaltung zu entdecken. Im Mittelpunkt stehen die Erweiterung des Interessenhorizontes, der Aufbau mitmenschlicher Kontakte, die Vermittlung des Gemeinschaftslebens, die Entwicklung von Genussfähigkeit. Angeboten werden: Minigolf, Tagesausflüge, Gruppenausflüge mit Bus, Bahn oder klinikeigenen Fahrrädern.

4.8.12. Angehörigenarbeit

Die Angehörigenarbeit ist ein zentraler Bestandteil der Arbeit in der Fachklinik Römerhaus.

Die therapeutische Arbeit mit Angehörigen unterteilt sich in:

- Angehörigenseminar und
- Paar- und Familiengespräche

Angehörigenseminar:

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

Ziele:

- Familien- und Beziehungsdiagnostik
- Kennenlernen der problemstabilisierenden Muster in der Interaktion
- Gezielte Veränderungsinterventionen
- Abklärung der Bedeutung, die die Abhängigkeit im Beziehungsgefüge hat
- Förderung der Bereitschaft der Angehörigen zur Mitarbeit
- Weiterführung der eingeleiteten Neuorientierung in Familie und Partnerschaft
- Neudefinition von Rollen- und Generationengrenzen

- Vorbereitung und Motivation zum Besuch von Selbsthilfegruppen.

Familien- und Paargespräche:

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

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

4.8.13. Arbeitstherapie

Ziel ist vor allem die Wiederherstellung bzw. Stabilisierung der Erwerbsfähigkeit. Diese soll an realistischen Bedingungen im Umfeld der Patienten überprüft oder falls eine Arbeitslosigkeit vorliegt, die Integration ins Erwerbsleben gefördert werden, entweder durch Bildungsmaßnahmen oder durch Belastungserprobungen. Die Auseinandersetzung mit den beruflichen Perspektiven ist ein Schwerpunkt in der stationären Behandlung. Patienten, die in einem Arbeitsverhältnis stehen, müssen ihre berufliche Situation analysieren und sich mit den betrieblichen Gegebenheiten auseinandersetzen. Zu erwartende Probleme werden in der Einzel- und Gruppentherapie bearbeitet. Daneben ist für die verlängerte Heimfahrt gegen Therapieende vorgesehen, dass die Patienten während der Behandlungszeit mit ihrem Vorgesetzten Kontakt aufnehmen und ein gemeinsames Gespräch stattfindet.

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

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

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

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

Im Rahmen dieser Indikativgruppe werden den Patienten folgende Kenntnisse vermittelt:

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

Der arbeitstherapeutische Einsatz unserer Patienten gliedert sich in 3 Stufen:

1. Stufe (Eingliederungsphase – die ersten drei Wochen): Der Patient wählt sich einen AT-Bereich samt dem zuständigen Arbeitstherapeuten aus. So entsteht eine klare Zuordnung, erstes Vertrauen in der therapeutischen Beziehung kann wachsen. Es wird eine Anamnese der bisherigen beruflichen und nebenberuflichen Tätigkeiten erhoben. Zur Vervollständigung des diagnostischen Bildes dienen erste Belastungserprobungen.

2. Stufe (Trainingsphase – ca. 3. - 10. Woche): In dieser Phase wird der Patient vom Arzt und Bezugstherapeuten im Rahmen einer Therapieplanungskonferenz nach Indikationsstellung einem AT-Bereich zugewiesen. Der Patient soll sich dort unter arbeitstherapeutischer Anleitung erproben.

3. Stufe (Stabilisierungsphase – ab 11. Woche): In dieser Phase soll der Patient seine Reintegration ins Erwerbsleben weiter vorantreiben. Neben der Reflexion der Arbeitstherapie wird vom Patienten verstärkt die Autonomie und Eigenverantwortung am Arbeitsplatz gefordert.

Externe Arbeitstherapie:

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

Internes Belastungstraining:

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

4.8.14. Körpertherapie

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

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

Neben den verbindlichen Sportangeboten stehen in der Freizeit ein Minigolfplatz, ein Billardtisch, die Gymnastikhalle und ein Fitnessraum den Patienten zur Verfügung.

4.8.15. Seelsorge und spirituelles Angebot

Hinter dem süchtigen Verhalten eines Menschen steht neben dem Wunsch nach bedingungslosem Ange-

nommenwerden oft auch die Frage nach Wert und Sinn im Leben. Diese Frage „stellt sich radikal angesichts des menschlichen Leidens“ (V. Kast)²⁹. Die Logotherapie sieht in dem Streben nach Sinn sogar die primäre Motivation des Menschen. Deshalb besteht in unserer Fachklinik ein besonderes geistliches/spirituelles Angebot, das eine offene Auseinandersetzung mit o. g. Grundfragen des Menschen ermöglicht und fördert. Das durch die Introjektion problematischer Primärpersonen lebensfeindliche Gottesbild kann so korrigiert werden. Dazu wird in Seminaren und Gruppenstunden die Möglichkeit geboten.

