

FACHKLINIK SCHLOZ
Klinik für alkohol- und
medikamentenabhängige Frauen

THERAPIE- KONZEPT

Besonderheiten: Frauenspezifischer Ansatz
Ressourcenorientierte individuelle Behandlung
Selbstmanagement-Ansatz
Behandlung von Klientinnen mit Doppeldiagnosen

Ikarusweg 14
72250 Freudenstadt
Telefon 07441/919505-0
Fax 07441/919505-44
IK: 260 821 434

„Die Würde des Menschen ist unantastbar“

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

Mein besonderer Dank gilt dem Inhaber und Verwaltungsleiter der Klinik, Herrn Vetter, für seinen Rückhalt und die konstruktive Zusammenarbeit.

Abass Abtahi

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

Hypnotherapeut (M.E.G.)

Ärztlicher und Psychotherapeutischer Leiter

Verantwortlich für den Inhalt und die

Umsetzung des Konzeptes.

Inhaltsverzeichnis

0. Inhaltsverzeichnis	3
1. Die Fachklinik	4
2. Welche Klientinnen behandeln wir?	5
3. Ausschlusskriterien	5
4. Aufnahmeverfahren	6
5. Therapiedauer	6
6. Unsere Behandlungsphilosophie	7
6.1 Verständnis der Suchterkrankung	7
6.2 Therapeutische Grundregeln	8
6.3 Frauenspezifischer Ansatz	10
6.4 Abhängigkeit im Alter und ihre Behandlung	12
6.5 Suchtmittel und Persönlichkeitsstörungen	14
6.6 Suchtmittel und Depression	15
6.7 Suchtmittel und Angst.....	16
6.8 Suchtmittel und Psychose	17
6.9 Suchtmittel und posttraumatische Belastungsstörung	18
6.10 Psychosomatische Störungen	22
7. Therapieziele	24
8. Bausteine unserer Behandlung	26
8.1 Medizinische Behandlung	26
8.2 Einzeltherapie.....	28
8.3 Gruppentherapie.....	29
8.4 Angehörigenarbeit.....	29
8.5 Gruppe „Soziales Kompetenztraining“	30
8.6 Lebens- und Freizeitgestaltung	31
8.7 Selbsterfahrungsgruppe.....	32
8.8 Arbeitstherapie	32
8.8.1 Arbeitsdiagnostik	33
8.8.2 Arbeitsüberbelastung / Arbeitssucht	35
8.8.3 Die indikative Gruppe für Arbeit und Arbeitslosigkeit	36
8.8.4 Interne Arbeitstherapie	37
8.8.4.1 Hausinterne Arbeit	37
8.8.4.2 Bürotraining	38
8.8.5 Externe Arbeitserprobung	39
8.9 Ergotherapie	40
8.10 Entspannungsverfahren	41
8.11 Sport- und Physiotherapie	42
8.12 Vorträge und Wissensvermittlung	43
8.13 Workshops	43
8.14 Indikative Gruppen	45
8.15 Freiwillige Angebote.....	47
9. Verlauf der Behandlung	48
10. Wochenplan für eine Klientin.....	51
11. Rückfälle und unser Umgang damit	54
12. Festigungs- und Prophylaxebehandlung	55
13. Auffang- und Wiederholungsbehandlung	56
14. Das therapeutische Team	56
15. Qualitätsmanagement, Dokumentation und Supervision	57
16. Hausordnung	59
17. Literaturverzeichnis.....	64

1. Die Fachklinik

Die Fachklinik Schloz befindet sich am Stadtrand des heilklimatischen Kurortes Freudenstadt im Schwarzwald in 700 m Höhe.

Freudenstadt und Umgebung vereint alle Attraktivitäten des Schwarzwaldes auf ideale Weise in sich. Die außergewöhnliche Natur mit Wäldern und Seen, mit zahlreichen Spazier- und Wanderwegen, bietet Ruhe, Entspannung und faszinierende Erlebnisse.

Die Fachklinik Schloz wurde 1970, in einer Zeit, zu der es in Deutschland kaum Fachkliniken ausschließlich für Frauen gab, von Helmut Schloz, Vorstandsmitglied des Bundesverbandes für Suchtkrankenhilfe des Diakonischen Werkes und anerkannter Pionier der Suchtarbeit, gegründet.

Die Klinik liegt abseits der Straße in einem parkähnlichen Garten und besteht aus dem Birkenhaus (seit 1970) und dem Wiesenhaus (Neubau 1981) mit zusammen 39 Betten (13 Zwei-Bett-Zimmer, 13 Einzelzimmer mit Balkon). Durch die überschaubare Größe der Einrichtung und dem Stil der beiden Häuser, die so gar nicht an eine Klinik erinnern, entsteht eine *familiäre Atmosphäre*. So wird eine vertrauensvolle Beziehung als wichtiger Wirkfaktor des therapeutischen Prozesses geschaffen.

Die Möglichkeit, zu Fuß den Stadtkern innerhalb von 15 Minuten zu erreichen, begünstigt die Teilnahme am Stadtleben und kulturellen Angeboten, wobei günstige Trainingsmöglichkeiten für therapeutisch notwendige soziale Lernprozesse in unterschiedlichen Kontexten gegeben sind.

Die Fachklinik Schloz ist eine Privatklinik nach § 30 Gewerbeordnung.

- Unser Haus wird überwiegend von der Deutschen Rentenversicherung Bund belegt, nach § 13, Abs. 1, SGB VI, außerdem von verschiedenen regionalen Rentenversicherungsträgern und allen nach SGB V definierten Kassenarten.
- Selbstzahlerinnen und Beihilfebezieherinnen können unser Haus ebenfalls in Anspruch nehmen.
- Ein Versorgungsvertrag nach § 111 Abs. 2 SGB V mit den Landesverbänden der gesetzlichen Krankenkassen ist abgeschlossen.

2. Welche Klientinnen behandeln wir?

- Frauen ab 18 Jahren, bei denen eine Alkohol- und / oder Medikamenten*abhängigkeit* vorliegt;
- Ebenso Frauen, bei denen ein Alkohol- und / oder Medikamenten*mißbrauch* besteht;
- Zudem im Rahmen einer Festigungsbehandlung Frauen, die noch abstinent leben, sich jedoch aktuell als rückfallgefährdet erleben.
- Klientinnen, die außer der Suchterkrankung noch eines oder mehrere der folgenden Krankheitsbilder aufweisen:
 - ⇒ Persönlichkeitsstörungen,
 - ⇒ Ängste und Phobien,
 - ⇒ Depressionen,
 - ⇒ Posttraumatische Belastungsreaktionen, beispielsweise nach sexuellem Missbrauch oder Gewalterfahrung,
 - ⇒ Psychosen ohne akute Symptomatik.

3. Ausschlusskriterien

Nicht behandelt werden können Klientinnen

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

Im Einzelfall wäre zur Klärung einer Aufnahmemöglichkeit ein *telefonischer Kontakt oder Vorgespräch* in unserer Klinik sinnvoll.

4. Aufnahmeverfahren

Alle Interessenten können schriftliche Informationen bei uns einholen oder einen Termin für ein Erstkontaktgespräch und Besuch in der Klinik vereinbaren.

Vor der Aufnahme benötigen wir in der Regel folgende Unterlagen:

- **Bestätigung** einer ambulanten oder stationären **Entgiftung**
- **Arztbericht**
- **Sozialbericht** einer Suchtberatungsstelle, eines betrieblichen Sozialdienstes oder eines Sozialdienstes im Krankenhaus
- **Leistungsbescheid** eines Leistungsträgers
- **Freiwilligkeitserklärung**, d.h. das schriftliche Einverständnis, dass die Klientin die Behandlung auf freiwilliger Basis beginnt

Wir verstehen uns als ein Glied in der therapeutischen Kette. Deshalb empfehlen wir allen Klientinnen – falls sie noch nicht in regelmäßiger ambulanter Betreuung einer **Beratungsstelle** oder eines betrieblichen Sozialdienstes sind – vor der Aufnahme eine **Kontaktaufnahme** mit diesen Stellen.

5. Therapiedauer

- Die Behandlungsdauer beträgt in der Regel 16 Wochen und richtet sich nach den Bedürfnissen und Problemstellungen der Klientinnen.
- Um einen Rückfall möglichst rasch wieder aufzufangen, bieten wir motivierten Klientinnen eine 8- bis 10wöchige **Auffang- und Wiederholungsbehandlung** an.
- Für diejenigen, die nach erfolgreicher Entwöhnungsbehandlung rückfallgefährdet sind und damit erhebliche Probleme im beruflichen, familiären und sozialen Leben bekommen können, bieten wir eine **Festigungs- und Prophylaxebehandlung** an, deren Dauer *individuell* festgelegt wird.

Nach den *individuellen* Erfordernissen der Klientin und dem Verlauf der Therapie kann die Regelverweildauer auch unter- oder in Ausnahmefällen überschritten werden.

Unsere Erfahrungen zeigen, dass jüngere Klientinnen, Klientinnen mit größeren psychosozialen Defiziten und somatischen Erkrankungen sowie Doppeldiagnosen eine längere Behandlungszeit benötigen.

6. Unsere Behandlungsphilosophie

6.1 Verständnis der Suchterkrankung

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

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

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

Viele suchtkranke Menschen zeigen bereits früh in ihrer Lebensgeschichte Merkmale, die sie für die Suchterkrankung verletzlich und anfällig machen. Sie sind allgemein überdurchschnittlich sensibel für unangenehme Gefühle und tendieren mehr zur Erregungssuche. Ihre Kontrollsysteme und die Möglichkeiten des Selbstmanagements sind in manchen Bereichen geringer. Sie sind impulsiv, haben eine weniger stark ausgeprägte Frustrationstoleranz und neigen daher dazu, external zu attribuieren. Diese Präpositionen sowie bestimmte Sozialisations- und Lernprozesse stellen eine Vulnerabilität dar, die den betroffenen Menschen anfällig für den Missbrauch von Suchtmitteln macht. Die kurzfristig positiven Konsequenzen verstärken das Konsumverhalten zunächst und führen zu Einschränkungen der Verhaltenskontrolle. Damit wird häufig ein *circulus vitiosus* in Gang

gesetzt. Die verstärkte Einnahme des Suchtmittels zieht intrapsychische, interpersonelle und gesundheitliche Probleme nach sich, denen mit weiterem Suchtmittelkonsum begegnet wird. Zusätzlich führen dysfunktionale Grundannahmen, wie die Überschätzung der positiven Wirkungserwartungen des Suchtmittels und die Unterschätzung der Selbstwirksamkeitserwartungen zu einer weiteren Aufrechterhaltung des Konsums.

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

Im Mittelpunkt unseres therapeutischen Handelns steht das betroffene *Individuum* mit seinen psychischen, sozialen und somatischen Bedingungen.

Unsere Therapeuten/innen helfen der Klientin, ihre dysfunktionalen Grundannahmen, ihre Denkweise und die dazugehörigen Emotionen und Verhaltensmuster wahrzunehmen und zu überprüfen, mit dem Ziel, adäquatere Bewältigungsstrategien zu entwickeln.

Die Entwicklung der Suchterkrankung bei einer Frau hat darüber hinaus eine spezifische Dynamik und Ursache, entsprechend der weiblichen Sozialisation und der gesellschaftlichen Rollen, die im Kontext des Normenwandels und der Lebens- und Arbeitsbedingungen stehen.

6.2 Therapeutische Grundregeln

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

In unserer Klinik sind Ärzte/Ärztinnen, PsychologInnen, SozialtherapeutInnen, SozialpädagogInnen psychotherapeutisch tätig, die ihre therapeutische Qualifikation in wissenschaftlich anerkannten Verfahren erlangt haben.

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

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

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

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

Unser Therapieansatz basiert auf folgenden Grundannahmen:

- Die aktive Rolle der Klientin bei der Gestaltung ihrer Therapie in Einklang mit therapeutischen Regeln und Prinzipien ist ein wichtiges Lern- und Übungsfeld für die Übernahme eigener Verantwortung

(Prinzip der Eigenverantwortung und Selbstbestimmung).

- Die therapeutischen Interventionen werden so gering als möglich entsprechend des momentanen Zustandes der Klientin dosiert, so dass diese die Selbstheilungskräfte und die eigenen Ressourcen der Klientin ergänzen und ihre Autonomie fördern

(Prinzip der minimalen Interventionen).

- Eine weitere wichtige Grundregel ist *Individualität*: Wir akzeptieren die Klientin in ihrem Selbstbild und versuchen, sie dort abzuholen, wo sie steht.

Die Klientin wird durch eine positive Grundeinstellung, Anteilnahme, respektvollen Umgang mit ihren Erfahrungen im Leben als auch bei ihrer Suchtentwicklung ernst genommen, ebenso in ihrem Selbstbild, ihren Hoffnungen und Erwartungen. Die therapeutische Beziehungsarbeit verstärkt das Selbstwertgefühl und die Selbstreflexion der Klientin. Der Gedankenaustausch über Wünsche und Therapiezielvorstellungen und die gemeinsame Suche nach Veränderungsmöglichkeiten bieten die Basis für die Gestaltung eines *individuellen* Therapieplanes **(Prinzip der Individualität).**

- Der Mensch mit seinen Ressourcen und Problemen ist eingebettet in zusammenhängende bio-psycho-soziale Gefüge. Dieses ganzheitliche Prinzip setzen wir in unserer multidisziplinären Arbeit bei Diagnostik und Behandlung um

(Prinzip der ganzheitlichen Betrachtung und ganzheitlichen Therapie).

