

Konzeption der Fachklinik siebenzwerge

Salem im Februar 2014

Gliederung

Leitbild

1. Allgemeines
 - 1.1 Bezeichnung des Konzeptes
 - 1.2 Kurzcharakterisierung der Behandlungseinrichtung

2. Theoretischer Hintergrund
 - 2.1 Menschenbild
 - 2.2 Persönlichkeitstheorie
 - 2.3 Krankheits- und Gesundheitsverständnis
 - 2.4 Suchtverständnis
 - 2.5 Behandlungsansatz
 - 2.5.1 Suchttherapie/Psychotherapie
 - 2.5.2 Soziotherapie
 - 2.5.3 Künstlerische Therapien
 - 2.5.4 Die Therapeutische Gemeinschaft: Ein Lern- und Lebensraum
 - 2.5.5 Aufnahmekriterien
 - 2.5.6 Indikation
 - 2.5.7 Kontraindikation
 - 2.5.8 Störungsspezifisches Behandlungsangebot für komorbide Patienten
 - 2.5.9 ICF

3. Gender Mainstream

4. Arbeit nach dem Diversity-Ansatz

- 5. Programm der stationären medizinischen Rehabilitation
 - 5.1 Dauer
 - 5.2 Ziele
 - 5.3 Verlauf
 - 5.3.1 Aufnahmeverfahren
 - 5.3.2 Eingangsphase und Orientierungsphase
 - 5.3.3 Intensivtherapeutische Phase
 - 5.4 Behandlungszeiten und Tagesstruktur
 - 5.5 Therapeutische Wirkfaktoren
 - 5.6 Umgang mit Rückfällen und Kriseninterventionen
 - 5.7 Behandlungselemente
 - 5.7.1 Medizinischer Bereich
 - 5.7.2 Psychotherapeutischer Bereich
 - 5.7.3 Soziotherapeutischer Bereich
 - 5.7.4 Edukativer Bereich - naturwissenschaftliche, geisteswissenschaftliche und allgemeinbildende Kurse
 - 5.7.5 Arbeitstherapeutischer Bereich
 - 5.7.6 Künstlerische Therapien
 - 5.7.7 Sport- und entspannungstherapeutischer Bereich
 - 5.7.8 Arbeit mit Angehörigen
 - 5.7.9 Heimfahrten Wochenende
 - 5.7.10 Realitätstraining (Fahrten nach Hause in der Woche)
 - 5.7.11 Sozialdienst
 - 5.7.12 Geleitete Freizeitaktivitäten

- 6. Integrationsphase
 - 6.1 Indikationen
 - 6.2 Regelbehandlungsdauer
 - 6.3 Rehabilitationsziele der Integrationsphase
 - 6.4 Behandlungselemente der Integrationsphase
 - 6.4.1 Medizinischer Bereich
 - 6.4.2 Soziotherapeutischer Bereich
 - 6.5 Ablauf der Integrationsphase
 - 6.6 Arbeits- und Entwicklungsschritte der Integrationsphase

- 7. Nachbetreuungsphase

- 8. Allgemeine Informationen
 - 8.1 Personalkonzept und Aufgabenbeschreibung des multiprofessionellen Teams
 - 8.2 Kommunikationsstruktur
 - 8.3 Fortbildung, Supervision
 - 8.4 Qualitätsmanagement und -sicherung
 - 8.5 Datenschutz
 - 8.6 Lage der Einrichtung und räumliche Gegebenheiten
 - 8.7 Kooperation, Arbeitsgruppen, Mitgliedschaft in Fachverbänden, Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen, Vernetzung

9. Literatur

Anlagen

Anlage 1: Allgemeine Regeln/Hausordnung

Anlage 2: Behandlungsvertrag

Anlage 3: Wochenplan

Leitbild

Der Mensch in seiner Gesamtheit bestehend aus Körper, Seele, Geist und die Gestaltung einer heilenden Beziehung mit ihm stehen im Mittelpunkt des Handelns der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Fachklinik siebenzwerge.

Unser Bestreben ist es, ein zugewandtes, vertrauensvolles, soziales und kulturelles Milieu auf anthroposophischer Grundlage zu schaffen.

Der von uns praktizierte Ansatz der gelebten Ganzheitlichkeit nutzt insbesondere die vorhandenen Ressourcen und Potenziale der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden und der Gruppe als tragende und lernende Gemeinschaft, um Entwicklung und inneres Wachstum für den Einzelnen zu ermöglichen.

In unserer psycho-, sozio-, kunst- und bewegungstherapeutischen Arbeit streben wir insbesondere an:

- die Vermittlung von Sinn und Sinnhaftigkeit,
- die Vermittlung der Bedeutung des Mitmenschen und von sozialen Beziehungen und
- die Erfahrung der eigenen Wirksamkeit im konkreten Handeln.

1. Allgemeines

Die Population der Suchtkranken allgemein und der Drogenabhängigen im Besonderen ist äußerst heterogen, was die sozialen Schichten, Konsumgewohnheiten, Karrieretypiken, Krankheits- bzw. Störungsbilder, die soziale Situation, Genderprobleme, familiäre und ethnische Zugehörigkeiten, etc. anbelangt.

Aus diesem Grunde ist es sinnvoll und notwendig, dass im Bereich der Drogentherapie und der Rehabilitation von Suchtkranken eine Vielfalt von Behandlungsmodellen und Therapiemethoden vorhanden ist. In diesem Sinne hat das Modell der Fachklinik siebenzwerge seine Bedeutung und seinen festen Platz schon seit Jahren im Kontext eines „differenzierten Angebotes“ von Therapie- und Hilfsmöglichkeiten.

Das Behandlungsangebot der Fachklinik siebenzwerge ist gekennzeichnet durch spezifische Inhalte des geisteswissenschaftlichen Ansatzes der Anthroposophie und durch die jahrzehntelange Erfahrung in der Arbeit mit Abhängigkeitserkrankten. Hinzu kommt die intensive und konstruktive Auseinandersetzung und Korrespondenz mit modernen klinisch-psychologischen, sozialwissenschaftlichen und neuro-wissenschaftlichen Erkenntnissen.

In einem fortlaufenden Prozess werden diese verschiedenen Ansätze und Konzepte von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Beziehung zueinander gesetzt und in optimaler Weise verbunden. Konvergenzen, funktionale Äquivalente, aber auch Divergenzen werden durchdacht, bearbeitet und diskutiert. Die Ergebnisse werden reflektiert und führen zu einer Modifizierung von therapeutischen Handlungskonzepten in der Praxis. Der so entstehende unverwechselbare, eigenständige Behandlungsansatz der Fachklinik siebenzwerge ermöglicht eine optimale und individuell ausgerichtete Behandlung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden.

Die zuweisenden Einrichtungen (ambulante Dienste, Beratungsstellen, JVA, etc.) sowie die Anfragen von Interessentinnen und Interessenten, die von dieser Einrichtung gehört haben, lassen erkennen, dass hier ein besonderes „Profil“ der Fachklinik siebenzwerge wahrgenommen wird, welches für eine relativ unterschiedliche Zielgruppe ein dennoch spezifisches Angebot darstellt.

1.1 Bezeichnung des Konzeptes

Die vorliegende Fassung des Konzeptes zur vollstationären medizinischen Rehabilitation Drogenabhängiger in der Fachklinik siebenzwerge wurde in der Zeit von Januar bis März 2010 unter Einbeziehung aller Mitarbeiter der Fachklinik erarbeitet.

1.2 Kurzcharakterisierung der Behandlungseinrichtung

Einrichtungsart	Fachklinik für die medizinische Rehabilitation von Suchtkranken unter besonderer Berücksichtigung anthroposophischer Ansätze mit Integrationsphase und individualisiertem Nachsorgeangebot
Träger der Einrichtung	Die Kultur-Therapeutische Gemeinschaft Salem GmbH ist ein gemeinnütziger, konfessionell nicht gebundener Träger und fühlt sich der Anthroposophie verpflichtet.
Geschäftsführer	Alexander Lauterwasser
Kostenträger	Federführender Leistungsträger ist die Deutsche Rentenversicherung Bund. Bei Rehabilitandinnen und Rehabilitanden ohne Leistungsberechtigung bei einer Rentenversicherung treten die Krankenkassen oder Sozialhilfeträger ein.
Geschichte/inhaltliche	
Ausrichtung	<p>Die Fachklinik siebenzwerge für drogenabhängige Männer und Frauen begann die Arbeit 1972 in Salem am Bodensee auf einem Bauernhof und entwickelte sich bis heute zu einer Fachklinik mit zurzeit 42 Plätzen für die intensivtherapeutische Phase und mit 7 Plätzen für die Integrationsphase, an die bis zu 50 Nachsorgeplätze gegliedert sind.</p> <p>Die Anthroposophie sieht den Menschen eingebunden in seine Umwelt und Mitwelt als ein geistiges Wesen, das sich in seinem persönlichen Schicksal unter Bedingungen der Belastung, aber</p>

auch der Herausforderung und Förderung entfaltet und sich in seiner Persönlichkeit entwickelt. Dabei kommen sowohl der leiblichen wie auch der seelischen und geistigen Realität Bedeutung zu, und es werden Wirkungen der Vergangenheit, die Einflusskräfte der Gegenwart und auch die Gestaltungsmöglichkeiten für die Zukunft in die Betrachtung einbezogen.

Lage der Einrichtung/

Infrastruktur

In landschaftlich reizvoller Lage mit Blick auf den Bodensee und die Alpenkette ca. 35 km von Friedrichshafen gelegen. Mit dem einrichtungseigenen Fahrdienst sind die Städte Konstanz, Lindau, Meersburg, Überlingen und Friedrichshafen gut zu erreichen.

Anzahl der Plätze

insgesamt 49 stationäre Therapieplätze

Raumkonzept

Der Fachklinik siebenzwerge befindet auf einem ca. 3 ha großen Gelände. Auf dem Gelände stehen unterschiedliche Häuser und Gebäude (Haupthaus, Blockhäuser, Fünfecke, Werkstattgebäude). In diesem Objekten sind die Rehabilitandenunterkünfte, die Gemeinschaftsräume der Bezugsgruppen, die Therapieräume (Gruppentherapie, Kunsttherapie, Einzeltherapie, Bewegungstherapie) die Arztpraxis sowie die Verwaltungsräume untergebracht. Hinzu kommen die Großküche sowie ein Speiseraum. Im Hauptgebäude befinden sich der große Theatersaal, ein Musikraum, die Hausmeisterei/Holzwerkstatt sowie Lagerräume. Auf dem Grundstück befinden sich eine Gärtnerei mit großem Gewächshaus und Gemüsebeeten für die Arbeitstherapie sowie der Standort der Bienezucht.

Für die Unterbringung der Patienten stehen Einzelzimmer sowie Doppelzimmer zur Verfügung, die in den Blockhäusern bzw. in den Wohnpavillons vorhandenen Nassbereiche werden gemein-

	<p>schaftlich genutzt. Eine Sauna steht in der Bäderabteilung der Einrichtung zur Verfügung.</p>
Zielgruppe	<p>Frauen und Männer ab 18 Jahren bis Ende dreißig, die klinisch als suchtkrank (illegale Drogen, mehrfachabhängig) diagnostiziert worden sind und als Suchtkranke in zumeist desolaten Lebenslagen eine spezifische suchtttherapeutische Behandlung benötigen. Menschen mit Doppeldiagnosen (Drogenabhängigkeit/Borderline-, Persönlichkeitsstörungen) werden gleichfalls aufgenommen. HIV-positiv diagnostizierte Menschen werden in das normale therapeutische Programm aufgenommen. Sollte im Verlauf der Therapie eine manifeste Aids-Erkrankung festgestellt werden, wird der Rehabilitand, soweit dies im Rahmen einer Suchtfachklinik möglich ist, weiterbehandelt.</p>
Therapeutischer Ansatz	<p>Therapeutische Ansätze aus der Anthroposophie (z.B. Kunsttherapie, Eurythmie, Heileurythmie, Schauspiel), Integrative Therapie, Verhaltenstherapie, Gestalttherapie.</p>
Therapeutische Schwerpunkte	<p>Suchttherapie, Einzel-/Gruppenpsychotherapie, Arbeitstherapie, künstlerische Therapien, Angehörigengespräche, naturwissenschaftliche, geisteswissenschaftliche und allgemeinbildende Kurse, Bewegungs- und Sporttherapie, ressourcenorientierte Trainingsgruppen.</p>
Arbeit mit Rückfällen	<p>individuelle Rückfallbearbeitung im Einzel- und Gruppensetting bei erkennbarer Behandlungsmotivation.</p>
Schulische/ Berufliche	
Reintegration	<p>individuelle Kooperationen mit Arbeitgebern der Region, Bundesanstalt für Arbeit, überbetrieblichen Ausbildungsstätten, Schulen. Berufsanamnese, interne und externe Praktika (in den verschiedenen Arbeitsbereichen).</p>

Soziale Reintegration/

geleitete Freizeitgestaltung	Kontakte zu Vereinen, gezielte Teilnahme an Veranstaltungen im kulturellen und sportlichen Bereich, öffentliche Veranstaltungen (Theater, Vorträge, jahreszeitliche Feste) in der Einrichtung, gezieltes Heranführen an den gesellschaftlichen Kontext, Besuch kultureller Angebote in der Region, angeleitetes Lauftraining und Sportaktivitäten (Schwimmen, Volleyball, Bogenschießen)
Regeltherapiedauer	bis zu 10 Monate
Wiederholungs-/ Auffrischungstherapie	individuell, bis zu 6 Monate
Evaluation	Dokumentation der Rehabilitation über das Dokumentationssystem PATFAK
Qualitätsmanagementsystem	Sicherung der Qualität über ein anerkanntes zertifizierbares Qualitätsmanagementsystem, individuelle Kontrolle des Rehabilitationsverlaufes über Fachgespräche, interne und externe Supervision
Besonderheiten der Einrichtung	<p>Anthroposophisches Konzept in Verbindung mit der Integrativen Psycho- und Soziotherapie nach H.G. Petzold</p> <p>Einsatz von kunsttherapeutischen, dramatherapeutischen und bewegungstherapeutischen Methoden der Anthroposophie</p> <p>Die Ergebnisse der entwicklungspsychologischen Longitudinalforschung (life-span-developmental approach) zeigen, dass jede Altersgruppe spezifische Problematiken hervorbringt, die differenziell behandelt werden müssen. Das junge Erwachsenenleben hat hier seine eigenen „Entwicklungsaufgaben“ (Havighurst). In ihm kommen vorgängige Entwicklungsschäden in charakteristischer Weise zum Tragen. Aus diesem Grund sieht das Behandlungskonzept der</p>

Fachklinik siebenzwerge eine Zentrierung auf diese spezielle Altersgruppe vor. Die Beschränkung ist sinnvoll, denn andere Altersgruppen brauchen ein auf ihre besondere Situation ausgerichtetes therapeutisches Angebot. Da die Fachklinik sich nicht allein am chronologischen Alter, sondern am „Entwicklungsalter“ orientiert, sind Ausnahmen im Grenzbereich möglich.

In der Fachklinik wird Wert darauf gelegt, Männer und Frauen zu behandeln, da der Umgang mit „Genderdynamics“, Fragen der Geschlechterrollenidentität und Partnerschaftlichkeit ein zentrales Thema jeder komplex ansetzenden Therapie ist.

Rehabilitationsteam

Medizinische Leitung: Facharzt für Allgemeinmedizin, Psychotherapie, Psychotraumatologie, Suchtmedizin, Dipl. Psychologe/Psychologin, Dipl. Sozialarbeiter/Sozialarbeiterinnen, Dipl. Sozialpädagogen/Sozialpädagoginnen mit psychotherapeutischer Zusatzausbildung nach den Empfehlungen des VDR, Arbeits- und Ergotherapeuten/Arbeits- und Ergotherapeutinnen, Bademeister, Heileurythmist, Kunsttherapeut/Kunsttherapeutin, Lauftherapeut/Lauftherapeutin.

2. Theoretischer Hintergrund

Der theoretische Hintergrund der Fachklinik siebenzwerge orientiert sich zum einen an dem integrativen, schulenübergreifenden Ansatz der Behandlung von Drogenabhängigen, der in den vergangenen 30 Jahren von Hilarion G. Petzold und Mitarbeitern entwickelt wurde. In diesem Ansatz sind Konzepte, Fakten und Ergebnisse der empirischen Sozialforschung aus den verschiedenen Forschungsbereichen der Klinischen Psychologie, der Klinischen Entwicklungspsychologie, der Longitudinalforschung, der Sozialepidemiologie, der Sozialmedizin, der Sozialpsychologie und der Neurowissenschaften eingeflossen.

Der Ansatz der Integrativen Therapie versucht eine Verbindung zwischen den Hauptströmungen der Psychotherapie wie dem tiefenpsychologischen Ansatz, dem humanistisch psychologischen Ansatz (Psychodrama, Gestalttherapie) und dem behavioralen Ansatz (Petzold 1999, Petzold, Sieper 2001) herzustellen.

Das empirisch fundierte Verfahren der Integrativen klinischen Sozio- und Psychotherapie ist auf den „ganzen Menschen“ ausgerichtet und versucht, ihn in seinen gesamten Lebenszusammenhängen zu erfassen.

Das Verfahren ist an der phänomenologisch-hermeneutischen Erkenntnistheorie ausgerichtet und verfügt über eine sehr gute „Anschlussfähigkeit“ an die grundlegenden Perspektiven der „Anthropologie aus anthroposophischer Sicht“ und den Praxeologien aus der anthroposophischen Heilkunde.

Den zweiten theoretischen und konzeptionellen Bezugspunkt stellt die Anthroposophie dar. Sie sieht den Menschen eingebunden in seine Umwelt und Mitwelt als ein Wesen, das sich in seinem persönlichen Schicksal unter Bedingungen der Belastung, aber auch der Herausforderung und Förderung entfaltet und sich in seiner Persönlichkeit entwickelt. Dabei kommt sowohl der leiblichen wie auch der seelischen und geistigen Realität Bedeutung zu und Wirkungen der Vergangenheit, die Einflusskräfte der Gegenwart und auch die Gestaltungsmöglichkeiten für die Zukunft werden in die Betrachtung einbezogen.

Die anthroposophische Heilkunde hat einen reichen Fundus komplementärer Heilmittel entwickelt und klinisch erprobt. Hervorzuheben sind insbesondere z.B. der Bereich der Hydro- und Balneotherapie, der Bewegungsbehandlung (Eurythmie, Heileurythmie), der Förderung von Gesundungskräften und Konstitution.

Beim Zusammenwirken der anthroposophischen, empiriegestützten und an der klinischen Psychologie und der Tiefenpsychologie orientierten Psychotherapie werden in der Fachklinik siebenzwerge sowohl die Psyche, der Körper, der Geist als auch der soziale und ökologische Kontext im zeitlichen Kontinuum bei der Behandlung von Drogenabhängigkeit ressourcenorientiert berücksichtigt.

2.1 Menschenbild

Das hier beschriebene anthropologische Integrationsmodell im klinischen Kontext beschreibt den Menschen in den folgenden Dimensionen:

- Der Mensch wird in seinen körperlichen Grundlagen gesehen. Körper wird hier definiert als die Gesamtheit aller biologischen und physiologischen Prozesse und der psychoneuroimmunologischen Lernerfahrung.
- Der Mensch wird als seelisches Wesen gesehen. Seele wird hier als „Gesamtheit aller emotionalen, motivationalen und volitiven Funktionen verstanden, einschließlich der im Sozialisationsprozess entwickelten Inhalte emotiven und volitiven Lernens“. Die Seele kann sowohl durch den Körper als auch durch den Geist impulsiert werden.
- Der Mensch wird als geistiges Wesen betrachtet, als eine Individualität, die auch ein geistiges, nicht körperliches Dasein vor und nach ihrem Erdenleben hat und sich durch mehrere Erdenleben weiterentwickeln kann. Dadurch nimmt er auch an der Entwicklung der ganzen Menschheit teil.
- Der Mensch ist ein soziales Wesen. Sozialität wird definiert als die Gesamtheit interaktiver und kommunikativer Prozesse und die durch sie hervorgebrachten Inhalte.

Die funktionalen definierten Größen Körper, Seele, Geist und Sozialität werden als interagierende Dimensionen des „personalen Systems“ Mensch verstanden.

Die Anthroposophie betrachtet den Menschen als eingebunden in seine Umwelt und Mitwelt. Er entfaltet und entwickelt seine seelische, geistige und materielle Realität über seine gesamte Lebensspanne hinweg in seinem persönlichen Schicksal unter Bedingungen der Belastung, der Herausforderung und der Förderung.

2.2 Persönlichkeitstheorie

Die Persönlichkeitsentwicklung vollzieht sich lebenslang und wird durch folgende Faktoren geprägt und beeinflusst: die soziale Umwelt, das Geschlecht, die Erziehung durch die Eltern, Angehörige, Lehrer und andere bedeutsame Bezugspersonen, das soziale Netzwerk, ökologische Faktoren, dingliche Umwelt und sachliche Gegebenheiten. In einem komplexen Entwicklungs- und Sozialisationsprozess entwickelt sich die Persönlichkeit mit den verschiedenen Dimensionen des Selbst, des Ichs und der Identität aus (Petzold 1992).

Die Entwicklung der Persönlichkeit wird als abhängig vom Einfluss der Schul- und Berufsausbildung, der beruflichen Tätigkeit und dem damit verbundenen Status betrachtet.

Die Erfahrung der Wirklichkeit des Individuums erfolgt in einem komplexen interaktionalen Prozess zwischen dem Erkennenden und dem Erkannten. Basis dieses Prozesses sind die jeweiligen perzeptiven und zerebralen Ressourcen. In zunehmend sich differenzierenden "Ko-respondenzprozessen" erweitert sich die Wahrnehmungsfähigkeit des Menschen. Dies ermöglicht und fördert einen hermeneutischen Prozess des Wahrnehmens, Erfassens, Verstehens und Erklärens mit dem Ergebnis einer Erhöhung der Sinnerfassungskapazität hinsichtlich der eigenen Existenz in der Welt.

Die Persönlichkeitsentwicklung wird grundsätzlich als relational, d.h. an Beziehungen zu den Mitmenschen und an gelingenden "Ko-respondenzprozessen" betrachtet.

Die gesunde Persönlichkeit ist wesentlich dadurch gekennzeichnet, dass sie in der Lage ist, sich selbst ganzheitlich und differenziert in ihren Lebenszusammenhängen wahrnehmen zu können. Sie ist in der Lage, die körperlichen, seelischen, geistigen und sozialen Potenziale konstruktiv zu entfalten und das eigene Leben eigenständig zu gestalten. Sie verfügt über ein ausgeprägtes Gefühl von Sinnhaftigkeit, Integrität und Wohlbefinden und ist in der Lage, kritische Lebensereignisse, Krisen und Probleme unter Nutzung eigener Ressourcen und Potenziale zu bewältigen. (vgl. Pritz, Petzold 1992)

2.3 Krankheits- und Gesundheitsverständnis

Das dem Konzept der Fachklinik siebenzwerge zugrunde liegende Krankheits- und Gesundheitsverständnis bezieht sich auf die in der Integrativen Therapie dargelegten Konzepte der „klinischen und anthropologischen Krankheitslehre" (vgl. Schmieder 1992, Petzold, Schuch 1991) sowie auf Erkenntnisse der anthroposophischen Heilkunde.

Die Festlegung auf ein Krankheits- und Gesundheitsmodell ist zeitgebunden, vorläufig und eingebunden in Korrespondenzprozesse. Die Definitionen von Gesundheit und Krankheit sind, neben der individuellen Bewertung, in einem hohen Maße von den soziokulturellen Kontexten abhängig (vgl. Keupp 1979).

Die „anthropologische Krankheitslehre" geht von Begriffen der Entfremdung und Verdinglichung, die „anthropologische Gesundheitslehre" von Vertrauen, Zugehörigkeit und Lebendigkeit aus.

Die „klinische Krankheitslehre" der Integrativen Therapie bezieht sich auf die „multiplen pathogenen Stimulierungen" wie Überstimulierung (Trauma),

Unterstimulierung (Defizit), inkonstante Stimulierung (Störung), widerstreitende Stimulierung (Konflikt), die Gesundheitslehre auf „salutogene Stimulierung“ und „protektive Faktoren“ (Petzold, Goffin, Oudhoff 1993). Grundsätzlich können alle Bereiche der Persönlichkeit (Ich, Selbst, Identität) davon betroffen sein.

Krankheit und Gesundheit werden somit nicht isoliert voneinander betrachtet, da die Persönlichkeit eines Menschen das Resultat aller positiven, negativen und Defiziterfahrungen ist. Sie wird bestimmt durch die Wechselbeziehung von Schutz- und Risikofaktoren, Resilienzen und Potentialen, Ketten widriger belastender Ereignisse und Ketten positiver, stützender und schützender Ereignisse.

Die anthroposophische Heilkunde sieht Krankheit als Verlust des eigenen inneren Gleichgewichts, als ein Überhandnehmen einer Einseitigkeit in Leib, Seele oder Geist und damit verbunden als Beschädigung der individuellen Ganzheit an. In der therapeutischen „heilenden“ Arbeit geht es nun darum, diese nicht vorhandene Balance wieder auszugleichen bzw. die Fähigkeit des Ausgleichens wieder herzustellen.

Im Gesundheitsverständnis anthroposophisch ausgerichteter Psychotherapie ist Heilung und damit auch Gesundheit mehr als Schmerzfreiheit und mehr als Arbeitsfähigkeit. Unter Heilung wird mehr verstanden, als den vorherigen, alten Zustand wieder herzustellen. Krankheiten und Krisen schaffen hier die Möglichkeit, einen Neuanfang zu wagen.

Heilung und Gesundheit entsteht dann, wenn Menschen das Leben akzeptieren mit all dem, was das Leben bringt oder gebracht hat. Dazu gehört die heilsame innere Auseinandersetzung mit seinem Erkennen und Fühlen, mit seinen Absichten und Bedürfnissen, mit seinem Können und Nicht-Können, mit seinem Tun und Lassen, mit seinen Wünschen und Zielen, mit Leib, Seele und Geist.

Heilung und Gesundung führen aus dieser Perspektive, indem sie den ganzen Menschen in seinem leiblichen, seelischen und geistigen Leben ergreifen, schließlich zum Bewusstsein und zur Bewusstwerdung.

„Den Menschen vom Leben zur Bewusstwerdung und zur freien Handlung hinzuführen, ist Heilung aus dem Bewusstsein des Menschentums, ist anthroposophische Therapie.“ (Dr. Markus Treichler, Sprechstunde Psychotherapie, Stuttgart 1993).“

2.4 Suchtverständnis

Grundsätzlich präferiert die Fachklinik siebenzwerge bei der Erklärung einer Suchterkrankung einen multifaktoriellen Ansatz. Sucht- und Abhängigkeitserkrankung werden u.a. als sozial verursachtes Phänomen, als psychische Störung und als somatische Dysregulation mit vielfältig möglichen körperlichen, psychischen und sozialen Sekundärerkrankungen und Begleitsymptomen betrachtet. Eine Suchterkrankung zerstört die Persönlichkeit des Suchtkranken, beschädigt sein soziales Netzwerk bzw. zerstört es, wenn sie lange genug wirkt.

In Anlehnung an die Definition der WHO wird Abhängigkeit von Suchtstoffen definiert als ein Zustand psychischer und/oder physischer Abhängigkeit von einer Substanz mit zentral-nervöser Wirkung, die zeitweise oder fortgesetzt eingenommen wird und einem zwanghaften Drang, durch bestimmte Reize oder Reaktionen euphorische Gefühle oder Lustzustände herbeizuführen bzw. Unlustgefühle zu vermeiden.

Sucht ist definiert als "unbezwingbares, gieriges seelisches Verlangen, mit der Einnahme der Droge fortzufahren". Sie stellt somit den Versuch dar, Bedürfnisse unmittelbar und unter Umgehung all der Verhaltensweisen zu befriedigen, die natürlicherweise zu ihrer Befriedigung führen. Der Zwang, unter dem der Süchtige dabei steht, ist mit einem Mangel an Selbstkontrolle gleichzusetzen, bietet dem Abhängigen keine oder sehr beeinträchtigte Entwicklungsmöglichkeiten und verhindert Reifungsprozesse. Abhängigkeit liegt dann vor, wenn der betreffende Mensch beim Absetzen des Suchtmittels aus dem physischen und / oder psychischen Gleichgewicht gerät (WHO; Aßfalg, Rothenbacher 1990).

Sucht wird dann behandlungsbedürftig, wenn die freie Entfaltung einer Persönlichkeit beeinträchtigt ist und die sozialen Bindungen und die sozialen Chancen eines Individuums zerstört oder bedroht werden (vgl. 1984, Hrsg. Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, Band 27). Sucht führt ebenfalls zur Behandlungsbedürftigkeit, wenn durch das süchtige Verhalten körperliche Schäden auftreten.

Das DSM-IV definiert, dass unter Missbrauch ein unangepasstes Konsummuster psychotroper Substanzen zu verstehen ist, das durch wenigstens eines der folgenden Kriterien gekennzeichnet ist:

- fortgesetzter Gebrauch trotz des Wissens um ein ständiges oder wiederholtes soziales, berufliches, psychisches oder körperliches Problem, das durch den Gebrauch der psychotropen Substanz verursacht oder verstärkt wird.