In Einzelgesprächen können Patienten ihre persönlichen Glaubens- und Lebensfragen erörtern. Auf Wunsch können entsprechende Gespräche mit dem klinikeigenen Seelsorger geführt werden.

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

Die Teilnahme an spezifischen geistlichen/religiösen Angeboten ist freiwillig.

4.8.16. Heimfahrten oder Besuche

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

Ziele:

- Kontakt zur Familie
- Kontakt zur Arbeitsstelle / berufliche Neuorientierung
- Kontakt zur Suchtberatungsstelle
- Kontakt zur Selbsthilfegruppe
- Regelung amtlicher und / oder finanzieller Angelegenheiten
- Evtl. Vorstellung oder Probewohnen in stationärer, teilstationärer Nachsorge- oder Wohngemeinschaft
- Berufliche Orientierung, Kontakt zur Agentur für Arbeit

- Konfrontation mit dem alten Umfeld ohne den schützenden Rahmen der Klinik
- Auseinandersetzung mit Ängsten und neu definierten Fähigkeiten

4.8.17. Therapie der Essstörungen

Die Behandlung findet in der Regel als Sekundärindikation statt.

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

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

Der Therapievertrag umfasst u. a.:

- Die regelmäßige Teilnahme an der Indikativgruppe Essstörungen.
- Die regelmäßige und lückenlose Teilnahme an den Mahlzeiten (die nicht unterbrochen werden darf, um einem zwischenzeitlichen Erbrechen z. B. keinen Vorschub zu leisten).
- Die Einhaltung von Ruhezeiten nach den Mahlzeiten, die in der Regel in der Gruppe eingehalten werden müssen.
- Den Verzicht auf Laxantien.
- Die Anpassung der Co-Therapien und der sportlichen Aktivität an die Minusabweichung vom vereinbarten Basisgewicht.
- Das Führen eines Ess-Tagebuches.

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

und den häufig resignierenden übergewichtigen Esssüchtigen.

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

4.8.18. Therapie der Spielsucht

In der Fachklinik Römerhaus finden folgende Betroffene einen angemessenen Behandlungsrahmen:

- Pathologische Spieler, bei denen sich der süchtige Ablauf weitgehend verselbständigt hat
- Pathologische Spieler mit einem weiteren Substanzmissbrauch bzw. Substanzmittelabhängigkeit

Bei Betroffenen im Anfangsstadium hat das Spielen noch eine geringe Eigendynamik entwickelt, es ist eng an das Befinden, an den Gefühls- und Problemzustand des Betroffenen gekoppelt. Das Erleben des Spielens wird vordergründig eher mit Spaß und Gewinnen als mit Entlastung und Vergessen in Verbindung gebracht. Der Geldverlust erscheint überschaubar. Dennoch bewirken die Folgen des Spielens allmählich einen Leidensdruck. Bei der Mehrzahl der pathologischen Glücksspieler in unserer Behandlung hat sich das Spielen verselbstständigt. Das ursprüngliche Symptom im Sinne von Entlastung, Beruhigung, Spannungsabbau, aber auch Erhöhung des Erregungsniveaus, der Selbstwertbestätigung hat ein Eigenleben gewonnen mit einer ihm eigenen Dynamik – der Sucht. Bei einer Minderheit ist das Spielen zum zentralen Lebensinhalt geworden. Sie haben sich oft bis hin zum ökonomischen Ruin verschuldet und sind kriminell geworden.

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

Ziele:

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

Neben einer differenzierten Analyse der psychischen und psychosomatischen Störungen sowie der Funktion des pathologischen Spielens steht die Auseinandersetzung mit der Symptomdynamik im sozialen Kontext sowie der intrapsychischen und familien-dynamischen Konflikte im Vordergrund der Behandlung. Auf dem Hintergrund der Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit sind folgende Behandlungsziele vorrangig:

- Selbsterkennung und Erreichung von besseren Coping-Strategien bezüglich des Pathologischen Spielens und der damit verbundenen psychischen Störungen
- Erkennen der zugrundeliegenden Konflikte und damit verbundener Erweiterung von Handlungsoptionen
- Reduktion von Ängsten, Zwängen und Depressionen
- Verbesserung der Verhaltens- und Impulskontrolle
- Erhöhung der Konfliktfähigkeit
- Verbesserung der Gefühlswahrnehmung und Differenzierung
- Verbesserung der Kommunikations- und Beziehungsfähigkeit
- Erkennen und Veränderung von Wahrnehmungsprozessen
- Erhöhung von Genussfähigkeit
- Anbindung an Selbsthilfegruppen
- Schuldenaufstellung und -regulierung
- Eine veränderte Einstellung zum Geld

Maßnahmen:

Die Spielsüchtigen werden in das therapeutische Setting der Fachklinik Römerhaus integriert. Je nach Anzahl der Betroffenen werden sie verschiedenen therapeutischen Gruppen zugeteilt. Dabei ist die Zielvorstellung: Mehr als zwei Spieler pro Gruppe, ohne dass sie zahlenmäßig dominieren.