- Durch einen prinzipiellen Pluralismus der Werte, der Weltanschauungen und des Lebensstils wird eine günstige, tolerante Atmosphäre für die Suche nach *individueller* Entfaltung, eigenem Lebensweg und eigenen Problemlösungen geschaffen (**Prinzip des Werte-Pluralismus**).
- Die Klientin wird ständig über den Behandlungsverlauf informiert; die Planung und Durchführung der Therapie geschieht in gemeinsamer Absprache. Therapeutische Vorgehensweisen und Resultate und ihre Evaluation werden regelmäßig dokumentiert und bewertet (**Prinzip der Transparenz und Mitbestimmung**).

6.3 Frauenspezifischer Ansatz

Abhängigkeitsentwicklungen bei Frauen haben ihre besondere Dynamik und Spezifität. Alkohol und Medikamente werden bei Krisen und Konflikten zur Selbstmedikation eingesetzt. Das Suchtmittel dient als Selbstheilungsversuch und Überlebensmechanismus, insbesondere bei Frauen mit Gewalt- und Missbrauchserfahrungen. Auf diesen und den folgenden Tatsachen basiert unsere therapeutische Aufmerksamkeit:

1. Die Abhängigkeitserkrankungen bei Frauen werden gesellschaftlich stärker stigmatisiert, woraus sich häufiger Schamgefühle entwickeln; sie erhalten oft weniger familiäre Unterstützung als Männer.
2. Frauen neigen stärker zu Schuldgefühlen.
3. Frauen leben häufiger in materiellen und emotionalen Abhängigkeiten und erleben sich häufiger ohnmächtig.
4. Es entstehen Rollenkonflikte zwischen Anpassung und Selbstverwirklichung.
5. Frauen definieren ihren Selbstwert stärker über die Beziehungen als Männer. Beziehungsprobleme führen häufig zu Stress, dem oft mit Suchtmitteln begegnet wird.
6. Frauen haben häufiger als Männer ein ambivalentes bzw. gestörtes Verhältnis zu ihrem Körper, was sich unter anderem in Essstörungen widerspiegelt.
7. Auf Grund von sexuellen Grenzüberschreitungen entstehen häufig posttraumatische Belastungsreaktionen, latente Suizidalität, dissoziative Störungen, Abspaltungen, Angst und Panikattacken.

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

In diesem Rahmen sind wir offen für die Bearbeitung von Themen wie z.B. Partnerschaft, Trennung bzw. Scheidung, Mutter-/Tochter-/Sohn-Beziehungen, unerfüllter Kinderwunsch, Schwangerschaftsabbruch, Adoption, sexuelle Gewalt und Grenzverletzungen, Belästigung am Arbeitsplatz, sexuelle Identität und Prostitution.

Wir sind eine reine Frauenklinik, in der der Wunsch der Klientin nach einer weiblichen Therapeutin oder einem männlichen Therapeuten, wenn möglich und machbar, berücksichtigt wird. So geben wir den äußeren Rahmen und Schutzraum, sich zu öffnen, wobei die beständige Betreuung durch eine/n Bezugstherapeuten/in wesentlich hierzu beiträgt. Außerdem gibt es in unserer Klinik spezielle Angebote, die sich an den oben genannten Besonderheiten der Suchtentwicklung bei Frauen orientieren (Frauenworkshop, Workshop „Selbst ist die Frau“, Selbstverteidigungskurs, Gruppe für sexuelle Fragen).

Frauenspezifisch heißt für uns, Frauen in einem neuen Frauenbild und Selbstverständnis zu fördern und dabei zu unterstützen, wobei auch die Therapeutinnen Identifikationsmodell sein können. Die Auseinandersetzung im schützenden Rahmen einer reinen Frauengruppe mit sich und anderen Frauen bietet unseren Klientinnen einen sinnvollen und direkten Weg, das Bild von sich selbst und den eigenen Rollenvorstellungen in ihrem Sinne zu verändern.

Wir haben es in unserer therapeutischen Arbeit mit Frauen häufig mit Abhängigkeitserkrankungen als Folge von sexuellen Traumatisierungen und Gewalterfahrungen zu tun. Deshalb stellen wir uns grundsätzlich bei jeder spezifischen Symptomatik unserer Klientinnen die Frage nach einem möglichen Zusammenhang mit erlebter sexueller Gewalt, wobei die betroffenen Frauen nicht auf den Opferstatus reduziert, sondern als mehrumfassende Persönlichkeiten begriffen werden.

Für uns ist es selbstverständlich, daß sich alle PsychotherapeutInnen, die in unserer Klinik beschäftigt sind, mit dieser Thematik persönlich befasst und auch fachlich weitergebildet haben.

Den wichtigsten Stellenwert bei der Verarbeitung dieser Themen bildet die Beziehung zwischen TherapeutIn und Klientin. Deshalb ist von den TherapeutInnen ein aktives Bemühen um die Beziehung gefordert, um der Klientin eine korrigierende frauenfreundliche Beziehungserfahrung zu ermöglichen. Das einfühlsame, wertschätzende und erlaubnisgebende therapeutische Setting gibt der Klientin die Sicherheit, die sie braucht, um ihr Schweigen brechen zu können und um sich an die verdrängten und verschütteten Gefühle heranzuwagen, wobei sie selbst die Kontrolle behält und Grenzen setzen darf.

Gefühle wie Schuld und Scham, Ohnmacht und Hilflosigkeit, Wut und Hass müssen angesprochen werden und brauchen Raum. Diese Gefühle können zwischenzeitlich zu verstärkten Krisen führen, deren Bearbeitung intensivere Begleitung erfordert.

Wesentlicher Aspekt bei der Arbeit mit Traumatisierungen und Gewalterfahrungen ist das Aufspüren und die Würdigung von Ressourcen, die es den Frauen ermöglicht haben, diese Geschehnisse trotz allem zu überleben.

Dementsprechend sind die Therapieziele eine Verbesserung der Beziehungsfähigkeit und eine Förderung der Selbstempathie, um destruktives Verhalten loslassen zu können. Diese Form der Traumaverarbeitung soll eine Enttraumatisierung und damit verknüpft eine Verbesserung der Lebensqualität schaffen.

6.4 Abhängigkeit im Alter und ihre Behandlung

Die Zahl der abhängigen älteren Menschen steigt - selbst im höheren Alter ist eine Suchtentwicklung möglich. Der neue Lebensabschnitt verlangt eine dem Alter entsprechende Umorientierung. Mit dem Ausstieg aus dem Berufsleben und dem Wegfallen von sozialen Aufgaben entsteht oft das Gefühl, nicht mehr gebraucht zu werden. Verlust des Partners, Angst vor Ablehnung und Abgeschobenwerden sind Belastungen, denen besonders alleinstehende Frauen häufig ausgesetzt sind. Isolation und Einsamkeit sind bei der Klientin oft Nährboden für eine einseitige Konzentration auf ihr körperliches und seelisches Befinden. Die alten Traumata aus ihrer Lebensgeschichte tauchen auf, und nicht bearbeitete Kriegs- und

Nachkriegserfahrungen überfordern die Klientin. Hinzu kommen körperliche Gebrechen, soziale Unsicherheit, finanzielle Engpässe und Sorgen.

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

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

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

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

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

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

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

6.5 Suchtmittel und Persönlichkeitsstörungen

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

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

Viele wissenschaftliche Studien zeigen eine sehr hohe Komorbidität zwischen Alkoholabhängigkeit und Persönlichkeitsstörungen („Alkoholiker erfüllen in bis zu 80 % der Fälle die Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung“, Feuerlein, 1998, S. 69). Diese Statistiken geben jedoch nur wenig Auskunft über frauenspezifische Störungen, insbesondere über histrionische, dependente und selbstunsichere Persönlichkeitsstörungen, was für unsere therapeutische Haltung und Arbeit jedoch ausschlaggebend ist. Ferner werden diese Erhebungen deutlich durch die Überlappungen der diagnostischen Kriterien der Persönlichkeitsstörung und Abhängigkeitserkrankung beeinflusst.

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

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

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

6.6 Suchtmittel und Depression

Etwa ein Fünftel der Bevölkerung erkrankt mindestens einmal im Laufe des Lebens an einer depressiven Störung, wobei das Verhältnis von Frauen im Vergleich zu Männern 7 : 3 beträgt. Neue epidemiologischen Studien weisen auf die spezifische Rolle affektiver Störungen bei der Entwicklung weiblicher Abhängigkeitserkrankungen hin, wobei die Komorbidität von Suchtmittelabhängigkeit und affektiven Störungen multifaktoriell ist. Jede Erkrankung kann primär, sekundär oder unabhängig voneinander auftreten.

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

Unsere Therapie orientiert sich an der kognitiven Verhaltenstherapie nach Beck (1994), bei der die Klientin lernt, ihre dysfunktionalen Kognitionen, ihre Affektivität, ihre

Körperempfindungen und ihre alltäglichen Aktivitäten sowie deren dynamische Wechselwirkungen wahrzunehmen und zu überprüfen. In diesem Rahmen wählen wir entsprechend der Bedürfnisse, Wünsche und dem psychopathologischen Zustandsbild der Klientin unsere therapeutische Vorgehensweise, die in gemeinsamer Planung von BezugstherapeutIn und Klientin gestaltet wird.

In der psychoedukativen Gruppe bekommt die Klientin Informationen über Depressionen, Verlauf, Behandlungsmöglichkeiten und medikamentöse Therapie.

Die Klientin wird motiviert, die Ereignisse des Tages, ihre Aktivitäten und dazu aufgetretene Kognitionen und Emotionen sowie ihre aktuellen Gedanken detailliert in ihrem Tagebuch aufzuschreiben und gemeinsam mit dem/der Bezugstherapeuten/in zu reflektieren.

In der Ergo- und Arbeitstherapie und bei den Entspannungsverfahren hat die Klientin die Möglichkeit, ihre Wahrnehmungen und Fähigkeiten realistisch einzuschätzen.

In der Memory-Gruppe trainiert sie ihre Konzentration, Aufmerksamkeit und ihr Gedächtnis und lernt, sich mit kreativen Tätigkeiten ohne Suchtmittel sinnvoll zu beschäftigen.

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

6.7 Suchtmittel und Angst

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

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

Außerdem sollen die Klientinnen durch gezielte Strategien lernen, ihre Angst zu bewältigen, indem sie dieses Gefühl und die damit verbundenen Körperempfindungen umbewerten und sich ihnen durch verhaltenstherapeutische Übungen wie z.B. systematische Desensibilisierung oder Expositionstraining stellen.

6.8 Suchtmittel und Psychose

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

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

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

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

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

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

Die Neuroleptikabehandlung begleitende Schulung wird als pädagogischer Einstieg in eine konzeptvermittelnde Arbeit benutzt. Die Klientin lernt, eigenverantwortlich mit ihren Medikamenten umzugehen und wird über den Sinn einer Langzeitmedikation informiert.

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

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

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

6.9 Suchtmittel und posttraumatische Belastungsstörung

Jeder Mensch ist in seinem Leben mehr oder weniger gravierenden Belastungen ausgesetzt, die zu seelischen Störungen führen können.

Die posttraumatische Belastung geht auf ein extrem traumatisches Erleben zurück, das mit schweren seelischen und/oder körperlichen Verletzungen einhergeht. Das psychische Trauma ist ein vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit, Ohnmacht und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt (*Fischer/Riedesser: Lehrbuch der Psychotraumatologie, 1998*).

Bei Frauen mit PTBS ist Suchtmittelmissbrauch häufig ein Versuch der Selbstmedikation, der Einsatz von Suchtmitteln ist im Sinne einer Überlebensstrategie zu sehen, d.h., es ist ein Versuch, traumatische Erlebnisse zu bewältigen, der meist auch einige Zeit gelingt, dann aber in eine Suchtmittelabhängigkeit münden kann und so waren in den letzten Jahren 10 bis 15 % unserer Klientinnen mit der Zweitdiagnose PTBS in Behandlung, die Tendenz ist steigend.

Eine Studie an 213 Patienten aus der Fachklinik Wilhelmsheim für Alkohol- und Medikamentenabhängige belegt hierzu folgende Zahlen: 54,8 % der weiblichen und 47,4 %

der männlichen Patienten haben manchmal, häufig oder sehr oft leichte Formen der körperlichen Gewalt im Laufe ihres bisherigen Lebens erfahren. Der Anteil der Frauen, die manchmal, häufig oder sehr oft schwere Formen der körperlichen Gewalt erlebt haben (26 %) ist signifikant größer als der entsprechende Anteil der Männer (15,2 %). Im Interview berichteten 32,3 % der Patientinnen und 4,5 % der Patienten von sexuellem Missbrauch. 32 % der Personen mit körperlicher Gewalterfahrung in Kindheit und Jugend erlebten auch im Erwachsenenalter wieder körperliche Gewalt. 48,5 % der Personen, die in der Kindheit und Jugend körperliche Gewalt erlebt haben, übten auch selber Gewalt aus. Die Befunde stützen die Reviktimisierungshypothese und legen nahe, dass männliche und weibliche Patienten mit Gewalterfahrungen auch selbst Gewalt ausüben. Die Ergebnisse sprachen dafür, Gewalterfahrung und Gewaltverhalten in den Fokus der Abhängigkeitsbehandlung zu nehmen.