- wiederholter Gebrauch von Substanzen in Situationen, in denen der Gebrauch eine körperliche Gefährdung darstellt (z.B. Alkohol am Steuer).

Da diese Definitionen als zu allgemein anzusehen sind, findet im klinischen Bereich eine Orientierung an den internationalen Klassifikationssystemen ICD 10 statt.

Aufgrund dieser derzeit gebräuchlichen internationalen diagnostischen Manuale wird nach Begriffen wie „schädlichem Gebrauch“ oder „Missbrauch“ differenziert, ohne dass bereits ein Abhängigkeitssyndrom vorliegt (ICD - 10).

Die Entstehung einer Suchterkrankung kann verstanden werden als ein dysfunktionaler Versuch der Problemlösung und Konfliktbewältigung in einer meist unterstützungsarmen Umgebung und zumeist dem Ergebnis vielfältiger Schädigungen in der Lebensentwicklung.

Sie hat eine multikausale, zum Teil sehr stark variierende Genese und zeigt unterschiedliche Ausprägungen und Verlaufsformen, abhängig von Vorschädigungen, psychosozialer Gesamtsituation, Ressourcenlage und den konsumierten Suchtmitteln (vgl. Petzold 1988) und geht häufig mit zahlreichen Komorbiditäten einher.

Als Folge der Sucht und der Abhängigkeit entwickelt sich ein mangelndes Selbsterleben und eine beschädigte, sich selbst entfremdete Identität mit schwach ausgeprägten, ungenügenden oder fehlenden Ich-Funktionen.

Da Sucht multifaktoriell bedingt ist, bedarf es einer auf die Person und ihr Netzwerk bezogenen Langzeitstrategie, die neben medizinischen, psychologischen und sozialarbeiterischen Interventionen auch ein unterstützendes Klima bereithält, das die positiven Ressourcen aktiviert.

Folgende Momente in der Ätiologie einer Suchterkrankung sollen im Besonderen herausgestellt werden:

- „Genetische Dispositionen“ im Sinne einer besonderen Ansprechbarkeit auf bestimmte Substanzen, aber auch im Sinne schwieriger Temperamentfaktoren und einer besonderen Vulnerabilität der Persönlichkeit.
- „Somatoforme Entwicklungsstörungen“: prä-, peri- und postnatale Schädigungen und Belastungen.
- „Psychische Entwicklungsstörungen“ durch Probleme in der temperamentären „Passung“ mit den frühen Bezugspersonen, Störungen in der Interaktion mit diesen Bezugspersonen, die zu einem Risikofaktor werden können (z.B. depressive Mutter als inadäquate Kommunikationspartnerin für Säugling und

Kleinkind, besonders, wo durch andere wichtige „care-giver“ keine kompensatorischen Einflüsse zum Tragen kommen können)

- „Soziale Entwicklungsstörungen“, d.h. Kommunikationsstörungen und Belastungen in der Kernzone des „sozialen Netzwerkes“. Dieses kann dann nicht zu einer „sicheren Basis“ (Bowlby) für das Kleinkind werden, die in ausreichender Weise „protektive Faktoren“ und salutogene Einflüsse bereitstellt, so dass sich ein sicheres Bindungsverhalten ergibt und das Kind die anstehenden Entwicklungsaufgaben interaktiv in einem chancenreichen Sozialisations- und Lernklima bewältigen kann.
- „Belastende Milieufaktoren“, z.B. ein schlechter sozio-ökonomischer Status und ein risikoreicher sozio-ökologischer Kontext, wie z.B. Vernachlässigung, physische Gewalt, Missbrauch und Misshandlung dem Kind gegenüber oder das Miterleben von gewalttätigen Ereignissen im familiären Kontext (etwa der Mutter oder Geschwistern gegenüber).
- „Wiederholte Traumatisierung bzw. Polytraumatisierung“, so dass sich eine „Kette unerwünschter Ereignisse“ und „verlängerter Mangelenerfahrung“ (Defizite, Deprivationen) bei Abwesenheit ausreichender „protektiver Faktoren“ über die Kindheit und Jugend hin finden. Dieses ist meistens mit defizienten und supportarmen sozialen Netzwerken verbunden.
- „Internale Negativkonzepte“ (kognitiver, emotionaler, motivationaler und volitiver Art) können durch ein Sozialisationsklima in Kindheit und Jugend ausgebildet werden, die negative Kontrollüberzeugungen, nachteilige Selbstattributionen und damit problematische Selbstkonzepte, Selbstgefühle, Ohnmachts-, Hilflosigkeits- und Minderwertigkeitsgefühle zur Folge haben, d.h. ein „brüchiges Selbst“, ein „schwaches Ich“ und eine „defiziente Identität“.
- Erfahrungen, ob physische Bedrohung, Gewalt und sexueller oder anderweitiger Missbrauch, hinterlassen ihre Spuren im kognitiven, psychischen und körperlichen Bereich sowie im Sozialverhalten. In der Therapie von Suchtkranken sind folglich nicht nur die defizitären Entwicklungen, Karrierenachteile und chronifizierte Negativ-Karrieren zu bearbeiten, sondern auch die massiven traumatischen Verletzungen der Persönlichkeit der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden.

2.5 Behandlungsansatz

Die Fachklinik siebenzweige arbeitet nach den Prinzipien der „therapeutischen Gemeinschaft“ und des „therapeutischen Teams“. Auf diesem Hintergrund wird medizinisches, sozialtherapeutisches, psychotherapeutisches, arbeits-therapeutisches, bewegungstherapeutisches und kunsttherapeutisches Wissen und Handeln aufeinander abgestimmt und miteinander verschränkt.

2.5.1 Suchttherapie/Psychotherapie

Unter Suchttherapie/Psychotherapie wird im Anschluss an die weithin akzeptierte Definition von Strotzka eine Behandlung seelischer Störung und Leidenszustände durch eine psychotherapeutisch qualifizierte Fachperson im Rahmen einer therapeutischen Beziehung verstanden, in der mit dem Rehabilitanden gemeinschaftlich Probleme bearbeitet, Symptome beseitigt und Verhalten in einer theoriegeleiteten und methodisch konsistenten Art und Weise verändert werden sollen. Im Anschluss an integrative und ganzheitliche Konzeptionen der Therapie (Wyss, Petzold, Grawe) bezieht dabei die psychotherapeutische Arbeit alle Bereiche ein, die das „Funktionieren“ der Person als Gesamtheit betrifft.

Die Suchttherapie/Psychotherapie ist also eine Therapie der Persönlichkeit in ihrem Kontext/Kontinuum und muss deshalb in einer interdisziplinären Kooperation auch die Bereiche mitberücksichtigen, die nicht nur das unmittelbare innerseelische Erleben betreffen. Sie hat im Konzept der Fachklinik siebenzweige also zusammen mit der Soziotherapie eine koordinierende und integrierende Funktion. Die Soziotherapie ist hier gleichrangig genannt, weil eine Suchterkrankung auch eine soziale Erkrankung ist, bei der die sozialen Bezüge, die sozialen Netzwerke der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden gravierend gestört und zum Teil zerstört sind. Therapeutische Aktivitäten müssen deshalb auch in diese Bereiche hineinwirken.

Die Suchttherapie/Psychotherapie in der Fachklinik siebenzweige richtet sich spezifisch auf das seelische Erleben und Leben der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, auf die Reflexion ihrer Motive, auf ihr Gefühlsleben, auf die Verarbeitung ihrer Geschichte, die Bewältigung ihrer Gegenwart und die Planung ihrer Zukunft. Neben den „biographischen“ Themen werden ebenso aktuelle, soziale Konflikte der „therapeutischen Gemeinschaft“ thematisiert und die Erarbeitung von Zukunftsperspektiven in Angriff genommen.

Fragen nach Sinn, Zielen und Werten bilden einen weiteren Schwerpunkt der psychotherapeutischen Arbeit, da es sich bei Drogenabhängigen häufig um Menschen handelt, deren Wertesysteme erschüttert sind, in deren Sozialisation

Wertorientierung defizitär war, die gesellschaftlich konsensfähigen Werte verloren gegangen sind oder nicht ausgebildet wurden.

Der anthroposophische Ansatz der Suchttherapie/Psychotherapie hat eine „narrative“ Ausrichtung. Sie erfolgt in einem berührten, offenen, emotional differenzierten und differenzierenden Gesprächsklima als Einzel- oder Gruppentherapie und will einen „Möglichkeitsraum“ (Winnicott) bereitstellen, in dem ein Mensch seine Verletzungen und Kränkungen aussprechen und ausdrücken kann.

Oft müssen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sich der negativen Sozialisationseinflüsse, die sie geprägt haben, erst einmal bewusst werden, weil sie verdrängt oder dissoziiert sind. Erst eine „hinlänglich gute“ therapeutische Beziehung ermöglicht es, dass vergangene Traumatisierungen so ins Bewusstsein kommen können, dass sie benannt und bearbeitet werden können. Bearbeitung heißt in diesem Kontext, Zusammenhänge zu verstehen, Interpretationen unglücklicher Lebensverläufe und Ereignisse zu finden, so dass Sinnfindung möglich wird: Man kann schlimme Lebensereignisse in einen Gesamtzusammenhang stellen, man kann sie betrauern, man lernt sie zu akzeptieren und vor allen Dingen lernt man, sich nicht mehr von ihnen binden zu lassen, um offen zu werden für neue Lebenserfahrungen und Lebensmuster.

Verlässlichkeit und Zuwendung sind die Kennzeichen der therapeutischen Atmosphäre, die es Menschen mit frühen Schädigungen im biographischen Kontinuum des Lebens ermöglicht, sich auf eine emotionale Differenzierungs- und Integrationsarbeit einzulassen.

Die Biographiearbeit nimmt in der anthroposophischen erfahrungsgerichteten Therapie traditionell einen besonderen Platz ein. Die Biographiearbeit entfaltet eine Lebensüberschau, ein „Lebenspanorama“. Die Betrachtung der eigenen Geschichte aus einer gewissen „Exzentrizität“ hat in sich eine therapeutische Wirkung. Das Erinnern pathogener Konflikte, Traumata und Defizite „aus der Distanz“, das Durchsprechen mit dem Therapeuten im Sinne einer kognitiven Einordnung, das Durchleben unaufgelöster emotionaler Qualität und eine emotionale Neuorientierung haben eine heilende Wirkung. Die Bearbeitung der Biographie als Lebenspanorama führt zum Auffinden festlegender Skripts, fixierter Schemata von Wiederholungszwängen und eingeengter Lebensstile. In der therapeutischen Arbeit kann die lebensbestimmende Kraft solcher biografischen Narrative relativiert und negative Selbstbilder, dysfunktionale Selbstattributionen und nachteilige Kontrollüberzeugungen erkannt und verändert werden.

Der Verlauf einer narrativen phänomenologisch und tiefenhermeneutisch ausgerichteten Therapie orientiert sich an der Bearbeitung dessen, was ist (Diagnose, Wahrnehmen, Erkennen), was war (Erinnern, Wiedererleben, Bearbeiten)

und was sein soll (Zielbildung, Neuorientierung). Die Entdeckung der Zusammenhänge von Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft eröffnet den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden im Prozess der Therapie immer neue Blickwinkel und Möglichkeiten der Identitätsarbeit, die ihm dazu verhelfen, erstarrte Strukturen zu lockern und Entwicklung in Fluss zu bringen. Dieser Weg verläuft nicht gradlinig und nicht nach festgelegten Regeln, sondern folgt der Entwicklung des Rehabilitanden und berücksichtigt seine Ängste, Abwehrmechanismen und seinen Widerstand. Krisen lassen sich dabei nicht vermeiden, im Gegenteil: es kann durch die psychotherapeutische Arbeit eine Folge von Krisen ausgelöst werden, die durch die Hilfestellung der therapeutischen Beziehung aufgefangen und für die Entwicklung genutzt werden kann. Es sind immer die Angst des Rehabilitanden und sein Widerstand, welche Richtung und Timing des therapeutischen Prozesses bestimmen. Es sind die Fähigkeiten der Rehabilitanden, sich auf diese Ängste einzulassen, sie zu überwinden und zu bewältigen, die den Prozess in Gang halten. Hierbei werden die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit unterschiedlichen Mitteln (therapeutischen Techniken) unterstützt.

2.5.2 Soziotherapie

Ziel der sozialtherapeutischen Interventionen ist das Wachstum und die Reife des ganzen Menschen. Im gesamttherapeutischen Konzept der Fachklinik siebenzwerge hat die Soziotherapie eine Mittelstellung zwischen den spezifischen therapeutischen Bereichen und verbindet und vermittelt zwischen der medizinischen Therapie, der Psychotherapie, der Kunsttherapie und der Arbeitstherapie.

Unter soziotherapeutischer Arbeit wird eine theoretisch orientierte und planvolle Arbeit mit Menschen verstanden, die das Ziel verfolgt, die sozialen und personalen Fähigkeiten und Fertigkeiten Einzelner und Gruppen im Hinblick auf eine persönliche und gemeinschaftliche Gestaltung der Lebenswirklichkeit zu entwickeln, zu fördern und zu unterstützen. Soziotherapie ist ein verschiedene Berufe integrierendes Handlungskonzept. Die primär auf das Sozialverhalten gerichtete Behandlungsweise der Soziotherapie will Störungen, Konflikte, Behinderungen und Ausfälle im zwischenmenschlichen Bereich mildern bzw. beheben. Solidarisches Handeln, kommunikative Kompetenz, soziale Integration, Konfliktlösekompetenzen, verantwortliches Handeln und die Fähigkeit, tragfähige soziale Netzwerke aufzubauen und zu erhalten, sollen gestärkt und gefördert werden.

Die individuelle Lebensplanung, Fragen der beruflichen/schulischen Perspektive, Schuldenregulierung, Möglichkeiten der sinnvollen Freizeitgestaltung und die Anbindung an eine Selbsthilfegruppe werden thematisiert und bearbeitet.

Durch die vielfältigen sozialtherapeutischen Angebote werden Prozesse der Selbstverwirklichung und Selbstfindung, eine Auseinandersetzung mit der eigenen Biographie, der Selbst- und Fremdwahrnehmung, sowie den eigenen Attributionsmechanismen gefördert, die dazu führen, die „neue“ Identität als „ehemals“ Süchtige/Süchtiger zu akzeptieren und das eigene zukünftige Leben entsprechend ein- und auszurichten.

Die Entwöhnung vom Suchtmittel erfordert, dass

- sich beim Rehabilitanden eine neue positive Einstellung zum eigenen „Leib“ – zur eigenen Persönlichkeit entwickelt.
- die Wahrnehmung und die Regulation der eigenen Gefühle, Selbstverwirklichung, neue Lebensfreude, Kreativität und Spontanität möglich werden.
- ein höheres Maß an Affekt- und Impulskontrolle erlernt wird.
- neue, individuelle Möglichkeiten der Stress- und Krisenbewältigung erlernt und eingeübt werden.
- sich ein neuer Lebenssinn und neue Lebensentwürfe mit den dazugehörigen Zielen, Werten und Normen etablieren.
- sich alte Beziehungen neu ordnen und positiv und konstruktiv gestaltet und Fähigkeiten entwickelt werden, neue soziale Kontakte und tragfähige Beziehungen aufzubauen.
- die Rehabilitanden eine geographische und soziale Verortung vollziehen, das heißt, dass eine Wohnung, ein Zuhause, eine Heimat gefunden wird.
- eine befriedigende Berufs- und Arbeitsperspektive entwickelt und umgesetzt wird.

Im menschlichen, heilenden, sozialen und kulturellen Milieu der sozialtherapeutischen Gemeinschaft können Nähe und Solidaritätserfahrungen gemacht, die Kontakt-, Begegnungs-, Beziehungs-, Bindungs-, Konflikt- und Kommunikationsfähigkeit gestärkt sowie die Frustrationstoleranz gesteigert werden. Diese Erfahrungen helfen, die Einzelgängermentalität der Drogenszene zu überwinden. Die Gemeinschaft ist Spiegel und Lernhilfe für den Einzelnen.

2.5.3 Künstlerische Therapien

Die künstlerischen Therapien gehören zu den ältesten Formen des Heilens. Die Tempelkrankenhäuser der Antike, z.B. in Pergamon, Epidauros, Kos, verfügten über ein Theatron für dramatische Therapie, ein Odeon, in dem Musik mit therapeutischer Absicht eingesetzt wurde, ein Stadion für sportive Aktivitäten, Bewegungstherapie würde man heute sagen. Seit den Anfängen moderner Psychiatrie und Psychotherapie (J. Ch. Reif, 1803) wurden künstlerische Ausdrucksformen in heilender Absicht verwandt. In einer fast zweihundertjährigen Praxis wurden die modernen Formen künstlerischer Therapien - Therapie mit bildnerischen Mitteln, Musiktherapie, Tanztherapie, Dramatherapie, Poesie- und Bibliothherapie (vgl. Petzold, Orth 1990) - entwickelt. Sie stehen zum Teil auf dem Boden humanistischer Psychologie, zum Teil auf dem Boden der Psychoanalyse bzw. Tiefenpsychologie oder haben zu eigenständigen therapeutischen Begründungsansätzen geführt. Die künstlerischen Therapieformen sind heute aus dem Behandlungsinstrumentarium der Psychiatrie, Heil- und Sonderpädagogik und Psychotherapie nicht mehr wegzudenken.

Die Anthroposophie hat eigenständige kunsttherapeutische Formen hervorgebracht, die z.B. in eigenen staatlich anerkannten Fachhochschulen (u.a. Ottersberg) oder Hochschulen (Witten-Herdecke) gelehrt werden. Sie stellen im Kontext der Fachklinik siebenzwerge ein eigenständiges Element der Behandlung dar, das wiederum mit den verschiedenen Formen „klinischer Kunsttherapie“ im Kontakt steht und über eine gute Anschlussfähigkeit dazu verfügt.

Künstlerische Therapieformen sprechen alle Sinne des Menschen an. Sie aktivieren die Perzeption, stimulieren sensorische Wahrnehmung und wirken somit kreativierend auf die Gesamtpersönlichkeit. Im Ansatz, der in der Fachklinik siebenzwerge praktiziert wird, ist von Bedeutung, dass nicht nur ein Sinnes- und Ausdrucksvermögen einbezogen wird (z.B. das Gehör und die vokale und instrumentale Klanggestaltung), sondern, dass das gesamte Sinnes- und Ausdrucksvermögen berücksichtigt wird.

Die verschiedenen kunsttherapeutischen Möglichkeiten werden im Rahmen der Arbeit in dreifacher Hinsicht eingesetzt:

- einerseits mit diagnostischer Absicht, da sich in der Gestaltung unbewusste Konflikte und verdrängte Probleme zeigen können. Traumatische Erfahrungen, für deren entsetzliche Qualität „keine Worte“ gefunden werden,

können in Formen und Farben Gestalt gewinnen, so dass eigentlich Unfassbares fassbar wird.

- andererseits kann die Öde und Leere, die als Folge von Defiziterfahrungen in Menschen als Atmosphäre der Niedergeschlagenheit wirksam wird, durch die erlebnisstimulierende Kraft der künstlerischen Therapieformen mit alternativen Erfahrungen gefüllt werden.
- und letztendlich wird insbesondere durch den spezifisch anthroposophischen Ansatz harmonisierend und heilend auf die Gesamtkonstitution der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden eingewirkt.

Künstlerische Gestaltung kann Unsichtbares sichtbar und Unbewusstes bewusst machen. Damit wird über die künstlerischen Darstellungsmittel eine bewusste Begegnung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit sich selbst möglich. Unsichtbares und Unbewusstes wird benenn-, bearbeit- und integrierbar. Künstlerische Therapie ist ein Weg, durch praktische Übungen das Erleben neu anzuregen, sich selbst neu wahrzunehmen, Lebensprobleme auf einer kreativen Ebene zu gestalten und im Transfer auf die Alltagsrealität konkrete Verhaltensveränderungen zu entwickeln.

2.5.4 Die Therapeutische Gemeinschaft: Ein Lern- und Lebensraum

Die Therapeutische Gemeinschaft kann als Abbild - als Mikrokosmos - der Gesellschaft verstanden werden. Auf dem jeweiligen biographischen Hintergrund und der spezifischen Lebenserfahrung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sowie der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entstehen und gestalten sich im Rahmen der vorgegebenen organisationalen Bedingungen zwischenmenschliche und gruppensdynamische Prozesse. Diese können in vielen Bereichen analog den im gesellschaftlichen Bereich zu findenden Ausdrucksformen, Strukturen und Entwürfen betrachtet werden.

Das Setting der therapeutischen Gemeinschaft in unserer stationären Drogentherapie ist somit ein ausgesprochener realitätsnaher Ansatz einer Arbeit mit Drogenabhängigen. Unser Bestreben ist, ein menschliches, heilendes, soziales und kulturelles Milieu zu schaffen. Die besondere landschaftliche Lage der Fachklinik siebenzwerge - Landwirtschaft (Tierhaltung), Wälder und Gartenbau - begünstigen dies in hervorragender Weise.

Der in der Fachklinik siebenzwerge praktizierte Ansatz einer Therapeutischen Gemeinschaft benötigt und nutzt die vorhandenen Ressourcen und Potenziale der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, um sie zu einer befriedigenden suchtmittelfreien Lebensgestaltung zu befähigen. Er bietet Schutz, Raum, Solidarität, Unterstützung und eine Atmosphäre der Akzeptanz und Wertschätzung und ermöglicht den Rehabilitanden, neue Verhaltensmöglichkeiten und alternative Handlungsweisen zu entwickeln und auszuprobieren. Die Bildung einer stabilen Identität wird gefördert und unterstützt.

Die Therapeutische Gemeinschaft will ein Ort sein, an dem die Vermittlung der Erfahrung der wechselseitigen Hilfe und der Solidarität, der Hilfe zur Selbsthilfe, und der eigenständigen und verantwortungsbewussten Lebensgestaltung erfolgt.

Die Therapeutische Gemeinschaft bietet die Möglichkeit, Kontakte, Begegnungen und Beziehungen im Zusammenleben über einen längeren Zeitraum und in einer überschaubaren Gemeinschaft zu erleben. Durch den geteilten Lebensraum, dem gemeinsamen Arbeiten, Zuhören, Erzählen, Planen, Ausprobieren und Bewältigen von Konflikten wird ein Plateau von Sicherheit und Vertrauen geschaffen. Auf dieser Basis können dann auch negative Emotionen und Affekte wie Neid, Eifersucht, Frustration, Aggression und Kritik konstruktiv bearbeitet werden.

Gelöste Konflikte, ausgehaltene Spannungen und bewältigte kritische Ereignisse führen zu einer Erhöhung des Selbstwertes und damit zu einer größeren Problemlösekompetenz und einer umfassenderen Gruppenfähigkeit. Fähigkeiten, die im „Alltag draußen in der Welt“ dringend zur Gestaltung befriedigender Sozialbeziehungen in den unterschiedlichsten Kontexten (Beruf, Familie, Arbeit, Freizeit) benötigt werden.

Verschiedene Rollen, Aufgaben und Verantwortungsbereiche sind in der Gemeinschaft zu übernehmen. Die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden können sich darin ausprobieren, diese zu übernehmen und aktiv zu gestalten. Bestätigung und Selbstvertrauen kann generiert werden und mit wachsendem Selbstbewusstsein und Selbstsicherheit erhöht sich die Fähigkeit Kritik anzunehmen und konstruktive Kritik zu üben.

Das Handeln aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter orientiert sich in der therapeutischen Praxis an den gemeinsam erarbeiteten Metazielen, Grobzielen und Feinzielen.

Metaziele sollen für die bewusste Handlungssteuerung in persönlichen Entwicklungsprozessen verfügbar sein, das heißt unter anderem:

- Abstinenz

- (Wieder-) Eingliederung ins Erwerbsleben
- Erarbeitung einer vielfältigen, chancenreichen Lebenslage
- psychophysische und soziale Gesundheit, Leistungsfähigkeit
- Problemlösungs- und Problembewältigungskompetenz
- "Ko-respondenz"-, Konsens-, Kooperationsfähigkeit, Konfliktlösefähigkeit
- persönlicher Lebenssinn, Lebensplanung und -gestaltung
- Entwicklungsfähigkeit, persönliche Souveränität.

Grobziele betreffen die Person in ihrer Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft. Sie werden aus der Exploration der Persönlichkeit und der Kontext-/Kontinuumanalyse des Rehabilitanden gewonnen und in der therapeutischen Arbeit des multiprofessionellen Teams umgesetzt, das heißt unter anderem:

- Entwicklung der Fähigkeit zur Selbstreflexion
- Erleben eines von Grundvertrauen getragenen Lebensgefühls
- Integration dissoziierter Persönlichkeitsanteile in das eigene Selbstbild
- Identifizierung und Verinnerlichung einer stabilen und prägnanten Identität in den Identitätsbereichen „Leiblichkeit, soziales Netz, materielle Sicherheiten, Arbeit und Leistung, Werte und Normen“
- Aushalten und Bewältigung der aktuellen Belastungssituationen, der destruktiven und prekären Lebenslagen
- Veränderung der spezifischen und unspezifischen krankheits- und störungsauslösenden und -fördernden Ursachen, Bedingungen und Einflussgrößen
- Kennen und Handhabung von Risikofaktoren entsprechend den eigenen Gestaltungs- und Coping-Fähigkeiten
- Entwickeln von Zukunftserwartungen, wie Ziele, Pläne, Hoffnungen als protektive Faktoren im eigenen Leben und Handeln

Feinziele sind instrumentell für das Erreichen der Grobziele, d.h. es geht auch um methodenbestimmte Ziele: Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter müssen wissen, was sie soziotherapeutisch, netzwerktherapeutisch, regressionstherapeutisch etc. erreichen können und wollen.

Die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden werden im therapeutischen Prozess befähigt, die gewonnenen neuen Erfahrungen zu verstehen und zu verwirklichen, d.h. die Entwicklung spezifischer Kenntnisse wie

- Förderung der (Wieder-) Eingliederungsmotivation
- Förderung eines starken und flexiblen Ichs, der Selbstwahrnehmung und des Selbstverständnisses, d.h. eines kohärenten Selbst und einer prägnanten Identität
- Förderung der Sinnerfassungskapazität im Sinne einer Verbreiterung der Bewusstheit, Steigerung des (Problem-)Bewusstseins, der Reflexivität und kognitiven Kompetenz
- Förderung der emotionalen Differenziertheit, der volitiven Fähigkeiten
- Förderung der sozialen Kompetenz und Performanz
- Explorieren „alltäglicher“ Situationen und Probleme, Durchspielen von Lösungsmöglichkeiten, Erproben von optimaler Ressourcennutzung, um auf dieser Grundlage Neuorientierung zu ermöglichen (vgl. Petzold, 1991).

Durch die Arbeit des multiprofessionellen therapeutischen Teams sollen sinngeladene, intersubjektive und kreative Lebensbewältigung und Lebensgestaltung ermöglicht und alltagspraktische Kompetenz gefördert und entwickelt werden. Der Rehabilitand soll die Fähigkeit entwickeln, Informationen, Gedanken, Wissen und Verhalten in (neue) Beziehungen zu setzen und in „alltäglichen“ Situationen (neue) Lösungsmöglichkeiten zu entwickeln und auszuprobieren.

Ein bedeutender integrierter Bestandteil der Gesamtkonzeption zur Behandlung und Betreuung Suchtkranker ist die Öffnung nach außen. Die gezielte Erprobung der Therapieergebnisse unter den Bedingungen des Alltagslebens soll die Hinführung auf einen Entwicklungsstand hin fördern, der die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in die Lage versetzt, sich eigenständig und auf Dauer im Erwerbsleben und im Lebensalltag zu behaupten.

Suchttherapie stellt eine Form der Karrierebegleitung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden dar (vgl. Petzold, Hentschel 1991). Sie nutzt gezielt die sich im Rehabilitationsprozess entwickelnden psychischen und physischen Krisen konstruktiv und entwicklungsbezogen.

Professionelle Hilfen werden auf diesem Hintergrund, und da der Rehabilitations- und Integrationsprozess i.d.R. nicht linear verläuft, in allen Betreuungsstadien wichtig und notwendig:

- als frühzeitige Intervention
- während des therapeutisch-rehabilitativen Prozesses, um Perspektiven für die zukünftige Lebensgestaltung aufzuzeigen und zu schaffen sowie
- als weiterführende Hilfen in den Bereichen Wohnung, Arbeit und materielle Existenzsicherung im Rahmen der Nachsorge, wenn sich die Leistungen der medizinischen Rehabilitation allein als nicht ausreichend zur Erhaltung und Stabilisierung des erreichten Behandlungserfolges erweisen
- als komplementäre Hilfen, d. h. Angebote des betreuten Wohnens, die Versorgung in Heimen sowie beschützte Beschäftigungsmöglichkeiten für nicht voll belastbare Personen.

Bei der Ausdifferenzierung der Rehabilitationsleistungen ist insbesondere die Möglichkeit der zeitlichen Flexibilisierung der verschiedenen Behandlungsangebote im Hinblick auf den Bedarf der einzelnen Rehabilitandengruppen sowie hinsichtlich einer individuellen Behandlungsplanung zu berücksichtigen. Eine Differenzierung der Behandlungsverfahren, der Behandlungsdauer bzw. -intensität, der Behandlungsformen und der Behandlungsziele sollte entsprechend den individuellen Entwicklungsverläufen der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden erfolgen.