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

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

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

Im Bereich Sozialarbeit liegen die Schwerpunkte auf Geldmanagement (Erlernen eines neuen Umganges mit Geld, Anfänge einer Schuldenregulierung) sowie der beruflichen und sozialen Wiedereingliederung.

Auch die Vorbereitung der Nachsorge erhält besonderes Gewicht, da das Hilfesystem (noch) nicht besonders auf Spieler eingestellt ist (Beispiel: Selbsthilfe, ambulante Rehabilitation).

4.8.19. Komorbidität

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

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

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

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

Einige Merkmale sind für alle Behandlungssituationen relevant. Folgende Empfehlungen wurden den Untersuchungen und Meta-Analysen von international veröffentlichten, randomisiert kontrollierten Studien zur Suchtmittelbehandlung entnommen³⁰.

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

4.8.19.1. Suchtmittel und Persönlichkeitsstörung

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

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

Viele wissenschaftliche Studien zeigen eine sehr hohe Komorbidität zwischen Alkoholabhängigkeit und Persönlichkeitsstörungen („Alkoholiker erfüllen in bis zu 80% der Fälle die Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung“³¹).

Diese Statistiken geben jedoch nur wenig Auskunft über männerspezifische 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 Persönlichkeitsstörung und Abhängigkeitserkrankung beeinflusst.

Persönlichkeitsstörungen sind allgemein gekennzeichnet durch rigide, schwer veränderbare Formen des inneren Erlebens, der Kognitionen und des interpersonellen Verhaltens. Die Betroffenen sehen ihre Störung oft als Teil ihrer Identität und haben große Schwierigkeiten, Veränderungen zuzulassen. Persönlichkeitsstörungen beginnen meist früh im Jugendalter und bleiben ohne Behandlung weiterhin relativ gleichförmig. Der Patient hat durch seine eingeschränkte Anpassungsfähigkeit und Rigidität deutliche berufliche und soziale Probleme, unter denen er 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 des Patienten verlangt sorgfältige und störungsspezifische Therapieangebote und Therapiebeziehungsgestaltung. In Einzelgesprächen werden die Grundannahmen und Verhaltensmuster des Patienten analysiert und er lernt, seine dysfunktionalen Kognitionen mit ihren Konsequenzen wahrzunehmen. Im Hier und Jetzt werden die therapeutischen Beziehungen und die Erfahrungen des Patienten im Klinikalltag reflektiert und umgesetzt. Durch Rollenspiele, das Selbstsicherheitstraining und das Konfliktbewältigungstraining kann er seine sozialen Kompetenzen verbessern und seine Stress- und Frustrationstoleranz erweitern. In der Gruppenarbeit hat der Patient die Möglichkeit, seinen Umgang mit seinen Emotionen zu regulieren und zu verbessern und zu lernen, sein Selbstbild und das Bild von anderen zu korrigieren, ebenso wie Lösungsstrategien zu entwickeln und seine Kritikfähigkeit zu trainieren.

4.8.19.2. Suchtmittel und Depression

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

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

Unsere Therapie orientiert sich an der kognitiven Verhaltenstherapie nach Beck (1994)³², bei der der Patient lernt, seine dysfunktionalen Kognitionen, seine Affektivität, seine Körperempfindungen und seine alltäglichen Aktivitäten sowie deren dynamische Wechselwirkungen wahrzunehmen und zu überprüfen. In die-

sem Rahmen wählen wir entsprechend der Bedürfnisse, Wünsche und dem psychopathologischen Zustandsbild des Patienten unsere therapeutische Vorgehensweise, die in gemeinsamer Planung von Bezugstherapeuten und Patienten gestaltet wird.

In der psychoedukativen Gruppe bekommt der Patient Informationen über Depressionen, Verlauf, Behandlungsmöglichkeiten und medikamentöse Therapie. Der Patient wird motiviert, die Ereignisse des Tages, seine Aktivitäten und dazu aufgetretene Kognitionen und Emotionen sowie seine aktuellen Gedanken detailliert in seinem Tagebuch aufzuschreiben und gemeinsam mit dem/der Bezugstherapeuten/in zu reflektieren. In der Ergo- und Arbeitstherapie und bei den Entspannungsverfahren hat der Patient die Möglichkeit, seine Wahrnehmungen und Fähigkeiten realistisch einzuschätzen.

In der Gruppe trainiert er seine Konzentration, Aufmerksamkeit und sein Gedächtnis und lernt, sich mit kreativen Tätigkeiten ohne Suchtmittel sinnvoll zu beschäftigen.

Im Selbstsicherheitstraining und durch Rollenspiele kann der Patient seine soziale Kompetenz überprüfen und erweitern, sich mit Schwierigkeiten und stressauslösenden Situationen zu Hause oder am Arbeitsplatz auseinandersetzen und neue Lösungsstrategien für sich entwickeln.