Wie bereits unter Punkt 6.3 des Konzeptes beschrieben, sind Frauen häufig Opfer von sexuellen Traumatisierungen sowohl in der Kindheit als auch im Erwachsenenalter.

Frauen mit traumatischen Belastungserlebnissen sind in ihrem Befinden gestört und erfahren erhebliche Einschränkungen in vielen Lebensbereichen:

PTBS-Symptomatik nach ICD10:

- Depressionen
- Angst- und Panikattacken
- Vermeidungsverhalten, z.B. von Triggerreizen oder angstbesetzten Situationen
- Nachhallerinnungen (Flashbacks)
- Selbstwertstörungen
- Schuld- und Schamgefühle
- Entfremdungserleben bis hin zur Dissoziation
- Extremes Misstrauen
- Störungen der Beziehungsfähigkeit

Somatoforme Störungen:

- Unruhezustände
- Schlafstörungen und andere vegetative Störungen
- Störungen der Körperwahrnehmung und der Sexualität

- Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen
- Essstörungen

Eine solch umfassende Störung der Befindlichkeit der traumatisierten Frau wie oben beschrieben wird, erfordert ein vielfältiges, ressourcenorientiertes Behandlungsangebot.

Eine konsequente ressourcen- und lösungsorientierte Haltung durchzieht als wesentliches Element die gesamte Behandlung, als Gegenpol zu dem Erleben vieler traumatisierter Frauen von andauernder Hilflosigkeit, Kontrollverlust und dem Gefühl eigener Wertlosigkeit.

Übereinstimmend gehen inzwischen alle psychotherapeutischen Schulen von drei Phasen in der Traumatherapie aus:

1. Stabilisierung
2. Traumasynthese (Exposition)
3. Phasen der Trauer, Neuorientierung (Integration)

(nach Reddemann/Sachsse-Traumazentrierte Psychotherapie 2001,

nach Huber Michaela „Trauma und die Folgen“ und „Wege der Traumabehandlung“ 2003)

Als Hauptaufgabe für unsere therapeutische Arbeit sehen wir folgende Ziele:

- Erlangung einer stabilen Abstinenz
- Einleitung einer weiterführenden intensiven Traumatherapie

Suchtmittelmissbrauch wurde bisher von den Klientinnen zur psychischen Stabilisierung benutzt. Durch die Suchtmittelabstinenz kommt es häufig zu einer psychischen Instabilität, da jetzt die Symptomatik der PTBS bewusst erlebt wird.

Daher legen wir unseren Schwerpunkt auf die **Phase 1 (Stabilisierungsphase)**. Grundvoraussetzung hierfür ist der Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung. Wir interessieren uns für die Klientin als ganzen Menschen, nicht nur als süchtige und traumatisierte Frau.

Diese Haltung schafft eine Atmosphäre der Zusammenarbeit und des Vertrauens.

Wenn dieser wichtige Schritt gelungen ist, können die Hauptziele der Stabilisierungsphase erarbeitet werden:

1. Affektkontrolle
2. Ressourcen etablieren
3. Beziehungsfähigkeit ausbauen

Wichtige einzelne Themen und Schritte dieser Phase:

1. Systematisches Aufsuchen und Unterstützung der inneren Ressourcen und Selbstheilungskräfte, Erfahrung der Selbstwirksamkeit und Wiederentdeckung der Genussfähigkeit
2. Wirksamer Umgang mit dissoziativen Zuständen, Identifizieren von Triggersituationen; Flashback-Kontrolle
3. Imaginationenübungen: Positive innere Gegenwelten erschaffen (innerer sicherer Ort, Tresorübung, innere Helfer usw.)
4. Grenzen bei sich selbst und anderen erkennen und respektieren lernen, Beziehungsfähigkeit und soziale Kompetenz verbessern
5. Realitätskontrolle (z.B. Überprüfen der Opferrolle) in der aktuellen Interaktion mit anderen
6. Körperwahrnehmung verbessern (z.B. durch Entspannungsverfahren wie PMR, Eutonie; Sport)

Die einzelnen Schritte und Therapiemaßnahmen werden in Absprache mit der Klientin individuell geplant und je nach psychischer Stabilität angepasst.

Wer jemals mit Klientinnen gearbeitet hat, die in ihrer Kindheit über einen längeren Zeitraum vernachlässigt, sexuell und emotional missbraucht und/oder körperlich misshandelt wurden oder andere schwere traumatische Erfahrungen machten, weiß, wie viel an Zeit, Arbeit und Geduld es alle Beteiligten oft kostet, damit die Klientin einen Zustand von Stabilität, Sicherheit und Kompetenz erreicht und dass es ihr damit möglich wird, auf Dauer abstinent zu leben. So konzentriert sich unsere stationäre Behandlung in der Regel erst einmal auf die Stabilisierungsphase.

Wenn es der therapeutische Prozess zulässt, d.h. Ressourcen ausreichend etabliert sind, der psychische Zustand der Klientin ausreichend stabil ist und eine tragfähige therapeutische

Beziehung hergestellt ist, so beginnen wir in einigen Fällen auch bereits mit der **Traumaexposition (Phase 2)**, indem wir das Trauma im Gespräch zum Thema machen, durchleben lassen, Gefühle und evtl. Flashback-Erlebnisse erfragen. Um eine Retraumatisierung zu vermeiden und eine innere Distanzierung zu ermöglichen, werden die in Phase 1 erarbeiteten und geübten imaginativ-hypnotherapeutischen Techniken (Etablierung des inneren Beobachters und des Sicheren Ortes, des Erwachsenen-Ichs, der Bildschirmtechnik) zu Hilfe genommen. In diesen Expositionssitzungen ermutigen wir auch immer wieder dazu, bereits erlernte Strategien wie Imaginationstechniken etc. weiter zu üben, dadurch macht die Klientin weitere Erfahrungen mit dem Erleben ihrer Eigenverantwortung und Selbstwirksamkeit.

Da die Phasen 2 und 3 einen langen psychotherapeutischen Prozess erfordern, bereiten wir eine ambulante intensive weiterführende Traumatherapie vor, indem wir auch gemeinsam mit den Klientinnen Kontakt zu den Beratungsstellen oder den Mitbehandelnden am Heimatort aufnehmen. Wir sehen uns als Teil einer Behandlungskette und arbeiten daher mit den zuständigen Beratungsstellen, Ärzten und Therapeuten eng zusammen.

Zusammenfassend lässt sich Folgendes sagen:

Wir sehen unseren Hauptauftrag und unser Hauptziel in der Therapie mit suchtmittelabhängigen, traumatisierten Frauen darin, eine ausreichende psychische Stabilisierung und eine stabile, möglichst zufriedene Abstinenz zu erreichen, um damit die Voraussetzungen zu schaffen für eine weiterführende intensive Traumabearbeitung in einer entsprechenden Psychotherapie.

6.10 Psychosomatische Störungen

Man nimmt an, dass etwa ein Drittel aller PatientInnen, die mit körperlichen Beschwerden zum Arzt kommen, unter somatoformen Störungen leiden, d.h. ihre körperlichen Beschwerden können nicht primär mit einer organischen Erkrankung oder mit organisch-pathologischen Veränderungen erklärt werden. Bei ca. 70 % dieser PatientInnen sind Schmerzen das Hauptsymptom.

Berücksichtigt man zusätzlich, dass ca. 25 % aller Klientinnen in Fachkliniken für Alkohol- kranke über Erfahrungen mit schweren Formen körperlicher Gewalt und ca. ein Drittel der

Frauen von sexuellem Missbrauch berichten und dass Frauen aufgrund spezifischer Lebenssituationen und Erfahrungen mehr zum Ausdruck psychosomatischer Beschwerden tendieren, ergibt sich ohne weiteres die dringende Notwendigkeit eines psychosomatischen Behandlungskonzeptes. Zu frauenspezifischen Erfahrungen gehören häufig Lebenssituationen mit Doppelbelastungen, die zu widersprechenden Anforderungen führen (Pflege Angehöriger, Beruf, Kinder und Haushalt, erschwerter beruflicher Wiedereinstieg nach Kinderpause etc.), denen sich die Frauen aufgrund begrenzter Handlungsmöglichkeiten nicht gewachsen fühlen. Dazu kommen frauenspezifische, früh eingeübte Bindungsmuster und Rollenerwartungen. Spezifische Kindheitsbelastungsfaktoren wie emotionale Vernachlässigung, Missbrauch und körperliche Misshandlungen mit entsprechender Ausbildung eines unsicheren Bindungsverhaltens begünstigen nicht nur Suchtentwicklung, sondern auch somatoforme Schmerzstörungen. Körperliche Beschwerden werden bei diesen Bindungsmustern oft ängstlich-katastrophisierend verarbeitet, was wiederum kognitive Fehlbewertungen verstärkt sowie Konfliktbewältigungsstrategien mit „Wendung gegen das Selbst“.

Desweiteren besteht bei Frauen oft ein unsicheres oder negativ besetztes Verhältnis zum eigenen Körper aufgrund gesellschaftlicher Ansprüche und Normierung, sowie aufgrund von Gewalt- und Missbrauchserfahrung, was insbesondere im hohen Anteil von Frauen bei Essstörungen zum Ausdruck kommt. Ein weiteres spezifisches Thema ist das der Wechseljahre und des Alterns. Somatoforme Störungsbilder gehen insbesondere mit Störungen der Affektwahrnehmung und des Affektausdrucks einher, die wiederum zu erhöhter psychophysiologischer Erregung in Belastungssituationen führen. Hinzu kommt eine Fehlbewertung der Bedeutung dieser physiologischen Prozesse mit intensiver Wahrnehmungs- und Aufmerksamkeitsfokussierung, die wiederum zur Verstärkung der Beschwerden und Interpretation als körperlichen Erkrankung führt. Diese Muster werden je nachdem durch unser kausal-körperlich orientiertes Medizinkonzept und mangelnder hausärztlicher Ausbildung im psychosomatischen Bereich verstärkt.

Die Entwicklung einer psychosomatischen Erkrankung ist ein kreativer, aber inadäquater Lösungsversuch der bestehenden Konfliktsituationen.

Die Indikative Gruppe Psychosomatik und Schmerzgeschehen orientiert sich am von Nickel, Egle u. Mitarbeitern (Mainz) entwickelten Manual zur psychodynamisch interaktionellen Gruppentherapie bei insbesondere somatoformen Schmerzstörungen, sowie an ausgewählten ressourcenorientierten imaginativen Stabilisierungs-, Beobachtungs- und Entspannungs-

techniken aus der Traumatherapie (Reddemann) sowie der Arbeit an dysfunktionalen Kognitionen (Beck). Es entsteht Raum für die Symptomklage als ersten Schritt zur Differenzierung zwischen körperlichem Schmerz und Affekt. Dabei wird die Symbolisierungsfähigkeit mit plastischen Bildern und Narrativen gefördert. Die Akzeptanz unerwünschter Affekte führt zur Entlastung von vor allem durch Verleugnung, Projektion und „Wendung gegen das Selbst“ gekennzeichneten Konfliktbewältigungsmechanismen. Das Fokussieren auf spezifische Kommunikationsmuster führt zur Überprüfung bisheriger Beziehungserfahrungen und kann in der Gruppe Korrektur und Neubewertung erfahren. In der Gruppe können neue Möglichkeiten, Beziehungen zu gestalten, erarbeitet werden. Neben der Entlastung in der Symptombildung führt dies zum Etablieren eines sinnhafteren und kohärenteren Selbstgefühls.

7. Therapieziele

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

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

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

Freiwillige Entscheidung für positive Lebensveränderung, Verantwortungsübernahme und selbständige, zufriedene Lebensführung ohne Suchtmittel ist Endziel der Therapie, keine Voraussetzung.

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

Verschiedene Persönlichkeitsstörungen, Psychosen, Verhaltensauffälligkeiten, soziale Kompetenzdefizite, neurotische Symptome und körperliche Erkrankungen können der Suchterkrankung zugrunde liegen oder ohne ursächliche Zusammenhänge mit der

Suchterkrankung vorhanden sein. Für eine angemessene Behandlung der Suchterkrankung ist eine genaue diagnostische Klärung und Behandlung dieser Störungen unverzichtbar.

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

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

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

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

Die Alkohol- und Medikamentenabhängigkeiten sind Erkrankungen mit Rückfallmöglichkeiten. Daher ist die Entwicklung der Rückfallbewältigungskompetenz ein wichtiges und in den Therapieprozeß integriertes Ziel. Es ist notwendig, dass jede Klientin ihre eigenen Rückfälle analysiert, ihre Gefühle, ihre Befindlichkeit, ihre Einstellungen und ihr Verhalten vor und nach dem Rückfall bearbeitet, sowie ihre eigenen Antworten und Präventionsmaßnahmen entwickelt und trainiert.

