

# Ergänzungskonzept

für die Behandlung drogenabhängiger Patienten in  
der Klinik Schloß Falkenhof

*Integrierte Behandlung von alkohol-, medikamenten- und  
drogenabhängigen Patienten*



Klinik „Schloß Falkenhof“  
Fachklinik für Abhängigkeitserkrankungen



Klinik Schloß Falkenhof  
Nibelungenstraße 109 . 64625 Bensheim  
Telefon: 06251/102-0

Fax: 06251/102-103  
falk@caritas-bergstrasse.de  
<http://www.klinik-falkenhof.de>



Dr. med. Carlo Schmid  
Arzt für Psychiatrie / Psychotherapie  
-Sozialmedizin-

Stand Oktober 2002

<b>Inhalt</b>	<b>Seite</b>
1. Einleitung.....	4
2. Gesellschaftliche Aspekte.....	4
3. Die Klinik Schloß Falkenhof .....	5
4. Drogenabhängige Patienten.....	5
4.1. Indikationen und Kontraindikationen.....	6
4.2. Therapeutische Grundhaltung.....	7
4.3. Ressourcen der integrierten Behandlung .....	8
4.4. Therapieziele.....	9
5. Therapeutische Maßnahmen .....	10
5.1. Medizinischer Bereich .....	10
5.2. Psychotherapeutischer Bereich.....	11
5.3. Arbeitstherapie und berufliche Rehabilitation.....	12
5.4. Weitere Behandlungsangebote.....	12
6. Kontrollen während der stationären Rehabilitation.....	16
7. Rückfallkonzept.....	16
8. Rückfallprävention.....	17
9. Ein exemplarischer Behandlungsverlauf über 26 Therapiewochen.....	17
10. Anforderung an das Rehabilitationsteam.....	20
11. Schlussbemerkung.....	21
12. Literatur.....	22

## **1. Einleitung**

Mit dem vorliegenden Teilkonzept zur Behandlung drogenabhängiger Patienten ist uns nicht an einer Aus- oder Abgrenzung gegenüber den Patienten mit Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit gelegen. Vielmehr möchten wir auf einige Besonderheiten eines integrierten Behandlungsmodells hinweisen.

Die zunehmende Tendenz zur Mehrfachabhängigkeit, aber auch der häufig beobachtete Umstieg von illegalen Drogen auf Alkohol oder umgekehrt, machten in der Behandlung suchtkranker Menschen in den letzten Jahren immer wieder deutlich, dass eine scharfe Grenze nicht mehr gezogen werden kann.

So wurden ab Beginn der 90iger Jahre in unserer Klinik immer wieder primär von illegalen Drogen abhängige Patienten mitbehandelt.

Aus der klinischen Erfahrung entwickelte sich somit ein Behandlungssetting für drogenabhängige Patienten, das einerseits der Sozialisation Rechnung trägt, und andererseits die Chancen und Ressourcen einer integrierten Behandlung nutzt.

Das vorliegende Teilkonzept baut auf unsere Behandlungskonzepte auf. Es soll als Ergänzungskonzept, insbesondere neben dem individuellen Therapieprogramm im üblichen Sinne, die zusätzlichen Besonderheiten, die es in der Therapie Drogenabhängiger zu beachten gilt, darstellen.

## **2. Gesellschaftliche Aspekte**

Nach Schmidtbreich (1994) müssen wir in der Drogenpolitik einerseits von extremen Positionen, andererseits aber auch von einer sehr stark emotional besetzten Auseinandersetzung ausgehen. Wir befassen uns mit etwa 140.000 Drogenabhängigen und vernachlässigen häufig die über 3 Millionen Alkohol- und Medikamentenabhängigen. Daneben gibt es noch die rund 10 Millionen Tabakabhängigen. Er resümiert: „in einer Woche sterben mehr Leute an den Folgen ihrer Nikotinabhängigkeit als es Drogentote im ganzen Jahr gibt“ (Schmidtbreich 1994, Seite 151 ff).

Die Positionen des Caritasverbandes in der Drogenpolitik machen deutlich, dass alles gegen eine weitere Kriminalisierung dieser Drogenkranken getan werden muss. Als Zielrichtung wurde somit die Haftvermeidung durch weniger Begleitstrafen ebenso gefordert, wie auch der Besitz und Erwerb von Drogen zum Eigengebrauch nicht, wie im bisherigen Ausmaß, strafrechtlich verfolgt werden dürfte.

Obwohl Drogenabhängigkeit eine Krankheit ist, gilt der Drogenabhängige letztlich primär als Straftäter (Lange 1989). Positivere Ansätze des Betäubungsmittelgesetzes sollten durch eine Verringerung der Strafbelastung die Chancen für eine Therapie und damit auch für eine Wiedereingliederung in die Gesellschaft erhöhen. Darüber hinaus müssten alle Formen der Prävention deutlich akzentuiert und ausgebaut werden.

### **3. Die Klinik Schloß Falkenhof**

Seit 1968 werden alkohol- und medikamentenabhängige Männer behandelt. Der Aufbau des Behandlungsverbundes mit den zahlreichen Psychosozialen Beratungs- und Behandlungsstellen sowie Fachambulanzen in der Region Südhessen, aber auch Rheinland-Pfalz und Baden-Württemberg waren mit dem Ziel einer regionalen Versorgung Suchtkranker wegweisend. Durch den Aufbau der Selbsthilfegruppen des Kreuzbundes gelang eine flächendeckende Versorgung Suchtkranker im Sinne der Hilfe zur Selbsthilfe.

Über dieses regionale Prinzip hinaus werden aus der weiteren Umgebung entsprechend der Indikationsstellung Patienten aufgenommen.

Der Klinik stehen 68 Behandlungsplätze zur Verfügung. Mit dem Schloß und den Neubauten befindet sich die Klinik Schloß Falkenhof auf einem Hügel in klimatisch und landschaftlich schöner Lage an der Bergstraße am Rande der Stadt Bensheim.

Die Einrichtung verfügt zusätzlich über eine Turnhalle, ein Hallenbad, eine Bäderabteilung, moderne Werkstätten und eine Parklandschaft.

Doppel- und Einzelzimmer, die alle mit einem eigenen Bad ausgestattet sind, gewährleisten einen guten Behandlungsstandard.

Die Klinik steht in der Trägerschaft des Caritasverbandes Darmstadt. Sie ist Mitglied der Arbeitsgemeinschaft katholischer Fachkrankenhäuser und dem Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. (buss). Weiterhin besteht eine Mitgliedschaft im katholischen Krankenhausverband e.V.

Federführender Leistungsträger ist die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte in Berlin (BfA). Mit anderen Leistungsträgern (LVA Hessen, LVA Unterfranken, LVA Baden-Württemberg, Krankenkassen, den Landessozialämtern und privat versicherten Patienten) arbeiten wir ebenfalls erfolgreich zusammen.

Seit 1996 verfügt die Klinik Schloß Falkenhof zusätzlich über eine Adaptionseinrichtung in der benachbarten Kreisstadt Heppenheim. Dort können suchtkranke Männer und Frauen, die noch Hilfestellung und Unterstützung bei der beruflichen und sozialen Wiedereingliederung benötigen, im Sinne der medizinischen Rehabilitation weiter behandelt werden.