4.8.19.3. Suchtmittel und Angst

Angstzustände gelten als ein häufig zu beobachtendes Begleitsymptom der Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit, die in aller Regel nach absolvierter körperlicher Entgiftung wieder nachlassen. Oftmals sind unsere Patienten durch die Erfahrungen allerdings so verunsichert, dass es notwendig ist, sie vorsichtig dazu zu ermutigen, frühere Aktivitäten wieder aufzunehmen und ihre „Angst vor der Angst“ auf diese Weise zu reduzieren.

Verschiedene Grundformen der Angst, wie z.B. soziale Ängste, Panikattacken oder Phobien können jedoch auch schon vor der Suchterkrankung vorhanden gewesen sein und wesentlich zu einer Abhängigkeitsentwicklung im Sinne einer Bewältigungsstrategie mit beigetragen haben. In diesen Fällen ist nach genauerer diagnostischer Abklärung ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Vorgehen angezeigt, bei dem die Betroffenen Kenntnisse erwerben können, wie Angst entsteht und durch welche Bedingungen sie aufrechterhalten bleibt. Außerdem sollten die Patienten durch gezielte Strategien lernen, ihre Angst zu bewältigen, indem sie dieses Gefühl und die damit verbundenen

Körperempfindungen umbewerten und sich ihnen durch verhaltenstherapeutische Übungen wie z.B. systematische Desensibilisierung oder Expositionstraining stellen.

4.8.19.4. Suchtmittel und Psychose

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

Bei chronischen Alkoholikern lassen sich Psychosen mit paranoid-halluzinatorischen Symptomen feststellen, die oft schwer von schizophrenen Störungen zu differenzieren sind.

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

Die therapeutische Beziehung schafft eine Atmosphäre von Vertrauen und Geborgenheit und bildet so die Basis, um vorhandene Ängste des Patienten schrittweise abzubauen und seine 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 des Patienten mit ihm erarbeitet, gewürdigt und als Ansatzpunkt für die Behandlung der psychotischen Symptome angewandt.

Mittels Informationen über seine Krankheit bekommt der Patient Zugang zu einer Vielzahl seiner ihn beunruhigenden und für ihn unverständlichen Symptome und wird motiviert, seine Krankheit zu akzeptieren. Der Patient übt neue Copingstrategien für einen kompetenteren Umgang mit seinen Stressoren und lernt sensibel, die Frühsymptome der präpsychotischen Phase wahrzunehmen und zu bewältigen. In der Therapie wird durch die Reflexion der kleinen Schritte die Selbstachtung und Selbstsicherheit des Klienten gefördert. Im Selbstsicherheitstraining wählt er Übungsthemen aus seinem Alltag aus und verbessert seine sozialen Wahrnehmungen und Fertigkeiten. Rollenspiele ermöglichen es ihm, seine kommunikativen-interpersonellen Defizite wahrzunehmen und neue Problemlösestrategien zu entwickeln bzw. einzuüben.

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

Zudem werden in Einzelgesprächen intensiv mit dem Patienten seine Wohnsituation, Arbeit, Beschäftigungs- und Freizeitaktivitäten thematisiert und bearbeitet.

4.8.20. Abhängigkeit im Alter und ihre Behandlung

Die Zahl der abhängigen älteren Menschen steigt – selbst im höheren Alter ist eine Suchtentwicklung möglich. Der neue Lebensabschnitt verlangt eine dem Alter entsprechende Umorientierung. Mit dem Ausstieg aus dem Berufsleben und dem Wegfallen von sozialen Aufgaben entsteht oft das Gefühl, nicht mehr gebraucht zu werden. Verlust des Partners, Angst vor Ablehnung und Abgeschobenwerden sind Belastungen, denen besonders allein stehende Männer häufig ausgesetzt sind. Isolation und Einsamkeit sind bei dem Patienten oft Nährboden für eine einseitige Konzentration auf sein körperliches und seelisches Befinden. Die alten Traumata aus seiner Lebensgeschichte tauchen auf, und nicht bearbeitete Kriegs- und Nachkriegserfahrungen überfordern den Patienten. Hinzu kommen körperliche Gebrechen, soziale Unsicherheit, finanzielle Engpässe und Sorgen.

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

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

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

Akzeptanz, Empathie und Hilfestellungen sollen die anfänglichen Ängste und Unsicherheiten dieses Patienten abbauen. Dieses Klima erleichtert es dem Patienten, Lebensbilanz zu ziehen, seine Lebensgeschichte aufzuarbeiten und anzunehmen sowie seine Leistungen zu würdigen und gleichzeitig den Prozess des Alterns zu akzeptieren. Der Patient lernt, selbstverantwortlich Veränderungswünsche zu entwickeln und sich für altersspezifische Probleme Bewältigungsstrategien zu erarbeiten. Er soll seine Suchtentwicklung und die Funktionalität des Suchtmittels verstehen und neue Lösungsstrategien für sich entwerfen. Das therapeutische Milieu ermöglicht ihm neue emotionale und kommunikative Erfahrungen und er lernt, „trotz seines Alters“ das Leben zu genießen, mit gleichaltrigen als auch jüngeren Männern Kontakt aufzunehmen und seine Erfahrungen auszutauschen.