Durch die Begegnungen mit den TherapeutInnen und ihren Mitklientinnen kann die Klientin lernen, tragfähige Beziehungen herzustellen. Wir bieten ihr die Möglichkeit, sich in der Beziehung als gestaltende und aktive Partnerin zu erleben, die Gefühle und Bedürfnisse anderer wahrzunehmen, ihre eigene Meinung zu äußern, konfliktfähig zu werden und in Konfrontation mit dem betroffenen Gegenüber Lösungen zu suchen und zu finden.

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

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

8. Bausteine unserer Behandlung

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

8.1 Medizinische Behandlung

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

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

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

Unsere ganzheitliche Sichtweise hilft der Klientin, auch nach der Entlassung selbstbewußter und selbständiger mit ihrem Körper und ihren Störungen umzugehen. Statt passiv „Pillen“ zu

schlucken und medizinische Anordnungen zu konsumieren, lernt sie, aktiv und kritisch ihre Gesundheit zu fördern, respektvoller mit sich und ihrem eigenen Körper umzugehen, „sich in der eigenen Haut wohlfühlen“.

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

Da Frauen laut Statistik (DHS Jahrbuch, Sucht 1990) signifikant mehr Medikamente, vor allem Tranquilizer und Barbiturate, verordnet bekommen, ist hier Aufklärung dringend notwendig.

Internistisch:

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

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

Bei Erkrankungen des Bewegungsapparates stehen klinikintern verschiedene Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung:

- Einzelphysiotherapie
- Rückenschule
- med. Bäder mit verschiedenen Zusätzen
- Kälte- und Wärmeanwendungen
- Manuelle Techniken
- Schmerzinfiltrationstherapie
- Stufenlagerung/Sitzkeil

Neben den 14tägigen Kontrolluntersuchungen wird für akute Erkrankungen eine tägliche Sprechstunde abgehalten.

Psychiatrisch- neurologisch:

In den ersten Tagen wird die Klientin durch unseren psychotherapeutischen Leiter, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapeut, nervenärztlich untersucht und aufgenommen. Die Untersuchung beinhaltet eine kurze biographische Anamnese und Suchtanamnese, die Erhebung psychiatrischer Vorerkrankungen und psychopathologischer Befunde sowie eine ausführliche neurologische Untersuchung. Gegebenenfalls werden weitere diagnostische Maßnahmen veranlasst. Die psychoedukative Gruppe ermöglicht eine kontinuierliche Betreuung der Klientin mit Doppeldiagnosen. Falls notwendig, erhält die Klientin zusätzliche Gespräche.

Der ärztliche Bereitschaftsdienst leistet eine umfassende medizinische Versorgung bei allen akuten Erkrankungen und Gesundheitsproblemen, auch an Sonn- und Feiertagen.

Am Ende der Reha-Therapie erfolgt eine ausführliche internistische und psychiatrisch-neurologische Abschlußuntersuchung und das Erstellen eines sozialmedizinischen Gutachtens.

8.2 Einzeltherapie

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

zu einer Überforderung führen würde, finden eher stützende Gespräche statt, verbunden mit einer Modifizierung sich ungünstig auswirkender Verhaltensweisen.

Im Bedarfsfall werden zusätzliche Kriseninterventionsgespräche geführt.

8.3 Gruppentherapie

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

Die Gruppenpsychotherapie in der Bezugsgruppe mit gegengeschlechtlichem/r Co-Therapeuten/in findet dreimal pro Woche (je 90 min) statt.

Die Struktur der offenen Gruppe ermöglicht es den neueren Klientinnen, am Modell derer zu lernen, die schon länger Mitglied der Gruppe sind.

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

Nicht zuletzt dient die Gruppenpsychotherapie der Vermittlung suchtspezifischer Lerntheorien.

8.4 Angehörigenarbeit

Wir legen in der Regel großen Wert auf Einbeziehung wichtiger Bezugspersonen in die Therapie, da eine enge Verbindung zwischen Abhängigkeitserkrankungen und interpersonellen Beziehungen besteht. Sowohl die kommunikative und emotionale Umgangsweise, als auch die Rollenverteilung innerhalb der Beziehung, werden durch Suchterkrankungen beeinflusst und können gleichzeitig aufrechterhaltend auf die

Abhängigkeit wirken. In einem Bedingungsgefüge, in dem lediglich die Abhängige als Indexpatientin der Familie sich in Therapie begibt, das Umfeld jedoch meist unverändert bleibt, stoßen einseitige Veränderungen häufig auf Widerstand.

Aus diesem Grund veranstalten wir vierteljährlich mehrtägige Angehörigenseminare, so dass in der Regel jede Klientin einen Seminartermin wahrnehmen kann.

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

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

Weiterer Bestandteil des Seminars ist die Vorbereitung auf die Zeit nach der Therapie. Wichtige Themen sind dabei die Eigenständigkeit der Klientin, um altes dysfunktionales Verhalten und Unsicherheiten nicht zu fördern, das Packen eines „Notfallkoffers“ zur Rückfallprävention und Rückfallbewältigung sowie die Entwicklung neuer gemeinsamer Zukunftsperspektiven.

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

8.5 Gruppe „Soziales Kompetenztraining“

Fehlende bzw. ungenügend ausgebildete Selbstsicherheit ist oft ein wesentliches Merkmal sowohl von Suchtkranken als auch von Frauen allgemein und deshalb gerade bei unseren Klientinnen ein notwendiger Bereich der Therapie.

Das kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierte, soziale Kompetenztraining findet für jede Klientin einmal pro Woche 90 Minuten lang in der jeweiligen Bezugsgruppe unter Anleitung eines/r Therapeuten/in statt. Theoretische Grundlagen bilden zum einen das Assertivness-Programm (ATP) von Ullrich und Ullrich, zum anderen das Gruppentraining sozialer Kompetenzen nach Hinsch und Pfingsten. In theoretischen Einheiten, Rollenspielen und In-Vivo-Übungen lernen die Klientinnen, ihre Ängste und Hemmungen zu überwinden und

erwerben Fertigkeiten und Strategien, um sich in sozialen Situationen, wie z.B. einem Vorstellungsgespräch, zwischenmenschlichen Konflikten und alkoholassoziierten Alltagssituationen angemessen und kompetent verhalten zu können. Auf diese Weise können sie letzten Endes zu einem positiven Selbstwertgefühl gelangen.

8.6 Lebens- und Freizeitgestaltung

Jahrelange Medikamenten- oder Alkoholabhängigkeit geht bei Frauen häufig einher mit Schuld- und Schamgefühlen und einer Minderung des Selbstwertgefühls und der Selbstständigkeit, was oft zu sozialer Isolation und sozialem Rückzug führt.

Andererseits ist das Problem vieler Klientinnen der Umgang mit unstrukturierter Zeit. Alkohol ist oft eine fehlgeschlagene Copingstrategie zum Füllen der Leere und eine Ritualisierung des Alltags.

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

In dieser Gruppe erarbeiten sich die Klientinnen Möglichkeiten, ihre freie Zeit ohne Suchtmittel zu gestalten und zu genießen. Sie spüren, dass sich selbst gewählte und selbst organisierte Aktivitäten positiv auf ihr Gemüt und ihre Stimmung auswirken.

Die Klientinnen sammeln Ideen zur Gestaltung von Alltag und freier Zeit.

In einem anfänglichen Gedankenaustausch entdecken und erkennen die Frauen ihre eigenen Interessen, fördern die Beziehung und Kommunikation untereinander und setzen dies in ein gemeinsames Tun um. Auf diese Weise lernen sie ihre Wünsche und Bedürfnisse wahrzunehmen, zu formulieren, zu überprüfen und gegebenenfalls zu korrigieren.

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

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

8.7 Selbsterfahrungsgruppe

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

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

Zudem regen wir die Frauen an, verschiedene Selbsthilfegruppen in Freudenstadt zu besuchen und kennenzulernen, um ihnen den Einstieg in eine Selbsthilfegruppe in ihrem Heimatort zu erleichtern.

Hiermit betonen wir die Wichtigkeit der Nachsorge und bringen zum Ausdruck, dass wir uns als Glied der Behandlungskette „Vorbereitung – stationäre Therapie – Nachsorge“ verstehen.

8.8 Arbeitstherapie

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

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

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

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

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

8.8.1 Arbeitsdiagnostik

Die Klientin füllt am Ende der ersten Woche einige Fragebogen zur Arbeits- und Berufsanamnese aus. Die Fragebogen lenken die Aufmerksamkeit der Klientin auf ihre Arbeitsgeschichte und ermöglichen ihr strukturiert, sich damit auseinanderzusetzen, sie dienen gleichzeitig als Kommunikationsmittel zwischen Klientin und dem therapeutischen System. Darauf aufbauend findet in der zweiten Woche ein ca. 50minütiges Arbeitsanamnesegespräch mit Klientin und Arbeitstherapeutin statt, in dem der Arbeitsplatz mit seinen räumlichen, zeitlichen, strukturellen, technologischen und sozialen Eigenschaften beschrieben wird. Durch diese ressourcenorientierte Zusammenarbeit wird die oft eingeeengte

und defizitäre Aufmerksamkeit der Klientin auf ihre Arbeitsbiographie durchbrochen. Sie wird motiviert, sich an ihre Arbeitserfahrungen zu erinnern und sich als Gestaltende zu erleben und mehr Verantwortung zu übernehmen. Sie erhält die Möglichkeit, ihre Schwierigkeiten im Kontext des Arbeitsprozesses und entsprechend entwickelte Verhaltens- und Lösungsstrategien zu beschreiben. Die Zusammenhänge und Wechselwirkungen zwischen Suchterkrankung und Arbeit werden, soweit möglich, reflektiert.

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

In diesem Zusammenhang wird die individuelle Bedeutung von Erwerbsarbeit und der normativ geprägten Sicht der Klientin auf ihre eigene Arbeitsgeschichte herausgearbeitet, wie z.B. Tendenz zur Überanpassung, Unterbewertung der eigenen Fähigkeiten und negative Selbstattribuierungen. Oft ist bei unseren Klientinnen die Arbeitsbiographie mit negativen Erfahrungen behaftet. Diese spezifischen Erfahrungen prägen die Persönlichkeit jedes Menschen und beeinflussen sie in den verschiedenen Lebensabschnitten und Arbeitssituationen. In diesem Kontext hat die Klientin eigene Lösungsstrategien und Umgangsformen für ihr gegenwärtiges Arbeitsleben entwickelt, was für Zukunftsperspektiven entscheidend ist. Die Klientin wird wertschätzend motiviert, über ihre emotional-soziale Beziehung zu ihren KollegInnen und Vorgesetzten zu reflektieren. Die Ängste, Schwächen, Abneigungen und Veränderungswünsche der Klientin werden ernst genommen.

Spätestens Ende der vierten Woche findet ein diagnostisches 50minütiges Gespräch mit der BezugstherapeutIn, Arbeitstherapeutin und Klientin statt.

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

Ziel dieser transparenten Diagnosestellung ist eine positive Wirkung auf ihre Selbständigkeit und die Erhöhung des Selbstwertgefühls der Klientin. Sie lernt dadurch, mit ihrer Geschichte objektiver und ressourcenorientierter umzugehen. Die Arbeitstherapiediagnostik hat einen

interaktionellen und kommunikativen Charakter. Aus diesem Grund ist eine permanente Prozessdiagnostik während des gesamten Therapieverlaufs notwendig. Der Verlauf der Arbeitstherapie wird kontinuierlich dokumentiert, die TherapeutInnen und die Klientin überprüfen im Verlauf der Behandlung die Diagnose und die erzielten Fortschritte.

8.8.2 Arbeitsüberbelastung/Arbeitssucht

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

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

Ein zusätzlicher Gesichtspunkt bei Frauen sind Doppel- und Dreifachbelastungen, wie Beruf, Haushalt, Kinder und evtl. Arbeit in der eigenen Landwirtschaft.

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

Die Klientin fühlt sich erschöpft, innerlich unruhig, gereizt und erlebt Stimmungsschwankungen. Sie ist lustlos und leidet unter Konzentrations-, Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen, begleitet von Schlafstörungen und Appetitlosigkeit. Sie entwickelt psychosomatische Beschwerden. In diesem Zustand läuft sie Gefahr, Alkohol und Medikamente als Selbstmedikation einzusetzen.

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

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

8.8.3 Die indikative Gruppe für Arbeit und Arbeitslosigkeit

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

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

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

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

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

Für den Fall eventuell weiterbestehender Arbeitslosigkeit werden gemeinsam mit der Klientin Bewältigungsstrategien erarbeitet.

Die praktischen Schritte für die Informationssuche, Bearbeitung in bezug auf die neuen Arbeitsplätze, Bewerbungsschreiben und Erfahrungen aus Vorstellungsgesprächen werden ausgetauscht und besprochen, wobei Vorstellungsgespräche unter verschiedenen Rahmenbedingungen mit Unterstützung von Videoaufnahmen geübt werden können.