### **4. Drogenabhängige Patienten**

Wir erleben grundsätzlich im wesentlichen zwei Patientengruppen in unserer Einrichtung. Einerseits drogenabhängige Patienten, die in ihrem Störungsbild, ihrer Sozialisation, aber auch ihren Ressourcen und Möglichkeiten in vielem unseren alkoholkranken Patienten ähnlich sind. Sie sind sozial integriert, beruflich qualifiziert und werden eher als anpassungsfähig, und mit geringer Durchsetzungs- und Konfliktfähigkeit erlebt. Trotz ihres Drogenkonsums sind sie noch weitgehend mit gesellschaftlichen Normen konform und vermeiden häufig Auseinandersetzungen.

Analog zur Behandlungszeit Alkoholabhängiger ist daher für diese Patientengruppe bei Erstbehandlung eine Therapiezeit bis zu 16 Wochen vorgesehen.

Bei der anderen Patientengruppe handelt es sich vorrangig um eine Mehrfachabhängigkeit.

Opioide, Kokain und Cannabisprodukte werden entweder ausgetauscht oder im Sinne des Umstiegs konsumiert. Drohende Entzugssymptome werden mit Benzodiazepinen ausgeglichen, so dass häufig zusätzlich eine Medikamentenabhängigkeit vorliegt.

Hier ist die sich entwickelte Polytoxikomanie letztlich Ausdruck einer schweren Persönlichkeitsstörung, in der die Austauschbarkeit der vielfältigen Suchtmittel in Zusammenhang mit erheblichen Stimmungsschwankungen und geringer Impulskontrolle und Identitätsbildung korreliert.

Durch den frühen Beginn mit Suchtmitteln wurde die Sozialisation massiv beeinträchtigt, Delinquenz und dissoziale Verhaltensweisen sind ebenso möglich, wie Gewalterfahrungen. So kam es fast regelhaft zu einer geringen Identitätsbildung, in der stabile Beziehungserfahrungen häufig fehlen. Auch im beruflichen Bereich sind Ausbildung oder Lehre zumeist abgebrochen.

Für diese Patientengruppe ist aufgrund der umfangreichen emotionalen und sozialen Nachreifung eine Behandlungszeit bis zu 26 Wochen für eine Erstbehandlung erforderlich (siehe exemplarischen Behandlungsverlauf Seite 16).

Klima und Atmosphäre der Klinik sollen gute Voraussetzungen für den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung schaffen. So legen wir großen Wert darauf, dass die Patienten bereits im Vorfeld die wesentlichen Hausregeln und Behandlungsabläufe kennen lernen, um sich mit diesen vertraut zu machen. Nur so kann ein eigenverantwortliches Umgehen bereits ab dem Aufnahmetag vorausgesetzt werden. Dazu sind Vorgespräche und Besichtigungstermine auch an Wochenenden möglich.

#### **4.1. Indikationen und Kontraindikationen**

##### *Indikation und Voraussetzung:*

- eine ausreichende, meist stationäre Vorbehandlung in einem Psychiatrischen Krankenhaus im Sinne einer qualifizierten Entgiftung
- für Patienten, die sich für eine substituitionsfreie stationäre Entwöhnung in unserer Klinik entschieden haben (d.h., dass ein vorheriger Ausstieg aus einer Polamidon- oder Buprenorphinmedikation notwendig ist)
- eine vorherige Anbindung an eine Fachambulanz oder Drogenberatungsstelle, die den Patienten auf die stationäre Entwöhnungsbehandlung vorbereitet
- das Vorliegen sozialer Grundkompetenzen (z.B. Beziehungsfähigkeit, noch bestehender Kontakt zur Familie, berufliche Ausbildung begonnen oder abgeschlossen, noch erhaltene Wohnsituation)
- die Patienten sollten das 24. Lebensjahr erreicht haben
- eine Kostengenehmigung durch den Leistungsträger muss vorliegen
- bei Patienten, die mit § 35 BtMG „Therapie statt Strafe“ aufgenommen werden möchten, erwarten wir im Vorfeld eine schriftliche Darlegung ihrer Lebenssituation, aus der die Behandlungsmotivation hervor geht
- bei Patienten mit zusätzlichen psychiatrischen Diagnosen (z.B. Psychose, Angststörung, Depression) ist zur Abklärung der Behandlungsmöglichkeiten ein Vorgespräch erforderlich

### *Kontraindikation:*

- eine nicht ausreichende Entgiftung oder der Wunsch nach Weiterführung einer Substitutionsbehandlung
- eine akute psychotische Dekompensation
- ein mittelschweres bis schweres hirnrorganisches Psychosyndrom mit entsprechenden Orientierungsstörungen
- eine nicht ausreichende Behandlungsmotivation

### **4.2. Therapeutische Grundhaltung**

Bei der Entstehung von seelischen Erkrankungen, insbesondere Drogenabhängigkeitserkrankungen, ist das Prinzip der Selbstentfaltung von biologischen, psychischen und sozialen Funktionsmustern entscheidend. Salutogenetische Aspekte zeigen, dass in vielen Familien, die eine regelrechte „broken home Situation“ mit sehr konfliktreichen und grenzüberschreitenden Kommunikationsmustern aufweisen, dennoch eine positive Sozialisation möglich ist, so dass eine Vorfestlegung aufgrund des pathologischen Milieus nicht möglich ist. Pathologisch wird eine Lebenssituation erst dann, wenn sich die Verhaltensmöglichkeiten und Muster zunehmend einengen, so dass ein ausreichendes Maß an Alternativen nicht mehr zur Verfügung steht. Der Einzelne ist dann im Rahmen dieses sozialen Systems den kommunikativen aber auch gesellschaftlichen Anforderungen nicht mehr gewachsen.

Unseres Erachtens kommt es in der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen nicht so sehr auf die Art des konsumierten Suchtmittels an, als vielmehr auf die Frage der Funktion eines Suchtmittels im Sinne der intrapsychischen und interpersonellen Bedeutung.

Aus tiefenpsychologischer Sicht kann die Entwicklung einer Suchterkrankung, insbesondere einer Drogenabhängigkeit, als Zeichen einer psychischen Entwicklungsstörung im Sinne einer emotionalen Überforderung, verbunden mit einem erheblichen Reifungsdefizit, verstanden werden (Rost, 1987).

In überproportional häufiger Weise ist die Beziehungsgestaltung drogenabhängiger Patienten durch einen Mangel an Konstanz, frühem Liebesentzug und völlig unübersichtlichen Beziehungsverhältnissen mit Grenzüberschreitungen gekennzeichnet (Kernberg 1998). Der daraus sich ableitende funktionale Ansatz des Drogenkonsums lässt je nach Standort des Beobachters das große Maß autodestruktiver Prozesse ebenso deutlich werden, wie Strukturen der Verweigerung gesellschaftlicher Normen bis zum regelrechten Ausstieg. Aber auch Aspekte der Selbstbehandlung im Sinne der Suche nach Ruhe und Geborgenheit werden ebenso deutlich wie der Wunsch nach Risikobereitschaft im Sinne von Grenzerfahrungen und Suizidalität.

Entsprechend den Diagnosekriterien nach DSM IV und ICD 10 finden sich daher bei Drogenabhängigen häufiger Frühstörungen.

Auffällige Merkmale sind dabei die geringe Impulskontrolle, heftige Stimmungsschwankungen zwischen Grandiosität und schwerer Niedergeschlagenheit, hohe Ungeduld und der häufig instrumentalisierende Charakter der Beziehungsgestaltung.