2.5.5 Aufnahmekriterien

Die Einrichtung ist seit 1983 staatlich anerkannt. Deshalb können Patienten mit einer Auflage nach §§ 35 ff BtMG behandelt werden.

Eine stationäre Aufnahme in die Fachklinik siebenzwerge kann im Rahmen der Leistungszusage des Leistungsträgers für eine Zeit des Bewilligungszeitraums erfolgen, wenn eine suchtttherapeutische Behandlung aussichtsreich und notwendig erscheint, um die (Wieder-) Eingliederung in das berufliche, familiäre und allgemein gesellschaftliche Leben zu erreichen. Voraussetzung dafür ist der Wunsch nach Veränderung des bisherigen Lebensstils mit dem Ziel der dauerhaften Abstinenz und die Motivation zur aktiven Mitarbeit, um die gesamte Lebenssituation neu zu überdenken. Die Fähigkeit zur deutschsprachigen Kommunikation ist Voraussetzung für die Aufnahme in der medizinischen Rehabilitation Sucht.

Die Aufnahme in die medizinische Rehabilitation Sucht erfolgt nach dem Vorliegen einer Leistungsbewilligung durch Leistungsübernahmezusage des Rentenversicherungsträgers, der Krankenkassen und der überörtlichen Sozialhilfeträger.

Vor der Aufnahme erfolgen eine umfassende medizinische und psychiatrische Diagnostik sowie in der Regel die Akutentzugsbehandlung.

2.5.6 Indikation

In der medizinischen Rehabilitation der Fachklinik siebenzweige werden Rehabilitanden mit Abhängigkeitserkrankungen von illegalen Drogen in substanzspezifischer und polytoxikomaner Ausprägung (ICD 10: F11.0 – F19.2) mit Begleitsymptomen im körperlichen, psychischen und sozialen Bereich behandelt. Die Behandlungsangebote beziehen sich auch auf Menschen mit langjährigem chronischem Konsum, die weitgehende psychische und soziale Desintegration und Perspektivlosigkeit aufweisen. Zusätzliche psychiatrische Diagnosen wie z.B. Persönlichkeitsstörungen (ICD 10: F60.0 – F60.9) sind – falls sie nicht im Vordergrund des klinischen Bildes stehen – kein Ausschlussgrund. Hierzu gehört auch die Behandlung von Rehabilitanden mit einer Borderline-Persönlichkeit, sofern diese dazu in der Lage sind, sich an die Rahmenbedingungen des Gemeinschaftslebens zu halten.

Begleitende Süchte wie Nikotin, Alkohol, Internetsucht und Esssucht werden als Zweit- oder Dritt diagnose mitbehandelt.

Der Therapieansatz erlaubt die Behandlung komorbider Störungen wie:

- Angststörung ICD 10 F40,41
- Belastungs- und Anpassungsstörungen ICD 10 F42
- Posttraumatische Belastungsstörungen ICD 10 F 43.1
- Depressive Störungen ICD 10 F 32
- Persönlichkeitsstörungen ICD 10 F60
- Somatoforme Störungen ICD 10 F45

Das tägliche psychiatrische Behandlungsangebot erlaubt es auch, Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit psychotischen Störungen in der Remissionsphase zu behandeln. Hier ist vor der Aufnahme ein ärztliches Informationsgespräch notwendig.

Die Behandlung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit leichten körperlichen Behinderungen (z.B. Bewegungseinschränkungen) ist in der Regel möglich.

2.5.7 Kontraindikation

Suchtkranke mit einer manifesten schizophrenen (ICD 10: F20.0 – F20.9) oder schweren depressiven Symptomatik (ICD 10: F32.2 und F32.3), schweren hirnorganischen Störungen (ICD 10: F07.0 – F07.9 sowie F 10.6) sowie mit starken Einschränkungen der intellektuellen Leistungsfähigkeit (ICD 10: F71 – F73) können wegen der für diese Rehabilitandinnen und Rehabilitanden notwendigen besonderen Behandlungsbedingungen nicht aufgenommen werden. Rehabilitanden mit einer schizophrenen Zusatzkrankung, die aktuell keine akute Positivsymptomatik zeigen, können behandelt werden.

Die Behandlung von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit dekompensierten oder ansteckenden körperlichen Erkrankungen, die eine hochspezifische Behandlung benötigen, ist nicht möglich. Akute Suizidalität schließt ebenso die Behandlung aus.

2.5.8. Störungsspezifisches Behandlungsangebot für komorbide Patienten

Während der letzten Jahre finden sich bei unserer schwierigen drogenabhängigen, meist polytoxikomanen Patienten Klientel immer mehr Menschen mit psychiatrischen Komorbiditäten, deren fachgerechte Behandlung einen erheblichen Mehraufwand mit sich bringt.

Hinsichtlich der Komorbiditäten stehen im Vordergrund depressive Störungsbilder. Dazu gehören sowohl schwer als auch mittelgradig und leicht, rezidivierende depressive Episoden, posttraumatische Belastungsstörungen, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen, vorwiegend emotional instabile Persönlichkeitsstörungen oder kombinierte, auch narzisstische Persönlichkeitsstörungen, ADHS des Erwachsenenalters, schizophrene Störungen. Diese können sowohl genuin als auch drogeninduziert sein. Hinzu kommt ein breites Spektrum sonstiger psychischer Störungen zum Beispiel kombinierte Störungen die das Sozialverhalten als auch die der Emotionen betreffen.

Die Behandlung dieser Störungen muss einerseits störungsspezifisch unter fachlich adäquaten Gesichtspunkten erfolgen und muss andererseits individuell abgestimmt und angepasst sein an die Besonderheiten, Bedürfnisse und persönlichen Verhältnisse der jeweiligen Patienten.

Im Folgenden werden wir unsere Behandlung ausführlich und detailliert am Beispiel der depressiven Störungen begründen. Im Anschluss daran werden wir auch noch auf weitere Störungen eingehen.

Behandlung depressiver Erkrankungen:

- 1 Psychopharmakologische Behandlung
- 2 Suizidalität
- 3 Psychotherapie
- 4 Krisenmanagement

1. Psychopharmakologische Behandlung

Depressive Zustandsbilder der meist polytoxikomanen Patienten müssen zusätzlich zu unserem im Behandlungskonzept erläuterten Angebot einzeltherapeutisch und gegebenenfalls - vor allem bei mittelgradigen und schweren depressiven Störungen - psychiatrisch und vorübergehend psychopharmakologisch behandelt werden. Letzteres zum Beispiel mit Antidepressiva oder gegebenenfalls mit Neuroleptika. Hier muss die Dosis sehr individuell abgestimmt werden und immer auch bei der Verordnung berücksichtigt werden, dass die Patienten einerseits zu Beginn der Behandlung oft noch entzückt sind. Insbesondere schwer polytoxikomane, gerade auch kokainabhängige Patienten haben oft einen lange protrahierten Entzug, der ebenfalls depressive Zustandsbilder, massive Schlafstörungen, etc. verursachen kann. Bei der Dosierung und Verordnung der Medikamente muss dann berücksichtigt werden, dass die Patienten dazu neigen, ihre Stimmungsschwankungen und innere Leere etc. allzu schnell „chemisch“ regulieren zu wollen im Sinne eines Suchtverhaltens. Diesbezügliche Differenzierung ist notwendig und gleichzeitig aufwändig.

Die Dosierungen der Medikamente müssen entsprechend angepasst und mit den Patienten abgestimmt werden, insbesondere bei den oft vorhandenen schweren Schlafstörungen und Suizidgedanken bis hin zu Suizidplanungen.

Im weiteren Behandlungsverlauf muss engmaschig beobachtet werden, in wieweit im Rahmen der medikamentösen Behandlung Nebenwirkungen auftreten, ob diese ggf. so stark sind, dass das Präparat gewechselt werden muss, ob das Medikament vom Patienten innerlich in sein Suchtmuster eingebaut wird und nicht zuletzt, ob das Präparat ausreichend wirkungsvoll ist, um die komplexe depressive Dynamik mit zu unterbrechen. Zudem darf nicht übersehen werden, dass antidepressive Medikamente im Einzelfall auch - bei noch nicht als bipolar depressiv diagnostizierten Patienten - manische Phasen auslösen können, die wiederum einen kompletten Wechsel der Behandlungsstrategien notwendig machen würden, möglicherweise auch die Behandlungsmöglichkeiten unserer Fachklinik sprengen und eine Verlegung in eine stationäre Psychiatrie notwendig machen würden.

2. Umgang mit Suizidalität

Die Behandlung der Suizidalität und der Umgang mit ihr erfordert einen besonders hohen Behandlungsaufwand und besonderen Abstimmungsbedarf im therapeutischen Team zwischen den behandelnden Ärzten, Psychologen und den begleitenden Sozial- und Arbeitstherapeuten, aber auch dem übrigen therapeutischen Team muss zu jedem Zeitpunkt der Behandlung erwogen und geprüft werden, in wieweit die Behandlung in unserem Hause noch vertretbar ist oder ob ein Patient in einer akuten Krise in eine geschlossene psychiatrische Abteilung verlegt werden muss. (Es gibt eine gute Kooperation und Zusammenarbeit unseres Hauses mit dem Psychiatrischen Krankenhaus „Die Weissenau“ in Ravensburg). Diese Überprüfung betrifft besonders die Absprachefähigkeit der Patienten. Sollte diese nicht mehr gegeben sein, müssen die Patienten verlegt werden. Solange noch Absprachefähigkeit vorhanden ist, muss mit individuell erarbeiteten Anti-Suizidverträgen gearbeitet werden. Engmaschige Kontrolle und Arbeit an der therapeutischen Beziehung stellen hier die wichtigsten diesbezüglichen protektiven Faktor dar. Die entsprechende Feinabstimmung der Behandlung zum Schutze der Patienten ist schwierig und aufwändig.

Teilweise muss die Fähigkeit der depressiven Patienten auf Grund ihrer Instabilität zur Teilnahme an den sozialtherapeutischen und arbeitstherapeutischen sowie sonstigen therapeutischen Gruppen und Aktivitäten überhaupt erst hergestellt werden.

3. Psychotherapie

Konzeptionell sehen wir die Depression als multikausal bedingt, jedoch vor allem als einen individuell lerngeschichtlich erworbenen depressiven Verarbeitungsmodus, welcher sozialtherapeutisch und psychotherapeutisch behandelt werden muss.

In den psychotherapeutischen und psychiatrischen Einzelgesprächen muss unter Einbeziehung aller Ressourcen darauf hin gearbeitet werden, die Ich-Kräfte der Patienten zu stärken und deren Wahrnehmung und Ausdruck eigener Gefühle und Bedürfnisse zu fördern. Parallel dazu müssen pathogene und selbstverurteilende Über-Ich-Strukturen und Introjekte (innere fordernde, massiv ablehnende und strenge Eltern - Introjekte) bearbeitet, abgebaut und gemildert werden. Selbstverständlich muss hierzu die Biographie der Patienten herangezogen und gemeinsam bearbeitet werden im Hinblick auf die Entstehung der depressiven Vulnerabilität, zudem müssen aktuelle Stressoren (zum Beispiel Trennungserlebnisse etc.) mit einbezogen werden. In dieser Weise muss ein individuelles Störungsmodell erarbeitet und Kompetenzen zur erwachsenen Selbstfürsorge aufgebaut werden.

So wird gleichzeitig die Fähigkeit zur Teilnahme an den sozialtherapeutischen Gruppen ermöglicht, aufgebaut und gefördert, in denen die Kontakt- und Konfliktfähigkeit der depressiven Patienten im „Hier und Jetzt“ verbessert werden muss, ebenso die Fähigkeit zur Selbst- und Fremdwahrnehmung, die oft massiv

verzerrt ist aufgrund der depressiven Einengung. Dies alles muss geschehen unter Einbeziehung und ggf. auch unter empathischer Konfrontation der suchtspezifischen Verhaltens- und Bewältigungsstrategien.

So können dann nach und nach zum Beispiel durch positive Rückmeldungen Kontakte wieder entstehen und gefördert werden, die Patienten können wieder beginnen, Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl auch im sozialen Kontext aufzubauen. Dies muss begleitet und ergänzt werden durch eine gezielte körperliche Aktivierung gerade der depressiven Patienten im Rahmen der Arbeitstherapie, in der die Patienten sich körperlich und im Hinblick auf die im hier und jetzt zu bewältigende Aufgabe wieder zu spüren lernen, allmählich kräftiger werden und praktische Erfolgserlebnisse sammeln können, nach und nach aus depressiven Grübelschleifen „aussteigen“ und beginnen können, positiven Selbstwert aufzubauen.

Gleichzeitig muss den Patienten - bei oft völlig verschobenem Tag/Nachtrhythmus und schweren Schlafstörungen - eine gesundheitsfördernde Tagesstruktur vermittelt werden mit einem Wechsel von Aktivität und Ruhepausen im Sinne einer Normalisierung des Lebensrhythmus, übrigens von besonderer Bedeutung bei bipolaren Depressionen. Zudem muss eine gezielte körperliche Aktivierung im Rahmen der Sport- und Lauftherapie erfolgen, um die Patienten körperlich zu aktivieren, die körperliche Selbstwahrnehmung zu verbessern, den völlig darniederliegenden Leistungswillen und die körperliche Leistungsfähigkeit langsam wieder aufzubauen und somit auch den Patienten das Erfolgserlebnis zu verschaffen, selbst durch eigene Aktivität an ihrer beginnenden Genesung zu wirken. Zusätzlich können hierdurch auch im Einzelfall Medikamente reduziert werden.

Die Teilnahme der komorbiden depressiven Patienten an den vielfältigen therapeutischen Indikativangeboten (z. Bsp. Heileurhythmie, Kunsttherapie, Bäder und Massagen, Plastizieren, später dann auch Steinhauen, therapeutisches Tanzen und therapeutisches Theaterspiel) muss bei Instabilität und erneuten depressiven Krisen der Patienten unter entsprechendem Mehraufwand angepasst und individuell ermöglicht werden.

4. Krisenmanagement

Im Behandlungsverlauf depressiver Patienten treten immer wieder Krisen auf, z. Bsp. dadurch, dass die Patienten wieder stärker depressiv „einbrechen“ mit zum Beispiel verstärkter Suizidalität, manchmal auch selbstverletzendem Verhalten. Häufig kommt es dann zu Abbruchgedanken oder auch -plänen bei sich verschlechternder psychischer Verfassung, der Suchtdruck steigt und die Patienten gehen bisweilen dann sehr weitgehend aus dem Kontakt zum behandelnden Team.

Solche Krisen können auch ausgelöst werden durch Konflikte mit Mitpatienten zum Beispiel nach Kränkungen, die von den Patienten sehr persönlich genommen werden oder durch „gefühlte“ Verluste. Hier muss dann entsprechend ein Krisenmanagement des gesamten Behandlungsteams stattfinden mit vermehrten Einzelgesprächen in allen Abteilungen, die zudem koordiniert und besprochen werden müssen im Sinne

einer fachgerecht koordinierten Behandlungsstrategie. Hier ist dann wieder die Suizidalität bzw. die Gefahr des Therapieabbruches ganz im Vordergrund der Behandlung, sollte es tatsächlich zum Therapieabbruch des jeweiligen Patienten kommen, muss innerhalb kürzester Zeit sorgfältig geprüft werden, ob eine Entlassung in das meist desolate häusliche Umfeld möglich ist oder ob eine – dann eventuell auch zwangsweise - Verlegung in eine geschlossene psychiatrische Abteilung notwendig ist, um eine Selbst- oder auch Fremdgefährdung zu verhindern. Zudem müssen dann ggf. Kontakte zum häuslichen Umfeld des Patienten hergestellt, Angehörige informiert werden usw.

Beim gesamten Krisenmanagement müssen zudem die Kontakte des Patienten innerhalb der therapeutischen Bezugsgruppe vom sozialtherapeutischen Team berücksichtigt und genau dahingehend beobachtet werden, ob ein depressiver Suchtpatient destruktive innere Anteile im interpersonellen Raum ausagiert mit der häufigen Folge von Ausgrenzungsprozessen innerhalb der therapeutischen Bezugsgruppe, der „Peergroup“ des Patienten innerhalb der Fachklinik. Wenn sich hier Ausgrenzungsprozesse anbahnen, muss rasch und punktgenau therapeutisch reagiert werden, um einen Teufelskreis von sozialer Ausgrenzung und verstärkt depressiver Verfassung bis hin zur Suizidalität rasch zu unterbrechen. Dabei darf nicht vergessen werden, dass die Mitpatienten ebenfalls schwierig und in ihrem Verhalten und ihren Bewältigungsstilen gestört sind.

Insgesamt ist das **Krisenmanagement** depressiver Suchtpatienten sehr aufwendig, komplex und bedarf engmaschiger Abstimmung des gesamten Behandlungsteams zur fachgerechten und für den Patienten dann letztlich konstruktiven Bewältigung einer Krise.

Ein weiterer Aspekt der Behandlung betrifft die besonders großen Schwierigkeiten depressiver, aber auch anderer psychiatrisch komorbider und strukturschwacher Patienten bei der Bewältigung lebenspraktischer Aufgaben, wie zum Beispiel Körper- und Zimmerhygiene, Waschen der Wäsche, Aufräumen, Putzen, Schuldenregulierung und Erledigung vieler anderer persönlicher und später auch beruflicher Belange. Hier benötigen die Patienten ausgesprochen viel Anleitung, Hilfestellung und externe Strukturierung seitens der Mitarbeiter, was sehr arbeitsaufwändig ist und vor allem die Sozialtherapie betrifft.

Alle diese Prozesse müssen zu jedem Zeitpunkt engmaschig im Behandlungsteam abgestimmt werden, um ein synergistisches therapeutisches Handeln zu ermöglichen.

Gerade bei depressiven suchtkranken Patienten können zusätzlich Familiengespräche, zum Beispiel mit den Eltern oder auch mit eventuell vorhandenem Partner oder Partnerin, notwendig sein, um - trotz oft sehr schwierigen familiären Umfeldes oder Partnerschaft - dem Patienten zu vermitteln, dass er zusätzlich zum Behandlungsteam noch familiären Rückhalt hat.

Behandlung psychotischer Störungen:

Bei komorbiden psychotischen Suchtpatienten muss zwischen Patienten mit einer (drogeninduzierten oder genuin schizophrenen) Psychose in der Vorgeschichte, Patienten, die im Laufe der Behandlung schizophren dekomensieren oder beidem, unterschieden werden.

Auch muss unterschieden werden zwischen einer psychotischen und einer dissoziativen Störung, was im Einzelfall ebenfalls schwierig sein kann. Symptome nach K. Schneider können bei beiden Krankheitsbildern auftreten.

Grundsätzlich muss bei psychotischen Erkrankungen in der Vorgeschichte - wie übrigens bei allen anderen psychiatrischen Komorbiditäten auch - ein Vorgespräch stattfinden, in dem geprüft wird, ob eine Behandlung in unserer Einrichtung sinnvoll ist. Sofern der Patient aufgenommen wird, muss immer äußerst sorgfältig geprüft werden, ob unser intensives Behandlungsangebot mit engen suchtspezifischen Grenzen und Regeln sowie dem Leben in einer therapeutischen Gemeinschaft, in der relativ wenig Rückzugsmöglichkeiten bestehen, einen psychotisch gefährdeten Patienten überfordert oder nicht. Insofern muss in aller Regel eine Probezeit vereinbart werden, an deren Ende gemeinsam mit dem Patienten ein Fazit gezogen und im gesamten Team entschieden wird, ob die Behandlung fortgesetzt werden soll oder nicht bzw. kann. Es muss differenziert werden, ob die Erkrankung in der Vorgeschichte drogeninduziert oder genuin schizophren war, hierzu muss die Anamnese des Patienten genau erhoben und analysiert werden im Hinblick auf Hinweise darauf, ob eine schizophrene Erkrankung vorliegen könnte wie zum Beispiel ein tiefgreifender „Leistungsknick“ oder auch leichte, zeitlich überdauernde schizophrene Symptomatiken wie z. Bsp. Denkstörungen.

Sofern sich der Verdacht auf eine psychotische Entwicklung bis hin zu einer psychotischen Episode während der laufenden Behandlung stellt, muss der jeweilige Patient sehr engmaschig von einem der beiden in unserer Einrichtung tätigen Fachärzte gesehen und sowohl diagnostisch beurteilt als auch gleichzeitig nach Möglichkeit wieder stabilisiert werden. Sollte sich der Verdacht erhärten, muss im therapeutischen Team und mit dem Patienten ein notfallmäßiges Behandlungsregime individuell erstellt und abgestimmt werden. Es muss versucht werden, insbesondere in unseren gruppenorientierten Setting, den Patienten vor zu viel Außenreizen und sozialen Anforderungen zu schützen. Gleichzeitig muss der Patient engmaschig, therapeutisch stabilisiert und auch ein Stück überwacht werden, um insbesondere eine abrupt auftretende **Suizidalität** zu erkennen (beispielsweise wenn der Patient beginnt, imperative Stimmen zu hören o.ä.) und zu verhindern. In jedem Fall muss der Beginn einer neuroleptischen **Medikation** sorgfältig erwogen werden, ggf. muss auch gegen den Widerstand des Patienten damit begonnen werden.

Es muss eine Aufklärung erfolgen über Wirkungen und Nebenwirkungen, ggf. eine Kontrolle der Medikamenteneinnahme, und es muss immer wieder diesbezüglich

Überzeugungsarbeit beim Patienten geleistet werden, da psychotische Patienten misstrauisch und oft paranoid gestimmt sind.

Alle diese Schritte sind äußerst personalaufwändig und erfordern ein umsichtiges **Krisenmanagement**. Sollte sich bei dem Patienten keine Stabilisierung abzeichnen und die Symptomatik sich eher verschlimmern, muss eine Verlegung in die Psychiatrie erwogen werden. Dies muss im Team und mit dem Patienten abgestimmt und nach telefonischer Kontaktaufnahme und Verhandlung mit der Ravensburger Klinik zügig und entschlossen durchgeführt werden, ggf. unter Hinzuziehung von Rettungsleitstelle, Krankenwagen oder auch Polizei, wenn der Patient aggressiv dekompensieren sollte.

Sofern dann der Patient nach stationärer psychiatrischer Behandlung wieder stabiler ist, muss anschließend sorgfältig abgewogen werden, ob eine Wiederaufnahme in unserem Hause möglich und im Interesse des Patienten sinnvoll ist. Da die Patienten oft eine enge menschliche Bindung an unser Team und unser Haus eingehen (auch im Sinne einer Übertragungsreaktion bei oft desolatem Elternhaus), ist dieser Entscheidungsfindungsprozess schwierig und stellt auch das Team manchmal vor ausgesprochene Konfliktsituationen. Sollte sich das Team jedoch gegen eine Wiederaufnahme aufgrund fehlender Passung des labilen Zustandes des Patienten und unseres therapeutischen Settings entschließen, sollten unsererseits auch alternative Behandlungsmöglichkeiten erwogen und dem Patienten oder seinem Betreuer vorgestellt und vorgeschlagen werden, ggf. wird der Patient dann auch von uns in eine andere, entfernte Einrichtung zu weiterer Behandlung gefahren, nachdem zuvor Kontakte hergestellt und eine Aufnahme dort „verhandelt“ wurde.

Auch bei weniger schwierigen Verläufen, zum Beispiel, wenn ein Patient eine psychotische Episode längere Zeit vor Aufnahme in unserem Hause hatte, ist immer erhöhte Sorgfalt und genaue Beobachtung des Patienten im Behandlungsverlauf unabdingbar notwendig.

Behandlung posttraumatischer Belastungsstörungen:

Wichtig zum Verständnis ist zunächst, dass sich Traumafolgestörungen und das Suchtverhalten des Patienten gegenseitig beeinflussen. Arbeit an Traumaerlebnissen kann das Suchtgedächtnis triggern, es entsteht „Suchtdruck“. Arbeit am Suchtgedächtnis kann auf der anderen Seite entsprechende traumatische Erinnerungen aktivieren, es entstehen dann Intrusionen.

Unbehandelte Psychotraumata sind oft die Ursache von späteren - auch nach der Therapie auftretenden - Rückfällen mit Alkohol oder illegalen Drogen.

Bei der Behandlung von Patienten mit posttraumatischen Belastungsstörungen geht es neben der Suchttherapie - die per sé immer auch mit empathischen Konfrontationen einhergeht - um drei Phasen der Behandlung: Stabilisierung, Durcharbeiten des Traumas und eine Integrationsphase.

Vorrangig wichtig ist zunächst die Stabilisierung der oft sehr verletzten und empfindsamen Patienten, die von Angst und traumatischen Bildern oft geradezu überflutet werden. Diese beiden Prinzipien - Konfrontation des Suchtverhaltens und Stabilisierung bzgl. der Traumata - sind eigentlich gegenläufig, müssen aber in der Therapie gleichzeitig beachtet werden, was für das behandelnde Team immer eine besondere Herausforderung darstellt.

Zunächst muss auch hier versucht werden, eine Gruppenfähigkeit der Patienten zu erreichen, die sonst in den Gruppen oft dissoziieren, „abtauchen“ und dann oft selbstverletzend oder suizidal werden können. Oft muss mit den labilen Patienten eine „Probezeit“ verhandelt werden, um gegenseitig reflektieren zu können, ob eine Passung erreicht werden kann und um den Patienten Ängste zu nehmen. Es muss also - neben der Suchttherapie - noch traumaspezifische **Psychotherapie** durchgeführt werden. Hier muss erreicht werden, dass die Patienten zunächst absprachefähig werden bzgl. eventueller **Suizidalität**, zum Beispiel mit Hilfe von therapeutischen Non-Suizidverträgen und engmaschigen Gesprächen. Dann muss daran gearbeitet werden, innere **Ressourcen** zu mobilisieren (inneres Helfer-Team) und gleichzeitig überflutende traumatische Bilder oder Flashbacks zu bewältigen mit Hilfe von imaginativen Techniken wie zum Beispiel „sicherem inneren Ort“, dem „inneren Tresor“, dem „inneren Beobachter“ usw. Es dauert lange, oft 6 Monate oder auch länger, bis die Patienten diese Techniken sicher beherrschen und somit überflutende traumatische Bilder beherrschen und im Hier und Jetzt sicherer leben können.

Parallel muss in den sozialtherapeutischen Gruppen und in der Arbeitstherapie die Kontakt- und Konfliktfähigkeit der Patienten verbessert werden, auch hier in jeder Hinsicht eine bessere Verankerung im Hier und Jetzt erreicht werden, um den Patienten ein verlässlicheres und stabileres Lebensfundament zu ermöglichen, wie oben bereits ausführlicher beschrieben wurde.

Gegebenenfalls muss mit der EMDR-Technik gearbeitet werden, um die traumaassoziierten Gefühlsaktivierungen von den traumatischen Bildern zu trennen und die Gefühlsaktivierungen sozusagen „herunterzufahren“ und damit den massiven Zuständen innerer Spannung entgegenzuwirken. Hier beginnt dann die schwierige Behandlungsphase der schrittweisen Traumakonfrontation und Bearbeitung. Dies kann aber erst nach umfangreicher therapeutischer Vorarbeit zur Stabilisierung geschehen.

Bei der gesamten Therapie muss - wie bereits oben erwähnt - berücksichtigt werden, dass die Patienten den massiven Suchtmittelkonsum oft eingesetzt haben, um traumatische Bilder, Spannungen, Scham und Selbsthass zu bekämpfen und dass nach Entzug der Substanzen die Patienten entsprechend instabiler und öfters auch suizidal und selbstverletzend werden. Hinsichtlich des Umganges mit **Suizidalität** gilt hier ähnliches wie unter dem Abschnitt zu Depressionen ausgeführt, bzgl. des Umganges mit **Selbstverletzungen** muss einerseits versucht werden, die Selbstverletzungen nicht durch vermehrte medizinische Zuwendung positiv zu

verstärken und auf der anderen Seite gemeinsam mit dem Patienten konstruktivere und selbstfürsorglichere Bewältigungsmöglichkeiten von Spannungen zu erarbeiten. Letzterer Prozess ist langwierig, mühsam und störungsanfällig.

Behandlung von Angststörungen:

Hinsichtlich der Suchtpatienten mit komorbiden Angststörungen muss zum Beispiel unterschieden werden zwischen Panikstörungen, Sozialphobien und generalisierten Angststörungen, um nur einige zu nennen. Diese sind nicht immer vordiagnostiziert, und müssen auch abgegrenzt werden von posttraumatischen Belastungsstörungen, Depressionen und ängstlich/selbstunsicheren Persönlichkeitsstörungen.