8.8.4 Interne Arbeitstherapie

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

8.8.4.1 Hausinterne Arbeit

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

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

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

Die gemeinsame Arbeit in einem Team unterstützt die Klientin bei ihrer Auseinandersetzung mit Kolleginnen. Gemeinsam Geleistetes verbindet, andererseits können realitätsnahe Konflikte auftreten, die hier und jetzt bearbeitet werden können. Dies ist besonders wichtig, da viele unserer Klientinnen aus Problemen am Arbeitsplatz heraus zu Suchtmitteln gegriffen haben. Für uns ist es wichtig, dass die Klientin lernt, ihre Tätigkeit eigenverantwortlich auszuüben und sich nicht auf „Handlangerdienste“ reduziert erlebt. Die Arbeitsbereiche

werden im vierwöchigen Turnus gewechselt und in der monatlichen Arbeitstherapiebesprechung erfährt die Klientin ihre Grenzen, ihre Stärken und Schwächen sowie eine realistische Selbsteinschätzung, oder ihre Fehleinschätzung. Sie bekommt Rückmeldungen von der Arbeitstherapeutin, von den BezugstherapeutInnen sowie ihren Kolleginnen, was ihr eine differenzierte Standortbestimmung als Ist-Zustand ermöglicht, woraus auch neue Zielformulierungen abgeleitet werden können.

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

8.8.4.2 Bürotraining

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

Deshalb werden in unserer Klinik in kleinen Gruppen im Rahmen der Arbeitstherapieindikation pro Woche 5 x 50minütige Computerlehrgänge angeboten.

In je 20 Einheiten werden die Klientinnen, je nach individuellen Fähigkeiten und Bedürfnissen, an die Computertechnik und Datenverarbeitung herangeführt. Dies trägt zum Abbau der Ängste und Scheu vor moderner Technologie bei.

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

Die Klientin lernt mittels verschiedener Programme, die Textverarbeitung, Tabellen und Kalkulationen zu erstellen und macht sich im Umgang mit der Hard- und Software vertraut. Gleichzeitig werden die Bedienung und Wartung des Faxgerätes, die Sendung und der Empfang von Faxnachrichten, Kopieren und Kopierfunktionen trainiert. Die Klientin übt per Internet mit verschiedenen Ämtern Kontakt aufzunehmen und notwendige Informationen zu suchen und diese für sich zu bearbeiten. Sie schreibt am Computer ihre eigene Bewerbung, die in der Gruppe oder mit den Arbeitstherapeuten besprochen wird.

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

8.8.5 Externe Arbeitserprobung

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

Arbeitsbelastungserprobung ist indiziert für Klientinnen, die

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

In dem diagnostischen Gespräch zwischen der Klientin und den TherapeutInnen wird eine Arbeits- und Belastungserprobung ins Auge gefasst. Als Vorbereitungsmaßnahme nimmt die Klientin zuerst regelmäßig an der indikativen Gruppe für Arbeits- und Arbeitslosigkeit teil.

In der zweiten Hälfte der Therapie unternimmt die Klientin praktische Schritte und sucht selbständig ihren Praktikumsplatz aus, wobei sie Hilfestellung unsererseits bekommt.

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

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

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

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

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

8.9 Ergotherapie

Zur Aktivierung vorhandener Ressourcen und zur Wiederherstellung verlorengangener Handlungskompetenz des Menschen dient die Ergotherapie. Die Gruppenarbeit teilt sich in kompetenzzentrierte Werkgruppen und ausdruckszentrierte Gestaltungstherapien. In unserem Hause kommen verschiedene Materialien wie Ton, thermoplastisches Material, Stein, Stoff, Papier, Peddigrohr und Farbe zum Einsatz. In diesem Rahmen wird den hier behandelten Klientinnen ermöglicht, Spaß, Lebensfreude und Neugier zurückzuerlangen, verschiedene Interessen zu entwickeln, eigene kreative Fähigkeiten und neue Möglichkeiten des persönlichen Ausdrucks zu entfalten sowie diverse Fertigkeiten zu lernen und das Arbeits- und Anspruchsverhalten kritisch in den Blick zu nehmen.

Bei vielen Klientinnen entsteht durch den Verzicht auf ihr Suchtmittel ein Vakuum. In diesem Sinne dienen die Gruppenangebote der Ergotherapie der Hilfe zur Selbsthilfe mit dem Ziel, den Alltag eigenverantwortlich bewältigen zu können. Dabei sind Themen und Anregungen dem Klientel gemäß frauenspezifisch und helfen, deren Selbstwertbalance zu stabilisieren.

8.10 Entspannungsverfahren

Bei vielen Klientinnen hat der Gebrauch von Suchtmitteln die Funktion von Spannungsabbau und Stressreduktion. Das Erlernen von Entspannungsverfahren bietet ihnen die Möglichkeit, dieses in einer nicht destruktiven, sondern konstruktiv-aktiven Form herbeizuführen. Die Klientin erfährt somit, dass sie dem Gefühls- und Körperzustand nicht ausgeliefert ist, sondern diesen aktiv verändern kann. Sie kann lernen, die Einheit von Körper und Seele wahrzunehmen. Entsprechend unseres frauenspezifischen Ansatzes gehen wir auch auf die inneren Verbote, sich zu entspannen ein und fördern die Klientin darin, für sich selbst Raum und Zeit zu nehmen.

In unserem Haus werden folgenden Entspannungsmethoden angeboten:

Eutonie (ausgewogene Spannung)

Eutonie ist eine Methode zur Verbesserung körperlicher und geistiger Wahrnehmungsfähigkeit. Durch sanfte Bewegungen und erhöhte Aufmerksamkeit werden Blockaden und Spannungen wahrgenommen; Haltungen und Bewegungsabläufe wie Gehen, Stehen oder Sitzen werden bewusst gemacht und neu erfahren. Aus der erlebten Einheit von Körper und Geist kann sich das Gefühl der Geborgenheit im eigenen Körper entwickeln. Die daraus resultierende wachsende Sicherheit zu sich selbst ermöglicht die Übernahme von Verantwortung für die eigene Gesundheit, die Persönlichkeitsentwicklung und für die Gestaltung sozialer Beziehungen.

Progressive Muskelentspannung (nach Edmund Jacobson)

Progressive Muskelentspannung ist ein Entspannungstraining, durch das die Teilnehmerin lernt, die unterschiedlichen Empfindungen zwischen körperlicher An- und Entspannung gezielter wahrzunehmen, um Überspannungen selbst abbauen zu können und sich so schließlich besser zu entspannen.

Diese einfach zu erlernende Methode hat sich sehr positiv z.B. bei Nervosität, Angst, Schlafstörungen, Hauterkrankungen, nervösen Magen/Darm-Störungen und zum Stressabbau bewährt.

Autogenes Training (nach Dr. J.-H. Schultz)

Autogenes Training bedeutet selbständiges systematisches Üben einer Entspannung durch Konzentration und Selbstbeeinflussung in ordnender positiver Weise, zunächst unter Anleitung mit dem Ziel, dies später eigenständig weiterzuführen.

Dadurch wird

1. Gliederschwere
 2. Wärmeempfindung
 3. Herzberuhigung
 4. Atemwahrnehmung und -beruhigung
 5. Leibwärme
 6. Stirnkühle
- angestrebt.

Autogenes Training hat sich bei allen vegetativen und psychosomatisch bedingten Störungen sehr bewährt!

8.11 Sport- und Physiotherapie

Unsere Klinik besitzt eine gut ausgestattete Sporthalle mit Bodenheizung, die unabhängig von der Wetterlage ein konstantes, buntes Sportangebot ermöglicht. Auch außerhalb der angeleiteten Sporttherapie kann die Sporthalle von den Klientinnen benutzt werden.

Ziel unserer Sporttherapie ist die Wiederherstellung und Verbesserung körperlicher Leistungsfähigkeit, sowie das körperliche und seelische Wohlbefinden, verbunden mit der Option zukünftiger Freizeitbeschäftigung.

Durch die Sportangebote mit Musik trainieren die Frauen ihre Koordination und Bewegungsgeschicklichkeit und lernen, Spaß am eigenen Körper und an Bewegung zu haben. Durch Mannschafts- und kreative Spiele erleben die Klientinnen auf spielerische Weise Nähe und Distanz und können ihre soziale Kompetenz, Fertigkeiten und Frustrationstoleranz erweitern.

Mit den Frauen, die an körperlichen Erkrankungen oder Beeinträchtigungen leiden, werden *individuelle* Bewegungstherapiepläne entworfen und durchgeführt.

Da Rückenprobleme bei unseren Klientinnen häufig vorhanden sind, bieten wir regelmäßig eine Rückenschule an, um bestehende Beschwerden zu lindern. Prophylaktisch lernen die Frauen hier, adäquate Haltungen und Bewegungsabläufe einzunehmen, um diese in den Alltag zu integrieren. Ebenso werden Trainingseinheiten für verschiedene Muskelpartien angeboten, um schwach ausgebildete Muskeln zu stärken.

Weitere gesundheitsfördernde Maßnahmen sind das morgendliche Wassertreten und die täglichen geführten Spaziergänge. Von März bis Oktober findet einmal im Monat eine ganztägige Wanderung statt, was zum einen das soziale Gefüge innerhalb der therapeutischen Gemeinschaft verstärkt, zum anderen bieten sie die Gelegenheit, die Natur intensiv wieder neu zu entdecken, wahrzunehmen und sich daran zu erfreuen.

8.12 Vorträge und Wissensvermittlung

Durch wöchentlich stattfindende Vorträge vermitteln wir Informationen und Wissen über therapierelevante Themen. Im Vordergrund stehen die Abhängigkeitserkrankungen sowie deren Entstehungsmechanismen aus medizinischer, psychologischer und sozialer Sicht.

Um sich, die Erkrankung und deren Entwicklung verstehen zu können, sind gezielte, allgemeingültige Informationen nicht nur hilfreich, sondern auch entlastend. Das Ansprechen der Klientinnen auf kognitiver Ebene soll das Interesse und die Motivation erwecken, sich weiter mit diesen Themen auseinanderzusetzen. Deshalb werden am Ende jedes Vortrags weiterführende Literatur und Selbsthilfebücher vorgestellt, die größtenteils auch aus unserer hauseigenen Bibliothek entliehen werden können.

Wichtige Vortragsthemen sind zum Beispiel Suchtmittelfolgeerkrankungen, Rückfall, dysfunktionale Familienmuster, Kommunikation, weibliche Sexualität und sexueller Missbrauch. Themenwünsche der Klientinnen werden berücksichtigt.

8.13 Workshops

Bei den Workshops handelt es sich um die intensive Auseinandersetzung mit psychotherapeutisch relevanten Themen. Wir bieten pro Monat einen ein- bis dreitägigen Workshop an.

Maskenworkshop

Im Rahmen dieses mehrtägigen Workshops haben die Klientinnen die Möglichkeit, sich unter therapeutischer Anregung und Begleitung mit ihrer „alltäglichen Maske“ auseinanderzusetzen, sich ihrer bewusst zu werden und mit ihr zu experimentieren. Neben dem Herstellen und Anlegen einer Maske als dreidimensionaler Abdruck des eigenen Gesichtes ist auch deren rituelle Vorstellung vor den anderen Klientinnen eine oftmals intensive Erfahrung. Weitere Bestandteile des Workshops sind Elemente aus dem Ausdruckstanz und dem Theater, um den Frauen Medien unterschiedlicher Art anzubieten, sich zu artikulieren, zu entdecken und zueinander in Beziehung zu treten.

Workshop „Lebenspanorama“

Ziel dieses mehrtägigen Workshops ist die intensive Auseinandersetzung mit der eigenen Lebensgeschichte auf nonverbale Art und Weise. Hier wird das Malen der eigenen Biographie mit Wachsmalstiften als eine andere Art sich auszudrücken gewählt, wobei keinerlei künstlerische Vorerfahrung vorausgesetzt wird. Zumeist ist es für die Klientinnen ein eindrucksvolles Erlebnis, sich mit ihrem Lebensbild auseinanderzusetzen, sich quasi ihr Leben vor Augen zu führen, die guten und die schlechten Zeiten Revue passieren zu lassen. Bei Bedarf können sie ihr Bild - d.h. ihr Leben - auch ihren Mitklientinnen vorstellen, was oftmals zu größerem gegenseitigen Verständnis und zu einem Zusammenwachsen der Gruppe führt und somit den Gruppenprozess positiv beeinflusst.

Frauenworkshop

Der eintägige Frauenworkshop trägt den Titel: „Gute Mädchen kommen in den Himmel, böse kommen überallhin“ und wird von zwei Therapeutinnen geleitet. Der Workshop setzt sich zusammen aus theoretischen und praktischen Elementen. In den theoretischen Teilen geht es um die für Frauen häufig typischen dysfunktionalen Denk- und Verhaltensmuster, sowie deren Selbstwertgefühl.

Im praktischen Teil werden Übungen zur Selbsterfahrung, Körperarbeit und Selbstsicherheit durchgeführt. Der Workshop zielt darauf ab, vorhandene Hemmungen und Ängste zu reduzieren, altes Rollenverhalten zu überprüfen, vorhandene Ressourcen zu fördern und neues Verhalten auszuprobieren.