Stationäre Therapie im Sinne eines emotionalen aber auch sozialen Nachreifungsprozesses beinhaltet neben dem Aufbau einer tragfähigen Beziehung ein hohes Maß an Selbstreflexion des Therapeuten in der Balance zwischen Nähe und Distanz sowie Vertrauen und Kontrolle, um ausreichend die Autonomieprozesse des Patienten zu fördern. In der Bewältigung einer häufig eher verdrängten und abgespaltenen Vergangenheit, insbesondere zu den frühen Bezugspersonen und der Fähigkeit zur Wertschätzung eigener Wurzeln, liegt ein weiteres Merkmal einer gesunden Selbstentwicklung.

Neben diesen tiefenpsychologischen Aspekten haben sich in der Therapie drogenabhängiger Patienten systemische und verhaltenstherapeutische Behandlungsinterventionen bewährt. Sie lösen bei dem Patienten rasch Suchprozesse aus, lassen ein hohes Maß an Selbstverantwortung zu und begreifen Therapie im klassischen Sinne eher als Trainingsfeld in dem es gilt, sich alternative Verhaltens- und Bewältigungsmöglichkeiten zu erarbeiten. In der Sicherung von Teilzielen sind gruppenspezifische Elemente wesentlich, da sie entscheidend zu einer gegenwartsnahen interpersonellen Akzeptanz beitragen. Wertschätzung und Achtung in der Kommunikation sind daher ebenso bedeutungsvoll wie die Auseinandersetzung mit einer angemessenen Kritik.

#### **4.3. Ressourcen der integrierten Behandlung**

15-20 % unserer Patienten sind drogenabhängig. Bei sieben Behandlungsgruppen werden diese Patienten gleichmäßig verteilt, so dass in der Regel etwa zwei bis drei Patienten in einer Gruppe behandelt werden. Die Gruppe verfügt über eine Vielfalt von Persönlichkeiten mit unterschiedlichen Fähigkeiten und den daraus resultierenden Rollenzuschreibungen, die verschiedenste Veränderungsprozesse in Gang setzen können.

Ähnlich den gesellschaftlichen Vorgaben, bei denen Drogenabhängige rasch kriminalisiert werden, müssen sich Alkoholabhängige häufig mit eigenen Grenzüberschreitungen und Straftaten auseinandersetzen, die bisher eher verleugnet wurden. Die Gruppendynamik erhält damit ein hohes Maß an Vielfältigkeit und fordert gerade bei eher ängstlich-vermeidenden Alkoholkranken eine kritische Auseinandersetzung mit den eigenen moralischen Vorstellungen, den Schuldgefühlen und der damit verbundenen ausgeprägten Verleugnungstendenz.

Andererseits sind gerade die moralischen Instanzen, wie sie von vielen alkoholkranken Patienten in hohem Maße internalisiert wurden, mit ausschlaggebend bei der emotionalen und sozialen Nachreifung der drogenabhängigen Patienten. Eine Rückkehr zu bürgerlichen Normen wird von vielen alkoholabhängigen Patienten regelrecht eingefordert.

So findet der Drogenpatient in dem Alkoholiker häufig eine Elternfigur, deren Zuneigung und Akzeptanz er einerseits sucht, sie aber gleichzeitig auch bekämpft. In der Fähigkeit zur Integration dieser Anteile, liegt ein Kernbereich des therapeutischen Prozesses.

Viele Drogenabhängige, die sich bereits im Vorfeld der stationären Therapie für unsere Einrichtung entscheiden, formulieren für sich während der Therapie diesen Schritt dahingehend, dass für sie ein Ausstieg aus der Drogenabhängigkeit auch mit einem Ausstieg aus der Drogenszene verbunden ist. Dies bedeutet aus unserer Sicht, nicht eine Vermeidung im Sinne einer Abwehr,

sondern vielmehr den Wunsch nach einer gesellschaftlichen Integration und den Willen zu einer Auseinandersetzung mit entsprechenden Normen und Verbindlichkeiten.

Abbruchfantasien bestehen regelhaft bei allen Patienten während der stationären Therapie, insbesondere in der Aufnahme phase. Mit der niedrigen Abbruchquote der drogenabhängigen Patienten wird nach unseren bisherigen Erfahrungen ein weiteres Merkmal der Beziehungsgestaltung und des Beziehungsaufbaus deutlich. In fast väterlicher, geduldiger Weise gelingt es älteren, alkoholabhängigen Patienten den drogenabhängigen Patienten, die ein großes Maß an Ungeduld und Impulsivität mitbringen, Mut zum nächsten Integrationsschritt zu machen - eine Voraussetzung, in der Klinik anzukommen und sich auf die Therapie einzulassen.

#### **4.4. Therapieziele**

Bei der Zielsetzung von drogenabhängigen Patienten ist eine Divergenz zu alkoholabhängigen Patienten nur marginal. Die Ziele stellen insgesamt keine statischen Phänomene dar, sondern müssen immer wieder entsprechend angepasst werden. Dem Bezugstherapeuten obliegt es häufig, mit dem Patienten Prioritäten zu schaffen und erreichte Therapieziele zu sichern. Dabei ist es für die Therapie oft entscheidend, ob es gelingt, aus eher globalen und abstrakten Zielen sehr konkrete Zielsetzungen zu formulieren und deren Auswirkungen zu analysieren.

Neben den im Hauptkonzept formulierten Zielen sind folgende Besonderheiten in der Therapie Drogenabhängiger darzulegen:

- ein zunehmender Abbau einer häufig misstrauischen, fast feindseligen Grundhaltung
- eine kritische und offene Auseinandersetzung mit den strukturellen Vorgaben unserer Einrichtung
- ein hohes Maß an Kontaktbereitschaft und Vertrauensbildung, um bei bestehenden oder plötzlich einsetzendem Suchtdruck (Craving) gemeinsam rückfallpräventiv tätig werden zu können
- eine Verbesserung der Beziehungs- und Kontaktfähigkeit, insbesondere im Sinne der verbesserten Impulssteuerung
- ein emotionaler und sozialer Nachreifungsprozess, aus dem eine kritische Distanz zur Sprache der Szene und letztlich der Szene selbst deutlich wird
- eine zunehmende Akzeptanz eigener Stärken und Schwächen mit Verbesserung der Eigenverantwortung und des aktiven Engagements
- eine zunehmende emotionale Akzeptanz der eigenen biographischen Wurzeln
- eine Bereitschaft zur offenen Darlegung finanzieller, sozialer und rechtlicher Problemstellungen

## **5. Therapeutische Maßnahmen**

Zur Vereinfachung und zur Übersichtlichkeit haben wir auf die erneute Darstellung unserer diagnostischen Maßnahmen verzichtet. Sie sind im Grundkonzept der Klinik Schloß Falkenhof für die Bereiche der internistisch-neurologischen Diagnostik, psychiatrischen Diagnostik, psychosozialen Diagnostik und testpsychologischen Diagnostik erarbeitet, so dass hier nur zusätzliche Besonderheiten bei der Behandlung Drogenabhängiger dargestellt werden.

Was die Steuerung des Therapieprozesses angeht, gehen wir bei einer Behandlungszeit von in der Regel 26 Behandlungswochen für eine Erstbehandlung und 16 Behandlungswochen für eine Wiederholungsbehandlung nicht von starren Therapiezeiten aus, sondern versuchen eine sehr individuelle und flexibilisierte Behandlungszeit umzusetzen.