Wir bieten ihm an, auch über Themen wie Nähe und Distanz, Partnerschaft, Zärtlichkeit und Sexualität im Alter zu sprechen und so seine eigenen Bedürfnisse wahrzunehmen.

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

5. Besondere Behandlungssituationen

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

- die psychischen Krisen
- den Rückfall

5.1. Psychische Krisen und Kriseninterventionen

Kriseninterventionen sind ein wichtiges Element der Behandlung suchtkranker Menschen.

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

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

beruflichen Umfeld besprochen werden und es kann eine Intervention für den Tagesverlauf geplant werden. Daneben ist durch den Schutz der Fachklinik die „Griffnähe“ des Suchtmittels nicht vorhanden. Die gemeinsamen Gesprächsrunden mit den Mitpatienten helfen meist, die Krise zu meistern.

Im Rahmen der Fachklinik stehen auch rund um die Uhr Mitarbeiter zur Verfügung, mit denen die Problemfelder besprochen werden können.

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

5.2. Rückfall

5.2.1. Grundüberlegungen zum Rückfall

Obwohl die Erfolge der therapeutischen Behandlung des Missbrauches und der Abhängigkeit unbestritten sind (Süß, 1995)³³, sind Rückfälle im therapeutischen Alltag genauso wie nach einer erfolgreichen medizinischen Rehabilitation keine Ausnahme, sondern ein Ereignis, mit dem es sich auseinanderzusetzen gilt. Verschiedene Studien belegen diese subjektiv festgestellte Wahrnehmung:

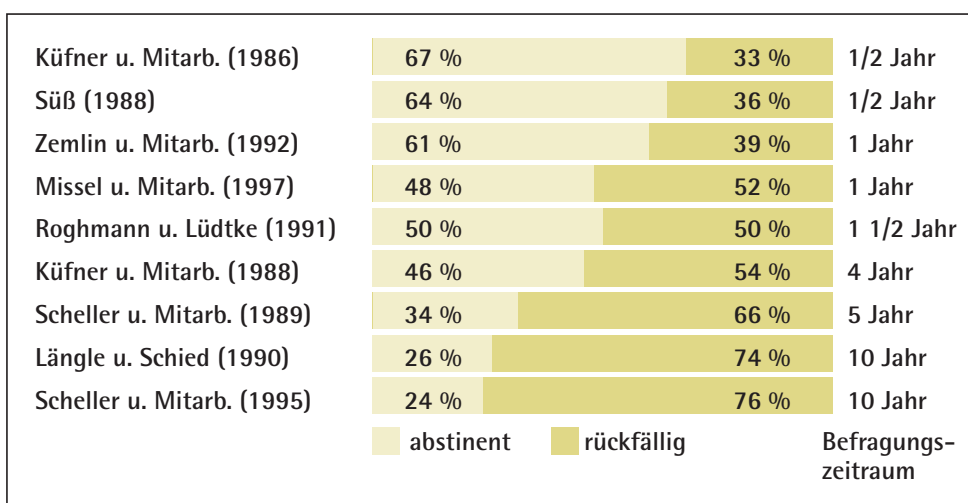


Abbildung 5:

Abstinent- und Rückfallraten nach stationärer Alkoholentwöhnungsbehandlung in Deutschland für unterschiedliche Befragungszeiträume und Studien³⁴.

Daneben belegen Studien, dass in den ersten sechs Monaten nach dem Ende einer stationären Maßnahme das größte Risiko für einen erneuten Alkoholkonsum besteht.

33) Süß, 1995

34) Körkel, J.: Rückfall und Rückfallprävention bei Alkoholabhängigkeit in Tretter, F. & Müller, A. (Hrsg.): Psychologische Therapie der Sucht, Hogrefe (2001)

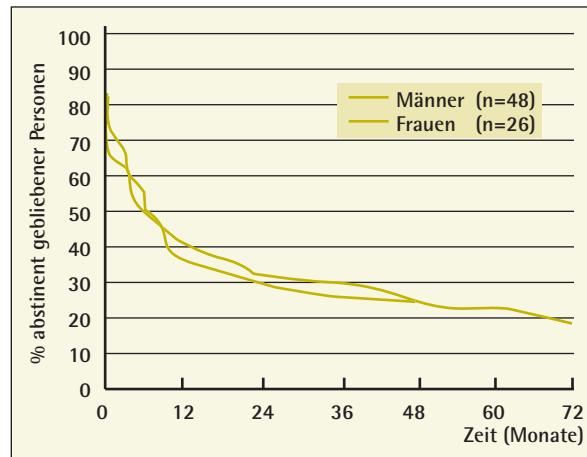


Abbildung 6: Prozentsatz der in den ersten 6 Jahren nach einer Alkoholentwöhnungsbehandlung abstinent gebliebenen Personen³⁵.

5.2.2. Rückfallprävention

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

Körkel gibt folgende Empfehlungen zu Vorbeugung und Umgang mit Rückfällen:

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

Rückfallbedingungen gemäß verschiedenen internationalen Befragungsstudien (Angaben in %)³⁶.