Workshop „Selbst ist die Frau“

Im Rahmen dieses eintägigen Workshops werden praktische, handwerkliche und technische Fähigkeiten vermittelt wie z.B. Wartungsarbeiten an Auto oder Fahrrad und kleinere Hausreparaturen. Ziele dieses Workshops sind der Abbau von Unsicherheit und Hilflosigkeit, Eigenständigkeit und Unabhängigkeit werden gefördert.

Workshop zu sexuellen Fragen

Dieser Workshop findet eintägig auf freiwilliger Basis in einer geschlossenen Kleingruppe (max. 6 - 8 Teilnehmerinnen) mit 2 gegengeschlechtlichen Therapeuten statt und beschäftigt sich speziell mit dem Thema Sexualität.

Sucht und Probleme im Bereich Sexualität stehen bei unseren Klientinnen oft in engem Zusammenhang und bedingen sich gegenseitig. Ein kleiner und vertrauensvoller Rahmen soll ermöglichen, dass Tabus gebrochen und eventuelle Traumatisierungen angesprochen und bearbeitet werden können. Die Auseinandersetzung mit diesem Thema geschieht über Selbsterfahrung, Erfahrungsaustausch, theoretische Wissensvermittlung und Körperarbeit.

Dieser Workshop ist eingebettet in die therapeutische Arbeit mit dem/der Bezugstherapeuten/in.

8.14 Indikative Gruppen

Psychoedukative Gruppe

Zweimal wöchentlich findet eine 60minütige psychoedukative Gruppe für die Klientinnen mit Doppeldiagnosen statt, die vom ärztlich-psychotherapeutischen Leiter und einer Krankenschwester durchgeführt wird.

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

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

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

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

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

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

Die Klientinnen werden motiviert, sich kritisch mit den Medikamenten unter der Kosten- / Nutzenfrage, mit der Behandlung und dem Arzt-Klienten-Verhältnis auseinanderzusetzen.

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

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

Memory-Gruppe

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

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

8.15 Freiwillige Angebote

Raucherentwöhnungstraining

Viele unserer Klientinnen betreiben neben ihrer Alkohol- bzw. Medikamentenabhängigkeit auch einen langjährigen Nikotinabusus.

Deshalb bieten wir auf freiwilliger Basis in regelmäßigen Abständen ein 6-8-wöchiges kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientiertes Raucherentwöhnungstraining als Gruppenprogramm an. Interessierte haben hier die Möglichkeit, hinter ihre Rauchgewohnheiten und das Rauchen aufrechterhaltenden Bedingungen zu schauen, diese kritisch zu hinterfragen und mit Hilfe der Gruppe zu verändern. Ziel des Programmes ist nicht nur die Nikotinabstinenz gegen Ende, sondern auch das Identifizieren rückfallauslösender Faktoren und das Entwickeln entsprechender Alternativstrategien. Außerdem können die Betroffenen Kenntnisse erwerben, mit einem eventuellen Nikotinrückfall konstruktiv umzugehen, um diesen möglichst rasch zu beenden.

Tai-Chi Chuan

Von Dienstag bis Freitag haben interessierte Klientinnen die Möglichkeit, morgens vor Therapiebeginn freiwillig die Grundtechniken des Tai-Chi Chuan (auch Schattenboxen genannt) zu erlernen und umzusetzen. Neben mehrerer positiver Wirkungen auf den menschlichen Organismus ist auch die meditative Wirkung dieser alten chinesischen Bewegungslehre bekannt. Den Klientinnen sollen hier erste Eindrücke dieser Schulung des Körperbewusstseins vermittelt werden. Wir versuchen sie zu motivieren, sich auch nach Therapieende mit dieser Methode weiter zu beschäftigen, auf diese Weise ihr Körpergefühl zu verbessern, ihre Freizeit so sinnvoll zu gestalten und eventuell dadurch neue Sozialkontakte zu knüpfen.

Selbstverteidigungs-Kurs -women selfdefence- (WSD)

Viele unserer Klientinnen waren in der Vergangenheit Opfer physischer und psychischer Gewalt. Aus diesem Grund bieten wir auf freiwilliger Basis ein WSD Trainingsprogramm an. Der Grundkurs beinhaltet 4 Kursabende von 120 minütiger Dauer und wird von einer Trainerin des Weissen Rings durchgeführt. Didaktisch werden 10 Grundtechniken erlernt mit einfachen Bewegungsabläufen, die auch von sportlich wenig geübten Frauen beherrscht werden. Diese Techniken haben einen hohen Wirkungsgrad und sind auch gegenüber körperlich überlegenen Angreifern einsetzbar. Methodisch findet eine hohe Übungsfrequenz

statt, ähnliche Angriffe werden mit ähnlichen Kombinationen abgewehrt, wodurch für die Teilnehmerinnen ein Gefühl der Sicherheit entsteht, ein Gefühl sich wehren zu können, was den Opferstatus verändert und das Selbstwertgefühl stärkt. Diese Power beeinflusst positiv das Körpergefühl und geht in die Körpersprache über und die weibliche Hemmschwelle vor dem „Zuschlagen“ wird abgebaut. Die WSD-Techniken werden noch durch theoretische Teile mit psychologischem Hintergrund ergänzt und passen somit in idealer Weise in unser ganzheitliches Therapiekonzept.

PC-Kurs

Um Ängste und Scheu vor der „Männerdomäne Computer“ abzubauen, werden in kleinen Gruppen auf freiwilliger Basis PC-Kurse angeboten. In je 6 Einheiten werden die Klientinnen je nach *individuellen* Fähigkeiten in einem Anfänger- und Aufbaukurs an Computertechnik und Datenverarbeitung herangeführt.

Die Chancen auf dem Arbeitsmarkt und die Konzentrationsfähigkeit werden verbessert, verlorenes Selbstvertrauen kehrt zurück.

9. Verlauf der Behandlung

Der Behandlungsverlauf ist ein *individueller* Entwicklungsprozess, der unserer Meinung nach nicht schematisierbar oder zerlegbar ist.

Schon vor der Aufnahme versuchen wir über die Suchtberatungsstelle oder direkt mit der Klientin Kontakt aufzunehmen, um eventuell vorhandene Hemmungen und Ängste unserer Klientin abzubauen, offene Fragen zu beantworten und, soweit möglich, unsere Arbeitsweise und Philosophie vorzustellen. Darüber hinaus ist vor Therapiebeginn ein Erstkontaktgespräch und eine Hausbesichtigung möglich. Durch gewonnene Informationen über die Bedürfnisse, Wünsche, Probleme und Vorbefunde ordnen wir die Klientin einem sie, die gesamte Therapiedauer begleitenden Bezugstherapeuten oder einer Bezugstherapeutin zu.

Am Aufnahmetag wird in freundlich-entspannter Atmosphäre die Klientin durch eine unserer Krankenschwestern empfangen, welche die Initialphase der Behandlung mit einem orientierenden Aufnahmegespräch beginnt. Am gleichen Tag erhält die neu aufgenommene Klientin für die ersten Tage eine bereits länger anwesende Klientin als „Patin“. Diese erste Ansprechpartnerin vermittelt ihr Orientierung über die Räumlichkeiten, Zeitpläne und den

Ablauf des Therapiealltags. Im weiteren Verlauf des Tages findet die Erhebung des allgemeinmedizinischen Aufnahmebefundes durch unsere Chefärztin, sowie in den nächsten Tagen eine psychiatrisch-neurologische Untersuchung durch den psychotherapeutischen Leiter statt. Weitere therapeutische Gespräche und die Testdiagnostik ermöglichen eine vorläufige Diagnose und Arbeitshypothesenbildung.

Durch die medizinisch-therapeutische Zuwendung und Gespräche wird die Aufmerksamkeit der Klientin auf sich selbst fokussiert.

Viele Klientinnen kommen wegen fehlgeschlagener Lebensbewältigungen und Krisen zur Behandlung.

Die Aufnahme in unserer Klinik entlastet einen Teil unserer Klientinnen, andere wiederum sind unsicher, ängstlich und leiden unter Heimweh. Einige wissen nicht, ob sie mit ihren Problemen und Ängsten ernstgenommen, respektiert und verstanden werden und haben ambivalente Einstellungen zur Therapie und zu den TherapeutInnen.

Wir nehmen unsere Klientin mit all diesen zwiespältigen Gefühlen und Gedanken ernst. Durch eine einführende und wertschätzende Haltung der TherapeutInnen und stützenden Gesprächen werden die anfänglichen Hemmungen und Ängste vermindert und ein Beziehungsaufbau gefördert.

Zudem wird das Hineinwachsen der Klientin in die Therapie und in die Klientinnengemeinschaft durch die Erklärung unseres Therapiekonzeptes und der Hausordnung erleichtert.

Eine genaue Analyse der Veränderungsbereitschaft hilft uns, einen angemessenen Therapieplan für die ersten Wochen zu erstellen.

Eine ressourcenorientierte Erhebung der Eigen-, Familien- und Sozialanamnese kann eine negative Fokussierung der Klientin auf Krise und Hoffnungslosigkeit durchbrechen und soll signalisieren, dass wir sie als ganzen Menschen wahrnehmen.

In den ersten Wochen formulieren der / die TherapeutIn und die Klientin gemeinsam konkrete und realistische Zwischenziele und langfristigen Ziele. Mit der Sortierung der Ziele nach Hierarchie und Wichtigkeit geben wir dem Behandlungsverlauf einen Rahmen und eine Richtung. Durch kleine Schritte, die bereits früh Erfolgserlebnisse mit sich bringen und die Beschäftigung mit den langfristig zu erwartenden Therapieerfolgen, wird die Motivation der Klientin gefördert. Dieser Motivationsprozess wird durch die Wahrnehmung der eigenen Fähigkeiten und Ressourcen sowie die wertschätzende Unterstützung durch TherapeutInnen verstärkt.

Basierend auf genauen Problemanalysen erfolgt die Entwicklung von Lösungsstrategien, sowie die praktische Umsetzung in den Alltag.

Die Klientin wird zu mehr Verantwortungsübernahme und Selbständigkeit motiviert.

Monatlich werden in einer Visite mit der Klientin, BezugstherapeutIn und dem psychotherapeutischen Leiter das Befinden der Klientin, ihre bisher erreichten Therapieerfolge, ihre Wünsche, sowie Probleme während des Behandlungsverlaufs und weitere notwendige therapeutische Schritte besprochen und dokumentiert. Diese Gespräche ermöglichen eine kritische Reflexion des Behandlungsverlaufs und sollen gleichzeitig ein „Sich-treiben-lassen“ verhindern, was bedeutet, dass die Ziele trotz möglicher akuter Krisen nicht aus den Augen verloren werden sollen.

Der Therapiealltag ist ein vielseitiges Übungsfeld, um sich und andere wahrzunehmen und über eigene Umgangsformen und Lösungsstrategien nachzudenken. In der therapeutischen Gemeinschaft leben viele *individuelle* Persönlichkeiten mit verschiedenen Meinungen und Lebensweisen miteinander, wodurch die Klientin Toleranz, Kritik- und Konfliktfähigkeit üben kann.

Während des gesamten Therapieverlaufs führt die Klientin ein therapeutisches Tagebuch. Dieses soll der Schulung der Eigenwahrnehmung dienen, der Selbstreflexion und der Bilanzierung von Veränderungen. Darüber hinaus finden viele Klientinnen im Führen eines Tagebuchs für sich eine Copingstrategie, die sie als entlastend erlebt.

Wir sehen unsere Klinik und unsere Therapie als ein Glied in der Behandlungskette der Suchttherapie. Basierend auf dieser Sichtweise ist ein aktiver Kontakt mit dem Sozial- und Gesundheitsnetz der Klientin integraler Bestandteil unserer Arbeit.

Im Rahmen der Angehörigenarbeit werden die familiären und sonstigen sozialen Bezugssysteme analysiert und miteinbezogen. Dies ermöglicht neue Perspektiven und Lösungsansätze und festigt den Therapieerfolg nach der Entlassung. Außenübernachtungen und mehrtägige Heimfahrten, die therapeutisch vorbereitet werden, dienen dem Realitätstraining und der Konfrontation mit dem bisher alkoholassoziierten Umfeld. Gleichzeitig bietet die Heimfahrt die Möglichkeit der Zwischenbilanzierung des bis dahin Erreichten und kann so Hinweise liefern auf eventuell notwendige Korrekturen des bislang eingeschlagenen Weges.

Der offene und regelmäßige Kontakt mit Hausärzten, Fachärzten, Fachkrankenhäusern und Suchtberatungsstellen erleichtert die Integration und Behandlung der Klientin in unserer Klinik sowie die Einleitung einer effektiven Nachsorge.

In den letzten drei bis vier Wochen dienen der Außenorientierung der Klientin. Wir motivieren sie, aktiven Kontakt mit der Suchtberatungsstelle, der Selbsthilfegruppe und dem Arbeitgeber aufzunehmen. Wir regen sie dazu an, ihr Leben nach der Entlassung zu planen und zu gestalten und fördern somit gleichzeitig die Loslösung von unserer Einrichtung.