In Analogie zu unserem Grundkonzept wird in der dritten Behandlungswoche die Therapieplanbesprechung durchgeführt. Nach 8 Wochen erfolgt das erste Bilanzgespräch in Anwesenheit des Patienten, bei dem im Beisein des Bezugstherapeuten, des zuständigen Arbeitstherapeuten und des ärztlichen Leiters Einschätzungen über den bisherigen Therapieverlauf und die beobachteten Entwicklungsschritte zusammen getragen werden, die dann ausschlaggebend für die weitere Zielsetzung der Therapie sind. In der 16. Behandlungswoche wird ein zweites Bilanzgespräch mit einer ähnlichen Vorgabe und Zielsetzung durchgeführt.

### **5.1. Medizinischer Bereich**

In der Klinik stehen ein Arzt für Psychiatrie/Psychotherapie, ein Arzt für Allgemeinmedizin und ein Internist (1x/Woche für Sprechstunden in der Einrichtung) zur Verfügung.

Ergänzt wird der medizinische Bereich von Krankenpflegepersonal, dem medizinischen Bademeister und zwei Physiotherapeutinnen, die die vielfältigen körperlichen Folgeerkrankungen der Patienten mitbehandeln können. Gerade die physiotherapeutische Abteilung ist in der Lage, die vielfältigen orthopädischen und neurologischen Folgeerkrankungen zu behandeln, so dass ein wesentlich höheres Maß an Selbstverantwortung im Umgang mit dem Körper entstehen kann.

Häufig noch bestehende Störungen des circadianen Rhythmus, mit erheblichen Ein- und Durchschlafstörungen, aber auch noch bestehende vegetative Entgleisungen und erheblicher Suchtdruck, können mit den Mitteln der Ohr- und Körperakupunktur vom medizinischen Dienst behandelt werden.

Drogenabhängige Patienten sind in sämtliche Gesundheitsinformationsveranstaltungen integriert. Zusätzlich erhalten sie individuelle Beratung bei den häufig bestehenden chronischen Leberinfektionen, z.B. Hepatitis B und Hepatitis C.

Insbesondere bei der Hepatitis C ist das Ausmaß der Infektiösität und der damit verbundenen Behandlungschance im Rahmen der Entwöhnungsbehandlung zu diagnostizieren und mit dem Patienten zu besprechen. Häufig wird die Hepatitis-Fachambulanz in Mannheim einbezogen. Ziel ist neben der Information ein verantwortlicher Umgang mit der möglichen Ansteckungsgefahr, so dass auch die Partnerinnen in die Gespräche einbezogen werden.

Grundsätzlich regen wir im Rahmen einer Info-Veranstaltung die Akzeptanz eines HIV-Testes an. Die Patienten können diesen dann auf eigenen Wunsch durchführen lassen. Beratungen bei HIV-positiven Patienten sind für uns selbstverständlich.

## **5.2. Psychotherapeutischer Bereich**

In der Behandlung drogenabhängiger Patienten ergeben sich aufgrund der Lebensgeschichte und Sozialisation besondere Vorgaben bezogen auf die psychotherapeutischen Maßnahmen. Häufig sind in den ersten Wochen vermehrte Einzelkontakte erforderlich, die insbesondere zur Strukturierung des therapeutischen Alltages sinnvoll sind. Bei noch bestehenden erheblichen Stimmungsschwankungen und Suchtdruck, die häufig verbunden sind mit einem negativen Selbstbild und einem hohem Maß an innerer Spannung, gilt es einen individuellen Behandlungsplan zu erstellen.

Gerade bei drogenabhängigen Patienten ist aus unserer Sicht der psychosoziale Charakter der Therapie entscheidend, da es neben der Klärung biographischer Ereignisse und einer ressourcenorientierten, zukunftsorientierten Lebensbefähigung zahlreiche soziale Bedingungen zu überprüfen und in die Therapie einzubeziehen gilt. So sind Gespräche mit den gesetzlichen Betreuern unserer Patienten ebenso notwendig, wie die Begleitung zu Gerichtsverhandlungen und die Klärung finanzieller Probleme, da gerade über diese Klärungsbereitschaft und Unterstützung ein hohes Maß an Offenheit und Vertrauen zu den Bezugstherapeuten aufgebaut werden kann.

Folgende Behandlungsmodule ergeben sich regelhaft für die Behandlung drogenabhängiger Patienten:

- Gruppentherapie 3 x pro Woche
- Einzeltherapie 1 x pro Woche
- Kriseninterventionen mit höherfrequenter Einzeltherapie und zum Teil täglichen Kurzinterventionen
- Behandlung der Comorbidität wie zum Beispiel Angststörungen und weiterer psychiatrische Erkrankungen
- im Einzelfall Familien- und Angehörigengespräche oder Paargespräche
- Gymnastik, Sport- und Bewegungstherapie
- indikative Gruppen wie Körpertherapie, Genuss und Erlebnis, Umgang mit Gefühlen, Stressbewältigung Raucherentwöhnung, Entspannungsverfahren
- soziales Kompetenztraining mit Bewerbungstraining, EDV-Training, Koch- und Ernährungskurs
- umfangreiche Gesundheitsinformation in der Gruppe und im Einzelkontakt
- individuelle Rückfallprävention
- differenzierte Beratung an den Schnittstellen zur beruflichen Integration, Nachsorge oder Adaption

### **5.3. Arbeitstherapie und berufliche Rehabilitation**

Für viele Drogenabhängige kam es im Rahmen der Drogenentwicklung durch körperlichen Folgeerkrankungen zu erheblichen Einschränkungen. Behördengänge wurden ebenso vernachlässigt wie regelmäßiges Essen oder regelmäßige berufliche Tätigkeit. So kann eine Tagesstruktur durch arbeitstherapeutischen Einsatz eine wesentliche Hilfe zum Wiederaufbau von Teamfähigkeit, Zuverlässigkeit und Kritikfähigkeit leisten. Wir beobachten häufig in den ersten Wochen der stationären Therapie, wie schwer es den Patienten noch fällt, pünktlich zum Arbeitsplatz zu kommen. Aber auch die Arbeitsleistung ist noch sehr geprägt von Unlust und Selbstzweifeln, häufig einem eher passiv-regressivem Wunsch des Rückzuges. So ist der motivationale Ansatz entscheidend, um bei den Patienten zunehmend Interesse und Bereitschaft nach einem aktiven und verantwortlichen Handeln zu schaffen. Bei der Überprüfung der arbeitstherapeutischen Ergebnisse sind häufig eine Steigerung des Selbstwerts, der Selbstachtung und ein zunehmendes Selbstbewusstsein zu vermerken.

Stehen in der ersten Phase der stationären Behandlung eher strukturgebende arbeitstherapeutische Einsätze im Vordergrund, ist die Frage nach der beruflichen Weiterentwicklung gekoppelt an individuelle Trainingsfelder im weiteren arbeitstherapeutischen Verlauf zielführend. Die so erlernten Fähigkeiten bewirken bei langzeitarbeitslosen Patienten insbesondere eine realistische Selbsteinschätzung für den allgemeinen Arbeitsmarkt und schaffen einen aktiven Zugang zu den eigenen Fähigkeiten.

Bei noch bestehender beruflicher Integration gilt es im Einzelfall sozialmedizinische Aspekte zu überprüfen und Betriebsgespräche zu nutzen.