Bei der individuellen Analyse der Suchtgeschichte muss berücksichtigt werden, dass die Patienten ihre Suchtmittel oft auch eingesetzt haben, um Angst und andere Unlustgefühle zu bewältigen

Bei der Behandlung muss eine genaue verhaltenstherapeutische Analyse der auslösenden Situationen und der dann auftretenden Angstgedanken und -gefühle erfolgen, um eine gezielte - eher verhaltenstherapeutisch orientierte - Behandlung einzuleiten, sowohl einzelspsychotherapeutisch als auch - im Rahmen der Sozial- und Arbeitstherapie und anderer Angebote - gruppentherapeutisch. Selbstverständlich muss auch hier die Angst nach sorgfältiger Anamneseerhebung in Verbindung mit biografischen Auslösern gesehen und verstanden werden und es muss ein individuelles Behandlungsmodell entwickelt werden. Es muss daraufhin gewirkt werden, die erwachsenen Ich-Kräfte zu stärken, um so zu ermöglichen, dass die Patienten mit therapeutischer Unterstützung auch stark angstbesetzte Schritte machen und dann erleben, dass sie im Ergebnis stärker werden, Erfolgserlebnisse haben und von der Angst nicht mehr beherrscht werden. Gleichzeitig müssen pathogene Über-Ich-Strukturen und Introjekte „entmachtet“ werden. Konstruktive Verhaltensstrategien und Erfolgserlebnisse bei der Bewältigung der Angst müssen vermittelt, gestärkt und gewürdigt werden.

Selbstverständlich müssen sämtliche therapeutischen Überlegungen, Schritte und Bemühungen im Team kommuniziert und koordiniert sowie Rückfälle und Krisen bearbeitet werden. Dies muss immer im Zusammenhang mit der Suchtgeschichte und mit süchtigen Bewältigungsstilen gesehen werden.

Bei Angststörungen spielt die **medikamentöse Behandlung** eine untergeordnete Rolle, weil die Angststörungen gut psychotherapeutisch behandelbar sind und Psychopharmaka wohl eine Symptomreduzierung bewirken können, die Störung jedoch nicht kausal behandeln und weil die Patienten oft eine (zusätzliche) Abhängigkeit vom Medikament entwickeln.

Behandlung von zum Beispiel emotional instabilen Persönlichkeitsstörungen:

Hinsichtlich der Behandlung von Suchtpatienten mit emotional instabilen Persönlichkeitsstörungen liegt auf der Hand, dass sie zu den arbeitsaufwendigsten und schwierigsten Krankheitsbildern gehören, zumindest wenn sie in schwerer Ausprägung vorliegen.

Das Hauptproblem dieser Störungen ist das ständige „Switchen“ der Patienten zwischen verschiedenen Erlebens- und Verhaltensmodi, also zum Beispiel zwischen oft schwerverletzten oder auch traumatisierten Kind-Modi, extrem impulsiven wütenden Kind-Modi und äußerst strengen, selbstabwertenden inneren Bestrafern, manchmal regelrecht inneren „Vernichtern“. Durch komplexe Interaktion dieser inneren Instanzen entstehen ständig wechselnde und extreme Gestimmtheiten und Erlebensmodi, die wiederum ihren Ausdruck finden in extremen Bewältigungsstilen im Verhaltensbereich, die ebenfalls rasch, abrupt und unvorhersehbar wechseln können mit dem Ergebnis großer emotionaler Instabilität, heftiger und multipler **Krisen** im Behandlungsverlauf, **Selbstverletzung**, oft Phasen hochlatenter, manchmal akuter **Suizidalität**, aber auch - und dies ist noch aufwendiger und schwieriger - fremdaggressive Bewältigungsstile bis hin zu schwerer körperlicher **Gewalt** und Delinquenz, von den süchtigen, gefühlsdistanzierenden und auch unterwerfenden Bewältigungsstilen abgesehen.

Eine Kernstrategie der Behandlung muss darin bestehen, die dysfunktionalen Bewältigungsstile im Verhaltensbereich immer wieder zu konfrontieren und zu begrenzen, dabei aber empathisch zu bleiben für das persönliche Erleben der Patienten, welches sozusagen „hinter“ dem Bewältigungsstil entsteht. Insofern ist die Behandlung ein ständiger, oft extrem aufwendiger Jonglier-Akt zwischen Konfrontation und Empathie. Zudem darf bei diesen Patienten ebenfalls nie übersehen werden, wann hinsichtlich Selbstgefährdung und Fremdgefährdung der Punkt überschritten ist, an dem eine Behandlung in unserem offenen Rahmen noch möglich ist oder ob eine Verlegung zum Beispiel in die Psychiatrie erwogen werden muss.

Auch mit diesen Patienten muss ein individuelles Störungs- und Behandlungsmodell bearbeitet werden, das sozusagen den Bezugspunkt bildet, auf den immer wieder zurückgegriffen werden kann, wenn die Patienten erneut in impulsiven Krisen sind, Suchtdruck haben, abbrechen oder süchtig ausagieren wollen, selbst- oder fremdgefährdet sind.

Die Dynamik dieser Patienten beruht oft und in komplexer Weise auf dem Abwehrmechanismus der Spaltung, der einerseits im Team immer wieder bearbeitet werden muss (einige Teammitglieder gehen zum Beispiel auf die Seite der Empathie, andere gehen auf die „strenge“ Seite der Konfrontation und strengerer Maßnahmen, beide Seiten müssen immer wieder zusammen gebracht werden, da beide Seiten notwendig sind und sich ergänzen im Sinne einer sinnvollen Behandlung der Problematik des Patienten). Beide Mechanismen treten zudem auch in der therapeutischen Bezugsgruppe auf, sind hier oft schwieriger und aufwändiger zu bearbeiten mit der Folge, dass schwierige Borderline-Patienten dann häufig ausgegrenzt werden aus der Gruppe, was wiederum deren Neigung zu impulsivem

und selbstschädigenden Verhalten fördert. Hinsichtlich des selbstschädigenden Verhaltens und stattfindender Selbstverletzungen wie zum Beispiel dem sich Schneiden, gegen die Wand schlagen, aber auch Ausagieren von verbaler Gewalt gegen andere usw. ist immer wieder **Krisenmanagement** seitens des Teams von Nöten. Medizinische Maßnahmen zur Versorgung von Selbstverletzungswunden, eventuell das Organisieren einer externen fachärztlichen Behandlung zur Versorgung tieferer Wunden müssen dann organisiert werden.

Erfahrungsgemäß müssen zudem die Patienten, deren Verhalten sich ganz eng an der momentanen, oft extremen Gestimmtheit orientiert, immer wieder motiviert werden, die Behandlung doch weiterzuführen. Auf der anderen Seite darf diese Motivationsarbeit wiederum nicht zu bestimmend erfolgen, um dem Patienten zu signalisieren, dass sein Selbstbestimmungsrecht geachtet wird. Alle diese Maßnahmen des Krisenmanagements bilden immer eine Gratwanderung.

Hinsichtlich **anderer Persönlichkeitsstörungen** wie zum Beispiel **narzisstischer Persönlichkeitsstörung** oder **kombinierter Persönlichkeitsstörung** gilt ähnliches. Kern der Behandlung ist auch hier die immer wieder stattfindende empathische Konfrontation der Bewältigungsstile (zum Beispiel der überheblich/grandios/besserwisserischen Überkompensation der Narzissten), bei gleichzeitiger zugewandter Bearbeitung der dahinterliegenden tieferen Persönlichkeitsproblematik im Erleben des Patienten, zum Beispiel der zu Grunde liegenden Gefühlen von Ohnmacht, Verletztheit, Einsamkeit und Trauer, die sämtlich verdeckt und auch für den Patienten selbst kaum erreichbar sind.

Sehr schwierig ist und bleibt auch das Erreichen **dissozialer** Patienten, einige unserer Patienten haben dissoziale Anteile im Rahmen einer kombinierten Persönlichkeitsstörung, hier gilt ähnliches, man bewegt sich ständig im Grenzbereich des in unserem Rahmen noch Leistbaren.

Behandlung des ADHS:

Hinsichtlich der Suchtpatienten mit ADHS des Erwachsenenalters mit den Leitsymptomen einer gestörten Aufmerksamkeit, Impulsivität, emotionale Instabilität und Überaktivität gilt, dass die Suchterkrankung, meist die Polytoxikomanie und ADHS, gerade auch die Impulsivität, das durch rasche Stimmungswechsel gekennzeichnete affektive Erleben, die motorische Überaktivität und der Mangel an Aufmerksamkeit, Konzentrationsstörungen, Sprunghaftigkeit, Ablenkbarkeit, oft auch geistige Abwesenheit und insgesamt das chaotische Verhalten sich gegenseitig sehr ungünstig verstärken und komplex miteinander interagieren. Im Ergebnis haben die Patienten dann oft einen sehr geringen Selbstwert, starke Kontaktstörungen und insgesamt das Grundgefühl, in ihrem Leben kaum etwas „auf die Reihe gebracht“ zu haben.

Im Rahmen der Behandlung muss auch hier einerseits suchtspezifisch, andererseits störungs-spezifisch im Hinblick auf ADHS behandelt werden. Insbesondere muss

kritisch und gründlich abgewogen werden, ob eine Behandlung mit Stimulanzien sinnvoll ist, oder aufgrund der Substanzabhängigkeit geradezu kontraindiziert ist. Auch die Diagnose als solche (Stichwort „Modediagnose“) sollte sorgfältig geprüft werden hinsichtlich ihrer Stimmigkeit und Aussagekraft. Weil ADHS oft eher eine Symptombeschreibung als eine einheitliche Diagnose ist, ist es wichtig, die dahinter sich verbergende tiefere Ursache bzw. Störung zu erkennen.

Vor einer medikamentösen Behandlungsstrategie muss bei unserem schwer substanzabhängigen Klientel sorgfältig geprüft werden, ob diese notwendig ist oder ob ggf. auch alternative Behandlungsstrategien möglich und zu bevorzugen sind. Darüber hinaus muss bei diesen Patienten besonders sorgfältig darauf geachtet werden, dass sie eine sinnvolle externe Strukturierung und sehr gezielte psychotherapeutische Angebote bekommen hinsichtlich einer Verbesserung ihrer Möglichkeiten zur Selbststrukturierung und -organisation. Alle diese Fähigkeiten dienen auch hier der Stärkung des erwachsenen Ichs, es muss gezielt an einer Verbesserung des Selbstwerterlebens und einem Abbau verurteilender Über-Ich-Strukturen gearbeitet werden, gleichzeitig an einem Training zur verhaltenstherapeutischen Verbesserung dysfunktionaler Bewältigungsstrategien, der gezielten Entwicklung eines organisierten und selbstfürsorglichen Verhaltensrepertoires, zum Beispiel mit achtsamkeitsbasiertem Verfahren.

2.5.9 ICF

In der ärztlichen Diagnostik der Funktionsfähigkeit werden Elemente der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) verwendet. Der ICF liefert einen mehrperspektivischen Zugang zur Funktionsfähigkeit und zur Behinderung im Sinne eines interaktiven sich entwickelnden Prozesses.

Die Diagnoseschlüssel umfassen:

- Körperstrukturen und Funktionen
- Aktivität: Durchführung einer Handlung oder Aufgabe (z.B. eine Beeinträchtigung im Umgang mit Stress, Konflikten, Problemen, Entscheidungen zu treffen, oder die tägliche Planung von Aktivitäten)
- Partizipation (Teilhabe): Einbezogen sein in eine Lebenssituation (z.B. adäquate Gestaltung von formellen, familiären, intimen Beziehungen, Selbstversorgung, Teilnahme am sozialen und Gemeinschaftsleben)
- Kontextfaktoren: materielle, soziale Umwelt und personenbezogene innere Faktoren (z.B. finanzielle Situation, Wohnsituation, familiäre Situation)

Das Verfahren ist so angelegt, dass neben positiven und negativen Faktoren auch das Ausmaß oder die Größe des Problems erfasst werden (0 = nicht vorhanden, 1 = leicht, 2= mäßig, 3 = erheblich, 4 = voll, komplett usw.)

Das Instrument des ICF wird in der Fachklinik siebenzwerge innerhalb der prozessualen Diagnostik, bei der Behandlungsplanung, bei den Therapiemaßnahmen sowie bei der Darstellung des Therapieergebnisses (Entlassungsbericht) genutzt.

3. Gender Mainstream

Die Fachklinik siebenzwerge reduziert Gender grundsätzlich nicht auf ein Angebot von Frauen- und Männergruppen. Gender wird als eine wichtige täglich zu reflektierende Querschnitts- und Grundsatzaufgabe betrachtet. Die Frage nach der sozialen Konstruktion des Geschlechts und den daraus entstehenden Rollenclustern und Stereotypen des Frau- und Mannseins in unserer Gesellschaft wird grundsätzlich bei allen zu treffenden Entscheidungen berücksichtigt und reflektiert.

Im Bereich der Suchtkrankenhilfe ist Gender insofern von besonderer Bedeutung, als dass alle Formen der Sucht genderspezifisch betrachtet werden müssen. Erfahrungen aus der ambulanten und stationären Suchtkrankenhilfe dokumentieren, dass im Verlauf der Drogenkarriere Erlerntes und oftmals überlebensnotwendiges Rollenverhalten und gerade auch geschlechtsspezifisches Rollenverhalten, im Hilfesystem fortgeführt wird. Häufig sind damit erneute Erfahrungen des Scheiterns verbunden, da die erworbenen Rollen- und Verhaltensmuster nun nicht mehr funktional und tragfähig sind.

In der Fachklinik siebenzwerge werden auf diesem Hintergrund genderspezifische Angebote bereitgestellt. Frauen sollen primär durch weibliche Bezugspersonen betreut werden. Ferner stellt die Fachklinik „Schutzräume“ für Frauen zur Verfügung, da gerade in der ersten Phase des Aufenthalts „gesicherte Rückzugsmöglichkeiten“ benötigt werden. Zu Überprüfung und Bearbeitung und ggf. Veränderung des individuellen Rollenverhaltens und Rollenrepertoires und der Förderung einer genderspezifischen Identität werden spezielle Indikationsgruppen angeboten.

Genderspezifische Problemstellungen können z.B. wie folgt Thema sein:

- die soziokulturellen Rollenzuschreibungen und deren zugehörige Verhaltenskodices, die durch den gesellschaftlichen Wandel der letzten Jahrzehnte an Inhalt und Wertigkeit verloren haben, jedoch immer noch gelten, produzieren Verwirrung, Entwertung, Lebenssinnverlust.

- die Ausbeutung des weiblichen/männlichen Körpers und deren jeweilige Sexualität führt (auch über die Vermarktungsstrategien und Werbekampagnen der Medien) zur Selbstverdinglichung und Selbstentfremdung und damit zur Verletzung der persönlichen Integrität des/der Einzelnen.
- die persönlichen Erfahrungen von Gewalt jedweder Art vom Kindesalter an bis heute
- Inzest
- Missbrauch
- Vergewaltigung.

Je nach Indikationsstellung können diese Frage- und Problemstellungen in genderspezifischen, beidgeschlechtlichen Gruppentherapien oder auch in Einzeltherapien reflektiert und verarbeitet werden.

Frauenspezifischer Ansatz

Frauenspezifische Problemstellungen (Erfahrungen mit Missbrauch und Gewalt, körperliche Misshandlungen, sexueller Missbrauch, Inzesterlebnisse), die mit Suchtentwicklung zu tun haben, können von den Frauen in Einzeltherapien oder Gruppensitzungen mit Frauen reflektiert und verarbeitet werden. In der akzeptierenden Atmosphäre einer Gruppe von Geschlechtsgenossinnen ist es leichter, Erinnerungen zuzulassen, auszusprechen und Unterstützung bei der Bewältigung von Scham und Wut zu bekommen.

Unter der sichernden und schützenden Rahmung der Gruppe kann eine Auseinandersetzung und Reflexion mit dem eigenen geschlechtsspezifischen Rollenverständnis sowie mit den Themenbereichen und Verhaltensweisen Sich-Unterordnen, Sich-Abhängig-Machen, Gewalterfahrung (in der Täter- oder Opferrolle) oder auch Macht-Ausübung durch erotische Attraktivität stattfinden.

Männerspezifischer Ansatz

Männerspezifische Problemstellungen (Erfahrungen mit Gewalt, Kriminalität, körperliche Misshandlungen, Inzesterlebnisse), die mit Suchtentwicklung zu tun haben, können von den Männern in Einzeltherapien oder Gruppensitzungen mit Männern reflektiert und verarbeitet werden. In der akzeptierenden Atmosphäre einer Gruppe von Geschlechtsgenossen ist es leichter, Erinnerungen zuzulassen, auszusprechen und Unterstützung bei der Bewältigung von Scham und Wut zu bekommen.

Unter der sichernden und schützenden Rahmung der Gruppe kann eine Auseinandersetzung und Reflexion mit dem eigenen geschlechtsspezifischen Rollenverständnis sowie mit den Themenbereichen und Verhaltensweisen des Sich-Behaupten-Müssens, des Sich-Durchsetzen-Müssens, der Gewalterfahrung (in der Täter- oder Opferrolle) oder auch der Macht-Ausübung durch erotische Dominanz stattfinden.

4. Arbeit nach dem Diversity-Ansatz

Dem zentralen Ziel des Diversity-Ansatzes – dem Bestreben, Verschiedenheit explizit positiv zu besetzen und wertzuschätzen und die Ressourcen anzuerkennen, die in der Heterogenität der Einzelnen in der Gemeinschaft liegen – fühlt sich die Fachklinik siebenzwerge verpflichtet. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Fachklinik siebenzwerge vertreten die Überzeugung, dass Menschen unterschiedlicher sozialer und kultureller Orientierung konstruktiv und produktiv miteinander umgehen, wenn sie Verschiedenheit und Andersartigkeit zur Geltung bringen können.

Die Arbeit in der Fachklinik siebenzwerge ist davon geprägt, jegliche Ausgrenzung zu vermeiden. Anliegen und Bemühen ist es, die Individualität jedes einzelnen Menschen zu achten und die sozialen Unterschiede in Geschlecht, Ethnie, Alter, Religion, sozialer Schicht, Lebensstilen etc. wertzuschätzen.

Die Unterschiedlichkeit und Vielfalt der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden wird als Buntheit, Facettenreichtum, Reichhaltigkeit, Variationsreichtum, Individualität, Vielschichtigkeit und Vielseitigkeit erlebt. Diese Ressourcen und Talente werden im therapeutischen Handeln konstruktiv für den jeweiligen Genesungsprozess genutzt.

Arbeit nach dem Diversity-Ansatz bedeutet:

- der bewusste Umgang mit sozialen Differenzen
- das Wahrnehmen von Vielfalt, Unterschiede und Gegensätze als Ressourcen
- das Betrachten von Individualität als Quelle von Kreativität, Flexibilität und Veränderungsfähigkeit
- das gezielte Fördern von Vielfalt und Offenheit
- das Reflektieren der eigenen Werte und Kommunikationsstile

- das Fremde und Abweichende als Chance zu betrachten
- das Nachdenken über alltägliche Normalitäten.

5. Behandlungsprogramm der stationären medizinischen Rehabilitation

Die Gesundung und Heilung von suchtkranken Menschen dauert erfahrungsgemäß mehrere Jahre und beinhaltet die unterschiedlichsten Behandlungssettings, Behandlungsschritte und Erfahrungsräume.

Das vorliegende Konzept bezieht sich auf das von der Deutschen Rentenversicherung finanzierte stationäre Behandlungsangebot.

Eine zielgerichtete und gezielte Bearbeitung der bestehenden Probleme der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden unter Berücksichtigung evtl. Vorbehandlung(en) erfordert das Erstellen eines individuellen Behandlungsplanes auf der Grundlage einer differenzierten Diagnostik.

5.1 Dauer

Die heterogene Zielgruppe erfordert individuelle Behandlungszeiten und Therapieziele. Die Regeltherapiedauer der stationären Entwöhnungstherapie beträgt bis zu 10 Monate und schließt eine intensivtherapeutische Phase und, bei vorliegender Indikation, auch eine Integrationsphase ein. Wiederholungs- und Auffrischungstherapien können nach individueller Maßgabe durchgeführt werden.

5.2 Ziele

Übergeordnetes Behandlungsziel ist es, die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden auf ein dauerhaft abstinentes Leben vorzubereiten. Die Leistungen der medizinischen Rehabilitation beinhalten, dass sich die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit den genannten medizinischen, psychischen und sozialen Problemen auseinandersetzen. Entsprechend der Vereinbarung

„Abhängigkeitserkrankungen 2001“ zwischen den Krankenkassen und den Rentenversicherungsträgern sind die Ziele der stationären medizinischen Rehabilitation:

- Abstinenz erreichen und erhalten
- körperliche und seelische Störungen weitgehend zu beheben oder auszugleichen
- (Wieder-) Eingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft zu erreichen und möglichst dauerhaft zu erhalten.

Konkret bedeutet das, die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden soweit zu stabilisieren, dass ihre Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben wieder hergestellt werden kann und die Bearbeitung der Suchterkrankung zu Grunde liegenden psychischen Probleme erfolgt – auch im Sinne einer „Nachreifung“.

Die realen Probleme, die konkrete Lebenslage sowie die individuellen Ressourcen erlauben Prognosen und die Planung von Interventionen. Die Wirkungen des biographischen Materials, das Zusammenspiel von Ereignisketten müssen aufgegriffen und ihre Einwirkungen auf die Persönlichkeit berücksichtigt werden. Die Therapeutische Gemeinschaft ist Lernhilfe und Lernmodell in einem. Damit wird Nachsozialisation ermöglicht und ein Experimentier- und Erfahrungsraum erschlossen. Problemlösungen und Neuorientierungen werden so möglich und somatische, psychosomatische, psychische und soziale Gesundheit wird gewonnen und/oder gekräftigt.

Die suchtherapeutischen Maßnahmen in der Fachklinik siebenzweige fokussieren die Entwicklung und Erprobung eines Arbeits- und Sozialverhaltens, das dem Einzelnen ermöglicht, eigenverantwortlich und frei von akuten Rückfällen in alte Verhaltensweisen, ein selbstständiges Leben zu gestalten.

Eine anschließende Anbindung an die der Fachklinik angegliederten Integrationsphase kann durch die bereits vorhandenen Strukturen im Bedarfsfall problemlos erfolgen.

Auf dem Hintergrund eines ganzheitlichen Menschenbildes zielt die stationäre medizinische Rehabilitation auf die Entwicklung eines positiven Zukunftshorizontes.

Folgende Teilziele sind im persönlichen Rehabilitationsprozess von Bedeutung:

- Aufbau vertrauensvoller (therapeutischer) Beziehungen
- Auseinandersetzung mit dem persönlichen Verlauf der Suchtmittelabhängigkeit sowie Förderung und Konsolidierung der vom

Rehabilitanden getroffenen Entscheidung zur Abstinenz und weiteren suchtmittelfreien Lebensführung

- Akzeptanz der Suchtmittelabhängigkeit als Krankheit
- (Wieder-) Herstellung einer Tagesstrukturierung sowie die eigenverantwortliche Übernahme und Durchführung von Aufgaben und Pflichten
- Wiederherstellung der körperlichen Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit sowie Erlernen einer gesundheitsbewussten Lebensführung und die Verbesserung des Umgangs mit dem eigenen Körper durch gesunde Ernährung, Körperpflege, Sport u.a.
- Aufbau und Entwicklung einer positiven Körperwahrnehmung sowie Erkennen und Umgang mit psychosomatischen Zusammenhängen
- Hinterfragen und Auflösen selbstschädigender Lebenshaltungen des Einzelnen sowie bestehender Rollenstrukturen im Familien- und Beziehungssystem, Erlernen und Erproben neuer Rollen
- Aufbau bzw. die Wiederaufnahme von tragfähigen Kontakten und Beziehungen (Freundes- und Bekanntenkreis), um Zugehörigkeit zu erfahren, Spaß zu haben und so dem Alleinsein entgegenzuwirken
- Therapeutische Aufarbeitung der störungsauslösenden bzw. störungsimmanenten Defizite im Erleben und Verhalten des Rehabilitanden und Erprobung günstigerer Bewältigungsstrategien im Alltag
- Bearbeitung von Schuld- und Schamgefühlen als Voraussetzung für die Wiedererlangung von Selbstwertgefühl und daraus folgend Selbstverantwortung
- Verbesserung der Ich-Funktionen , Entwicklung von Ich-Stärke
- Verbesserung der Wahrnehmungs- und Konzentrationsfähigkeit
- Differenzierung von Selbst- und Fremdwahrnehmung, Selbst- und Fremdattribution
- Identitätsarbeit:
 - Arbeit an den „Fünf Säulen der Identität“: - Leiblichkeit, - soziales Netzwerk
 - materielle Sicherheit, - Arbeit und Leistung, - Werte und Normen

- Entwicklung einer beruflichen Identität, insbesondere die Erarbeitung eigener Werte und Normen sowie eigener Regeln
- Erkennen und Erarbeiten angemessener Interaktionsstile
- Reduktion passiven Verhaltens zugunsten aktiver Selbstständigkeit und Verantwortungsübernahme
- Bewusste Konfliktfähigkeit mit flexibleren Realitätsbewältigungsstrategien
- die Annahme des eigenen Geschlechts und dessen positive Bewertung als Basis für eine erfüllte Partnerschaft und um einen gesunden Umgang mit der eigenen Sexualität zu erarbeiten
- Rückfallbearbeitung und Rückfallprävention: Erkennen von persönlichen und sozialen Risikosituationen, Entwickeln und Einüben von vorbeugenden und gegenregulierenden Maßnahmen, Erarbeitung von Problemlösungsstrategien, um den Alltag ohne Suchtmittel zu bewältigen
- Teilnahme an einer Schuldnerberatung und soweit erforderlich Erstellung eines Schuldenregulierungsplanes
- die berufliche (Re-) Integration bzw. die Erarbeitung einer realistischen schulischen / beruflichen Perspektive unter weitestgehender Berücksichtigung der individuellen Interessen und Sinnhaftigkeit
- Förderung und Motivation zur Teilnahme an nachstationären suchttherapeutischen Angeboten

Mit dieser vielschichtigen und umfassenden Zielstruktur werden dem Einzelnen Möglichkeiten eröffnet, eigene Ansätze und Lebensperspektiven in der Realität zu erproben und umzusetzen.

Im Mittelpunkt des therapeutischen Handelns steht das Erlernen und Trainieren von für die Alltagsbewältigung notwendigen „einfachen“ Fähigkeiten und Fertigkeiten auch gerade im Hinblick auf die Selbstfürsorge.

Das Leben in und mit und das Lernen in der und durch die Gemeinschaft ist in der Fachklinik siebenzweige eine bedeutende Säule der Behandlung und „Matrix des sozialen Lernens“ und der „Erfahrung des Anderen in der Gemeinschaft“.

Unser Bestreben ist es, dem, was der Rehabilitand wirklich braucht, in spezifischer Weise gerecht zu werden, aber auch dem zu entsprechen, was für die Gruppendynamik der therapeutischen Gemeinschaft wesentlich ist.

Die Vermittlung von personenbezogenen und gruppenbezogenen Zielen stellt sich jedem Behandlungsmodell, das mit Konzepten der Therapeutischen Gemeinschaft arbeitet, als wesentliche Aufgabe. Diese Vermittlung wiederum ist Abbild der Prozesse der sozialen Interaktion und des sozialen Ausgleichs, die sich jedem Menschen, der sich in seinem Alltagsleben in sozialen Netzwerken bewegen muss, tagtäglich stellen. Die Kombination psychodynamischer und soziodynamischer Zielsetzungen und Zielumsetzungen wird damit zu einer zentralen Größe der Behandlungspraxis in der Fachklinik siebenzwerge.

5.3 Verlauf

Der Behandlungsverlauf ist als dynamisches, variables Phasenmodell konzipiert. Die einzelnen Phasen sind an therapeutischen Fortschritten der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden orientiert.

5.3.1 Aufnahmeverfahren

Die Ausgangssituation eines jeden Bewerber ist unterschiedlich. Jeder Bewerber verfügt über individuelle Erfahrungen hinsichtlich seiner Suchterkrankung und der damit verbundenen Problematik und hat unterschiedliche Vorstellungen hinsichtlich der eigenen Perspektiven. Diesen unterschiedlichen Ausgangsbedingungen wird durch spezifizierte Aufnahmemodalitäten entsprochen.

Ablauf des Aufnahmeverfahrens:

- schriftliche Bewerbung, bestehend aus Lebenslauf, Suchtverlauf
- Kennenlerngespräche / Informationsgespräche

In einem Gespräch mit dem Bewerber werden grundlegende Informationen über die Fachklinik siebenzwerge und die Vorgehens- und Arbeitsweise in der Klinik vermittelt. Der Bewerber hat die Möglichkeit, die eigene Motivation und seine Erwartungen an die Behandlung zu formulieren. Gemeinsam wird erörtert, ob die Wünsche und Bedürfnisse der Bewerberin/des Bewerbers im Rahmen der Behandlung in der Fachklinik realisiert werden können, ob eine Aufnahme grundsätzlich sinnvoll und möglich ist und welche Bedingungen gegebenenfalls erfüllt sein müssen.

- Aufnahmegespräch

In einem Gespräch zwischen Bewerber und Mitarbeiter werden, unter Berücksichtigung der Genderperspektive, die derzeitige Situation, die persönliche Motivation und die Ziele hinsichtlich der persönlichen, sozialen, schulischen/beruflichen Entwicklung des Bewerbers erörtert. Mögliche Ziele und die dazugehörigen Schritte für die ersten Wochen der Entwöhnungsbehandlung werden gemeinsam besprochen und eine Entscheidung über die Aufnahme wird getroffen.