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

5.2.3. Rückfall während einer therapeutischen Maßnahme

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

Es gilt, zunächst eine medizinische Versorgung/Abklärung vorzunehmen. Der Arzt entscheidet über die Weiterbehandlungsmöglichkeiten. Es gilt zu klären, inwieweit aus medizinischer Sicht eine Weiterbehandlung möglich ist oder ob sie unterbrochen werden muss (Entgiftung). In der Phase der Intoxikation erfolgt keine therapeutische Zuwendung. Erst wenn der Patient die akute Krisensituation überwunden hat, wird ihm die Möglichkeit gegeben, über seine Erfahrungen zu sprechen. In einem anschließenden gemeinsamen Gespräch mit dem Einzeltherapeuten (Bezugstherapeuten), dem Psychologen und dem Arzt wird gemeinsam über die Fortsetzung der Maßnahme entschieden. Sollte der Rückfall gegen Ende der Therapie erfolgen, ist zu prüfen, ob es sinnvoll ist, die Maßnahme zu verlängern und/oder den Patienten nach entsprechender Vorbereitung erneut mit der Risikosituation zu konfrontieren. Er kann dann neue Erfahrungen sammeln und seine Abstinenzzuversicht wieder erhöhen. Das Rückfallgeschehen und die therapeutische Bearbeitung werden in den Berichten dokumentiert.

6. Personal

6.1. Die Mitarbeiter

Die Behandlung wird durch ein interdisziplinär zusammengesetztes Behandlungsteam gewährleistet. Die gesamte medizinische Rehabilitation in der Fachklinik wird von dem leitenden Arzt verantwortet. Alle therapeutischen Mitarbeiter verfügen über eine formale Qualifikation, die den Anforderungen der Kosten- und Leistungsträger entspricht.

Vereinbarter Soll-Stellenplan von 06/07:

Ärztlicher Dienst:

Arzt 1,0 Vollstellen

Funktionsdienst:

Krankenpflege 3,0 Vollstellen

Dipl. Psychologen 0,9 Vollstellen

Arbeitsanleiter/-erzieher/
-therapeuten 2,9 Vollstellen

Sozialpädagogen 3,92 Vollstellen

Ergotherapie 0,6 Vollstellen

Sporttherapie 0,3 Vollstellen

Masseur und Bademeister 0,2 Vollstellen

Arzt Schreibkraft 0,7 Vollstellen

Verwaltung/Leitung:

Leitung 0,9 Vollstellen

Verwaltung 2,0 Vollstellen

Wirtschafts- und Versorgungsdienst:

Küchenleiter 1,0 Vollstellen

Küchenpersonal 0,5 Vollstellen

Reinigung/Wäschereinigung 1,0 Vollstellen

Technischer Dienst:

Hausmeister 1,25 Vollstellen

Sonstiges Personal:

Zivildienstleistende 3,0 Vollstellen

Sonstiges Personal 0,2 Vollstellen

6.2. Supervision und Fortbildung

In der Fachklinik Römerhaus wird Teamsupervision regelmäßig durchgeführt. Sie findet alle 6 Wochen statt und dauert 180 Minuten.

Die Mitarbeiter verpflichten sich, regelmäßig an internen und externen Fortbildungsmaßnahmen teilzunehmen. Die Fachklinik Römerhaus fördert die Weiterbildung aller Mitarbeiter und unterstützt alle Berufsgruppen bei ihrem Wunsch der Fortbildung. Die Modalitäten sind im noch zu erstellenden Qualitäts- handbuch der Fachklinik festgelegt.

6.3. Interne Kommunikation

Im Frühteam wird in Kürze über die Vorkommnisse des vorhergehenden Tages, der Nacht und eventuelle Notfälle gesprochen. Daneben trifft sich das psychotherapeutische Team einmal wöchentlich zur Besprechung therapeutischer Fragen. Es finden regelmäßig interdisziplinäre Gespräche statt, in denen die unterschiedlichen Erkenntnisse über die Patienten ausgetauscht werden und, falls notwendig, in den Therapieplan integriert werden.

7. Dokumentation und Qualitätssicherung

7.1. Dokumentation

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

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

7.2. Qualitätssicherung

Die Fachklinik Römerhaus nimmt teil am Qualitätssicherungsprogramm der Deutschen Rentenversicherung. Es wird zurzeit ein internes Qualitätsmanagement eingeführt. Geplant ist eine Zertifizierung durch die DeQus. Daneben bemüht sich die Fachklinik, an einem einrichtungsübergreifenden Qualitätszirkel von Fachkliniken teilzunehmen.