Bei entsprechender Indikationsstellung werden Belastungserprobungen im Sinne der indikationsgeleiteten Arbeitstherapie umgesetzt. Im Einzelfall kommen auch externe Arbeitspraktika in Frage.

In der Einrichtung stehen eine Schreinerei, Schlosserei, Töpferei, Gärtnerei, bei spezifischer Indikation unsere Küche zur Verfügung. Service- und Reinigungsbereiche der Waschküche sind ebenfalls als Arbeitstherapieplatz möglich. Patienten mit Folgeerkrankungen können leichte sitzende Tätigkeiten erhalten. Besonderes Interesse gilt unseren EDV-arbeitstherapeutischen Plätzen, bei denen individuelle Förderungsmöglichkeiten bestehen.

Die intensiven Kontakte mit dem Arbeitsamt Bensheim machen Zusatzberatungen bei Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation regelhaft möglich.

### **5.4. Weitere Behandlungsangebote**

Viele Drogenabhängige haben aufgrund der gestörten Sozialisation, zum Teil traumatischer Lebenserfahrungen und fehlenden stabilen Beziehungen in der eigenen Entwicklung, eine emotionale Leere entwickelt, in der es ihnen zwar gelingt über Gefühle zu sprechen, die sie jedoch kaum mehr spüren und umsetzen können. So gelingt es ihnen eher, ihre Gedanken und Vorstellungen mitzuteilen, als eigene Gefühle zu begreifen und auszudrücken. Bezogen auf den eigenen Körper besteht eher eine ablehnende, zum Teil fast feindselige Haltung, in dem körperliche Empfindungen abgespalten und somit körperliche

Schmerzen ignoriert werden. Gewalterfahrungen sind ebenso häufig wie eine Erfahrung, dass Rücksichtnahme, Wertschätzung und das Zeigen eigener Schwächen ausgenutzt wurde. So steht ein vertrauensvoller Zugang zu dem eigenen Körper, der regressive Erlebnisse ebenso zulässt wie ein Umgang mit Gefühlen ermöglicht im Vordergrund. Aber auch im Erleben der eigenen Kreativität und Stärken werden Ressourcen aktiviert, die zum Aufbau von Selbstvertrauen und Beziehungsfähigkeit wesentlich sind.

Folgende Therapieangebote stehen zur Verfügung:

- Entspannungsverfahren

Vermittelt wird die Technik der progressiven Muskelrelaxation nach Jakobsen. Im Informationsteil werden Inhalte über die Bedeutung bewusster Entspannung im Alltag ebenso vermittelt wie der Zusammenhang zwischen psychischer Erregung und physischer Anspannung. In der Sensibilisierung für eigene körperliche Signale und der Entwicklung von Fähigkeiten durch ein Autotraining Spannungszustände selbst zu reduzieren, gilt es den Selbstbezug zu verbessern und den Kontakt zu eigenen Gefühlen und Bedürfnissen über den Körper wahrzunehmen.

In der Nachbesprechungsphase können Gefühle und unangenehme Körperempfindungen ebenso problematisiert werden, wie gespürte angenehme Gefühle zum Ausdruck gebracht werden. Das Entspannungsverfahren wird bereits in der Aufnahmephase angeboten. Die Patienten nehmen über einen Zeitraum von 12 Wochen regelmäßig einmal pro Woche an dieser Maßnahme teil. Ein fortlaufender Einstieg ist möglich.

- Körpertherapie

In der Körpertherapie werden Elemente der konzentrativen Bewegungstherapie mit bioenergetischen Vorgehensweisen integriert. Im Kernbereich steht eine Kontaktaufnahme mit den eigenen Gefühlen, den Bedürfnissen des Körpers mit dem Ziel der Verbesserung der Selbstakzeptanz und des Selbstwertes. In der Fähigkeit des Loslassens liegt die Chance sich anderen anzuvertrauen, um auch Berührung und Kontakt zuzulassen. Sich loslassen und die eigene Körperlichkeit zu genießen, ist für viele eine neue Erfahrung, die zu seelischem Gleichgewicht beitragen kann. Die Körpertherapie beginnt in der 5. Behandlungswoche und ist bei drogenabhängigen Patienten auf einen längeren Zeitraum (12 Wochen) festgelegt.

Alle anderen Indikationsgruppen wie die Erlebnis- und Genussgruppe, die Stressbewältigungsgruppe, Musiktherapie und weitere Indikationsgruppen sind im Hauptkonzept dargestellt. Gelegentlich ist es notwendig, vor Beginn der körpertherapeutischen Maßnahmen Erfahrungen in der Stressbewältigungsgruppe zu sammeln und anschließend mit der Indikationsgruppe, Körpertherapie fortzusetzen.

- Sport- und Physiotherapie

Zur Verbesserung des körperlichen Wohlbefindens aber auch um einen angemessenen Umgang mit dem Körper zu pflegen wird unter Anleitung des medizinischen Fachpersonals ein Gymnastik-, Sport-, Fitness- und physiotherapeutisches Programm angeboten. Während bei drogenabhängigen Patienten der Wunsch nach einem reinen Krafttraining eher im Vordergrund steht, das das Ziel der körperlichen Selbstdarstellung verfolgt, vermitteln wir den Patienten durch die Gesundheitsinformationsgruppen den Aufbau eines Fitnessprogramms, in dem auch soziale Aspekte des Sportes integriert sind. Möglichkeiten der Physiotherapie werden zur Behandlung auftretender Beschwerden ebenso eingesetzt, wie Maßnahmen der physikalischen Therapie (Bäderbehandlung, externe Anwendungen), die zur erheblichen Spannungsreduktion und zum Zulassen eigener regressiver Bedürfnisse beitragen können. Im Einzelnen werden die Laufgruppe montags nachmittags und freitags vor dem Frühstück, eine Walking und Nordic-Walking-Gruppe montags nachmittags, eine Fitness-Gruppe unter Anleitung und Maßnahmen des Mannschaftssportes in der Turnhalle angeboten. Schwimmtraining und Wassergymnastik werden ebenfalls im hauseigenen Hallenbad bei entsprechender Indikation angeboten.

- Kreativtherapie

In der Aufnahmephase werden die Patienten in die Holzwerkstatt integriert. Im plastischen Gestalten mit dem Werkstoff Holz erleben die Patienten rasch, dass eigene Vorurteile bezogen auf kreatives Werken abgebaut werden können. Eigene kreative Ideen können ebenso eingebracht werden, wie sich in Ausdauer und planvollem Vorgehen angemessen mit den Anleitern auseinandersetzen und deren Hilfe einzufordern. In der Schaffung eines bleibenden Ergebnisses können erste Erfolge verzeichnet werden. Diese Maßnahme findet in den ersten zwei Behandlungswochen statt, insgesamt sieben mal pro Woche 90 Minuten. Im weiteren Verlauf können wahlweise die Werkgruppen Glasmalerei, Macramé und Töpfern besucht werden, (zweimal pro Woche 90 Minuten über drei Wochen, anschließend einmal pro Woche). Auch hier gilt es eigene Kreativität weiter zu fördern, in Gruppenerfahrungen Ergebnisse auszutauschen und im sozialen Miteinander wechselseitig Unterstützung einzufordern und weiter zu geben. Einzelaktivitäten können in Absprache mit der Schreinerei und der Metallwerkstatt im vorgehaltenen Hobbyraum innerhalb der Freizeit umgesetzt werden.