10. Wochenplan für eine Klientin

Auf den folgenden Seiten ist exemplarisch der Wochenplan einer Klientin als Beispiel abgebildet. Hierzu wurden verschiedene Bausteine aus unserem Therapieangebot ausgewählt. Alternative Angebote, siehe Bausteine und Erläuterungen, rechts neben dem Plan (*).

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag
7.45 h Frühstück	7.45 h Frühstück	7.45 h Frühstück	7.45 h Frühstück
	8.45 h – 9.00 h Tai-Chi Chuan (freiwillig)	8.45 h – 9.00 h Tai-Chi Chuan (freiwillig)	8.45 h – 9.00 h Tai-Chi Chuan (freiwillig)
9.30 – 10.30 h Eutonie, ab 5. Woche Autogenes Training, alternativ PMR	9.00 – 10.00 h Vortrag	9.00 – 10.30 h Gruppentherapie	
10.45- 11.30 h Einzeltherapie	10.00 – 11.00 h Gymnastik *	11.15 – 12.15 h Memory-Gruppe (falls indiziert)	10.30 – 12.00 h Malthherapie *
12.30 – 13.00 h Mittagessen	12.30 – 13.00 h Mittagessen	12.30 – 13.00 h Mittagessen	12.30 – 13.00 h Mittagessen
13.15 – 13.45 h geführter Spaziergang (die ersten 14 Tage)	13.15 – 13.45 h geführter Spaziergang (die ersten 14 Tage)	13.15 – 13.45 h geführter Spaziergang (die ersten 14 Tage)	13.15 – 13.45 h geführter Spaziergang (die ersten 14 Tage)
14.00 – 15.30 h Gruppentherapie	14.00 – 15.30 h Selbstsicherheits- training	13.00 – 14.00 h Psychoedukative Gruppenvisite	14.00 – 15.30 h Gruppentherapie

15.45 – 17.15 h Nichtrauchertraining (freiwillig)		Freier Nachmittag: Gelegenheit zur Umsetzung der Selbstsicherheits- übungen	15.45 – 16.45 h Gymnastik
ca. 17.15 – 19.30 h Arbeitstherapie Abendküche *	ca. 16.30 – 19.30 h AT: Abendküche *	ca. 16.45 – 19.45 h AT: Abendküche *	ca. 16.30 – 19.30 h AT: Abendküche *
18.30 h Abendessen 20.00 - 21.30 h Lebensgestaltung	18.30 h Abendessen	18.30 h Abendessen 20.00 – 21.30 h PC-Kurs (freiwillig) WSD women- selfdefence (freiwillig)	18.30 h Abendessen 20.00 – 21.30 h Selbsterfahrungs- gruppe

Freitag	Samstag	Sonntag
7.45 h Frühstück	7.45 h Frühstück	8.45 h Frühstück (freiwillig)
8.45 h – 9.00 h Tai-Chi Chuan (freiwillig)	Ganztags zur freien Gestaltung: Gelegenheit zur Umsetzung von Selbstsicherheitsübungen und anderen Therapiezielen im Rahmen von Stadtausgang, Ausflügen, Besuchen oder beantragten Heimfahrten	Ganztags zur freien Gestaltung: Gelegenheit zur Umsetzung von Selbstsicherheitsübungen und anderen Therapiezielen im Rahmen von Stadtausgang, Ausflügen, Besuchen oder beantragten Heimfahrten
9.00 – 10.30 h Gruppentherapie		
10.45 – 12.15 h Ergotherapie: Mal- und Gestaltungstherapie		
12.30 – 13.00 h Mittagessen	12.00 – 12.30 h Mittagessen	12.30 – 13.00 h Mittagessen (freiwillig)
13.15 – 13.45 h geführter Spaziergang (die ersten 14 Tage)	ca. 14.00 – 15.30 h geführter Spaziergang (die ersten 14 Tage)	ca. 14.00 – 15.30 h geführter Spaziergang (bis Ende 4. Woche)
14.00 – 15.30 h Ergotherapie: Spritz- & Drucktechnik *		
	16.00 h Kaffee	16.00 Kaffee
ca. 16.30 – 19.30 h AT: Abendküche *	ca. 15.30 – 16.30 h 18.00 – 20.00 h AT: Abendküche *	ca. 15.30 – 16.30 h 18.00 – 20.00 h AT: Abendküche *
18.30 h Abendessen	19.00 h Abendessen	19.00 h Abendessen
20.00 - 21.30 h PC-Kurs (freiwillig)		

* Dieser Wochenplan ist ein für eine Klientin zusammengestelltes Beispiel aus unserem Therapieangebot.

↳ Das **Ergotherapie-**Angebot umfaßt 4 alternative Gruppen: Spritztechnik, Spritz-Drucktechnik I / II, Fimo / Schmuck / Keramik.

↳ **Gymnastik** und **Maltherapie** werden jeweils nach Fortgeschrittenheit der Klientin in 2 bzw. 3 alternativen Gruppen belegt.

↳ Die **medizinische Sprechstunde**, die die Klientin neben der regulären medizinischen Betreuung in Anspruch nehmen kann, findet montags bis donnerstags ab 18.00 h, freitags ab 10.45 h statt.

↳ Nicht im Plan aufgeführt sind die alle ca. 6 Wochen stattfindenden 1-3tägigen **Workshops** und **Projektstage** zu therapeutischen Themen, das **Angehörigenseminar**, der von April bis Oktober einmal im Monat durchgeführte **Wandertag** und unsere **Feste**.

11. Rückfälle und unser Umgang damit

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

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

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

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

Dementsprechend reagieren wir - wenn die Klientin weiter behandlungswillig ist - mit intensiver Hilfestellung:

- Zuerst spricht der / die BezugstherapeutIn mit der Klientin alleine über den Verlauf des Rückfalls und die möglichen therapeutischen Konsequenzen.
- Anschließend schildert die Klientin den Rückfall in ihrer Bezugsgruppe und setzt sich diesbezüglich mit den Gruppenmitgliedern auseinander.
- Im therapeutischen Team wird auf der Grundlage der erworbenen Informationen und Beobachtungen der Mitarbeiter in Absprache mit der medizinisch-therapeutischen Leitung über das weitere Vorgehen entschieden.

- Von einer disziplinarischen Entlassung wird abgesehen, wenn die Klientin selbstkritisch und offen über den Verlauf des Rückfalls berichtet und ernsthaftes Interesse am Aufarbeiten ihres Rückfalls zeigt. Die Klientin erhält ein Verwarnungsprotokoll und, um sie wieder zu stabilisieren, eine Ausgangssperre. Zur intensiveren Selbstreflexion und Rückfallbearbeitung werden die Außenkontakte und Heimfahrten für eine bestimmte Zeit ausgesetzt.

12. Festigungs- und Prophylaxebehandlung

Im Laufe der Zeit verlieren manche Klientinnen nach der Beendigung der Langzeittherapie ihren selbstkritischen und wachsamsten Lebensstil und verfallen in ihre alten Denk- und Verhaltensmuster. Andere Klientinnen werden wiederum von akuten Krisen destabilisiert. In beiden Fällen nehmen Alkohol und / oder Medikamente in ihren Gedanken mehr und mehr Raum ein, die kritischen Einstellungen zum Suchtmittelkonsum lassen nach, die Rückfallgefahr nimmt zu. Die betroffene Klientin läuft Gefahr, ihren Arbeitsplatz und ihr soziales Netz zu verlieren.

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

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

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

13. Auffang- und Wiederholungsbehandlung

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

Solche Klientinnen empfinden meist massive Schuld- und Schamgefühle und haben von sich den Eindruck, versagt zu haben. Deshalb steht zunächst eine Selbstwertstabilisierung mit Berücksichtigung der suchtmittelfreien Zeit im Vordergrund.

Durch rasches Informieren über die bisherigen Vorbehandlungen haben wir die Möglichkeit, uns auf spezifische Themen in der Behandlung zu konzentrieren.

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

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

14. Das therapeutische Team

Das therapeutische Team besteht aus:

- einem Facharzt für Psychiatrie und Arzt für Psychotherapie, Hypnotherapeut, als Ärztlicher und Psychotherapeutischer Leiter
- Eine Fachärztin für Allgemeinmedizin
- Einer Sozialtherapeutin (GVS) mit psychoanalytischer Orientierung als stellvertretende Psychotherapeutische Leiterin

- Einem Diplom-Psychologen (Psychologischer Psychotherapeut) in fortgeschrittener verhaltenstherapeutischer Zusatzausbildung, Microsoft zertifizierter Netzwerkadministrator
- Einer Diplom-Psychologin in fortgeschrittener systemischer Zusatzausbildung
- Einer Diplom-Psychologin (Psychologische Psychotherapeutin) in fortgeschrittener verhaltenstherapeutischer Zusatzausbildung
- Vier Krankenschwestern
- Zwei Ergotherapeutinnen
- sowie Bewegungs- und Gesundheitspädagoginnen
- Hauswirtschaftsleiterin mit fundierten Diätkenntnissen
- Ein Mitarbeiter für den PC-Kurs
- Eine Mitarbeiterin für den Selbstverteidigungskurs

15. Qualitätsmanagement, Dokumentation und Supervision

Qualitätsmanagement ist eine Kernaufgabe unseres Unternehmens, - aus unserer Sicht ein dynamischer Prozeß - , der sich inhaltlich strikt an den Bedürfnissen der Klientinnen, ihrer Bezugspersonen, Kostenträger, Suchtberatungsstellen und zuweisenden Ärzten und Institutionen orientiert.

Unser Ziel diesbezüglich ist, die Struktur-, Prozess-, und Ergebnisqualität unserer Leistungen zu optimieren sowie Fehler und Wiederholungsarbeit zu vermeiden. Für diese Aufgabe ist in unserer Klinik eine therapeutische Mitarbeiterin als Qualitätsbeauftragte zuständig, die in enger Zusammenarbeit mit der Klinikleitung den klinikinternen Qualitätszirkel leitet. Die Mitglieder dieses Zirkels erhalten notwendige wirtschaftliche und organisatorische Informationen. Sie befragen die MitarbeiterInnen nach ihrer Zufriedenheit mit den Behandlungsangeboten und Zielsetzungen der Klinik, erstellen Stärke- und Schwächeprofile unserer Arbeit und entwickeln realistische Verbesserungsvorschläge.

Der Qualitätszirkel ist auch zuständig für die Entwicklung von Standards und therapeutischen Leitlinien, die jede/r MitarbeiterIn selbstverantwortlich übernimmt und im therapeutischen Alltag umsetzt.

Die ständige Verbesserung und Anpassung unseres therapeutischen Konzepts an neue wissenschaftliche Entwicklungen sehen wir als notwendige Maßnahme für die Ergebnisqualitätssicherung und -verbesserung.

Die Klinikleitung befragt alle Klientinnen im Laufe der Therapie und auch vor der Entlassung nach ihrer Zufriedenheit mit den Leistungen der Klinik, dem Verlauf der Therapie und den erreichten Zielen sowohl persönlich als auch per Fragebogen, wodurch eine Operationalisierung der Antworten möglich wird.

Das wöchentliche Zusammentreffen von Klinikleitung und Patientinnenvertretung ermöglicht einen regelmäßigen Austausch, fördert somit die Kooperation und dient dem Feststellen von Schwachpunkten und - falls notwendig - deren Behebung.

Anhand von Fragebogenaktionen in jährlichen Abständen bei den Kostenträgern, Suchtberatungsstellen, niedergelassenen Ärzten und Entgiftungsstationen bekommen wir Rückmeldung über unsere Stärken und Schwächen in bezug auf deren Zufriedenheit hinsichtlich der Zusammenarbeit, unserer Offenheit, Transparenz und fachlichen Qualität.

Wir sehen unseren ärztlich-therapeutischen Abschlussbericht als Teil des Qualitätsmanagements. Er umfasst u.a. den Aufnahmestatus, den Behandlungsverlauf und die Beurteilung des therapeutischen Erfolges.

Anhand standardisierter Verfahren wird der Therapieverlauf regelmäßig dokumentiert. Unsere Einrichtung ist am Dokumentationssystem SEDOS beteiligt, was eine grundlegende Rolle bei der Qualitätssicherung spielt.

Wir legen großen Wert auf die Fort- und Weiterbildung aller MitarbeiterInnen, da ein fachgerechter Ausbildungsstand die Voraussetzung einer guten Prozessqualität ist.

Durch interne Fallsupervisionen (wöchentlich 90 min), die vom psychotherapeutischen Leiter gestaltet werden, und Mitarbeiterbesprechungen (täglich 30 min), sowie durch die einmal monatlich stattfindende externe 90minütige Supervision, wird die Qualität der Diagnostik und der Therapie verbessert.