- Aufnahme

5.3.2 Eingangs- und Orientierungsphase

Die Orientierungsphase dauert vier bis sechs Wochen. In dieser Zeit geht es um die Eingewöhnung des Rehabilitanden in die Einrichtung und seine Besinnung auf sich selbst und die neue soziale Umgebung.

Mit der ärztlichen Eingangsuntersuchung beginnt die (prozessuale) Diagnostik, die in einen Rehabilitationsplan mündet.

An die ausführlich erhobene Anamnese schließt sich die basale Testdiagnostik, die einen Persönlichkeits- sowie Intelligenztest und spezifische klinische Erhebungsinstrumente z.B. die Posttraumatische Belastungsstörung-Diagnostik umfasst, an.

- Ziele und Inhalte

Der Hauptinhalt dieser ersten Phase des Aufenthalts in der Therapieeinrichtung dient der Motivationsabklärung, bzw. -findung im Sinne einer therapeutischen und umfassenden Umorientierung, so wie es für den erfolgreichen Verlauf der Rehabilitationsmaßnahme notwendig ist. Bei einer Dauer von 4-6 Wochen soll der Rehabilitand durch geeignete psychosoziale Maßnahmen eine Bewusstwerdung seines Ist-Zustandes erreichen, mit dem er sich in der Therapie und in der Gruppenarbeit auseinandersetzt.

Durch spezielle Fragestellungen soll der Selbstergründungsmodus der Rehabilitanden aktiviert werden:

- „Wo stehe ich" und „Wohin will ich“?

- Was bin ich für ein Mensch? Was bin ich für eine Frau/Mann?
 - eher gesellig oder eher Einzelgänger
 - wie gehe ich mit Gefühlen um
 - welche Eigenschaften schätze ich an mir
 - welche Eigenschaften missfallen mir an mir
 - wofür lohnt es sich aus meiner Sicht zu leben

Dem Rehabilitanden sollte im Ansatz klar werden, dass sein Vorhaben, zukünftig suchtfrei leben zu wollen, eine Umorientierung seiner bisherigen Lebensinhalte und Strukturen beinhalten wird.

- Gestaltung und Ablauf

Die Rehabilitanden erhalten eine ihrem Entwicklungsstand und ihrer persönlichen Situation angemessene Position in der Gruppe, die durch die Prozesse der Gruppendynamik in der Therapeutischen Gemeinschaft kontinuierlich verändert und entwickelt wird. Die strukturierten Arbeitsbereiche in der Landwirtschaft, der Landschafts- oder Gemüsegeärtnerie unterstützen diesen Prozess.

Die Bewohner sind überwiegend in individuell ausgestalteten Einzelzimmern untergebracht und haben gemeinsame Gruppenräume. Dieses freie Zusammenleben verlangt von jedem Mitglied der Gruppe eine größere Bereitschaft, sich selbst zu öffnen und mitzuteilen, ein differenzierteres Eingehen auf die Anderen, ebenso Einsicht, dass man sich selber nur entwickeln kann, wenn man sich aus seiner Selbstbezogenheit zu lösen vermag und sich wirklich mit den anderen Menschen und der Welt verbindet.

Im einzel- und gruppentherapeutischen Setting werden in der Eingangsphase zunächst die Themen Vertrauen und Vertrauenswürdigkeit fokussiert, da sie die Grundlage des Behandlungsprozesses bilden. Der Rehabilitand braucht Vertrauen und Einsicht:

- dass die Therapeuten ihm grundsätzlich nichts Böses wollen
- dass seine eigene Vertrauenswürdigkeit es ihm ermöglicht, einen Platz in der Gruppe zu finden und damit Zugehörigkeit zu erleben
- um den weitergehenden Behandlungsverlauf mitzugestalten.

5.3.3 Intensivtherapeutische Phase

Diese zweite Therapiephase ist mit einer Dauer von 5-6 Monaten die eigentliche Behandlungs- und Aufarbeitungsphase für die individuelle Suchtproblematik und die mit ihr verbundenen Probleme und Persönlichkeitsstörungen. Das breitgefächerte Therapieangebot (z.B. suchttherapeutisch, psychotherapeutisch, medizinisch, künstlerisch), in Gruppen und in Einzelarbeit, soll den Rehabilitanden eine vertiefte Selbsterfahrung und eine intensive Auseinandersetzung mit der eigenen Biographie, ihrer Lebenssituation und ihrem Abhängigkeitsverhältnis ermöglichen. Darüber hinaus sollen diese therapeutischen Maßnahmen klärend, heilend und ausgleichend auf das Handeln, Fühlen und Denken wirken.

- Ziele und Inhalte

Die Therapiephase verfolgt das Ziel der Bearbeitung der Lebensgeschichte in ihren wesentlichen Aspekten (Funktion der Drogen, kritische Lebensereignisse, protektive Faktoren) sowie der aktuellen Lebenssituation. Körperliche und seelische Gesundheit, die Überwindung des Suchtverhaltens und eine neu erworbene Lebens- und Arbeitsmotivation sollen angestrebt, in Teilzielen verwirklicht und wenn irgend möglich, vollständig erreicht werden.

Die in den Therapiebereichen schrittweise gewonnene Selbsterkenntnis und Selbstregulation soll zu einer konkreten Umsetzung im sozialen Leben führen. Durch das Erwachen des Interesses für den anderen Menschen und an der Welt, durch Einüben von Selbstverantwortlichkeit in der Übernahme von konkreten Verantwortlichkeiten im Alltag wird schrittweise die durch die Drogenabhängigkeit eingeschränkte und gestörte Persönlichkeitsreifung, das Erwachsenwerden schrittweise nachgeholt und eine neue konstruktive Entwicklungsdynamik in Gang gesetzt.

Das in der ersten Therapiephase noch eher unbestimmte Vorhaben, die Zukunft drogenfrei zu gestalten, sollte am Ende der intensiv-therapeutischen Phase zur festen Willensentscheidung geworden sein. Den volitiven Aspekten kommt in der Psychotherapie und Soziotherapie deshalb in dieser Phase besondere Bedeutung zu.

Der Wechsel in die Integrationsphase muss vom Rehabilitanden gewollt sein und von den Mitarbeitern positiv beurteilt werden und notwendig erscheinen.

- Gestaltung und Ablauf

Der Tagesablauf dieser Therapiephase ist verbindlich geregelt, es gibt feste Arbeitszeiten, feste Therapiezeiten (Kurse, Einzelanwendungen, Gespräche) und einen gestalteten Freizeitbereich.

Die Rehabilitanden dieser Therapiephase beginnen den Tag um ca. 7.00 Uhr mit einer gemeinsamen Übung (Gymnastik, Musik oder Spiel etc.), die im wöchentlichen Wechsel von einem der Rehabilitanden vorbereitet und durchgeführt wird.

Danach findet das gemeinsame Frühstück statt. Arbeitsbeginn ist um 8.00 Uhr. Der Vormittag ist von der Arbeit bestimmt, die Rehabilitanden arbeiten in den unterschiedlichen Arbeitsbereichen bis ca. 12.00 Uhr. Parallel dazu finden die medizinischen Anwendungen statt.

Um 12.30 Uhr findet das gemeinsame Mittagessen statt, im Anschluss daran folgt die Mittagspause mit einer medizinischen Anwendung (Leberwickel).

Die Gruppe trifft sich um 14.00 Uhr, hier werden allgemeine und organisatorische Dinge besprochen.

Ab 14.30 Uhr finden die verschiedenen Kurse der Kunsttherapie sowie die allgemeinbildenden Kurse statt. Einige Rehabilitanden können aufgrund ihrer besonderen Situation auch nachmittags arbeiten.

An drei Nachmittagen finden sozialtherapeutische oder psychotherapeutische Gruppengespräche statt, die 90 bis 120 Minuten dauern.

Im Anschluss an die Kurse und sozialtherapeutischen Gruppengespräche und nach dem Abendessen, findet die regelhafte Tagesrückschau statt, die auf Erleben und Empfinden gerichtet ist. Die Rehabilitanden schildern, was sie erlebt haben und welche Empfindungen sie im Laufe des Tages hatten, wie also bestimmte Begebenheiten auf sie gewirkt haben, wo sie Verletzung oder Freude empfunden haben usw. Tages- und auch Wochenrückschau fördern das Bewusstsein für das eigene Erleben und Handeln, regen die Erinnerungs- und Interpretationsarbeit an und geben Hilfen, einem nachsinnenden, reflektierenden, besonnenen Lebensstil einzuüben.

Die Abende stehen der geleiteten Freizeit zur Verfügung, sofern nicht themenzentrierte Gruppengespräche anberaumt werden. Mit geleiteter Freizeit ist gemeint, dass die Rehabilitanden in Gruppen mit einer Vorplanung und Begleitung durch Mitarbeiter Freizeitprojekte durchführen. Dies kann z.B. vom Theaterbesuch bis Marionettenbau recht unterschiedliche Gebiete umfassen und ist abhängig von den Impulsen der Rehabilitanden und den Anregungen der Mitarbeiter.

Der Tag wird gegen ca. 22.00 Uhr gemeinsam beendet. Oft wird durch einen Rehabilitanden eine Geschichte, Erzählung oder ein Märchen vorgelesen, so dass für die Nacht eine entspannte Atmosphäre entsteht.

Der Ablauf des Wochenendes gestaltet sich anders. Am Samstag wird um 8.30 Uhr gefrühstückt. Im Anschluss beginnt um 9.30 Uhr der gemeinsame Hausputz. Alle Rehabilitanden versammeln sich und besprechen, wer welchen Bereich im Haus putzt. Gegen ca. 13.00 Uhr wird diese Arbeit mit dem gemeinsamen Mittagessen beendet.

Der weitere Tagesablauf orientiert sich an den geplanten Freizeitaktivitäten. Obligatorisch ist die Wochenrückschau, hier schildern die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in der Gruppe, wie die Woche für sie war. Dadurch, dass die Menschen in verschiedenen Arbeitsbereichen und Kursen sind, ergibt sich durch diese Wochenrückschau die Möglichkeit der besseren gegenseitigen Wahrnehmung, der Klärung eventuell offener Fragen und Probleme.

Am Sonntag werden Frühstück und Mittagessen um 11:00 Uhr zu einer Mahlzeit, dem „Brunch“, zusammengezogen. Auch hier hängt der weitere Tagesablauf von den geplanten Freizeitaktivitäten ab. Obligatorisch ist hier die Wochenvorschau, dort werden die Dienste verteilt, die kommende Woche mit ihren Besonderheiten wird besprochen. Zu der Wochenvorschau gehören auch das Fassen von Vorsätzen auf der Handlungsebene und ihre Reflexion. Die Rehabilitanden nehmen sich vor, etwas Bestimmtes zu tun oder zu lassen und reflektieren dann in der gemeinsamen Wochenrückschau am nächsten Samstag, ob es ihnen gelungen ist oder nicht und was hilfreich sein kann, um ein Gelingen zu erreichen. Reflexions- und Antizipationsarbeit werden hier verbunden und planvolles Handeln kann erlebt und geübt werden.

In der intensivtherapeutischen Phase werden die Rehabilitanden immer wieder zur Reflexion angehalten. Fragestellungen für diese Reflexion können sein:

- Wie weit bin ich mit meinen Therapiezielen?
- Wie sicher schätze ich mich ein? / Wo und wie bin ich rückfallgefährdet?
- Wie bewältige ich Krisen?
- Was muss/will ich noch tun?

5.4 Behandlungszeiten und Tagesstruktur

Die Behandlungszeiten und das entsprechende Programm ist dem Wochenplan (Anhang 3) zu entnehmen.

5.5 Therapeutische Wirkfaktoren

Das therapeutische Team in der Fachklinik siebenzwerge orientiert sich an den in der „Integrativen Therapie“ (Petzold 1992) beschriebenen Heil- und Wirkfaktoren. Je nach Situation, Problem, dem fokussierten Thema und abhängig von der aktuellen Problemlage und dem spezifischen Krankheitsbild der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden werden die einzelnen Faktoren in unterschiedlicher Weise eingesetzt und genutzt.

- Einführendes Verstehen:

Die innere Haltung und das Verhalten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des therapeutischen Teams können durch folgende Begrifflichkeiten skizziert werden: Mitgefühl, Empathie, Takt, Wertschätzung und Aussagen von der Art, dass ein Rehabilitand sich von seinem Therapeuten "so gesehen fühlt, wie er ist" und sich in seiner Lebenssituation, seinen Problemen, „seinem Leiden" verstanden fühlt.

- Emotionale Annahme und Stütze

Die innere Haltung und das Verhalten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des therapeutischen Teams können durch folgende Begrifflichkeiten skizziert werden: Akzeptanz, Entlastung, Trost, Ermutigung und positive Zuwendung. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter legen insbesondere Wert auf die Förderung positiver selbstreferentieller Gefühle und Kognitionen, z.B. Selbstwertgefühl, Selbstsicherheit, Selbstakzeptanz, Selbstvertrauen.

- Hilfen bei der realitätsgerechten praktischen Lebensbewältigung/Lebenshilfe

Die innere Haltung und das Verhalten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des therapeutischen Teams können durch folgende Begrifflichkeiten skizziert werden: Einnehmen einer ressourcenorientierten Sichtweise auf den Rehabilitanden, Erschließen von Ressourcen, Rat und tätige Hilfe bei der Bewältigung von Problemen im alltäglichen Leben, praktische Lebenshilfe.

- Förderung emotionalen Ausdrucks

Die innere Haltung und das Verhalten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des therapeutischen Teams ermöglichen Situationen und unterstützen die Rehabilitanden beim Zeigen von Gefühlen, beim Sprechen über Gefühle, bei der kathartischen Entlastung und bei der "emotionalen Differenzierungsarbeit".

- Förderung von Einsicht, Sinnerleben, Evidenzerfahrungen

Die innere Haltung und das Verhalten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des therapeutischen Teams ermöglichen Situationen und unterstützen die

Rehabilitanden darin, Sinn und Sinnhaftigkeit zu erfahren. Zusammenhänge und Hintergründe sollen in möglichst umfassender Weise verstanden (Einsicht), Ursachen und Wirkungen in ihrem Zusammenwirken in einer neuen Qualität erkannt werden (Evidenzerfahrung).

- Förderung kommunikativer Kompetenz und Beziehungsfähigkeit

Die innere Haltung und das Verhalten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des therapeutischen Teams ermöglichen Situationen und unterstützen die Rehabilitanden bei ihrem Vermögen, sich in andere einzufühlen und sich selbst empathieren zu lassen (mutuelle Empathie). Gemeinsam werden neue Kommunikationsmöglichkeiten erschlossen, erprobt und im Alltagsverhalten verankert. Die soziale Wahrnehmung wird insbesondere durch das Konzept der „therapeutischen Gemeinschaft“ geschult und entwickelt. Rollenflexibilität wird eingeübt und trainiert.

- Förderung leiblicher Bewusstheit, Selbstregulation und psychophysischer Entspannung

Die innere Haltung und das Verhalten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des therapeutischen Teams ermöglichen Situationen und unterstützen die Rehabilitanden bei der Wahrnehmung („awareness“) und ihrer Bewusstheit („consciousness“) gegenüber leiblichen Regungen und Empfindungen, die sich in Gefühlen entfalten und leiblich-konkret zeigen können.

- Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen

Die innere Haltung und das Verhalten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des therapeutischen Teams ermöglichen Situationen, in denen Rehabilitanden ihre Interessen erkennen und erleben können. Sie initiieren therapeutische Lernprozesse. Lebensvollzug wird verstanden als permanentes Lernen in der Auseinandersetzung mit dem Kontext.

- Förderung kreativer Erlebnismöglichkeiten und Gestaltungskräfte

Die innere Haltung und das Verhalten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des therapeutischen Teams ermöglichen Situationen und unterstützen Erlebnismöglichkeiten und schöpferische Prozesse bei den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden. Wahrnehmen -- Resonanz -- Erleben -- Resonanz -- Ausdruck -- Resonanz -- Gestalten, das ist eine Sequenz, die schöpferische Prozesse kennzeichnet, wobei die Wahrnehmung selbst schon schöpferisch sein kann, wenn sie vielperspektivisch in die Welt ausgreift und ein komplexes Realitätserleben fördert.

- Erarbeitung von positiven Zukunftsperspektiven

Die innere Haltung und das Verhalten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des therapeutischen Teams ermöglichen Situationen und unterstützen den Aufbau und die Bekräftigung von Sicherheit und Hoffnungen. Sie fördern und stärken die Auseinandersetzung mit Plänen, Zukunftsvisionen und Lebenszielen.

- Förderung eines positiven, persönlichen Wertebezugs

Die innere Haltung und das Verhalten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des therapeutischen Teams ermöglichen Situationen und unterstützen, dass die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sich mit ihrer eigenen Werteorientierung auseinandersetzen und ggf. neue Werte entwickeln und bilden können.

- Förderung eines prägnanten Selbst- und Identitätserlebens

Die innere Haltung und das Verhalten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des therapeutischen Teams ermöglichen Situationen und unterstützen die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden bei der Entwicklung eines prägnanten Selbsterlebens und einer stabilen Identität. Dabei orientieren sie sich am Konzept der „Fünf Säulen der Identität“ (- Leiblichkeit, - soziales Netzwerk, - Arbeit und Leistung, - materielle Sicherheit, - Werte) aus der Integrativen Therapie.

- Förderung tragfähiger sozialer Netzwerke

Die innere Haltung und das Verhalten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des therapeutischen Teams ermöglichen Situationen und unterstützen die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden bei der Entwicklung supportiver und ressourcenreicher sozialer Netzwerke.

- Ermöglichung von Solidaritätserfahrungen

Die innere Haltung und das Verhalten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des therapeutischen Teams ermöglichen den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden Solidaritätserfahrungen in der Zusammenarbeit mit ihnen (Solidarisch-an-der-Seite-der-Betroffenen-stehen), in der Gruppe untereinander als „Gleiche(r) unter Gleichen“ und in der Alltagswelt innerhalb und außerhalb der Fachklinik siebenzwege.

5.6 Umgang mit Rückfällen und Kriseninterventionen

Heilungs- und Entwicklungsprozesse verlaufen nicht gradlinig, sondern sind unter anderem gekennzeichnet von Rückschlägen, Einbrüchen und Neuanfängen. Krisen und Rückschläge gehören zu den persönlichen Wachstumsprozessen und zum Krankheitsbild einer Suchterkrankung. Der Rückfall als ein Bestandteil des Ausstiegsprozesses muss aus diesem Grund konzeptionell innerhalb des komplexen Veränderungsprozesses aufgegriffen werden.

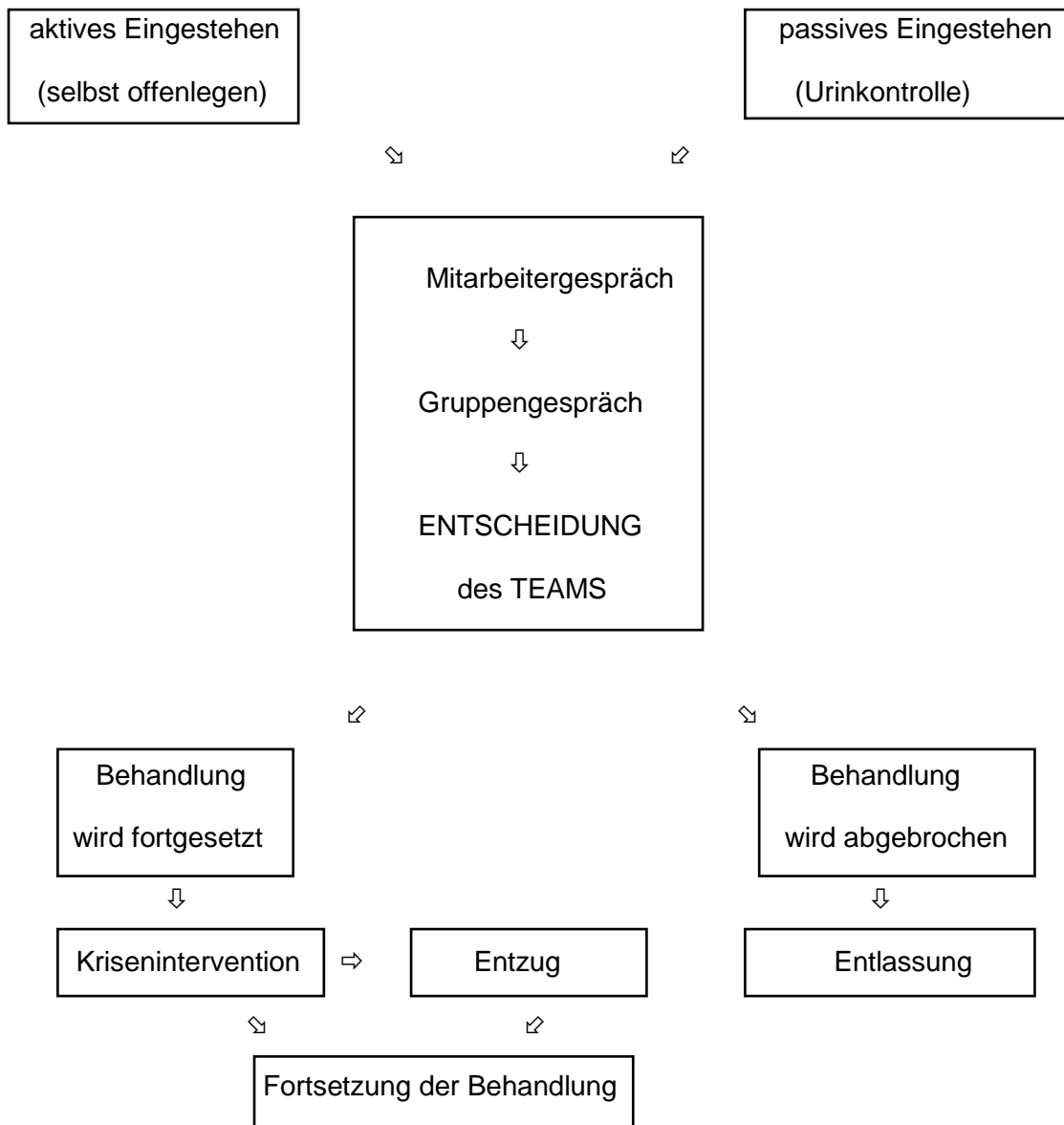
Rückfälle und Krisen tragen die Möglichkeit in sich, notwendige Entwicklungsschritte einzuleiten und müssen nicht zwangsläufig zum totalen Abgleiten führen. Der Einzelne lernt seine Grenzen zu erkennen und macht mit dem Rückfall auf Problembereiche aufmerksam, die in seinem Leben noch ungelöst sind und der Bearbeitung bedürfen. In der Konsequenz bewirken sie oftmals eine stabilere Abstinenz.

Rückfälle werden unter multikausalen Aspekten betrachtet. Risikofaktoren bzw. auslösende Faktoren einer Krise bzw. eines Rückfalls können sein:

- unangenehme oder sehr starke emotionale Zustände
- Wut, starke Trauer, Niedergeschlagenheit, aber auch euphorische Glücksgefühle
- sozialer Druck, Alltagsfrustrationen, Verführung durch andere
- nachlassende geistige Wachsamkeit und Gleichgültigkeit
- mangelndes Problembewusstsein oder nur oberflächliche Krankheitseinsicht

Da sich Substanzrückfälle in aller Regel im Voraus ankündigen, wird der einzelne Rehabilitand für das Thema in hohem Maße sensibilisiert, um eine sich entwickelnde Rückfalldynamik frühzeitig zu erfassen und in der Einzel- und Gruppentherapie zu bearbeiten.

Schaubild: Rückfallbearbeitung



Kriterien für die Fortsetzung der Behandlung

- erkennbare Abstinenzmotivation
- erkennbare Motivation zur Fortsetzung der Rehabilitation
- aktives „Aufmachen“ des Rückfalls
- aktive Teilnahme am Gruppenleben

Kriterien die zu einer Entlassung führen können

- Suchtmittelkonsum in der Einrichtung
- Anwendung / Androhung von Gewalt
- Eingehen einer sexuellen Beziehung zu Mitrehabilitandinnen/-rehabilitanden

Rückfälle im Sinne von erneutem Suchtmittelkonsum sind bei Nikotin-, Alkohol- und Drogenabhängigen erfahrungsgemäß eher die Regel als die Ausnahme. Besonders in Krisensituationen der Behandlung ist die Rückfallgefahr besonders hoch. Gemeinsam mit den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden werden in der Fachklinik siebenzwerge für diese extrem kritischen Phasen Verhaltensmöglichkeiten und/oder weiterführende unterstützende Maßnahmen entwickelt.

Durch professionelle Kompetenz und persönliches Engagement versuchen alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, die in Krisensituationen geraten, zu stützen und zu begleiten. Durch gezielt gesetzte Interventionen wird eine Verarbeitung und Aufarbeitung der aufgetretenen Konflikte und Probleme ermöglicht.

Ist der weitere Verbleib in der Einrichtung nicht möglich, so kann die Verlegung in eine andere Einrichtung geprüft werden.

5.7 Behandlungselemente

Die medizinische Rehabilitation Sucht gliedert sich in der Fachklinik siebenzwerge gleichbedeutend gewichtet in die medizinische Versorgung, die psychotherapeutische Behandlung, die soziotherapeutische Behandlung, die arbeitstherapeutischen Maßnahmen, die kunsttherapeutischen Maßnahmen, die bewegungstherapeutischen Maßnahmen (Eurythmie), die allgemeinbildenden Kurse, die soziale Reintegration, die Bewältigung konkreter Alltagsprobleme sowie die Einbeziehung des sozialen Umfeldes in die Behandlung.

Diese verschiedenen Aspekte stellen gleichsam die „Säulen der Suchttherapie“ dar, die unter einer ganzheitlichen Perspektive im kontinuierlichen Austausch im therapeutischen Team zusammengeführt werden.

5.7.1 Medizinischer Bereich

Zu Beginn der Behandlung wird vom Arzt ein allgemeiner körperlicher und psychiatrischer Befund erhoben. Zusätzlich zur Befunderhebung orientiert am naturwissenschaftlichen Klassifikationssystem erstellt der Arzt einen Befund, der sich am Bezugssystem der anthroposophischen Medizin orientiert. Diese Diagnostik erfolgt über die Initialdiagnostik hinaus als „prozessuale Diagnostik“ im Prozess der fortlaufenden medizinischen Begleitung. Auf dem Hintergrund dieser Diagnostik wird der individuelle Therapieplan gemeinsam mit den anderen Therapeuten des therapeutischen Teams erarbeitet.

Die somatische Therapie ist, unter dem übergreifenden Aspekt der Suchtbehandlung, in die gesamte rehabilitative Maßnahme integriert.

Als originär medizinische Maßnahmen und Anwendungen kommen im Rahmen der Therapie zum Einsatz:

- Medikation (nach Indikation)
- Massagen (klassische Massage, Bindegewebsmassage, Lymphdrainage usw.)
- Medizinische Bäder aller Art
- Wickel und Einreibungen
- Wärmeanwendungen
- Kneipp'sche Güsse
- Homöopathische/Anthroposophische Medikamente
- Heileurythmie
- Malthherapie
- Krankengymnastik

Während der Suchttherapie erfolgt die allgemeinmedizinische, neurologische und psychiatrische Behandlung durch ärztliche Sprechstunden. Gegebenenfalls werden konsiliarärztliche Untersuchungen und Behandlungen bei niedergelassenen Ärzten, in Ambulanzen umliegender Allgemeinkrankenhäuser oder Spezialkliniken veranlasst.

Zusätzlich werden die Rehabilitanden durch regelmäßige Arztgespräche vom Arzt individuell begleitet. Dabei wird besondere Aufmerksamkeit auf den Umgang mit

körperlichen Beschwerden und Bedürfnissen und deren Beziehung zum Suchtverhalten gelegt. Dies kann je nach vorliegendem Einzelfall bedeuten,

- dass der Rehabilitand anhand seiner konkreten Beschwerden über körperliche Folgen seines Suchtmittelmissbrauchs aufgeklärt wird.
- dass der Rehabilitand damit konfrontiert wird, dass bestimmte medikamentöse Therapieansätze unter dem Gesichtspunkt der umfassenden Abstinenz kritisch zu bewerten sind und alternative Behandlungsmöglichkeiten vorgestellt werden.
- dass dem Patienten sowohl eine spezifische somatische Reaktion als auch seine Suchtentwicklung als gemeinsame Auswirkung seines persönlichen Lebensstils verstehbar gemacht werden.

5.7.2 Psychotherapeutischer Bereich

Schwerpunkt der psychotherapeutischen Behandlung ist die Auseinandersetzung mit der Suchterkrankung und den daraus resultierenden Verhaltens- und Erlebnisweisen auf dem Hintergrund der therapeutischen Begleitung des aktuellen Geschehens während der Behandlung. Da einige Rehabilitandinnen und Rehabilitanden nur über ein begrenztes Abstraktionsvermögen verfügen, bietet gerade die Bearbeitung der Geschehnisse im Alltag einen guten Ansatzpunkt für die (psychotherapeutische) Beschäftigung mit sich selbst.