- Freizeitgestaltung

Die Klinik hält umfangreiche Angebote für eine aktive Freizeitgestaltung vor. Dazu gehören alle Formen des Sportes, der Gymnastik, des Fitnessstrainings und der Lauf- und Walkinggruppe innerhalb der Einrichtung, aber auch Möglichkeiten im nahen Odenwald zum Wandern, Fahrradfahren und Klettern. Andererseits müssen auch ausreichende Räumlichkeiten für Rückzug und Reflexion möglich sein. Fehlende Handys und begrenzte Telefonmöglichkeiten lassen uns in den ersten Wochen der Therapie den Stellenwert des Briefes als wesentliches Kommunikationsmittel darstellen. Gerade bei Drogenabhängigen

mit Zugehörigkeit zur Drogenszene, Gewalt- und Delinquenzerfahrung gilt es, in der kritischen Reflexion mit diesen eigenen Anteilen zurecht zu kommen, so dass auch hier Briefe an lebensgeschichtliche Ereignisse und Abschnitte sehr hilfreich sind. In der Suche nach einer besonderen Erlebnisqualität (Sensation seeking) und der damit verbundenen Vermeidung der Realität gilt es, alternative Erlebnisqualitäten zu schaffen, die es den drogenabhängigen Patienten möglich machen, aus dem alten Muster der unmittelbaren Bedürfnisbefriedigung mit Suchtmitteln auszusteigen. In der Übernahme von Verantwortung für die Gemeinschaft, deren Darstellung z.B. in der Leitung der Hausrunde, der Übernahme der Fernsehgruppe, der Vorbereitung von Ausflügen und Radtouren, der Umsetzung von Sportturnieren, Organisation und Umsetzung von Kulturangeboten im Umfeld lernen die Patienten über positive Rückmeldungen Wertschätzung, was durchaus gleichzusetzen ist mit dem früheren schnellen Kick mit dem Suchtmittel.

Wir vermeiden ausgeprägte Gruppenbildungen unter Drogenpatienten durch die regelhafte gemischte Belegung von Alkoholabhängigen mit Drogenpatienten in einem Doppelzimmer, ebenso wie wir alle Maßnahmen des Gesundheitstrainings und der Indikationsgruppen grundsätzlich für die Patientengruppen gemeinsam anbieten.

Kommt es zur Gruppen- oder Cliquenbildung unter Drogenpatienten muss dies im Einzelfall ebenso problematisiert werden wie eine individuelle Ausgangs- und Heimfahrtregelung thematisiert werden muss. So ist bei drogenabhängigen Patienten eine ausreichende Überprüfung von Risikosituationen vor Beginn der Ausgangsmaßnahmen erforderlich. Im Einzelfall werden bei gefährdeten Patienten vorübergehende Patenschaften oder entsprechende Gruppenmaßnahmen für die Ausgangsregelung umgesetzt. Eine sehr einseitige Freizeitgestaltung, mehrstündiges Spielen am Computer, vorrangige Bedürfnisbefriedigung durch Musik, Abbau eigener Aggressionen durch Gewalt in der Sprache und Gewaltbereitschaft, sozialer Rückzug und zunehmende Selbstisolation, Tendenzen zur Verherrlichung der ehemaligen Drogenszene durch Kleidung, Frisur, Piercing und Tätowierung müssen ebenso problematisiert werden. Über die zahlreichen weiteren Angebote der Freizeitgestaltung sei auf das Hauptkonzept verwiesen.

## **6. Kontrollen während der stationären Rehabilitation**

Anfänglich wird bei jedem drogenabhängigen Patienten eine Alkohol- und Urinkontrolle durchgeführt. Auch während der Therapie werden sporadisch Urinkontrollen vorgenommen.

Im Umgang mit Kontrollen versuchen wir ein hohes Maß an Transparenz und Klarheit vorzuhalten, damit die Betroffenen von vornherein wissen, welche Folgen ein bestimmtes Verhalten bei uns auslösen wird.

Dabei stellen für uns die Kontrollmaßnahmen im Therapieprozess keine außergewöhnliche Überprüfungsmaßnahme dar, sondern sind ein fest integrierter, regelhafter Bestandteil in der Zusammenarbeit mit den Patienten. Durch diese Grundhaltung vermitteln wir den drogenabhängigen Patienten ein hohes Maß an Normalität im Umgang mit Urinkontrollen und weiteren Maßnahmen der Kontrolle und Überprüfung in unübersichtlichen Situationen. Dadurch wird einer Vertrauenskrise, die sonst unter Umständen ausgelöst werden könnte, wirksam vorgebeugt.

Kommt es zu Verstößen gegen die Haus- oder Behandlungsordnung wird das Verhalten mit dem Patienten problematisiert. Im Zentrum steht dabei der Versuch, mit dem Patienten gemeinsam Bewältigungsstrategien zu erarbeiten, um einen Verbleib in der Einrichtung zu ermöglichen.

## **7. Rückfallkonzept**

In der Definition von Rückfälligkeit im stationären Kontext wird von uns die Selbstmedikation mit Schmerzmitteln, Schlaf- und Beruhigungsmedikamenten, der Konsum von Alkohol sowie die Einnahme von bewusstseinveränderten Stoffen als Rückfall gewertet. Wir erwarten, dass die von dem Patienten eingenommenen Präparate ausnahmslos von den behandelnden Ärzten der Klinik bzw. Konsiliarärzten verordnet werden.

Erfahrungsgemäß ist bei drogenabhängigen Patienten in den ersten 6-8 Wochen und in spezifischen Phasen der stationären Therapie ein hoher Suchtdruck (Craving) gegeben. In der Fähigkeit zur Reflexion eines zunehmenden rückfallgefährdenden Verhaltens, aber auch der Offenheit, sich Mitpatienten und Bezugstherapeuten anzuvertrauen, liegt die wesentliche Chance zur Vermeidung des Suchtmittelrückfalls.

Kommt es zu einem Suchtmittelrückfall hat sich ein Verfahrensablauf bewährt, wie er im Hauptkonzept ausführlich dargestellt ist. In der Bearbeitung der rückfallauslösenden Situation gilt es für den Bezugstherapeuten zu prüfen, in wie weit der Rückfall als Chance für die Fortführung der Therapie gewertet werden kann. Bei konstruktiver und offener Mitarbeit des Patienten gelingt es dann häufig, die bisher eher eindimensionale, wenig reflektierte Sichtweise zu erweitern und somit einen Zugang zur Wahrnehmung von Risikosituationen als Voraussetzung für eine differenzierte Rückfallprophylaxe zu erarbeiten.

Im Einzelfall behalten wir uns vor, wesentliche Bezugspersonen in die Rückfallanalyse einzubeziehen. Häufig ist es auch notwendig, bestimmte Kleidungsstücke, die zum Beispiel sehr stark mit der Drogenszene verbunden sind, abzugeben. Darüber hinaus versuchen wir, jedem Rückfall in sehr individueller

Weise gerecht zu werden, so dass eine Vielzahl der zusätzlich angewandten Maßnahmen hier nicht im einzelnen dargestellt werden können.