16. Hausordnung

Das Zusammenleben und -arbeiten von unterschiedlichen Menschen macht Regeln notwendig. Die Hausordnung bietet eine Orientierungsmöglichkeit für MitarbeiterInnen und Klientinnen und erleichtert das Zusammenleben in der Klinik. Ein respektvolles und verantwortungsbewusstes Miteinander ist somit Basis für positive und persönliche Erfahrungen. Ferner hat die Hausordnung eine wichtige therapeutische Aufgabe und Wirkung. Um jeder Klientin die Möglichkeit zu geben, von der Therapie zu profitieren und ihre Therapieziele zu erreichen, ist die gesamte Klinik inklusive Klinikgelände suchtmittelfreie Zone. Das bedeutet, dass Sie keinerlei Alkohol in jedweder Form, auch nicht in den Lebensmitteln, Mundwasser, usw. besitzen dürfen. Dasselbe gilt für illegale Drogen und alle nicht im Hause verordneten Medikamente.

Ausgangsregelung

Um Ihnen Eingewöhnungszeit sowie Raum zum Nachdenken über sich und Ihre Lebenssituation zu geben und zu Ihrer eigenen Sicherheit, dürfen Sie in der ersten Behandlungswoche das Klinikgelände nicht verlassen, mit Ausnahme der täglichen geführten Spaziergänge oder bei Aktivitäten in Ihrer Bezugsgruppe. In der zweiten Behandlungswoche dürfen Sie mit einer Mitklientin in der therapiefreien Zeit den von dem / der BezugstherapeutenIn genehmigten Ausgang in die Umgebung der Klinik wahrnehmen. Einkaufen oder der Besuch der Geschäfte ist nicht erlaubt;

Ab der 3. Wochen können Sie Einzelausgang haben, sofern keine medizinisch-therapeutischen Gründe dagegensprechen. Nach Genehmigung durch den / die Bezugstherapeuten/in und dem Eintrag auf die Laufkarte ist ein verlängerter Ausgang bis 23.00 h möglich. Ab der 5. Woche können Sie an zwei Wochenenden außer Haus übernachten, jedoch nicht nach Hause fahren. Ab der 9. Woche gehören in der Regel zwei Heimfahrten zu je 3 Tagen zur Therapie. Ausgänge sind nur in der therapiefreien Zeit am Nachmittag möglich. Die Eintragung in das Ausgangsbuch ist verpflichtend, da wir über An- und Abwesenheit informiert sein müssen.

Besuchsregelung

Ab der 3. Woche können Sie, in der Regel am Wochenende, Besuch empfangen. **Im Interesse der Hausgemeinschaft ist es erforderlich, dass Sie Ihren Besuch bei Ankunft in der Klinik bei der/dem Diensthabenden anmelden.**

Kinder

Wenn Sie bereits in einem Einzelzimmer untergebracht sind, können Sie ein Kind (bis 12 Jahren) bis zu einer Woche ins Haus einladen. Dabei gilt die Einschränkung, dass nicht mehr als zwei Kinder gleichzeitig im Haus sein dürfen.

Allgemeines

Infos

Alle wichtigen organisatorischen **Informationen** finden Sie an den Infotafeln. Bitte informieren Sie sich täglich.

Selbstverantwortung

Unser Therapieziel ist die Hinführung zu **Selbstverantwortung und persönlicher Reife**. Dem würde ein häufiges Kontrollieren entgegenstehen. Daher wollen wir so wenig wie möglich Kontrollen durchführen. Dennoch sind alle Mitarbeiter berechtigt, jederzeit Alkohol- bzw. Medikamenten- und Zimmerkontrollen durchzuführen bzw. zu veranlassen.

Geld und Wertsachen

In Ihrem eigenen Interesse empfehlen wir dringend, Wertsachen bei unserer Verwaltung in Verwahrung zu geben. In Ihrem Kleiderschrank steht Ihnen zudem eine abschließbare Kassette zur Verfügung. Sie sind verantwortlich für den Schutz und die Verwahrung ihrer Wertgegenstände. Wir können für alle nicht abgegebenen Wertgegenstände keine Haftung übernehmen.

Mahlzeiten

Sofern keine schriftliche Essensabmeldung vorliegt, ist die Teilnahme an allen Mahlzeiten verbindlich.

Nachtruhe

Von 23.00 Uhr bis 6.30 Uhr ist Nachtruhe. Aufenthaltszeiten im Hobby- und Vortragssaal am Freitag und Samstag und vor Feiertagen: An den genannten Tagen können sich Klientinnen in den beschriebenen Räumen bis 24.00 Uhr aufhalten.

Telefonregelungen

Von der Telefonzelle im Birkenhaus können Sie von 8.00 bis 22.00 Uhr telefonieren. Ab 17.00 Uhr können Gespräche über die Telefonzelle im Wiesenhaus empfangen werden. In der therapiefreien Zeit von 17.00 bis 22.00 Uhr ist die Benutzung des Handys erlaubt. Ausnahme: Nach schriftlicher Erlaubnis durch den/die Therapeut/in können Klientinnen ihr Handy oder das Kliniktelefon in den nicht erlaubten Zeiten benutzen.

Zimmer und Gemeinschaftsräume

Bei der Gestaltung Ihres Zimmers bitten wir Sie um pfleglichen Umgang. Für Ordnung und Sauberkeit in Ihrem Zimmer sind Sie selbst verantwortlich. Achten Sie darauf, dass die gemeinschaftlich genutzten Räume so ordentlich gehalten werden, dass sich alle darin wohlfühlen können. Zur Förderung der Kommunikation ist es nicht erlaubt, in Gemeinschaftsräumen Walkmans und CD-Player mit Kopfhörern zu benutzen.

Rauchen

Zum Schutz der Nichtraucher gelten beide Häuser unserer Fachklinik als rauchfreie Zone. Wer Rauchen möchte, muss dazu den „Rauchergang“ benutzen. Achten Sie auf unsere zusätzlichen Therapieangebote zum Thema Nikotinmissbrauch.

Elektrogeräte und Haushaltsgeräte

Das Mitbringen von Fernsehgeräten, Laptops und Computerspielen, Kaffeemaschinen, Wasserkochern, Tauchsieder und Bügeleisen ist nicht gestattet. In den gemeinsamen Aufenthaltsräumen der Klinik stehen Ihnen entsprechende Geräte zur Verfügung.

Kaffee und Tee

Nur in der Zeit von 8 h bis 18 h ist das Zubereiten und Konsumieren von Kaffee und Schwarztee erlaubt in den Aufenthaltsräumen erlaubt. Um unser Inventar zu schonen, bitten wir Sie, auf den Transport von offenen Getränken zu verzichten.

Wäsche

Bettwäsche wird gestellt. Für private Wäsche stehen Ihnen zwei Waschmaschinen und ein Trockner (jeweils mit Münzautomat) sowie Bügelbrett und Bügeleisen bis um 22.00 Uhr zur Verfügung. Waschpulver ist in der Klinik nicht erhältlich.

Apotheke und Rezepte

Das Betreten von Apotheken ist nicht gestattet; Rezepte, die Sie beim Besuch von externen Ärzten erhalten, dürfen nicht von Ihnen selbst eingelöst werden. Dies übernimmt grundsätzlich die Aufnahme in Absprache mit den Ärzten.

Fahrtkosten

Fahrtkosten werden jeweils nach den gültigen Fahrtkostenbestimmungen der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) abgerechnet; Näheres entnehmen Sie bitte der Infotafel.

<i>Mögliche Entlassgründe</i>

Rückfall

Sie haben die Behandlung unter der Voraussetzung und Vereinbarung begonnen, auf Alkohol, Medikamente und illegale Drogen zu verzichten. Ein Rückfall mit diesen Suchtstoffen während der Therapie schafft eine neue Situation. Wenn Sie selbstkritisch und offen mit Ihrem Rückfall umgehen, besteht die Möglichkeit der Bearbeitung im Rahmen unseres festgelegten Rückfallbearbeitungskonzeptes.

Verstöße

Bereits der Besitz oder die Weitergabe von Alkoholika, Medikamenten und illegalen Drogen in jeglicher Form, ohne dass es unbedingt zum Rückfall kommen muss, ist ein Verstoß gegen die Therapieregeln. Über therapeutische Konsequenzen oder eine mögliche Entlassung wird nach einem Gespräch zwischen Ihnen und dem Therapeutenteam entschieden.

Gewalt

Die Aufforderung zu, die Androhung und Anwendung körperlicher Gewalt hat therapeutische Konsequenzen, die bis zur Entlassung führen können.

Mangelhafte Mitarbeit

Sollten Sie in der Therapie nur mangelhaft mitarbeiten, kann ein Therapieerfolg nicht erwartet werden. Wir müssen in einem solchen Fall die Therapiemaßnahme vorzeitig beenden (Mitwirkungspflicht).

Meldepflicht

Wir sind verpflichtet, Verstöße gegen die Therapieordnung dem Leistungsträger zu melden (Protokoll). Grobe oder wiederholte Verstöße führen zur Entlassung.

*Wir wünschen Ihnen viel Erfolg für Ihre Behandlung
und rechnen mit Ihrer aktiven Mitarbeit in der Therapie.*

17. Literaturverzeichnis

- Amann, G. & Wipplinger, R. (Hrsg.) (1997). *Sexueller Mißbrauch: Überblick über Forschung, Beratung und Therapie; ein Handbuch*. Tübingen: Dgvt-Verlag
- Bass, E. & Davis, L. (1991³). *Trotz allem: Wege zur Selbstheilung für sexuell mißbrauchte Frauen*. Berlin: Orlanda-Frauenverlag.
- Beck, A.T. & Freemann, A. et al. (1995). *Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen*. 3. Aufl. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (Hrsg. Hautzinger, M.) (1994). *Kognitive Therapie der Depression*. 4. Aufl. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F. & Liese, B.S. (Hrsg. Lindenmeyer, J.) (1997). *Kognitive Therapie der Sucht*. Weinheim: Psychoogie Verlags Union.
- Ehrhart, U. (1994). „*Gute Mädchen kommen in den Himmel, böse überall hin!*“ *Warum uns Bravsein nicht weiter bringt*. Frankfurt a. M.: S. Fischer Verlag GmbH.
- Enders, U. (Hrsg.) (1990). *Zart war ich, bitter war´s: sexueller Mißbrauch an Mädchen und Jungen; Erkennen – Schützen – Beraten*. Köln: Kölner Volksblatt Verlag.
- Feuerlein, W., Kürfner, H. & Soyka, M. (1998). *Alkoholismus – Mißbrauch und Abhängigkeit: Entstehung – Folgen – Therapie*. 5., überarb. u. erw. Aufl. Stuttgart: Thieme.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe, Verlag für Psychologie.
- Hinsch, R. & Pfingsten, U. (1998). *Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK). Grundlagen, Durchführung, Materialien*. Weinheim: Psychologische Verlags Union.
- Kanfer, F. H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (1996). *Selbstmanagement-Therapie: ein Lehrbuch für die klinische Praxis*. 2. überarb. Aufl. Berlin: Springer.
- Kavemann, B. & Lohstöter, I. (1984, 1991). *Väter als Täter. Sexuelle Gewalt gegen Mädchen*. Reinbek / Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH.
- Mebes, M. & Jeuck, G. (1989). *Donna Vita Schriftenreihe Sexueller Mißbrauch, Bd. 2 Sucht*. Berlin: Donna Vita Verlag für Materialien gegen sexuellen Mißbrauch.
- Meulenbelt, A., Wevers, A. & van der Ven, C. (1998). *Frauen und Alkohol*. Reinbeck / Hamburg: Rowohlt Verlag GmbH.
- Meulenbelt, A., Wevers, A. & van der Ven, C. (1998). *Frauen und Alkohol*. Reinbeck / Hamburg: Rowohlt Verlag GmbH.

Orth, I. & Petzold, H. (1990). *Die neuen Kreativitätstherapien, Handbuch der Kunsttherapie Band 2*. Paderborn.

Sanford, L.T. & Donovan, M.E. (1994). *Frauen und Selbstachtung. „Ich bin ich und ich bin o.k.“* Hamburg: Ingrid Klein Verlag.

Schottenloher, G. (1989). *Kunst- und Gestaltungstherapie*. München.

Ullrich, R. & de Muynck, R. (1998). *ATP 1. Einübung von Selbstvertrauen. Bedingungen und Formen sozialer Schwierigkeiten*. Reihe „Leben lernen“ Nr. 122/1. 7. stark erw. Aufl. München: Pfeiffer.

Ullrich, R. & de Muynck, R. (1998). *ATP 2. Einübung von Selbstvertrauen – Grundkurs*. Reihe „Leben lernen“ Nr. 122/2. 6. überarb. u. erw. Aufl. München: Pfeiffer.

Scheepers Clara, Steding-Albrecht Ute, Jehn Peter (1999) *Ergotherapie, vom Behandeln zum Handeln* Georg Thieme Verlag

Ullrich, R. & de Muynck, R. (1998). *ATP 3. Einübung von Selbstvertrauen und kommunikative Problemlösung: Anwendung in Freundeskreis, Arbeit und Familie*. Reihe „Leben lernen“ Nr. 122/3. 6. stark erw. Aufl. München: Pfeiffer.

Vogelgesang, M. (1999). *Frauenspezifische Gruppentherapie bei Abhängigkeitserkrankungen*. Psychotherapeut, 44, S. 167 – 175.

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

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

Die Konzeption der Workshops „Lebenspanorama“ und „Maskenworkshop“ geht auf Dipl.-Psych. S. Laßmann zurück.