Der Einzeltherapeut soll für den Rehabilitanden den Stellenwert einer verlässlichen Bezugs- und Vertrauensperson haben, die, wenn sie verinnerlicht wird, einen positiven inneren Beistand konstituiert. Damit wird ein Beitrag zur Identitätsbildung geleistet (positive Leitbildfigur).

Die regelmäßig stattfindende Einzeltherapie orientiert sich an folgenden inhaltlichen Schwerpunkten:

- die vorhandenen personellen, sozialen, materiellen und beruflichen Ressourcen und Potenziale werden erhoben, gestärkt, unterstützt und da, wo nicht vorhanden, gemeinsam entwickelt.
- die korrigierenden emotionalen Erfahrungen im Sinne einer Nachsozialisation sollen ermöglicht werden, dabei ist es von besonderer Bedeutung, dass die Rehabilitanden Beistand, Begleitung, Entlastung und Sicherung insbesondere in Krisenepisoden erfahren.

- innerhalb einer tragfähigen „therapeutischen Beziehung“ findet die Erinnerungsarbeit statt, mit dem Ziel des Auffindens, Bewusstmachens, Einsichtigmachens von Konflikten, Störungen und Defiziten. Durch strukturierte Übungsangebote können diese dann bearbeitet werden.
- die bisherigen, vorhandenen sozialen Netzwerke werden thematisiert und reflektiert und Perspektiven für deren Erhaltung bzw. für den Aufbau von neuen sozialen Netzwerken und deren Gestaltung werden erarbeitet.
- negative Selbstdefinitionen, Selbstbilder, Selbstattributionen, Selbstzweifel, und Gefühle der Wertlosigkeit (destruktive bzw. toxische selbstreferentielle Kognitionen und Emotionen) werden systematisch bearbeitet.
- die Willenssozialisation wird thematisiert, mit dem Ziel eines systematischen Aufbaus der Willensfähigkeiten und der Willensstärke.
- traumatische Lebensereignisse werden aufgrund der vorausgehenden ärztlichen Diagnostik mit spezifischen traumatherapeutischen Interventionen behandelt.

5.7.3 Soziotherapeutischer Bereich

Die Behandlungsstruktur in der Fachklinik siebenzwerge gliedert sich in drei Rehabilitandengruppen, die von jeweils vier Mitarbeitern begleitet, therapiert und hinsichtlich des Erlernens basaler, lebenspraktischer Fähigkeiten alltagsorientiert trainiert werden.

Die soziotherapeutisch orientierte Gruppentherapie als Bezugsgruppe wird von einem Therapeuten und einem Co-Therapeuten in der Regel in Genderzusammensetzung prozessorientiert geleitet und dient der Bearbeitung von Problemen, die aus persönlichen Schwierigkeiten, der Suchtproblematik und Schule/Arbeit resultieren. Lebensstiltypische Verhaltensweisen und Beziehungsmuster sollen durch die Bearbeitung der konkreten, realen Geschehnisse in der Gruppe für die Rehabilitanden transparent und bearbeitbar werden.

Gruppentherapie als Methode berücksichtigt, dass die Ursachen von Drogenabhängigkeit unter anderem in gestörten Beziehungserfahrungen, Beziehungsmustern und Gruppenbeziehungen liegen (Familie, Kindergartengruppe, Peergroup, Schulklasse, etc.). Mittels einer Biographieanalyse bezogen auf die bisherigen Beziehungserfahrungen und Erfahrungen in und mit den verschiedenen

Gruppen können nun diese Ausgangsbedingungen und Störungsfelder benannt und thematisiert werden. Ziel ist es, die eigene salutogene und pathogene Entwicklungsgeschichte verständlich und begreifbar werden zu lassen unter Einbeziehung der vielfältigen Perspektiven und Wahrnehmungen Einzelner und aus der Gruppe (Mehrperspektivität).

Das Gruppenerleben und der Gruppenprozess und die damit verbundenen interaktionalen Dynamiken bieten für die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden die Möglichkeit des Verlernens alter, schädigender Verhaltensweisen und des Erlernens von neuen alternativen Möglichkeiten, Kontakt, Begegnung und Beziehung aktiv zu gestalten.

Die Gruppe dient dem Einzelnen als Identifikations- und Projektionsfeld, als Lernfeld und Übungslabor sowie als Ort, an dem Solidaritätserfahrungen möglich werden. Schutz und Sicherheit als Rahmenbedingungen ermöglichen das Erproben neuer, alternativer Verhaltensweisen; Fremdwahrnehmung und differenziertes Feedback fördern eine realistischere Einschätzung der eigenen Person.

Durch die soziotherapeutisch orientierte Gruppentherapie eröffnen sich für die Gruppenmitglieder folgende Möglichkeiten,

- Vermittlung von positiver Gruppenerfahrung: solidarisches Handeln soll erfahren und wechselseitig gefördert werden, um einen gemeinsamen Weg aus der Abhängigkeitserkrankung zu finden (Erfahrung von Solidarität und Erfahrung des Selbsthilfepotentials in Gruppen).
- positive Veränderungen bei einzelnen Gruppenmitgliedern zu erfahren und damit eine positive, zukunftsgerichtete und hoffnungsvolle Atmosphäre in der Gesamtgruppe zu erleben.
- sich aktuelles Verhalten und Erleben bewusst zu machen, Hintergründe dafür zu erkennen und eigenes Verhalten in Gruppen zu modifizieren bzw. problematisches Sozialverhalten zu bearbeiten.
- neue Rollen, Rolleninhalte, Verhaltens- und Handlungsweisen in einer Gruppe zu erproben.
- die Einzigartigkeit des eigenen Erlebens eines Problems/Konflikts in Frage zu stellen.
- die Vielfalt der unterschiedlichen Wahrnehmungen, Gedanken, Resonanzen und Einschätzungen in einer Gruppe zu erleben.
- bestehende Beziehungen zu reflektieren, zu definieren und zu pflegen.

- Vielfalt, Unterschiede, Meinungsverschiedenheiten und Konflikte in einer Gruppe auszuhalten bzw. konstruktiv zu bewältigen.
- die Selbst- und Fremdwahrnehmung zu schulen und die Selbstregulationsmechanismen zu stärken.

Folgende soziotherapeutische Gruppen werden durchgeführt:

- die soziotherapeutische Gruppentherapie findet in den Bezugsgruppen jeweils dreimal wöchentlich statt
- hygienische eurythmische Übungen in der Gruppe
- arbeitsbezogene Gruppengespräche, z.B. Arbeitsvorschau, Arbeitsrückschau, Wochenrückschau, Organisationsgruppe, Plenum
- themenzentrierte Gruppengespräche z.B.: Umgang mit Suchtstoffen, berufliche Orientierung, Sinnfragen – Wertebildung, Rückfallprophylaxe

5.7.4 Edukativer Bereich – naturwissenschaftliche, geisteswissenschaftliche und allgemeinbildende Kurse

Gerade in der Zeit zwischen dem 12. und dem 20. Lebensjahr, in der normalerweise bei Jugendlichen das intellektuell-geistige Interesse an der Welt zur eigenen Sinnsuche erwacht und sich ausbildet, ist bei den meisten jugendlichen Drogenabhängigen durch den Drogenkonsum die Fähigkeit zur klar bewussten gedanklichen Auseinandersetzung mit inhaltlichen Fragen zum Teil erheblich eingeschränkt.

Um diese Defizite zu bearbeiten und ggf. zu beheben, finden während der gesamten Behandlungsdauer Unterrichtskurse mit jeweils unterschiedlichen thematischen Schwerpunkten statt. Ein weiterer wichtiger Schwerpunkt der edukativen Arbeit stellen die Jahresfeste dar. Im Prozess der gemeinsamen Gestaltung und Durchführung der Jahresfeste (Weihnachten, Ostern, Johanni, Michaeli), die sich an den verschiedenen Jahreszeiten orientieren, können die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden modellhaft Spiritualität und Gemeinschaft erleben.

Dadurch soll bei den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden der Horizont der kulturellen Allgemeinbildung erweitert und die eigene Auseinandersetzung mit der Welt angeregt werden. Durch die Bewusstmachung und Reflexion des eigenen

bisherigen Standpunktes und Weltbildes können die Rehabilitanden zu neuen Sichtweisen finden.

- Kurse, in denen das Thema Natur im Mittelpunkt steht

An Beispielen aus den verschiedenen Naturreichen wie Mineral, Pflanze und Tier soll ein Anschauen und Denken in Zusammenhängen nahegebracht und die Aufmerksamkeit auf die den Naturvorgängen zugrundeliegenden Prozesse und Entwicklungen gelenkt werden. Das Verständnis für das Wesen des Lebendigen als eines werdend sich entwickelnden soll gefördert werden.

- Kurse, in denen das Thema der menschlichen Geschichte und des einzelnen Lebenslaufes im Mittelpunkt steht

Anhand von Darstellungen und Schilderungen verschiedenster historischer Situationen im Zusammenhang mit Kunstbetrachtungen, der Beschäftigung mit Mythen, alten Texten und anderen Zeugnissen der Vergangenheit geht es darum, unterschiedliche Kulturen kennenzulernen. Verschiedene Denkweisen, Weltanschauungen (Religionen, Philosophien) und die damit verbundenen Identitäten und Selbstverständnisse der Menschen werden vorgestellt und besprochen. Die Entwicklungsgeschichte und die Entwicklungslinien des menschlichen Bewusstseins werden aufgezeigt und in Bezug zur gegenwärtigen historischen Situation gesetzt.

- Kurse, in denen Probleme der Gegenwart wie Politik, Wirtschaft, Ökologie, Gesellschaft usw. im Mittelpunkt stehen

Sie sollen als Orientierungshilfe zur eigenen Meinungsbildung gegenüber Fragen der Zeit dienen und ermöglichen, dass die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden ihre Rolle als informierte Bürger im demokratischen Gemeinwesen und der Gesellschaft als Ganzes gerecht werden können.

- Kurse, in denen Gesundheit, Gesundheitsbildung und die Ernährungslehre im Mittelpunkt stehen

Eine differenzierte Gesundheitsberatung soll einen "gesundheitsbewussten und gesundheitsaktiven Lebensstil" fördern. Es finden Ernährungsberatungen und gezielte Programme zur Gesundheitsbildung statt. Informationen zu den Themen: Ernährung, Körperpflege, Entstehen von Krankheiten, Umgang mit Krankheiten, Stress- und Entspannungstechniken, Informationen über HIV, Hepatitis C, etc. werden vermittelt.

- Gestaltung der Jahresfeste

Die Gestaltung und das Leben der Jahresfeste haben in der Fachklinik siebenzwerge eine besondere Bedeutung. Es wird versucht, den Inhalt christlicher Jahresfeste darzustellen ohne konfessionelle Festlegung und Ausgrenzung von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden anderer Religionen. Die Eingebundenheit des Menschen in einen geistigen Lebenszyklus findet in den Jahresfesten ihren Ausdruck. Vergänglichkeit, Auferstehung, Wachstum, Reifung – natürliche Lebensprozesse bilden sich hier ab. Grund- und Sinnfragen der menschlichen Existenz und Ko-Existenz werden hier thematisiert und gelebt.

5.7.5 Arbeitstherapeutischer Bereich

Durch Arbeit gestaltet und verwandelt der Mensch die Welt. Arbeit und Leistung sind wesentliche Momente der Selbstverwirklichung und zugleich Dienst am anderen Menschen und an der Gesellschaft. Für das Individuum ist es ein wesentliches und wichtiges Erlebnis, in einen Arbeitsprozess einbezogen zu sein und Selbstwirksamkeit und Wertschätzung zu erfahren.

Die Arbeitstherapie beinhaltet medizinische und arbeitsfördernde Leistungen zur kurz- oder langfristigen Rehabilitation, die die Arbeitsfähigkeit der Rehabilitanden ermitteln, erhalten, bessern, herstellen oder wiederherstellen sollen.

Ziel der Arbeitstherapie ist die Entwicklung und Förderung von Fertigkeiten und Fähigkeiten, sowie die Entwicklung einer realistischen und angemessenen Arbeitshaltung. Erfolgserlebnisse unterstützen die Verarbeitung von negativen Erfahrungen im Arbeits- und Berufsleben. Die besondere Bedeutung der „Arbeit in der Therapie“ im therapeutischen Ansatz der Fachklinik siebenzwerge liegt darin, die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden bei einem inneren Prozess der persönlichen Stabilisierung zu unterstützen, in dessen Verlauf sie lernen:

- eine neue berufliche Perspektive zu entwickeln, in der die eigene Suchterkrankung als biographischer Lebensabschnitt integriert und produktiv verarbeitet ist,
- ihr tatsächliches Handeln immer mehr aus bewussten Motiven und Impulsen zu vollziehen und es in Beziehung zu anderen Menschen zu stellen, (Selbständigkeit, eigenverantwortliches Leben),

- mit problematischen und kritischen Situationen und Rückfallgefahren angemessen umzugehen,
- mit anderen Menschen zusammen zu leben und zu arbeiten auf der Grundlage gegenseitiger Achtung, Anerkennung, Wertschätzung und Akzeptanz,
- zu erkennen, dass sie zusammen mit Anderen Aufgaben bewältigen können, die den Einzelnen überfordern würden und
- entsprechend ihren individuellen Fähigkeiten und Fertigkeiten sich einen adäquaten Platz in der Gesellschaft zu schaffen.

Kennzeichen der Arbeitsbereiche in der Fachklinik siebenzwerge ist ihr Realitätsbezug. Alle Arbeitsbereiche erfüllen wichtige Aufgaben und haben direkte Bedeutung für die Fachklinik siebenzwerge.

Die Zuordnung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zu den verschiedenen Arbeitsbereichen erfolgt auf der Grundlage der prozessualen Diagnostik und des erarbeiteten Behandlungsplanes. Die Anforderungen und Qualitäten der Arbeitsbereiche sowie die Lernmöglichkeiten und Entwicklungsperspektiven, die diese den einzelnen Rehabilitanden bieten, werden jeweils geprüft und abgeglichen, um optimale Zuordnungen treffen zu können. Der Arbeit kommt im gesamten Therapieverlauf eine stark stabilisierende Funktion zu. Durch den täglich wiederkehrenden Rhythmus entstehen eine förderliche Kontinuität und ein realitätsbezogenes Zeitgefühl. Durch die körperliche Betätigung entsteht ein gesundes und positives Körpererleben. Das Wiederbeleben und Vertiefen vorhandener Fähigkeiten und Kenntnisse wirkt Ich-stärkend und identitätsbildend.

Im Folgenden werden die verschiedenen optionalen Arbeitsbereiche der Arbeitstherapie vorgestellt:

- Landwirtschaft

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter arbeiten eng mit dem Rimpertsweiler Hof zusammen, auf dem auch die Anfänge der Fachklinik siebenzwerge stattfanden. Dieser Hof verfügt über ca. 70 ha Land, das biologisch-dynamisch bewirtschaftet wird und Demeter-Anerkennung hat. Weiterhin wird auf dem Hof Viehhaltung betrieben; es sind ca. 30 Milchkühe, 20 bis 30 Kälber und Rinder sowie ca. 10 Bullen zu versorgen. Hinzu kommen Wald- und Feldarbeiten (Hacken, Jäten, Umgraben, Pflanzen, Ernten etc.). Die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden helfen bei allen anfallenden Arbeiten mit, sie werden von Mitarbeitern der ersten Therapiephase begleitet und übernehmen möglichst eigene Verantwortungsbereiche. Gleichzeitig werden sie in die Hintergründe und Gesetzmäßigkeiten der Landwirtschaft

eingeführt. In der Integrationsphase können hier Berufspraktika und später in der Nachsorge auch Berufsausbildungen durchgeführt werden. Es finden tägliche Arbeitsbesprechungen statt. Am Freitag oder ggf. auch Samstag reflektiert man gemeinsam die Arbeitswoche.

- Gartenbau

Auf dem Gelände der Fachklinik befindet sich eine Gemüsegärtnerei, die sich im Laufe der Jahre vergrößert hat und von einem Gärtnermeister geleitet wird. Neben der notwendigen Tätigkeit werden wichtige Kenntnisse des Gemüseanbaus vermittelt. In der Integrationsphase können hier Berufspraktika und später in der Nachsorge auch Berufsausbildungen durchgeführt werden. Neben den täglichen Arbeitsbesprechungen findet am Freitag eine Rückschau auf die Arbeitswoche statt.

- Landschaftsgestaltung/Imkerei

Eine Arbeitsgruppe widmet sich unter Anleitung eines Fachmannes der Pflege und der Gestaltung des Klinikgeländes (Landschaftsgestaltung, Landschaftskunst). Sie legt neue Pflanzungen, Brunnenanlagen oder Biotope u. ä. an, darüber hinaus ist sie für die Pflege der bestehenden Anlagen verantwortlich. Die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, die hier arbeiten, werden intensiv in die Hintergründe dieser Tätigkeit eingeführt und arbeiten ihrem Entwicklungsstand entsprechend selbständig. Zu diesem Arbeitsbereich gehört auch die Pflege der Bienenstöcke, durch die der Honig für den Eigenbedarf gewonnen wird. Neben den täglichen Arbeitsbesprechungen findet am Freitag eine Rückschau auf die Arbeitswoche statt.

- Renovierung

Die Renovierungsgruppe führt die Umbauten und Instandsetzungsarbeiten an den Gebäuden durch. Unter Anleitung und Begleitung von Mitarbeitern mit einem handwerklichen Grundberuf können die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden bei den zu bewältigenden Arbeiten mitwirken und diese auch mitgestalten. Ziel ist es, in sich abgeschlossene Projekte (Planungsphase, Durchführungsphase, Reflexionsphase) durchzuführen, für die eine Rehabilitandengruppe die Verantwortung übertragen bekommt. Neben den täglichen Arbeitsbesprechungen findet am Freitag eine Rückschau auf die Arbeitswoche statt.

- Hausküche

Die Einrichtung verfügt über eine Zentralküche, die für die Fachklinik die Mahlzeiten zubereitet, wobei möglichst Produkte aus eigenem Anbau und eigener Produktion verwendet werden. Darüber hinaus versucht die Fachklinik vornehmlich biologisch-dynamisch oder kontrolliert biologisch angebaute Produkte zu verwerten und auf Halbfertig- und Fertigprodukte zu verzichten. Die Küche wird von einem Koch

geführt, welcher eine Rehabilitandengruppe beim Kochen anleitet. Jeder Rehabilitand übernimmt im Laufe der Zeit der Reihe nach jeden einzelnen Verantwortungsbereich. Der Arbeitsbereich Hausküche stellt besonders hohe Anforderungen an die Rehabilitanden, da sie in einem genau vorgegebenen Zeitraum eine große Anzahl von Menschen (60 bis 80 Personen) verköstigen müssen. Neben dem Erlernen der Zubereitung von ausgewogenen Vollwertmahlzeiten bietet dieser Arbeitsbereich somit ein wichtiges Lernfeld für das Erlernen von Fähig- und Fertigkeiten wie: Planen, Organisieren, Strukturieren und Delegieren. Neben den täglichen Arbeitsbesprechungen findet am Freitag eine Rückschau auf die Arbeitswoche statt.

- Hauswirtschaft

Dieser Arbeitsbereich widmet sich allen Reinigungs- und Pflegearbeiten im Hause; hinzu kommen noch das dekorative Ausgestalten der Räume durch Gestecke, Blumensträuße etc. sowie das Waschen der Wäsche. Die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden begegnen dabei vor allem Aufgaben, die sich täglich wiederholen und denen nur schwer große Erfolgserlebnisse abzugewinnen sind, zumal die meisten Menschen diese „klassische“ Tätigkeit der Hausfrauen kaum beachten und würdigen. Das Erlernen grundlegender hauswirtschaftlicher Fähig- und Fertigkeiten steht im Mittelpunkt des Arbeitsbereiches Hauswirtschaft. Neben den täglichen Arbeitsbesprechungen findet am Freitag eine Rückschau auf die Arbeitswoche statt.

- Bäckerei (Werkstattgebäude)

Das Werkstattgebäude auf dem Gelände beherbergt unter anderem eine Bäckerei, die vornehmlich biologisch-dynamisch angebaute Rohstoffe verarbeitet. Rehabilitandinnen und Rehabilitanden können hier unter besonderer Anleitung durch eine Fachkraft mitarbeiten, außerdem gibt es die Möglichkeit zu Berufspraktika sowie Berufsausbildung. Neben den täglichen Arbeitsbesprechungen findet am Freitag eine Rückschau auf die Arbeitswoche statt.

Die Arbeitstherapeuten nehmen an den regelmäßig stattfindenden Team-Besprechungen, Fallbesprechungen und der Supervision teil. Dies gewährleistet die Einbindung der arbeitstherapeutischen Perspektive in die Behandlungs –Planung, -Begleitung und – Auswertung.

5.7.6 Künstlerische Therapien

Im Folgenden sollen die Formen künstlerischer Therapie, wie sie optional in der Fachklinik siebenzweige auf der Grundlage anthroposophischer Kunsttherapie und

ergänzt durch Elemente „klinischer Kunsttherapie“ (Orth) zum Einsatz kommen, dargestellt werden.

Die verschiedenen künstlerischen Therapien werden so eingesetzt, dass sie zu „Heilkünsten“ werden. Es geht in der künstlerischen Arbeit nicht nur um die Resultate und um das „Schaffen“ von Kunstwerken. In den künstlerischen Therapien stehen der Prozess des Gestaltens und der schöpferische, kreative Mensch im Mittelpunkt. Die künstlerische Arbeit entfaltet im Prozess und bei der reflektierenden Betrachtung der eigenen „Produkte“ eine positive und heilende Wirkung.

Die Anwendung der künstlerischen Therapien verfolgt u.a. folgende therapeutische Zielsetzungen:

- unbewusste und bewusste Probleme sollen in der Gestaltung und im Gespräch bearbeitet werden.
- die Eigenaktivität des Rehabilitanden soll angeregt und eine neue Sichtweise des Lebens sollen gefördert und ermöglicht werden.
- konstitutionelle, leibliche und seelische Belastungen und Einseitigkeiten, die zu Erkrankungen geführt haben und sich in Krankheitssymptomen zeigen, sollen durch das eigene aktive künstlerische Üben und Tun des Rehabilitanden, unter Begleitung des Kunsttherapeuten, ausgeglichen und überwunden werden.
- eine Anregung der Ich-Stärke und des Ausdrucksvermögens und der Ausdrucksstärke soll erfolgen.
- Selbst- und Mitverantwortung des Rehabilitanden sollen gefördert werden.

Die künstlerischen Therapien haben entsprechend ihrer verschiedenen Stimulierungsqualitäten, Gestaltungs- und Ausdrucksmöglichkeiten unterschiedliche Indikationen und Gegenindikationen, die beachtet werden müssen. Die unterschiedlichen künstlerischen Betätigungen haben gestaltende, aktivierende und lösende, entspannende Qualitäten. Entsprechend dieser Unterschiede, die körperlichen oder seelischen Einseitigkeiten entsprechen (wie z.B. Formen und Auflösen, Ablagern und Bewegen, Anspannen und Loslassen), können durch die Eigenaktivität des Rehabilitanden gezielt Symptome angegangen, Probleme bearbeitet und Unausgeglichenheiten überwunden werden.

Bei der Aufgabe festzulegen, wann und welche der Kunsttherapien bei welchen Rehabilitanden angezeigt und sinnvoll ist, arbeitet das therapeutischen Team, insbesondere der Arzt und die Kunsttherapeuten, konstruktiv zusammen.

Die künstlerischen Therapien können als Einzelarbeit wie auch Gruppenarbeit zur Anwendung kommen, dies hängt von der individuellen Indikation ab.

- Therapeutisches Plastizieren

In der Plastik liegt die Möglichkeit, mit dem Willen, die eigene Vorstellung bis in den Stoff (das Material) zum Ausdruck zu bringen, aber auch, sich an den Raumgesetzen zu orientieren und zu korrigieren. Dabei sollte die Verfestigung in der Form jedoch nicht zur Starrheit führen. Formverwandlungen (Metamorphosen) spielen hier eine große Rolle. Von der inneren organischen Logik solcher Formentwicklungen kann eine tiefe Beruhigung ausgehen, die für die Persönlichkeit festigend und heilend wirkt. Der Mensch greift in das Material Ton hinein und prägt dem Stoff die Form ein, gestaltet Lebensthemen, Gefühle und Wünsche. Praktiziert er dies eine Zeit lang, so kann es zur Verarbeitung von Problemen und Konflikten kommen. Der Rehabilitand wird standfester und bewegt sich sicherer, weil er sich besser in die Kräfte des Raumes hineinfindet. Begründet liegt dies darin, dass neben den anderen Sinnen insbesondere der Tastsinn und der Gleichgewichtssinn zum Tragen kommen, mit denen sich der Mensch im Raum orientiert. Tonplastiken können durch Texte erläutert oder durch Bewegungsübungen dynamisiert werden (Petzold, Kirchmann, 1990)

- Maltherapie

Das therapeutische Malen hat ein weites Anwendungsgebiet bei allen Störungen in der Umweltbeziehung eines Menschen. Der Umgang mit Farben stimuliert die Wahrnehmung und das Empfindungsleben des Menschen. Durch die Weckung des Interesses für lebendige Wesen und Dinge lenkt es den Menschen zu seiner gegenwärtigen Umwelt. Motive für Übungen sind Farbaufhellungen, Farbverdichtungen, Farbbegegnungen, Metamorphosen, der Farbkreis und Naturstudien, um nur einige zu nennen. Oft wird als Aquarell nass in nass gemalt, aber auch die Schichttechnik und Kohlezeichnen oder andere Techniken werden angewandt. Die Gestaltungsprozesse haben eine integrierende Kraft und können in verbaler Aufarbeitung vertieft werden (Schottenloher 1995).

- Musiktherapie

Bei wohl keiner anderen Kunst fällt die Beziehung zum rhythmischen System des menschlichen Organismus - und damit zum Bereich des Fühlens - so unmittelbar ins Auge wie bei der Musik. Die Musik hat einen großen Einfluss auf das Empfindungsleben des Menschen. So wie es sonst nur Wärme vermag, so durchstrahlt und durchdringt die Musik das Wesen des Menschen bis in die Bewegungssphäre. Rezeptive und aktive Musiktherapie werden indikationsspezifisch eingesetzt (Frohne-Hegemann 1992; Strabel, Hupmann, 1978).

- Therapeutische Sprachgestaltung

Sprachgestaltung wendet sich stark an das Ich des Menschen. Wie die Farben sind auch Vokale und Konsonanten eigenständige Qualitäten, die vom Sprechenden im Luftraum gestaltet werden und daher ihre Wirkung auch in verschiedenen Regionen des Körpers entfalten. Es geht zunächst darum, Atem und Stimme im ganzen Körper zu lösen, um für die Sprache ein bewegliches Instrument zu entwickeln. Mit Sprüchen, Versen, Gedichten kann durch die Arbeit am Sprachfluss und Sprachrhythmus wiederum auf Bewegungen und Rhythmus im Organismus eingewirkt werden. Der Mensch wird in seinem sprachlichen Ausdruck deutlicher, klarer, sein Selbstvertrauen und sein Selbstausdruck werden gestärkt und sicherer und die kommunikative Fähigkeiten entwickeln sich.

- Eurythmie

Ohne Rhythmus kein Leben! Die Voranstellung der griechischen Vorsilbe „Eu“ weist auf einen „wohlgeordneten, harmonischen Rhythmus“ hin. Die Eurythmie ist eine genuine Entwicklung der Anthroposophie mit einer Spezialisierung als „Heileurythmie“. Sie strebt weder bloße körperliche Ertüchtigung an, wie dies durch Sport, Turnen und Gymnastik geschieht, noch will sie nur Ausdruck mehr oder weniger subjektiver Gefühle im Sinne des Tanzes sein. Der Eurythmie liegen vielmehr die in physiologischen Prozessen und in den organischen Gegebenheiten veranlagten und wirkenden Bewegungsmöglichkeiten zugrunde, welche zugleich in der Tonverbalität und Lautbildung des Menschen in Erscheinung treten. Sie bringt die in Laut, Wort, Rhythmus und Musik wirkenden Qualitäten und schöpferischen Gestaltungskräfte nach künstlerischen Gesetzen zum Ausdruck. Dadurch wird der ganze Leib des Menschen selbst in seinen unerschöpflichen Bewegungsmöglichkeiten zum „beseelten Instrument“. Geist, Seele und Körper werden gleichermaßen und gleichzeitig gefordert.

In drei Formen wird die Eurythmie in die Therapie aufgenommen: Als moderne Kunst, als Heilmittel in Form der Einzeltherapie (Heileurythmie) oder als soziotherapeutische Übung, die in die Gruppentherapie integriert ist. Die in der Eurythmie liegenden therapeutisch-hygienischen Möglichkeiten sind für den regelmäßig Üben (und sei es nur wenige Minuten) enorm. Sie bietet für die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden bei Stress, Unruhe und Erschöpfung einen hilfreichen Weg aktiver Selbsterziehung und ein wertvolles Mittel zur Stärkung und Pflege der Lebensenergie.

- Schauspielerarbeit

Soweit die Indikation es zulässt, soll jeder Rehabilitand im Laufe seiner Behandlung an einem Theaterprojekt teilnehmen. Der Rehabilitand nimmt im Spiel hierbei eine

aktive Bühnenrolle ein. Die Stücke werden öffentlich aufgeführt. Die therapeutische Wirkung dieser Schauspielerarbeit ist sehr umfassend und in jedem Einzelfall sicherlich anders. Trotzdem lassen sich einige charakteristische Wirkungsweisen der Schauspielerarbeit beschreiben.