Werden allerdings Suchtmittel in der Einrichtung konsumiert ggf. sogar an Patienten weiter abgegeben, so ist eine Behandlungsbeendigung angezeigt. In diesem Falle ist unter Einbezug der vorbereitenden Beratungsstelle, der Angehörigen und weiterer wichtiger Personen des sozialen Umfeldes (z.B. Betreuer) in der Entlassphase zu klären, welche weiterführenden Maßnahmen sinnvoll sind und unter welchen Voraussetzungen eine Wiederaufnahme der stationären Therapie möglich ist.

## **8. Rückfallprävention**

Da gerade bei drogenabhängigen Patienten häufig ein hohes Maß an Abspaltung, Verleugnung und Verdrängung in Bezug auf rückfallgefährdende Lebenssituationen bestehen, sind rückfallpräventive, zum Teil sehr individuelle Behandlungsmethoden notwendig. Therapiekonzept und Vorgehensweisen müssen so vielfältig sein, wie die auf der Verhaltensebene zu Rückfällen führenden Ereignisse. So haben sich in den letzten Jahren verhaltenstherapeutische Konzepte in Kombination mit dem Rollenspiel bewährt. Neben dem konkreten Ablehnungstraining, in dem sich die Patienten ganz bestimmten, von ihnen selbst erarbeiteten Risikosituationen konfrontieren, kann innerhalb der Gruppe gemeinsam an den typischen Risikosituationen wie z.B. negativen Gefühlszuständen, Ärger, persönlichen Sorgen, sozialen Konflikten, Stimmungsschwankungen und sozialen Verführungen gearbeitet werden. Gerade im Rahmen der Gruppentherapie lässt sich durch die Möglichkeiten des Feedback's die Reflexionsfähigkeit für rückfallgefährdende Entwicklungsprozesse sehr differenziert erarbeiten. Gruppendynamische Aspekte schaffen dann auch häufig die Voraussetzungen für die Bereitschaft, nach alternativen Bewältigungsmöglichkeiten zu suchen.

## **9. Ein exemplarischer Behandlungsverlauf über 26 Therapiewochen**

Der im folgenden dargestellte Behandlungsverlauf begegnet uns bei Drogenpatienten immer wieder, so dass wir uns zum besseren Verständnis des Gesamtprozesses zu einer Darstellung entschlossen haben. Dabei sollen die einzelnen Behandlungsmodule, die bereits im Konzept erwähnt werden, nicht näher ausgeführt werden.

In der Aufnahmephase stehen medizinische, psychosoziale und psychologische Maßnahmen der Diagnostik im Vordergrund. Häufig noch bestehender Nachentgiftungsbedarf zeigt sich insbesondere bei Störungen im Bereich des Schlaf-Wach-Rhythmus, so dass häufig Ein- und Durchschlafstörungen imponieren, die mit den Maßnahmen der physikalischen Therapie und der Ohrakupunktur behandelt werden. Klassische vegetative, protrahierte Entzugssymptome werden ebenfalls mit Akupunktur günstig beeinflusst. Da in der ersten Behandlungsphase das Craving noch besonders hoch ist, erhalten die

Patienten häufigere Einzelkontakte zum Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung.

Im Rahmen des Gesundheitstrainings erfolgt eine intensive Auseinandersetzung auf der informellen-kognitiven Ebene mit dem eigenen Körper, den Einschränkungen und dem daraus resultierenden Wunsch, mehr für den Körper zu tun. So beginnt am Ende der Aufnahmephase ein Konditions- und Fitness-training, das den individuellen Bedürfnissen und medizinischen Notwendigkeiten der Patienten angepasst wird.

Regelmäßige Entspannungsgruppen sind ebenso vorgesehen wie eine Indikationsstellung für den Beginn des arbeitstherapeutischen Prozesses.

Im Rahmen der Sozialberatung werden erste Problemfelder analysiert und Lösungswege aufgezeigt.

Im weiteren Verlauf der stationären Entwöhnungsbehandlung werden gemeinsam mit dem Patienten, neben der Erstellung eines vertieften Lebenslaufes oder Genogramms, Zielsetzungen für die stationäre Therapie erarbeitet. So gilt es jetzt im Sinne einer Prioritätenbildung ein Therapieprogramm zu entwickeln, das in angemessener Form die Erarbeitung erster Ziele zulässt.

Gleichzeitig hat ein arbeitstherapeutisches Trainingsfeld begonnen, in dem viele Patienten die Struktur und den Rahmen als positives Element wahrnehmen. Grenzüberschreitungen müssen ebenso problematisiert werden wie häufig vorkommende Lust-Unlust-Reaktionen und Stimmungsschwankungen angesprochen werden müssen.

Im Rahmen der Arbeitstherapie kommt es zu ersten Bilanzgesprächen im Sinne der Selbst- und Fremdbeurteilung des bisherigen arbeitstherapeutischen Prozesses. Bestehende Problemfelder werden gezielt angegangen, so dass weitere exemplarische Trainingsfelder mit dem Patienten erarbeitet werden können.

Am Ende der 8. Behandlungswoche steht die erste Zwischenbilanz, in der es um eine Selbsteinschätzung des Patienten bzw. Fremdeinschätzung aller Bezugstherapeuten geht. In Anwesenheit des ärztlichen Leiters wird der Patient aufgefordert, die bisherigen Entwicklungsschritte darzulegen und die weitere Zielrichtung der Therapie zu definieren.

Ein zunehmender Vertrauensprozess beinhaltet im weiteren Verlauf der Therapie eine intensive Auseinandersetzung mit den eigenen biographischen Wurzeln ebenso, wie er realitätsbezogen eine kritische Auseinandersetzung mit der häufig mangelnden Impulskontrolle und der geringen Kritik- und Frustrationsfähigkeit zulässt. In der Zunahme der Reflexions- und Introspektionsfähigkeit entwickeln drogenabhängige Patienten Ressourcen, die es ihnen möglich machen, sich selbst wesentlich besser in Beziehung zu anderen zu setzen, sich einschätzen zu lernen und die vielfältigen Behandlungsangebote im Rahmen der Indikationsgruppen für sich intensiv nutzen zu können.

Gerade im Rahmen körpertherapeutischer Maßnahmen gelingt es, eigene auto-destruktive Kräfte wahrzunehmen und einen positiveren Bezug zum eigenen Körper herzustellen. Die Wahrnehmung eigener regressiver Bedürfnisse und der damit verbundene Aufbau von Vertrauen an eine Umwelt, die in der Vergangenheit häufig nicht als vertrauenswürdig erlebt wurde, kann

somit wesentlich verbessert werden. So gelingt es gerade in dieser Behandlungsphase, mit dem Patienten häufig im Sinne einer emotionalen Nachreifung eine zunehmende Identität aufzubauen, in der Wertmaßstäbe und moralische Instanzen reifen können.

Der Einbezug von Angehörigen ist in dieser Behandlungsphase oft sehr sinnvoll und bedeutsam, so dass es dem Patienten ein Bedürfnis geworden ist, eigene Stärken darzustellen und die neue gewonnene Selbstachtung auch im Kontakt mit Angehörigen einzusetzen.

Im Einzelfall werden aber auch Verletzungen und traumatisch erlebte Ereignisse aus der Vergangenheit im Rahmen der Angehörigengespräche problematisiert.