Literaturverzeichnis:

- Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.):
Innovative Behandlungsstrategien
bei Alkoholproblemen, Lambertus, 1997
- Berglund, M. et al. (Hrsg.) (2003):
Treating alcohol and drug abuse.
An evidence-based review, Wiley: London.
- Burtscheidt, Wilhelm: Integrative Verhaltenstherapie
bei Alkoholabhängigkeit, Springer, 2001
- Elesser, Karin & Sartory, Gudrun: Medikamenten-
abhängigkeit, Hogrefe, 2001
- Fachverband Sucht: Rehabilitation Suchtkranker –
mehr als Psychotherapie, Neuland 2001
- Fachverband Sucht: Perspektiven für Suchtkranke,
Teilhabe fördern – fordern – sichern, Neuland, 2005
- Feuerlein, Wilhelm, Küfner Heinrich & Soyka, Michael:
Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit, Thieme,
1998
- Fuchs, Peter: Ergotherapie im Suchtbereich,
modernes Lernen, 2000
- Funke, W. und Scheller, R.: Differentielle Indikation
und Sucht: Einflüsse des Geschlechts auf die Alkohol-
entwöhnungsbehandlung. Abhängigkeiten: Forschung
und Praxis der Prävention und Behandlung, 10 (3),
S. 63-77, 2004
- Fürchtenschnieder, I & Petry, J.: Glücksspielsucht,
München, 1998
- Gouzoulis-Mayfrank, Euphrosyne: Komorbidität Psychose
und Sucht, Steinkopff, 2003
- Heide, Martin (Hrsg.): Wenn ich erst wieder
Arbeit habe ..., Neuland 2001
- Heigl-Evers, Heigl, Ott: Lehrbuch der Psychotherapie,
Fischer 1993
- Hoffmann, S. , Hochapfel, G. u.a.:
Neurotische Störungen und Psychosomatische Medizin,
Schattauer, 2004
- Jacob, Jutta & Ströver, Heino (Hrsg.):
Sucht und Männlichkeit,
Verlag für Sozialwissenschaften, 2006
- Jahrreis, R., Schuhler, P.:
Alkohol- und Medikamentenmissbrauch
psychosomatisch Kranker, 1996
- Kanfer, Frederick H.: Selbstmanagement-Therapie,
Springer, 2000
- Krausz, Michael & Haasen, Christian (Hrsg.):
Kompendium Sucht, Thieme, 2004
- Körkel, Joachim:
Praxis der Rückfallbehandlung, Blaukreuz, 1998
- Körkel, Joachim: Rückfall muss keine Katastrophe sein,
Blaukreuz, 2001
- Körkel, Joachim: Rückfallprävention mit
Alkoholabhängigen, Springer, 2003
- Lindemeyer, Johannes:
Alkoholabhängigkeit, Hogrefe, 1999
- Löcherbach, Peter u.a. (Hrsg.):
Case Management, Luchterhand, 2003
- Mayer, Gerhard und Bachmann, Meinolf:
Spielsucht, Springer, 2005
- Mentzos, Stavros und Münch, Alois (Hrsg.):
Psychose und Sucht, Vandenhoeck & Rupprecht, 2003
- Miller, William R., Rollnick, St.:
Motivierende Gesprächsführung, Lambertus, 1999
- Moggi, Franz und Donati, Ruth: Psychische Störungen und
Sucht, Hogrefe, 2004
- Petry, J.:
Psychotherapie des Glücksspiel, Weinheim, 1996
- Rost, Wolf-Detlef:
Psychoanalyse des Alkoholismus, Klett, 1990
- Ruegg, Johann Caspar: Psychosomatik, Psychotherapie und
Gehirn, Schattauer, 2003
- Soyka, M. & Möller, H. J. (Hrsg.): Alkoholismus als psychi-
sche Störung, Springer, 1997
- Süß, Heinz-Martin:
Evaluation von Alkoholismustherapie, Huber, 1988
- Thomasius, Rainer:
Psychotherapie der Suchterkrankungen, Thieme 2000
- Tretter, Felix: Suchtmedizin, Schattauer, 2000
- Tretter, Felix & Müller, Angelica (Hrsg.): Psychologische
Therapie der Sucht, Hogrefe, 2001
- Vosshagen, Arnulf: Alkoholkonsum und Männlichkeit, in:
Dr. med. Mabase Nr. 125, 2000
- Walitzer, K.S., Connors, G. J., 1997:
Gender and treatment of alcohol-related problems. In:
Wilsnack, R.W., Wilsnack, S.C. (eds.) Gender and alcohol:
Individual and social perspectives. New Brunswick: Rutgers
Center of Alcohol Studies, 445-461

Therapievereinbarung:

zwischen der Fachklinik Römerhaus

- Entwöhnungsbehandlung
- Therapiebetreutes Wohnen Birkenhof

und

Herrn geb.

Anschrift.

Sie haben sich zu einer Behandlung entschlossen.

Voraussetzungen und Bedingungen hierfür sind:

Sie leben von Suchtmitteln (Alkohol/Medikamente/illegale Drogen) abstinent. Soweit Ihnen während Ihrer Behandlung von Ihrem Arzt Medikamente verordnet werden, erwarten wir von Ihnen, dass Sie uns dies mitteilen. Als Sucht verstehen wir auch das Pathologische Spielen.