Darstellende Mittel, heilend angewendet, richten sich gegen Vereinsamungs- und Isolierungstendenzen. Sie ermöglichen den Rehabilitanden das Erleben, dass sie in einen offenen, lebendigen Bezug zur Welt und zu den Menschen treten können. Mittels dramatischer Gesetzmäßigkeiten und Mittel im Schauspiel wird versucht, den Rückzugstendenzen entgegenzuwirken. Das Ausdrucksverhalten wird stimuliert und gefördert. Im Schauspiel ist es möglich, „aus der Haut“ in „die Haut eines anderen“ (Rolle) zu wechseln. Dies ermöglicht das Trainieren von Rollenflexibilität und das Kennenlernen von Rollenambiguität. Rollensicherheit wird so aufgebaut und das Reflexionsvermögen gefördert. Im Schauspiel kann der Rehabilitand in einem sicheren Rahmen unterschiedlichste Gefühle wie Wut, Trauer, Freude, Angst, Liebe expressiv ausleben. Er kommt in Kontakt mit seiner Gefühlswelt, spürt seine Lebendigkeit und kann die in ihm steckenden Möglichkeiten seiner Ausdruckskraft kennenlernen. Der Rehabilitand erlebt, dass er durch intensives Üben und Arbeiten an seiner Rolle seine ursprünglichen Begrenzungen überschreiten kann, dass inneres Wachstum möglich ist. Durch das Erleben, das auch die anderen ähnliche Schwierigkeiten haben, man sich aber gegenseitig stützen und helfen kann und gemeinsam die Hindernisse überwindet, entsteht eine besondere Qualität des Gemeinschaftsgefühls.

Ein weiterer wichtiger Aspekt dieser Arbeit ist die soziale Gemeinschaft, die alle Teilnehmer zusammen bilden; ein Theaterstück wird nur lebendig aus dem Zusammenwirken aller Beteiligten. Es ist ein Dienen des Einzelnen für das Ganze und umgekehrt. So wird soziales Verhalten eingeübt.

Durch die inhaltliche Auseinandersetzung mit den aufgeführten Stücken (z.B. Berthold Brecht, Thornton Wilder, Shakespeare etc.), wird eine intensive Auseinandersetzung mit der Geschichte, der Literatur, der Kultur und den elementaren Menschheitsfragen gefördert.

5.7.7 Sport- und entspannungstherapeutischer Bereich

Im Verlauf der Drogenkarriere tritt bei einer Vielzahl der Betroffenen eine zunehmende Verengung der individuellen Körperwahrnehmung (Körperschema) auf, die auch als Ursache des Drogenkonsums angenommen werden kann.

Empfindungen und Gefühle werden dann mittels der Droge anästhesiert. In der Folge kann dies unter anderem zu einer deutlich abgesenkten Fähigkeit zur physiopsychologischen Entspannung führen. Auf diesem Hintergrund haben Sport, Bewegung und Entspannung in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker zur Erreichung des Abstinenzzieles und der Erhaltung des Rehabilitationserfolges einen hohen Stellenwert. In der Fachklinik siebenzwege kommen folgende sport- und entspannungstherapeutischen Maßnahmen optional zur Anwendung:

- Laufen

Ein Schwerpunkt der sporttherapeutischen Maßnahmen in der Fachklinik siebenzwege liegt auf dem sporttherapeutischen Laufen. Nach einer individuellen „sporttherapeutischen Diagnose“ wird ein „sporttherapeutischer Behandlungsplan“ entwickelt mit dem Ziel des „sanften Konditionsaufbaus und der nachhaltigen Entwicklung eines „bewegungsaktiven Lebensstils“. Dabei werden individuelle Merkmale wie Alter, Kondition, Krankheitsbild, Motivation und die jeweilige „SportBiographie“ berücksichtigt. Die Arbeitsweise des Lauftherapieprogrammes basiert auf bestehenden Trainingsmodellen, die entsprechend der Spezifika der Rehabilitanden modifiziert werden.

- Bogenschießen

Seit Mitte der 90er Jahre des 20. Jahrhunderts rückte das traditionelle Bogenschießen in das Interesse von Körpertherapeuten und Psychotherapeuten. Beim Bogenschießen werden die inhärenten Gegensätze zwischen Anspannung und Entspannung, zwischen Konzentration und Loslassen und zwischen Disziplin und Spiel therapeutisch genutzt. Das therapeutische Bogenschießen fördert Zielstrebigkeit und die Konzentration auf das Wesentliche. Durch die Verbindung von Mensch und Bogen werden Räume frei, sich selbst kennenzulernen und sein eigenes Ich besser zu spüren. Anspannung und Entspannung, Festhalten und Loslassen werden durch das Bogenschießen exemplarisch trainiert. Diese Erfahrungen hinterlassen einen bleibenden, nachhaltigen Eindruck und helfen den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, die Anforderungen des Alltags zu bewältigen.

- Volleyball

Volleyball als Sportspiel (mit Wettkampfcharakter) wurde mit der Zielsetzung geschaffen, zur Erholung und zu Entspannung beizutragen. Dabei wird die Geschicklichkeit und Beweglichkeit betont, statt einer ausgeprägten Laufarbeit wie z.B. beim Basketball. Weitere Ziele waren Fairness und Verhinderung von Aggressionen und Verletzungen, was z.B. durch das die Mannschaften trennende Netz bewirkt wurde. Damit eignet sich Volleyball hervorragend für den Einsatz in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker. Das Selbstwertgefühl kann über (sportliche)

Leistung aufgebaut werden, wenn Erfolgserlebnisse möglich sind (Ziele erreicht werden). Voraussetzungen dafür sind, dass der Handlungserfolg von den Rehabilitanden für sich selbst als sinnvoll und wichtig und als Ergebnis der eigenen Bemühungen angesehen wird. Hierzu kann Volleyball mit seinem Wettkampfcharakter einen wichtigen Beitrag leisten. Zusätzlich ermöglicht der Mannschaftssport Volleyball den Rehabilitanden unabhängig von der sportlichen Leistungsfähigkeit, persönliche Zuwendung und Akzeptanz durch andere zu erfahren. Kooperative und interaktive Spiele und Übungen können dies besonders in der Aufwärmphase unterstützen.

- Fußball

Fußball als Breitensport fördert bei den Rehabilitanden die Fähigkeit, sich körperlich auszudrücken und Bewegung aktiv zu gestalten. Fußball erweitert das individuelle Bewegungsrepertoire, das Bewegungskönnen und die Bewegungserfahrung. Mit dem individuellen Bewegungsrepertoire entwickelt sich zugleich die Wahrnehmung der Welt und des eigenen Körpers. Der Rehabilitand kann in der sportlichen Betätigung etwas wagen und sich selbst in Grenzsituationen erfahren. Die Leistungs- und Lernbereitschaft wird gefördert. Als Mannschaftssportart ist Fußball ideal geeignet, Grundformen des sozialen Miteinanders zu erfahren, Kooperationsbereitschaft zu fördern und eine Orientierung an der Idee der Fairness zu vermitteln. Die soziale Anerkennung in der Mannschaft fördert das Selbstbewusstsein und ein stabiles Selbstbild.

Zusätzlich zu den benannten Maßnahmen werden bewegungstherapeutische Übungen aus dem Verfahren der Leib- und Bewegungstherapie der Integrativen Therapie und unterschiedliche Entspannungstechniken (z.B. Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung, Eurythmie) eingesetzt.

Die Lage der Fachklinik siebenzwerge bietet zusätzlich vielfältige Möglichkeiten zu unterschiedlichen sportlichen und naturnahen Aktivitäten (z.B. Wandern).

Kontakte zu Sportvereinen der Umgebung ermöglichen bei Bedarf das Betreiben und Erlernen weiterer sportlicher Betätigungen (z.B. Schwimmen).

5.7.8 Arbeit mit Angehörigen

In der systemischen Familientherapie werden die Störungen - hier das Suchtverhalten - im Beziehungszusammenhang gesehen. Es wird dazu die ganze

Familie mit einbezogen. Dabei wird die Funktion der individuellen Störung im sozialen Kontext hinterfragt. Die systemische Familientherapie fördert damit u.a. die Reorganisation des sozialen Systems und ermöglicht so eine dauerhafte und stabile Änderung.

Paar- bzw. Familiengespräche werden bei Bedarf angeboten und sollen bei der Bearbeitung von spezielleren Beziehungsproblemen und aktuellen Konflikten innerhalb der Familie des Betroffenen helfen. Wechselseitig gestörte Beziehungen in Partnerschaft oder Familie sollen reflektiert und Alternativen in Interaktion und Kommunikation erarbeitet werden.

Ziel der Paar- und Familiengespräche ist, die Dynamik der Beziehung hinsichtlich der Abhängigkeitserkrankung zu verstehen und ggf. einen ressourcenorientierten Wachstums- und Veränderungsprozess einzuleiten oder Trennungen und Ausstiege zu ermöglichen

Die Gespräche sollen immer im Co-Therapiesetting unter Berücksichtigung der Genderperspektive stattfinden. Die Gespräche werden von einem therapeutischen Teammitglied geleitet.

5.7.9 Heimfahrten Wochenende

Heimfahrten verfolgen die Zielsetzung, die Rehabilitanden dabei zu unterstützen, das während der stationären Therapie Erlebte und Erlernte in den konkreten Alltag zu integrieren bzw. Modifikationen zu entwickeln, die ihrem Lebensalltag angemessener sind. Darüber hinaus kommen sie möglicherweise wieder in Kontakt mit belastenden Umständen in ihrem Alltag, den sie während der weiteren Therapie ansprechen und anders bewältigen lernen können. Hierzu gehören z.B. belastende familiäre Situationen oder der Umgang mit Einsamkeit und Isolation. Heimfahrten am Wochenende werden gründlich mit dem Bezugstherapeuten in Einzel- und Gruppengesprächen vor- und nachbereitet.

5.7.10 Realitätstraining

Bei Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, bei denen eine besondere Indikation besteht, kann im Rahmen der stationären Maßnahmen eine Realitätserprobung erfolgen, bei der die Rehabilitanden das in der Therapie Erlernte in alltäglichen

Belastungssituationen umsetzen sollen. Die Dauer umfasst bis zu 4 Tage. Diese Realitätserprobung erfolgt, nachdem mit dem Bezugstherapeuten ein konkreter Aufgabenplan für den Zeitraum festgelegt wurde. Hierzu gehören z.B. die Kontaktaufnahme mit Arbeitsagenturen, möglichen Arbeitgebern, Selbsthilfegruppen, Erprobung des Lebens im häuslichen Umfeld – wenn dort spezifische Probleme vorhanden sind – und die Umsetzung der im stationären Rahmen erarbeiteten Strategien zu einer abstinenter Lebens- und Krisenbewältigung. Das Realitätstraining wird abschließend im Einzel- bzw. Gruppengespräch kritisch reflektiert und ausgewertet.

5.7.11 Sozialdienst

Die sozialen Hilfen orientieren sich am Grad der sozialen Desintegration des Rehabilitanden und umfassen u.a.:

- notwendige Klärungen in juristischer Hinsicht
- sozialrechtliche Hilfestellungen
- Schuldenregulierungen
- Hilfen beim Kontakt mit Ämtern und Behörden

5.7.12 Geleitete Freizeitaktivitäten

Der sinnvoll erlebte Umgang mit der freien Zeit ist bei Abhängigkeitskranken ein häufig auftretendes Problem. Der Suchtmittelkonsum hat bei den meisten Suchtkranken dazu geführt, dass frühere Interessen und Hobbys vernachlässigt bzw. gar nicht erst erlernt und ausgeübt wurden. Beim Verzicht auf den Konsum von Suchtmitteln entstehen sehr häufig Gefühle von Einsamkeit und Leere, die eine erhöhte Rückfallgefahr in sich bergen. Die Rehabilitanden benötigen besonders auch in diesem Bereich Anregung und Motivation, um die Vorbehalte und Ängste gegenüber der Teilnahme an kulturellen Freizeitangeboten zu überwinden. Freizeitaktivitäten werden deshalb von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern immer wieder angeregt und mit den Rehabilitanden gemeinsam geplant und durchgeführt.

Den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden stehen in der Fachklinik siebenzwerge vielfältige Möglichkeiten in der Einrichtung und in der Region zur Verfügung.

Zum Beispiel:

- Erlebnistage (mit pädagogischem Anspruch: Jonglieren, Spiele, Kennenlernen z.B. von Betrieben, Besuch von Ausstellungen, kulturellen und sportlichen Veranstaltungen, Vorträgen)
- angeleitete Aktivitäten im Bereich Sport (z.B. Ausdauertraining, Ballspiele, Schwimmen)
- kreative Gestaltung der Jahresfeste (Weihnachten, Ostern, Sommer- und Herbstfest, Silvester, Geburtstage, Abschiedsfeste, etc.)

6. Integrationsphase

Die Integrationsphase ist Bestandteil der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Suchtkranker und konzeptionell integrativer Bestandteil des Gesamtbehandlungskonzeptes. Die Rahmenbedingungen schließen notwendigerweise an das Bedingungsgefüge der vorbehandelnden Einrichtung, hier die Fachklinik siebenzwege an, um dem Klienten den Übergang aus der beschützenden und nach außen isolierten Therapie in die Freiräume des Alltags zu erleichtern.

Neben suchttherapeutischen Behandlungselementen dominiert die Arbeit zur Erreichung der beruflichen und sozialen (Wieder-) Eingliederung. Die dabei angebotene Unterstützung muss auf die spezifische Situation des Rehabilitanden abgestimmt sein.

In der Integrationsphase steht die aktive Auseinandersetzung mit der Alltags- und Arbeitsrealität im Mittelpunkt. Die in der „intensivstationären“ Therapiephase in der Fachklinik siebenzwege erreichten „Erfolge“ werden erprobt und stabilisiert.

Die der Fachklinik angeschlossene Integrationsphase verfügt über 7 Plätze und liegt auf dem Gelände der Fachklinik. Die Rehabilitanden ziehen nach der intensivtherapeutischen Phase in eigens dafür vorgehaltene Räumlichkeiten.

Ein multiprofessionelles Team steht den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit seinem fachlichen Wissen und seinen persönlichen Erfahrungen zur Verfügung und unterstützt mit seiner fachlichen Kompetenz und Reflexionsbereitschaft den Einzelnen und die Gruppe bei der Bewältigung seiner besonderen Lebenssituation.

6.1 Indikationen

Eine Aufnahme in die Integrationsphase erfolgt:

- als Fortsetzung einer vollstationären Entwöhnung für Rehabilitanden, die im direkten Anschluss an eine vollstationäre Entwöhnungsphase noch der weiteren medizinischen Rehabilitation bedürfen
- als eigenständige Leistung der medizinischen Rehabilitation für Rehabilitanden mit Therapieerfahrung.

Kontraindikationen für die Integrationsphase sind:

- schwere organische oder endogene Psychose
- akute Suizidgefährdung

6.2 Regelbehandlungsdauer

Die heterogene Zielgruppe erfordert individuelle Behandlungszeiten und Therapieziele. Die Regeltherapiedauer beträgt bis zu 4 Monate.

6.3 Rehabilitationsziele der Integrationsphase

Die Integrationsphase verfolgt das Ziel, zuversichtliche Zukunftserwartungen und tragende Lebensumstände in einer sicheren Gegenwart aufzubauen. Reale Anforderungen und Bezüge werden einbezogen und tragen somit zur Verbesserung der subjektiven Lebensqualität bei. Die Entwicklung eines positiven Zukunftshorizontes soll gestärkt werden, Problemlösungen und Neuorientierungen sollen ermöglicht werden und somatische, psychosomatische, psychische und soziale Gesundheit soll gewonnen und/oder gekräftigt werden.

In der Integrationsphase wird die alltagspraktische Kompetenz der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden weiterentwickelt und in der Praxis erprobt und ggf. modifiziert. Der Rehabilitand soll die Fähigkeit vermittelt bekommen und selber entwickeln, Informationen, Gedanken und Wissen in (neue) Beziehungen zu setzen und in Folge in „alltäglichen“ Situationen (neue) Lösungsmöglichkeiten zu entwickeln und

umzusetzen. Detaillierte und operationalisierte Ziele werden unter dem Ordnungspunkt 6.5 (Ablauf der Integrationsphase) zu den verschiedenen Phasen ausformuliert.

Das grundsätzliche Leitziel der Integrationsphase ist die berufliche (Wieder-) Eingliederung und Integration.

6.4 Behandlungselemente der Integrationsphase

Die Behandlungselemente der Integrationsphase gliedern sich in den medizinischen und den soziotherapeutischen Bereich.

6.4.1 Medizinischer Bereich

Vor Beginn der Integrationsphase wird eine spezielle Diagnostik und Beratung bezüglich der beruflichen Leistungsfähigkeit durchgeführt. Am Ende der Behandlung stehen die Begutachtung der Erwerbsfähigkeit und die Benennung eventuell noch vorhandener Einschränkungen. (alles weitere siehe stationäre Therapie)

6.4.2 Soziotherapeutischer Bereich

In der Integrationsphase finden regelmäßige Gruppengespräche mit suchttherapeutischem Schwerpunkt statt, die in erster Linie gruppengerichtet und gruppenzentriert ausgerichtet sind. Themen sind u.a. die Reflektion der täglichen Arbeit und der darin auftretenden Fragen- und Problemstellungen sowie die zu klärenden organisatorischen Regelungen. Ein weiterer Themenbereich innerhalb der Integrationsphase ist es, die vorhandenen Familienkontakte weiterzupflegen und zu entwickeln, d.h. es finden nun vermehrt Familien- und Paargespräche statt.

Parallel dazu werden regelmäßig Einzelgespräche mit den Rehabilitanden durchgeführt.

Es finden zusätzlich wöchentlich themenzentrierte Gruppen statt, mit den Schwerpunkten: Arbeit, Freizeit und Suchtbewältigung und persönliche Entwicklung.

Einmal im Monat finden eine gemeinsame Monatsrückschau und kritische Reflektion des eigenen Verhaltens und der Behandlungsfortschritte statt.

Die angebotenen Arbeitsbereiche dienen der weiteren individuellen Entwicklung und sind erste Belastungsversuche oder auch direkte Vorbereitung für die spätere Berufssituation. Sie enthalten die Anforderung, sich für längere Zeit intensiv mit der Arbeit zu verbinden und eventuelle Schwierigkeiten nicht durch Aufgabe der Tätigkeit zu lösen, sondern im Gespräch mit den Therapeuten und den Vorgesetzten eine tragbare Lösung der Arbeitsproblematik zu finden.

Es steht eine große Palette von Arbeitsbereichen zur Verfügung. Neben den Bereichen in der Fachklinik gibt es gute Kontakte zu den verschiedensten Handwerks- und Dienstleistungsbetrieben in der Region und vor allem gute Kontakte zu umliegenden Behindertenwerkstätten, in denen Praktika und Ausbildungen möglich sind. Die Vermittlung der Arbeitsbereiche erfolgt durch Mitarbeiter, wobei von den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden Eigenaktivität gefordert wird. Durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Integrationsphase findet auch die Betreuung der Praktika statt. Es findet eine intensive Zusammenarbeit mit der ARGE statt.

6.5 Ablauf der Integrationsphase

Der Ablauf der Integrationsphase orientiert sich an drei Phasen: Orientierungsphase, Kernphase und Ablösephase. Die Phasen sind so gestaltet, dass für den Einzelnen Eigenverantwortung und Außenorientierung schrittweise an Bedeutung gewinnen. Der Einzelne wird in seinen Bemühungen nach Selbstständigkeit, Eigenständigkeit und Außenorientierung gestärkt und dabei unterstützt, sich in der Gruppe mit seiner eigenen Realität und Lebensperspektive auseinanderzusetzen.

Orientierungsphase

In der Orientierungsphase hat der Einzelne die Zeit, sich in seiner neuen Lebenssituation einzuleben. Die Orientierungsphase bietet die Möglichkeit, nachdem der sehr geschützte Rahmen der intensivtherapeutischen Phase verlassen wurde, den eigenen Standort zu finden, zu bestimmen und zu erproben.

Zielsetzungen in der Orientierungsphase:

- Entwicklung einer schulischen / beruflichen Perspektive (soweit noch nicht abgeklärt)

- zur Vorbereitung der beruflichen Integration die Suche nach einer Praktikumsstelle; alternativ dazu eine Beschäftigung innerhalb des Hauses
- Erarbeitung und Umsetzung einer sinnvollen und an den Interessen des Einzelnen orientierten Freizeitgestaltung
- Herausarbeiten der Schwerpunkte für die Zeit des Aufenthaltes in der Integrationsphase, d.h. was ist zu verändern bzw. zu entwickeln, damit ein suchtmittelfreies Leben möglich wird
- Lösungsmöglichkeiten für entstehende Schwierigkeiten in der Alltagsbewältigung

Die Dauer und Zielsetzung der Orientierungsphase werden entsprechend den individuellen Voraussetzungen des Einzelnen gestaltet.

Kernphase

Der Alltag in der Kernphase ist dadurch geprägt, die Vorstellungen, die der Einzelne in der Orientierungsphase entwickelt hat, schrittweise in die Wirklichkeit umzusetzen. Neben Schule / Beruf spielt der Freizeitbereich eine bedeutende Rolle, da der Einzelne nur über regelmäßige Außenaktivitäten die Chance hat, sich eine neue soziale Basis aufzubauen.

Der Einzelne hat nun ein schulisches/berufliches Praktikum aufgenommen, bzw. arbeitet in den verschiedenen Projekten und sammelt erste Erfahrungen in der Realitätbewältigung. Die eigenen Grenzen, Fähigkeiten und Fertigkeiten werden sichtbar. Der Umgang mit Anforderungen und Verantwortung wird schrittweise erlernt.

Der Aufbau von Kontakten außerhalb des Hauses rückt in den Vordergrund. Er lernt dabei erneut seine Stärken und Unsicherheiten im Umgang mit Menschen, die eine „normale“ Lebensgeschichte haben, kennen. Das Selbstwertgefühl und die Akzeptanz der eigenen Vergangenheit werden wichtige Themen.

Ablösephase

Nach diesen Phasen der Anbindung und (Lebens-) Planung werden der Rahmen und die Bindung an das Haus zunehmend gelockert, um eine schrittweise und dem Entwicklungsstand des Einzelnen entsprechende Loslösung aus der Kernphase zu ermöglichen. Die Dauer der Ablösephase orientiert sich am individuellen Entwicklungsstand.

Der Übergang in die Ablösephase erfolgt nach Absprache mit dem Einzeltherapeuten.

In der Ablösephase sind von besonderer Bedeutung:

- die reale Umsetzung von Handlungsstrategien (insbesondere Unterstützung und Hilfe einfordern)
- die Betonung von Selbststeuerung, Eigenständigkeit und Eigenverantwortlichkeit
- die Stabilisierung der in der Therapie erzielten Veränderungen
- die Auseinandersetzung mit dem Alleinleben
- der Abschied von dem geschützten Rahmen der Integrationsphase

Der Einzelne ist nun seit einigen Monaten schulisch/beruflich tätig, hat wesentliche Schritte der Integration geschafft. Er weiß seine Stärken und Schwächen einzuschätzen und mit ihnen konstruktiv umzugehen. Der Rehabilitand ist zunehmend in der Lage, ein weitestgehend eigenverantwortliches Leben außerhalb der Einrichtung zu führen und hat begonnen, sich die dafür notwendigen Voraussetzungen aufzubauen und zu festigen.

Der allmähliche Übergang von der stationären zur ambulanten Betreuung wird durch den Wechsel in die Ambulante Behandlung und das Betreute Wohnen eingeleitet. In diesem Kontext sind die wesentlichen Themen:

- Auseinandersetzung mit dem Alleinleben
- Bearbeitung von Kontaktschwierigkeiten
- Lebenspraktische Fragen
- Nähe und Distanz zu Suchtmitteln
- Individuelle Grenzen zu Suchtmitteln finden
- Rückfallbearbeitung
- Gegenseitige Unterstützung in Krisensituationen

6.6 Arbeits- und Entwicklungsschritte der Integrationsphase

Die beruflichen Voraussetzungen der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sind in der Regel als ungünstig einzustufen. Ein Großteil hat keine berufliche Qualifikation

erworben. Hinzu kommt, dass die Rehabilitanden im Durchschnitt wesentlich älter sind als der Durchschnitt der Auszubildenden/Umschüler und durch hohe arbeitslose Zeiten auffallen.

Ein weiterer großer Nachteil ist die durch die Suchtmittelabhängigkeit bedingte Straffälligkeit und Vorstrafen bzw. Haftzeiten der Einzelnen, die einen Zugang auf dem freien Arbeitsmarkt erschweren.

Ziel der Integrationsphase ist es, eine berufliche Qualifikation durch eine Ausbildung, Umschulung oder Fortbildungsmaßnahme zu erreichen. Hier ist insbesondere die Zusammenarbeit mit Arbeitgebern der Region notwendig, die den Einzelnen Ausbildungsplätze oder Umschulungsplätze zur Verfügung stellen.

In der Integrationsphase wird der Einzelne bei der beruflichen Integration folgendermaßen unterstützt:

- Entwicklung einer persönlichen Perspektive in beruflicher Hinsicht
- Prüfung der Voraussetzungen
- Kontakt zum Arbeitsamt
- Hilfe bei Bewerbungen
- Vermittlung eines berufsorientierenden Praktikums
- Vermittlung in Qualifizierungsmaßnahmen
- Vermittlung in Arbeit
- Vermittlung in Schulausbildung
- Begleitung und Betreuung des berufsorientierenden Praktikums
- Intensive Zusammenarbeit mit den Arbeitgebern in der Region
- Intensive Zusammenarbeit mit der Bundesagentur für Arbeit

In der Konkretisierung werden mit den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden verschiedene Arbeitsschritte zur beruflichen Rehabilitation in der Integrationsphase erarbeitet:

- Berufsorientierendes Praktikum

Alle Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sollen ein Praktikum absolvieren. Ein berufsorientierendes Praktikum dient dem Einzelnen zur Überprüfung eigener Fähigkeiten, Fertigkeiten aber auch Grenzen. Berufswünsche und Berufsvorstellungen sollen in der Berufsrealität überprüft werden. Ziel des berufsorientierten Praktikums ist eine Heranführung an den Berufsalltag in Form von Belastungstrainings, Gewöhnung an die Anforderungen des Berufsalltags, an Zuverlässigkeit, Pünktlichkeit und Leistungsfähigkeit. Die Fachklinik siebenzwerge hat eine Vielzahl von Kontakten zu Arbeitgebern und staatlichen sowie privaten Bildungseinrichtungen aufgebaut, um die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in geeignete Praktikumsplätze vermitteln zu können. Die Fachklinik siebenzwerge strebt dabei eine enge Kooperation mit den Arbeitgebern an.

- Entwicklung einer persönlichen Perspektive in beruflicher Hinsicht

„Was will ich tun?“ „Wo liegen meine Fähigkeiten?“ „Was ist realistisch?“ Diese Fragen werden zunächst in der Berufsanamnese besprochen, die bei jedem Rehabilitanden erhoben wird. Als Thema hat die Frage der persönlichen Perspektive auch Raum in Einzel- und Gruppengesprächen. Ein wichtiger Bestandteil der Berufsanamnese ist im Hinblick auf die Fragestellung „Was ist realistisch?“ die Prüfung der Voraussetzungen.

- Prüfung der Voraussetzungen

Welche Zeugnisse, Bewilligungsbescheide, Arbeitsnachweise sind vorhanden oder müssen angefordert werden? Für welche Art der Maßnahme erfülle ich die Voraussetzungen? Ein Großteil der Rehabilitanden kommt mit unvollständigen Unterlagen in die Einrichtung. Sie werden dabei unterstützt, die kompletten Unterlagen zu organisieren. Um die Erwartungshaltung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit den Möglichkeiten des Arbeitsmarktes zu verbinden, werden die individuellen Voraussetzungen geprüft. Der Mitarbeiter der Integrationsphase klärt, ob der Rehabilitand z.B. umschulungsberechtigt ist oder welche Maßnahmen vorgeschaltet werden müssen, damit er diese Berechtigung erlangt. So kann der Rehabilitand einen ersten Zugang zur Erarbeitung der beruflichen Perspektive erhalten.

- Kontakt zur Bundesagentur für Arbeit

Arbeitssuchend melden, Termine bei Berufsberatung oder Arbeitsvermittlung. Alle Rehabilitanden melden sich arbeitssuchend, um die Angebote des Arbeitsamtes wahrnehmen zu können. Gemeinsame Besuche beim Arbeitsamt und Berufs- Informations-Zentrum (BIZ) finden regelmäßig statt.

- Vermittlung eines berufsorientierenden Praktikums

In welchem Bereich ist ein Praktikum sinnvoll und möglich? Planung und Durchführung der Kontaktaufnahme zu Betrieben und Firmen, Vermittlung von und Begleitung bei Vorstellungsterminen, Abschluss eines Praktikumsvertrages, Reflexionsgespräche. Die Akquirierung der Praktikumsstellen basiert auf einer engen Kooperation mit bewährten Betrieben und Organisationen sowie mit ortsansässigen Handwerksbetrieben bzw. Firmen, in denen die individuellen Voraussetzungen und Vorkenntnisse der Rehabilitanden Berücksichtigung finden.