Die zunehmende Außenorientierung durch Ausgänge, Tagesausgänge, Wochenendheimfahrten und gezielte Expositionsmaßnahmen, auf die die Patienten sehr differenziert vorbereitet werden, machen drogenabhängigen Patienten deutlich, dass durch die Abkehr von der Drogenszene häufig nahezu der gesamte Freundeskreis nicht mehr zur Verfügung steht. In der Verarbeitung dieses eher schmerzlichen Erlebnisses liegt eine erhebliche Rückfallgefährdung, da in dieser Phase die soziale Einsamkeit und Isolation deutlich wird.

In der 16. Behandlungswoche wird ein zweites Zwischenbilanzgespräch mit den Bezugstherapeuten und dem ärztlichen Leiter in Anwesenheit des Patienten durchgeführt. Erneute werden weitere Entwicklungsschritte ebenso dargestellt wie die Zielsetzungen für die weitere Therapie zusammengetragen.

Im weiteren Verlauf stehen Expositionsmaßnahmen im Sinne der individuellen Rückfallprävention neben der Weiterführung des psychotherapeutischen Prozesses und den zunehmenden Belastungserprobungen im arbeitstherapeutischen Prozess im Vordergrund.

Gerade im arbeitstherapeutischen Prozess geht es jetzt durch eine Belastungserprobung, ein internes oder externes Praktikum darum, berufliche Ziele zu fokussieren und eine realistische Selbsteinschätzung einzunehmen. Sozialberatung und sozialmedizinische Hilfestellungen sind in dieser Behandlungsphase zusätzlich notwendig. Häufig wird in dieser Phase die Indikation für eine Adaptionbehandlung mit dem Patienten problematisiert und durch Vorstellung in einer Adaptionseinrichtung auch umgesetzt.

Bei sozial noch ausreichend integrierten Personen gilt es, die eigene Wohnsituation kritisch zu überprüfen und ggf. die Zugehörigkeit zu einer therapeutischen Wohngemeinschaft zu initiieren.

Um das zentrale Ziel der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit weitgehend zu sichern, ist eine enge Zusammenarbeit mit den Arbeitsämtern und der Berufsberatung notwendig, um alle Möglichkeiten zur Teilhabe am Arbeitsleben aus-zuschöpfen.

In der letzten Phase der stationären Entwöhnung steht eine emotionale Ablösung von den Mitarbeitern der Einrichtung, aber auch von vielen Patienten, mit den Freundschaften geschlossen wurden, im Vordergrund. Hier kommt es häufig zu Verhaltensrückfällen mit erneuter Ungeduld und Impulsivität. Da viele

Patienten in ihrer eigenen Sozialisation kaum Anerkennung und Wertschätzung erfahren oder für andere Menschen erübrigten, ist in dieser Behandlungsphase ein wertschätzendes angemessenes miteinander Umgehen wesentlich.

Als weitere notwendige Angebote in der Überleitungsphase gilt es alle weiterführenden Maßnahmen der ambulanten oder teilstationären Rehabilitation ebenso zu prüfen, wie die feste Zugehörigkeit zu einer geeigneten Selbsthilfegruppe zu problematisieren. Im Einzelfall notwendige zusätzliche individuelle Behandlungshilfen, die sich an noch offenen Fragestellungen orientieren, müssen ebenso angemessen erörtert werden.

## **10. Anforderung an das Rehabilitationsteam**

Anders als bei alkoholabhängigen Patienten erleben wir in der Anfangsphase der Therapie bei Drogenpatienten häufig ein scheinbares Desinteresse, so dass viele Patienten eher zurückhaltend und mißtrauisch sind. Beschaffungskriminalität, Gefängniserfahrung, Drogenszene, Erfahrung mit Polizei und Staatsanwaltschaft machen diese Prüfungsphase aus der Sicht der Patienten wohl notwendig, um dann unsere Angebote im Sinne der gemeinsamen Zielentwicklungen in Anspruch zu nehmen.

Im Kommunikations- und Umgangsstil mit drogenabhängigen Patienten achten wir sehr auf Klarheit und Wertschätzung. Eine Ansprache in der Sie-Form gewährleistet implizit, dass wir in Patienten selbstverantwortliche und erwachsene Persönlichkeiten sehen. Was die Umgangsformen und die Begrifflichkeiten aus der Drogenszene betrifft, so drücken wir bereits früh unsere Erwartungen aus, aktiv an dem Aufbau einer suchtmittelfreien Lebensform zu arbeiten und sich der szenetypischen Sprache zu entledigen.

Überdurchschnittlich viele drogenabhängige Patienten weisen frühe Störungsbilder auf. Nach Rost (1987) führt dies in der Persönlichkeitsentwicklung häufig zu ausgeprägten Abwehrmechanismen im Sinne der Spaltung. Nur so wurden häufig traumatische Ereignisse überlebt. Einzelne Mitarbeiter werden idealisiert, andere ohne kritische Prüfung entwertet. Weder die Idealisierung noch die Entwertung sind auf Dauer für eine tragfähige Beziehung sinnvoll. Für die Mitarbeiter ist es wichtig, Spaltungstendenzen wahrzunehmen und auszugleichen. Durch regelmäßigen Austausch in Teamsitzungen und Fallbesprechungen gelingt es, entstehende Konflikte und Spannungen im Rehabilitationsteam zu problematisieren und zu bearbeiten.

Kommt es zu Grenzüberschreitungen im Sinne von Beleidigungen oder Entwertungen einzelner Mitarbeiter, legen wir großen Wert auf die direkte Klärung des Vorfalls mit dem betroffenen Mitarbeiter. Hierzu kann im Einzelfall die Unterstützung des Bezugstherapeuten notwendig werden. Eine ausreichende Intervision und Supervision ist daher zum Gelingen eines therapeutischen Prozesses sinnvoll und notwendig.

## **11. Schlussbemerkung**

Um die in den letzten Jahren gemachten positiven Erfahrungen mit der integrierten Behandlung alkohol- und drogenabhängiger Patienten zu untermauern, bedarf es in der Zukunft auch eines empirischen Nachweises. So verdanken wir im Rahmen der hausinternen Patientenbefragung viele Anregungen und Hinweise für die integrierte Behandlung Patienten, die uns Mut machten, diesen zum Teil auch schwierigen Weg weiter zu verfolgen.

## 12. Literatur

Neben der umfangreichen Suchtliteratur sind hier nur einige wenige Veröffentlichungen aufgeführt, die insbesondere bei der Erstellung des Ergänzungskonzeptes ziieldienlich waren.

- |                             |   |
|-----------------------------|---|
| Eschenberg- Wildpark-Klinik | Integratives Behandlungsmodul für polytoxikomane Patienten, Hennef, 2001  |
| Kernberg, O.F.              | Objektbeziehungen und Praxis der Psychoanalyse<br>Stuttgart, 1985   |
| Körkel, J.                  | Praxis der Rückfallbehandlung<br>Blaukreuz-Verlag, Wuppertal, 1991  |
| Körkel, J.                  | Mit dem Rückfall leben<br>Psychiatrie-Verlag, Bonn, 1993  |
| Lange, K.J.                 | Differenzierung der Strafvorschriften nach dem Gefährdungspotential verschiedener Drogentypen. In: M. Adams u. a.: Drogenpolitik. Meinungen und Vorschläge von Experten<br>Freiburg, 1989 |
| Schmidtobreck, B.           | Drogenpolitik und Drogenhilfe<br>Positionen des Deutschen Caritasverbandes in Reindl R. Drogen- und Strafjustiz<br>Lambertus-Verlag, Freiburg, 1994                                       |