Die Einbeziehung eines Arztes (Hausarzt oder Facharzt) ist wichtiger Bestandteil der Behandlung. Mit der Benachrichtigung Ihres Hausarztes über den Beginn der Behandlung erklären Sie sich einverstanden.

Eine Kostenübernahme des zuständigen Kostenträgers (Privat, Deutsche Rentenversicherung, Krankenkasse, Sozialamt) muss vor Beginn der Behandlung vorliegen. Sollte nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften keine Leistungspflicht eines öffentlich-rechtlichen Kostenträgers bestehen, sind Sie als Selbstzahler zur Entrichtung des Entgeltes für die Behandlung verpflichtet.

Wesentlich ist Ihr Wunsch nach dauerhafter Suchtmittelabstinenz und der Wille, sich mit den Hintergründen Ihrer Suchterkrankung auseinanderzusetzen. Die Einbeziehung der primären Bezugspersonen (Ehe- und Lebenspartner) ist wichtiger Bestandteil der Therapie, deshalb setzen wir Ihre Bereitschaft zur Einbeziehung Ihrer Angehörigen voraus.

Sie verpflichten sich, den vereinbarten Therapieterminen Vorrang in Ihrer Zeitplanung einzuräumen. Eine Beurlaubung kann nur im Ausnahmefall aus zwingenden Gründen erfolgen. Sollten Sie aus Krankheitsgründen an der Therapieteilnahme gehindert sein, bitten wir um Klärung mit der ärztlichen Abteilung.

Bei einem Rückfall wird im Einzelfall entschieden, ob und wie die Therapie fortgeführt wird. Ist ein Rückfall so intensiv, dass eine stationäre Entgiftung erfolgen muss, wird hierüber der Leistungsträger informiert, der dann über die Fortführung der Maßnahme entscheidet.

Mit der Teilnahme an der Therapie verpflichten Sie sich zur absoluten Verschwiegenheit gegenüber Personen, die nicht der Gruppe angehören. Namen anderer Personen und Informationen, die Sie in der Gruppe erhalten, dürfen nicht aus der Gruppe herausgetragen werden. Desweiteren verweisen wir auf die Erklärung zum Datenschutz.

Wir bieten die jeweils erforderlichen therapeutischen Maßnahmen an. Dazu gehören Gruppen-, Einzel-, Paar- und Angehörigengespräche.

Wir verpflichten uns, Ihnen unsere Fähigkeiten und Erfahrungen auf dem Weg in die Suchtmittelfreiheit zukommen zu lassen. Hierzu kann es erforderlich sein, Ihren Therapieverlauf mit einem externen Supervisor zu besprechen. Wir sichern Ihnen die Beachtung der Schweigepflicht zu.

Die Klinik haftet nicht für den Verlust oder die Beschädigung von eingebrachten Sachen, die in der Obhut des Patienten bleiben, es sei denn, es liegt Vorsatz oder Fahrlässigkeit seitens der Klinik vor; das Gleiche gilt bei Verlust von Geld und Wertsachen, die nicht der Verwaltung zur Verwahrung übergeben wurden. Zurückgelassene Sachen gehen in das Eigentum der Klinik über, wenn sie nicht innerhalb 12 Wochen nach Aufforderung abgeholt werden.

Auf die Einhaltung der Hausordnung wird verwiesen.

Sulzberg,
Ort, Datum

.....
Unterschrift Einrichtung

.....
Unterschrift Patient

Stundenplan

Zeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
7.20	Frühstück				
8.15 - 9.45	Gruppe	Arbeitstherapie	Arbeitstherapie Einzelgespräch Lerntherapie	Arbeitstherapie Einzelgespräch Lerntherapie	8.15 - 11.45 Arbeitstherapie
10.00 - 11.45	Arbeitstherapie Einzelgespräch Lerntherapie				10.30 Indikationsgruppe
12.00	Mittagessen				
15.15 - 16.30	Beschäftigungstherapie	Zeit zur freien Verfügung	14.00 - 15.30 Indikationsgruppe	13.30 - 16.00 Arbeitstherapie	14.30 - 15.45 Kunsttherapie (14tägig)
16.45 - 18.00	Sportunterricht	15.30 - 18.00 Schwimmen	16.30 - 18.00 Gruppe		16.00 - 17.00 Unterricht
18.20	Abendessen				
19.20	Hydrotherapie	Medizinische Anwendungen	19.00 Sauna	19.00 Indikationsgruppe Glaube & Leben	

Montag ab 19.30 Uhr freiwilliges Volleyball-Spiel

RÖMERHAUS

Fachklinik für suchtkranke Männer

Römerhaus
Jodbad Sulzbrunn
87477 Sulzberg
Telefon 08376 9204-0
Telefax 08376 9204-88
www.roemerhaus-fk.de
E-Mail: info@roemerhaus-fk.de



 Deutscher Gemeinschafts-Diakonieverband GmbH

Träger:
Deutscher Gemeinschafts-Diakonieverband
35037 Marburg/Lahn

Vertreten durch:
Diakonissen-Mutterhaus Hensoltshöhe
91710 Gunzenhausen