- Vermittlung in Maßnahmen

Kontakt zu Maßnahmeträgern, gegebenenfalls Vermittlung in Qualifizierungs-, Feststellungs-, Umschulungsmaßnahmen. Dies geschieht in der Regel über Bundesagentur für Arbeit, da die Finanzierung für eine Maßnahme meist von dort bewilligt wird. Die Rehabilitanden werden bei der Kontaktaufnahme zum Maßnahmeträger und bei den Formalitäten der Bewerbung/Vermittlung unterstützt und angeleitet. Im Kontakt mit der Bundesagentur für Arbeit ist es wichtig, die Rehabilitanden auf den Termin beim Arbeitsvermittler bzw. -berater vorzubereiten. Je genauer die Rehabilitanden wissen, welche Maßnahme sie machen wollen (Art, Ort und Dauer), desto einfacher ist es für den Arbeitsvermittler, aktiv zu werden und sie zu vermitteln.

- Vermittlung in Schulen

Kontakt zu und Anmeldung bei der Berufsschule, Volkshochschule oder Abendschule zum Erlangen eines Schulabschlusses oder zur weiteren schulischen Qualifizierung. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Integrationsphase haben einen umfassenden Überblick und detaillierte Kenntnisse über die unterschiedlichen Bildungsangebote und stellen den Kontakt zwischen Rehabilitand und Schule her.

- Hilfe bei Bewerbungen

Gemeinsames Erstellen von Lebenslauf und Bewerbungsschreiben, Bewerbungstraining, Hilfe bei Stellensuche. Die Rehabilitanden erhalten Hilfestellung bei schriftlichen Bewerbungsverfahren. Sie werden informiert, wie Bewerbungsunterlagen über das Arbeitsamt finanziert werden können. Über ein regelmäßiges Bewerbungstraining wird mit den Rehabilitanden in „spielerischer Form“ mehr Sicherheit vermittelt, um auf Bewerbungsgespräche vorbereitet zu sein.

7. Nachbetreuung

Besonders wichtig ist es, die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zu ermutigen, die während der Therapie begonnene Auseinandersetzung mit ihrer Suchterkrankung und den damit verbundenen möglichen Krisensituationen auch nach Beendigung der Rehabilitationsmaßnahme fortzusetzen und sich ggf. weiter intensiv mit der psychischen Hintergrundproblematik auseinanderzusetzen.

Neben der Integration in eine Selbsthilfegruppe vor Ort - alle Rehabilitanden werden angeregt sich in Selbsthilfegruppen zu vernetzen - und der Überleitung in eine ambulante Nachsorge, gibt es grundsätzlich die Möglichkeit, die Nachsorge nach der stationären medizinischen Rehabilitation in der Integrationsphase in von uns initiierten Außenwohngruppen (betreutes Wohnen) durchzuführen. Die entsprechenden Anträge dazu werden beim Leistungsträger gestellt, nachdem die Notwendigkeit festgestellt wurde.

Die Fachklinik siebenzwerge hat in der Region stabile und langjährige Kontakte zu Arbeitgebern und zu den unterschiedlichen Schultypen aufbauen können. Dies hat auch aktuell vielen Rehabilitanden einen reibungslosen Übergang in eine Berufsausbildung und/oder den Einstieg in die Berufswelt bzw. das Nachholen von Schulabschlüssen ermöglicht.

8. Allgemeine Informationen

Im Folgenden werden allgemeine Informationen zum Personalkonzept, der Kommunikationsstruktur, zu Fortbildungen und zur Supervision, zum Datenschutz, zu Kooperationen und Mitgliedschaften in Fachverbänden, zum Raumkonzept und zur Qualitätssicherung gegeben.

8.1 Personalkonzept und Aufgabenbeschreibung des multiprofessionellen Teams

Das Konzept des multiprofessionellen Teams bietet die Möglichkeit einer differentiellen Nutzung von Fachlichkeit bzw. von fachlichen Ressourcen, einer optimalen Nutzung der kommunikativen, kooperativen Potenziale, einer wechselseitigen Entlastung in schwierigen gruppendynamischen Situationen und einer konzertierten „prozessualen Diagnostik“, was die Verhaltensweisen und die Entwicklungen der Rehabilitanden und der gruppalen Gemeinschaft angeht. Die Personalausstattung wird mit dem Federführer im Rahmen der Pflege-satzverhandlung nach der Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen abgestimmt. Bei einem Mitarbeiterwechsel erfolgt eine Prüfung der Qualifikationsunterlagen beim Federführer.

8.2 Kommunikationsstruktur

Leitung der Einrichtung: Die Einrichtung wird vom Leitenden Arzt geleitet.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verstehen sich als multiprofessionelles Team, das den Rehabilitanden mit seinem fachlichen Wissen und seinen persönlichen Erfahrungen zur Verfügung steht und deren Entwicklungsprozess unterstützt.

Die Tagesstrukturierung und die Ablaufgestaltung in der Fachklinik siebenzwerge hält für die jeweiligen Teams in den therapeutischen Gruppen die zur Abstimmung und Reflexion notwendigen Kommunikationszeiten vor.

In wöchentlichen Teamsitzungen werden alle, die Rehabilitation der Klienten betreffenden Fragestellungen reflektiert und die Behandlungsplanungen fortgeschrieben.

Folgende Teambesprechungen finden wöchentlich statt:

- Arzt und Therapeuten. Hier werden alle behandlungsrelevanten Daten gebündelt und die Entscheidungen über Therapiephasen und Fortschritte getroffen und entsprechende Aufgabenstellungen für die Rehabilitanden vorläufig formuliert, die dann mit dem Rehabilitanden in der Behandlungskonferenz verhandelt und abgestimmt werden.
- Therapeuten, um die Erfahrungen und Beobachtungen über Verhalten und Handeln des Rehabilitanden in der Arbeitstherapie zu berücksichtigen sowie die geplanten Lernprozesse aufeinander abzustimmen.

8.3 Fortbildung, Supervision

Das Mitarbeiterteam wird zur beständigen Qualifizierung und Weiterentwicklung der Arbeit in den unterschiedlichen Tätigkeitsbereichen durch interne und externe Fortbildung und Supervision befähigt.

- Fortbildungen

Um den hohen Standard der Rehabilitation zu halten, wird vom Träger kontinuierlich Fort- und Weiterbildung des Personals angeboten. Fort- und Weiterbildungen finden sowohl intern als auch extern statt. Die Teilnahme wird finanziell und zeitlich vom Träger unterstützt.

- Intersession

Die Intersession, unter der Leitung des Arztes, dient der begleitenden Überprüfung der Einzel- und Gruppentherapie und bietet den Mitarbeitern den Rahmen zu einer arbeitsnahen Reflexion ihrer therapeutischen Arbeit.

- Supervision

Supervision stellt die systematische Reflexion persönlicher, fachlicher oder institutioneller Fragestellungen von Mitarbeitern medizinischer und psychosozialer Berufsgruppen dar, in Bezug auf deren psychosozial-therapeutischer Tätigkeit. Ziel ist die fachliche und persönliche Weiterentwicklung bzw. die Erhaltung der fachlichen und persönlichen Qualität der supervidierten Mitarbeiter sowie die Entwicklung qualitätsfördernder Strukturen psychosozialer und therapeutischer Abläufe im Sinne des Auftrages der Einrichtung.

8.4 Qualitätsmanagement und -sicherung

In der Einrichtung wird mit dem Statistik- und Dokumentationssystem PATFAK gearbeitet.

Die Fachklinik siebenzwerge ist eine von der CERT IQ Zertifizierungsdienstleistungen GmbH nach DIN ISO 9001:2008 zertifizierte Einrichtung und unterliegt der jährlichen externen Überprüfung.

Als Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Suchttherapie e.V. (deQus) wird nicht nur die Qualität einzelner Abteilungen bewertet und zertifiziert, sondern prozessorientiert die gesamte Leistung von der Vorbereitung des stationären Aufenthaltes eines Rehabilitanden bis zu den Entlassungsmodalitäten.

Das Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherung wird durchgeführt. Die Klinik nimmt am Peer Review Verfahren teil, der Arzt ist als Peer im Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherung tätig.

Ebenso wird seit Jahren ein Beschwerdemanagement für die Rehabilitanden durchgeführt. Dies sieht vor, dass in regelmäßigen Abständen eine Vertrauensperson aus der Rehabilitandenschaft benannt wird. Diese ist die Nahtstelle bei Beschwerden zwischen Rehabilitanden und Mitarbeitern. Es finden regelmäßige Treffen zwischen Mitarbeitern des multiprofessionellen Teams und den Vertretern der Rehabilitanden statt, bei denen Probleme und Schwierigkeiten gemeinsam besprochen werden.

Im Rahmen der täglichen Teambesprechungen erfolgt eine Verlaufsdokumentation von Einzelinterventionen und Gruppengesprächen, gesondert für jeden einzelnen Rehabilitanden. Hier werden Veränderungen im somatischen, psychotherapeutischen und sozialen Bereich erfasst. Das geplante therapeutische Vorgehen wird hier ebenfalls dokumentiert.

Der Arzt erstellt einen ausführlichen Entlassungsbericht nach Beendigung der Rehabilitationsmaßnahme. Dieser Bericht hat die Funktion, die medizinische Rehabilitation Sucht zu dokumentieren, darüber hinaus dem Rentenversicherungsträger und ggf. auch der zuständigen Krankenkasse sowie weiteren Sozialleistungsträgern alle notwendigen Informationen über die durchgeführte medizinische Rehabilitation zu geben. Der Arzt bewertet im Bericht das Behandlungsergebnis, d.h. er gibt Auskunft über den Umfang der fortbestehenden funktionellen Beeinträchtigungen des Rehabilitanden mit deren Einfluss auf sein Leistungsvermögen im Erwerbsleben.

8.5 Datenschutz

Die gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzes werden in unserer Arbeit eingehalten. Einzelgespräche werden entsprechend durchgeführt, so dass die Verschwiegenheit gewahrt wird. Die Akten werden verschlossen aufbewahrt.

8.6 Lage der Einrichtung und räumliche Gegebenheiten

Die Fachklinik siebenzwerge liegt auf einem ca. 3 ha großen Grundstück in landschaftlich reizvoller Lage mit Blick auf den Bodensee und die Alpenkette in der unmittelbaren Nähe von Salem.

Mit dem einrichtungseigenen Fahrdienst sind die Städte Markdorf, Salem, Meersburg, Konstanz, Ravensburg, Überlingen und Friedrichshafen gut zu erreichen.

Es stehen in der Fachklinik siebenzwerge (Haupthaus, Wohnbereich „Fünfecke“, Blockhäuser, Häuser der Integrationsphase) unterschiedliche Räumlichkeiten zur Verfügung.

- Räumlichkeiten

49	Einzelzimmer-/Doppelzimmer mit Dusche und WC (jeweils ca. 12qm)
4	Gemeinschaftsräume (jeweils ca. 20 qm)
1	Speisesaal (ca. 120 qm)
5	Teeküchen (jeweils ca. 15qm)
1	Küchenraum
1	WC für das Personal und Besucher
1	Waschküche
1	Sauna
1	Badeabteilung mit einem Behandlungs-, Massageraum und einem Baderaum
1	Arbeitstherapie/Werkraum (ca. 24 qm)
2	Kunsträume (jeweils ca. 24 qm)
1	Tanz- und Gymnastikraum (ca. 50 qm)
5	Aufenthalts- /Gruppenräume (jeweils ca. 20 qm)

- 1 Sportraum-/Gymnastikhalle (Sporthalle der Waldorfschule)
 - 1 Theater-, Tanzsaal mit großer Bühne (Bühne ca. 24 qm, Raumgröße ca. 100 qm)
 - 1 Arztzimmer/Untersuchungsraum
 - 1 Leiterbüro/Besprechungsraum
 - 8 Büro- und Besprechungsräume
 - 1 PC - Schulungsraum
 - 1 Nachtdienstzimmer
 - 6 Kellerräume (jeweils ca. 12 qm)
- Außenanlagen
 - 1 Volleyballplatz
 - 1 kleiner Fußballplatz
 - 4 Spielwiesen
 - 1 Lagerfeuerplatz

8.7 Kooperation, Arbeitsgruppen, Mitgliedschaft in Fachverbänden, Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen, Vernetzung

Die Fachklinik siebenzwerge arbeitet eng mit dem allgemeinen Drogenhilfesystem, den Beratungsstellen der Umgebung, den zuweisenden Entgiftungsstationen und den Fachverbänden zusammen.

Der medizinische Bereich hat Kooperationsverträge mit verschiedenen ortsansässigen fachärztlichen Praxen abgeschlossen.

Es finden gemeinsame Überleitungsgespräche zu Beginn – wenn ein Rehabilitand zuvor in einer Beratungsstelle eingebunden war – und am Ende der Rehabilitationsmaßnahme statt.

Darüber hinaus werden regelmäßige Gespräche mit dem Ziel der Verbesserung der Zusammenarbeit, des Informationsaustausches und der Planung zukünftiger Maßnahmen angestrebt.

Veranstaltungen anderer Verbände wie der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren sowie des Fachverbandes Sucht werden besucht und Kontakte werden gepflegt.

Mehrere Selbsthilfegruppen halten regelmäßig Informationsveranstaltungen in der Fachklinik ab. Regelmäßige Arbeitstreffen mit Vertretern der mit der Fachklinik kooperierenden Selbsthilfegruppen sind geplant.

- Verein zur Förderung der ehemaligen Rehabilitanden

Durch die Initiative von ehemaligen Rehabilitanden und Mitarbeitern der Einrichtung wurde ein von der Fachklinik siebenzwerge juristisch selbstständiger eingetragener Verein gegründet, der zum Einen die Zielsetzung verfolgt, ehemalige Rehabilitanden bei der Wiedereingliederung ins Erwerbsleben zu unterstützen (Patenschaften, zinslose Darlehen bei Ausbildung und Studium, usw.) und zum Anderen das kulturelle Leben der Menschen anzuregen durch gezielte Freizeitangebote, künstlerische Veranstaltungen und vieles mehr. Diese Angebote des Vereins werden auch Menschen angeboten, die nicht mehr in der Nachsorge sind.

Die Fachklinik siebenzwerge ist Mitglied im Paritätischen Wohlfahrtsverband, im Verband Heilpädagogik und Soziale Arbeit und im Fachverband Drogen- und Rauschmittel.

9. Literatur

- Aßfalg, R. / Rothenbacher, H.; Diagnose der Suchterkrankungen, Hamburg 1990
- Baudis, R.; Psychotherapie von Sucht und Drogenabhängigkeit, 1995
- Bauer, J.; Das Gedächtnis des Körpers. München 2008
- Bauer, J.; Warum ich fühle, was du fühlst. Hamburg 2006
- Bauer, J.; Das kooperative Gen. Hamburg 2008
- Bieri, P.; Das Handwerk der Freiheit. Über die Entdeckung des eigenen Willens. Frankfurt a. Main 2006
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation; Arbeitshilfe für die Rehabilitation von Suchtkranken, Frankfurt 1996
- Fachverband Sucht e. V.; Therapieziele im Wandel, Heidelberg 1994
- Fachverband Sucht e. V.; Qualitätssicherung in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker, Heidelberg 1995
- Fengler, J.; Süchtige und Tüchtige, München 1994
- Finzen, A.; Suizidprophylaxe bei psychischen Störungen, Bonn 1989
- FOGS, Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich mbH; Entwurf des Landessuchtprogramms Nordrhein-Westfalen, Köln 1996
- Geyer, Ch. (Hrsg.); Hirnforschung und Willensfreiheit. Frankfurt a. Main 2004
- Grawe, K.; Abschied von den psychotherapeutischen Schulen, Integrative Therapie, Paderborn 1995
- Haeberlin U./Niklaus E., Identitätskrisen. Bern und Stuttgart 1978
- Hass, W./Petzold, H.; Die Bedeutung sozialer Netzwerke und sozialer Unterstützung für die Psychotherapie – diagnostische und therapeutische Verfahren, in: Petzold, H./Märtens, M.; Wege zu effektiven Psychotherapien, Opladen 1999
- Hüther, G.; Bedienungsanleitung für ein menschliches Gehirn. 6. Auflage. Göttingen 2006
- Hüther, G.: Die Macht der inneren Bilder. Göttingen, 2006
- Jaquenaud R./Rauber, A.; Intersubjektivität und Beziehungserfahrung als Grundlage der therapeutischen Arbeit in der Gestalttherapie, Paderborn 1981

- Kernberg, O. F., Borderline-Störungen und pathologischer Narzissmus. Frankfurt/M. 1978
- Krisor, M./Pfannkuch, H.; Stationäre Behandlung Drogenabhängiger, in: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 1/94
- Koch, Ch.; Bewußtsein – ein neurobiologisches Rätsel, München 2005
- Körkel, J. u.a.; Sucht und Rückfall, Stuttgart 1995
- Lamnek, S.; Theorien abweichenden Verhaltens, München 1979
- Ledoux, J.; Das Netz der Persönlichkeit. Düsseldorf 2006
- Levita de, David J.; Der Begriff der Identität. (Theorie) Frankfurt/M. 1976
- Mentzos, S., Neurotische Konfliktverarbeitung. Einführung in die psychoanalytische Neurosenlehre unter Berücksichtigung neuer Perspektiven. Frankfurt/M. 1996
- Oerter, R., van Hagen, C., Röper, G., Noam, G. (1999): Klinische Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch. Weinheim: Beltz.
- Osten, P.; Die Anamnese in der Psychotherapie, 2. Auflage, München 2000
- Perls, F.; Gestalt-Wahrnehmung, Frankfurt/Main 1981
- Perls, F.; Grundlagen der Gestalttherapie, München 1985
- Petzold, H./Orth, I.; Die neuen Kreativitätstherapien, Teil I + II, Paderborn 1990
- Petzold, H./Osten, P.; Diagnostik und mehrperspektivische Prozessanalyse in der Integrativen Therapie, in: Identität und Genderfragen in der Psychotherapie, Sonderausgabe Gestalt und Integration Bd. 1 + 2, Düsseldorf 1998
- Petzold, H./Sieper, J.; Integration und Kreation, Bd. I + II, 2. Auflage, Paderborn 1996
- Petzold, H./Thomas, G.; Integrative Suchttherapie und Supervision, Sonderausgabe Gestalt und Integration, Düsseldorf 1994
- Petzold, H./Scheiblich, W./Thomas, G.; Psychotherapeutische Maßnahmen bei Drogenabhängigkeit, in: Uchtenhagen, A./Zieglgänsberger, W.; Drogenmedizin, München 1998
- Petzold, H.; Integrative Therapie. 3 Bände. 2. Erw. Auflage. Paderborn, 2004
- Petzold, H./Schay, P./Ebert, W. (Hrsg.); Integrative Suchttherapie. Theorien, Methoden, Praxis, Forschung. 2., überarbeitete Auflage. Wiesbaden 2007

- Petzold, H./Schay, P./ Scheiblich, W. (Hrsg.); Integrative Suchtarbeit. Innovative Modelle, Praxisstrategien und Evaluation. Wiesbaden, 2006
- Petzold, H.; Integrative Bewegungs- und Leibtherapie, Bd. I + II, Paderborn 1988
- Petzold, H.; Drogenabhängigkeit als Krankheit, Gestaltbulletin 1991
- Petzold, H.G.; Integrative Therapie - Das „biopsychosoziale“ Modell kritischer Humantherapie und Kulturarbeit. Ein „lifespan developmental approach“. Paderborn 2001a
- Ramachandran, V.; Eine kurze Reise durch Gehirn und Geist. Reinbeck b. Hamburg 2005
- Rhode-Dachser, C.; Das Borderline-Syndrom, Bern 1980
- Schacter, D. L.; Aussetzer. Wie wir vergessen und uns erinnern. Bergisch Gladbach, 2005
- Schaltenbrand, J.; Familienorientierte Drogenarbeit, 1992
- Schmieder, Arnold; Sucht: Normalität der Abwehr. Freiburg im Breisgau 1992
- Sickinger, R.; Wege aus der Drogenabhängigkeit, 1992
- Spitzer, M.; Nervensachen. Geschichten vom Gehirn. Stuttgart, 2003
- Spitzer, M.; Geist im Metz. Heidelberg, 1996
- van Soer,J./Stratenwerth, I.; Süchtig geboren, Hamburg 1991
- Wienberg, G., (Hrsg.) Die vergessene Mehrheit, Zur Realität der Versorgung alkohol- und medikamentenabhängiger Menschen, Psychiatrie Verlag 1992
- Zinker, J.; Gestalttherapie als kreativer Prozess, Paderborn 1982

Anlagen

Anlage 1 Allgemeine Regeln/Hausordnung

Das Zusammenleben in der Einrichtung muss sich an Regeln orientieren, die von allen anerkannt und akzeptiert werden. Vom Einzelnen wird erwartet, dass er die Gruppenmitglieder respektiert und sich ihnen gegenüber rücksichtsvoll verhält.

- Alle Fragen, die die Gemeinschaft in unserer Einrichtung betreffen, werden mit den Mitarbeitern und Mitbewohnern besprochen.
- Die Teilnahme an den Gruppen- und den Einzelgesprächen ist ebenso verbindlich wie alle im Einzelfall getroffenen Absprachen.
- Jeder Bewohner hat das Recht, bei persönlichen Problemstellungen und in Konfliktsituationen die Gruppe einzuberufen.
- Der Konsum und Besitz von Suchtmitteln ist in der Einrichtung verboten. Die Mitarbeiter führen unangemeldet Kontrollen durch.

Bei Konsum und Besitz ist die sofortige Entlassung die Konsequenz, soweit dies im Prozess nicht aufgearbeitet werden kann und die Bereitschaft des Rehabilitanden zur weiteren Mitarbeit nicht gegeben ist.

- Die Einnahme ärztlich verordneter Medikamente wird mit dem leitenden Arzt abgesprochen.
- Die Einnahme und der Besitz von nicht verordneten Medikamenten und alkoholhaltigen Substanzen ist verboten.
- Der Aufenthalt von Suchtmittelkonsumenten in unserer Einrichtung ist grundsätzlich nicht gestattet.
- Gewaltanwendung und die Androhung von Gewalt führen zur sofortigen Entlassung, soweit dies im Prozess nicht aufgearbeitet werden kann und die Bereitschaft des Rehabilitanden zur weiteren Mitarbeit nicht gegeben ist.
- Wird die Gemeinschaft durch grobe Verstöße gestört und eine gemeinsame Basis ist nicht mehr gegeben, führt dies unmittelbar zur Entlassung aus der Einrichtung.
- Bei Auszug muss der Einzelne sein Zimmer sauber und ordentlich übergeben.
- Die Einrichtung übernimmt grundsätzlich keine Gewähr oder Haftung für Gegenstände aus dem persönlichen Besitz des Einzelnen, die bei Auszug nicht mitgenommen werden. Das heißt, lässt der Einzelne bei Entlassung

seine persönliche Habe in der Einrichtung zurück und holt diese nicht in einem Zeitraum von 14 Tagen ab, werden die Sachen einem gemeinnützigen Zweck zugeführt oder auf dem Sperrmüll entsorgt.

- Der Einzelne erkennt den Behandlungsplan, die Allgemeinen Regelungen und die Regelung für den Bereich Finanzen als absolut verbindlich an.
- Der Einzelne ist im Rahmen seines Aufenthaltes für die Reinhaltung aller Räumlichkeiten verantwortlich. Ein Putzplan wird von den Gruppenmitgliedern erstellt und ist für den einzelnen Bewohner verpflichtend und wird ggf. von den Mitarbeitern überprüft.
- Der Einzelne haftet für die von ihm verursachten und / oder zu verantwortenden Beschädigungen des Inventars.
- Der Einzelne ist verpflichtet, mit dem Inventar pflegsam umzugehen.
- Der Einzelne ist grundsätzlich verpflichtet, bei Beschädigung bzw. Verlust des Inventars Ersatz zu leisten. Er erklärt ausdrücklich, dass wir berechtigt sind, im Falle noch ausstehender Zahlungsverpflichtungen der Einrichtung gegenüber, Gegenstände aus seinem persönlichen Besitz so lange in Verwahrung zu nehmen, bis die Schuld beglichen ist.

Anlage 2 Behandlungsvertrag

Um zwischen dem Rehabilitanden und den Mitarbeitern Klarheit über die Modalitäten der Behandlung zu gewährleisten, werden grundsätzliche Aspekte in einem Behandlungsvertrag vereinbart.

Behandlungsvertrag

zwischen **Fachklinik siebenzwerge**

und Herrn / Frau

wohnhaft

Herr / Frau beginnt am

eine Leistung der medizinischen Rehabilitation (**Entwöhnung**).

1. Voraussetzung für diesen Behandlungsvertrag ist, dass Herr / Frau ... das Ziel hat, aktiv in der Rehabilitationsmaßnahme mitzuarbeiten und sich nach Maßgabe des Therapeuten an die Strukturen der Therapie hält.
2. Der Behandlungsvertrag ist auf den Zeitraum von ... bis ... befristet. Eine Verlängerung der Behandlungsvereinbarung muss gesondert vereinbart werden und setzt die schriftliche Leistungszusage des zuständigen Leistungsträgers voraus.
3. Die Rehabilitationsdauer ist befristet. Die Regeltherapiedauer beträgt bis zu 44 Wochen, in besonders begründeten Einzelfällen kann eine Verlängerung erfolgen. Im Regelfall finden die Einzel- und Gruppenpsychotherapie 2 x wöchentlich statt, sowie nach individuellen Notwendigkeiten Gespräche mit Bezugspersonen.
4. Beabsichtigt der Rehabilitand die Behandlung vorzeitig zu beenden, ist er verpflichtet, mindestens einen Termin mit dem Therapeuten zu vereinbaren, um persönlich seine Gründe darzulegen.
5. Die Rehabilitation setzt grundsätzlich voraus, dass Herr / Frau ... suchtfrei ist, die dauerhafte Abstinenz und eine möglichst dauerhafte Wiedereingliederung in Arbeit, Beruf, Schule und Gesellschaft anstrebt, körperlich und geistig hinlänglich gesund ist, bereit und fähig ist, aktiv die Ziele der medizinischen Rehabilitation anzustreben und eine abstinente Lebensführung anstrebt.

Im Einzelnen werden an Behandlungsinhalten zunächst festgelegt:

- ...
- ...

6. Der Rehabilitand erkennt den Therapieplan, die Allgemeinen Regelungen und die Regelung für den Bereich Finanzen als absolut verbindlich an.
7. Der Rehabilitand ist im Rahmen seines Aufenthaltes für die Reinhaltung aller Räumlichkeiten verantwortlich. Ein Putzplan wird von den Rehabilitanden erstellt und ist für den einzelnen Bewohner verpflichtend und wird ggf. von den Mitarbeitern überprüft.
8. Der Rehabilitand verpflichtet sich, seine persönlichen Sachen innerhalb von 14 Tagen nach Auszug abzuholen. Sofern dies nicht geschieht, werden die Sachen von den Mitarbeitern einem gemeinnützigem Zweck zugeführt.
9. Der Therapeut ist berechtigt, vom Rehabilitanden unangekündigt eine Urinprobe in Anwesenheit einer dem Rehabilitanden gleichgeschlechtlichen Person zu verlangen. Wird eine Urinprobe durch den Rehabilitanden verweigert, wird dies als Versuch der Verheimlichung eines Rückfalls gewertet und kann die disziplinarische Entlassung zur Folge haben.
10. Rückfälligkeit im Rahmen der Behandlung kann zum Ausschluss aus der Rehabilitation führen. Bedingung für die Fortführung der Rehabilitation ist ggf. eine qualifizierte Entzugsbehandlung. Über die Fortführung der Rehabilitation entscheidet das multiprofessionelle Team der Behandlungseinrichtung.
11. Die gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzes sind für die Vertragspartner bindend; alle persönlichen Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.
12. Der Rehabilitand erklärt sich ausdrücklich damit einverstanden, seine finanziellen Verhältnisse offen zu legen. Gemeinsam entwickelte Schuldenregulierungspläne sind verbindlich. Jedes Einkommen ist unabhängig von der Höhe anzumelden und wird ebenso wie Barvermögen, Übergangsgeld u.a. auf einem Rehabilitandenkonto verwaltet.
13. Der Rehabilitand verpflichtet sich die Hausordnung einzuhalten. Verstöße gegen die Hausordnung können zur Entlassung führen.
14. Im Rahmen der Entwöhnung finden begleitende Angebote in den Bereichen Bewegungstherapie, Entspannungsverfahren, Sozialdienst, Gesundheitsbildung und Freizeitgestaltung statt.
Herr / Frau ... nimmt insbesondere folgende Angebote verbindlich wahr:

- ...
- ...

Abweichungen sind grundsätzlich nur nach vorheriger Absprache mit dem zuständigen Therapeuten möglich.

Ergänzungen und / oder Veränderungen werden über Zusatzvereinbarungen dieses Vertrages geregelt.

Salem, den

.....
Unterschrift Rehabilitand

.....
Unterschrift Therapeut