



*Evangelische Suchtkrankenhilfe Mecklenburg-Vorpommern gGmbH*

# *KONZEPTION*

## *LUZIN -KLINIK*



*Fachklinik für Suchtkrankheiten*

LUZINWEG 51 OT FELDBERG 17258 FELDBERGER SEENLANDSCHAFT  
TEL.: 039831/51-0 FAX: 039831/51-101 E-MAIL: [INFO@LUZIN-KLINIK.DE](mailto:INFO@LUZIN-KLINIK.DE) INTERNET: [WWW.LUZIN-KLINIK.DE](http://WWW.LUZIN-KLINIK.DE)

# **Therapiekonzept der Luzin-Klinik**

## **Feldberg**

### **Fachklinik für Suchtkrankheiten**

**Name der Einrichtung:** Luzin-Klinik  
Fachklinik für Suchtkrankheiten  
OT Feldberg  
Luzinweg 51  
17258 Feldberger Seenlandschaft  
Telefon-Nr.: 03 98 31/51-0  
Telefax-Nr.: 03 98 31/51-1 01

**Träger:** Evangelische Suchtkrankenhilfe  
Mecklenburg-Vorpommern gGmbH  
Körnerstraße 7  
19055 Schwerin

**Stand:** 30.04.2008

<b>Inhalt</b>	<b>Konzeption</b>	<b>Seite</b>
1.	Träger der Einrichtung	4
2.	Beschreibung der Fachklinik	5
3.	Theoretische Grundlagen des Therapiekonzeptes der Luzin-Klinik	6
3.1	Allgemeine theoretische Grundlagen	6
3.2	Besonderheiten der Medikamentenabhängigkeitsentwicklung	13
3.3	Motivationsarbeit	13
4.	Behandlungsziele, Behandlungsdauer und Aufnahmekriterien	15
4.1	Zielgruppe und Behandlungsziele	15
4.2	Behandlungsdauer	15
4.3	Aufnahmekriterien	16
5.	Behandlungsprogramm	17
5.1	Diagnostische Phase	17
5.2	Therapeutische Phase	18
5.3	Abschlussphase	19
6.	Behandlungsmaßnahmen	20
6.1	Medizinische Betreuung und Diagnostik	20
6.2	Psychologische Diagnostik	23
6.3	Gruppenpsychotherapie	24
6.3.1	Aufnahmegruppe	24
6.3.2	Langzeitgruppe	24
6.3.3	Großgruppe	26
6.4	Einzelpsychotherapie	27
6.5	Kreativtherapie	27
6.6	Arbeitstherapie	28
6.6.1	Arbeitstherapie im Außen- und Gartenbereich	29
6.6.2	Arbeitstherapie in der Holzwerkstatt	29
6.6.3	Arbeitstherapie in der Schlosserwerkstatt	30
6.6.4	Arbeitstherapie im Bereich Hauswirtschaft	30
6.6.5	Freies Werken	31
6.7	Erlebnistherapeutisch orientierte Gruppenaktivitäten	31

<b>Inhalt</b>	<b>Konzeption</b>	<b>Seite</b>
6.8	Progressive Relaxation nach Jacobson	32
6.9	Sporttherapie	33
6.10	Physikalische Therapie	34
6.11	Informationsseminare	34
6.12	Klinische Sozialarbeit	35
6.13	Indikative Gruppen	36
6.13.1	Frauengruppe	36
6.13.2	Gruppe für Patienten mit Angst und Depression	37
6.13.3	Gruppe für Patienten mit deutlichem sozialen Kompetenzmangel	38
6.13.4	Tiergestützte Therapie als Ergänzung der Psychotherapie Suchtkranken	39
		bei
6.13.5	Raucherentwöhnung	41
6.14	Angehörigengespräche und -seminare	41
6.15	Musiktherapie	41
6.16	Tanztherapie	42
6.17	Traumatherapie	43
7.	Therapieübergreifende Angebote	44
7.1	Selbsthilfegruppen	44
7.2	Lebenspraktische Aktivitäten	44
7.3	Freizeitgestaltung	45
7.4	Fachliche Beratung bezüglich der Medizinischen Psychologischen Untersuchung ( MPU)	45
7.5	Angebot der Seelsorge	46
8.	Organisatorische Regelungen	47
8.1	Heimfahrten	47
8.2	Umgang mit Rückfällen während der stationären Entwöhnungsbehandlung	47
8.3	Die Zusammenarbeit im Netzwerk der Suchtkrankenhilfe	48

<b>Inhalt</b>	<b>Konzeption</b>	<b>Seite</b>
9.	Stationäre Auffang- und Festigungsbehandlung	50
9.1	Stationäre Auffangbehandlung	50
9.2	Stationäre Festigungsbehandlung	50
9.3	Therapeutisches Vorgehen bei der stationären Auffang- und Festigungsbehandlung	51
9.4	Dauer und organisatorische Durchführung der stationären Auffang- und Festigungsbehandlung	52
10.	Das Mitarbeiterteam	53
11.	Qualitätsmanagementsystem	55
12.	Anhang	56
12.1	Literaturverzeichnis	56
12.2	Die Haus- und Therapieordnung	
12.3	Therapiepläne	

## **1. Träger der Einrichtung**

Träger der Einrichtung ist die Evangelische Suchtkrankenhilfe Mecklenburg-Vorpommern gGmbH (ESM). Sie kann auf eine erfolgreiche Arbeit in Mecklenburg zurückblicken. Sie ist Mitglied des Diakonischen Werkes der Ev.-Luth. Landeskirche Mecklenburg e. V. Die der ESM zugehörigen Einrichtungen sind hauptsächlich im Suchtberatungs- und Nachsorgebereich angesiedelt. Des Weiteren betreibt die ESM seit 1995 eine Rehabilitationseinrichtung für Drogenabhängige in Tessin bei Wittenburg, die in Zusammenarbeit mit der LVA Mecklenburg-Vorpommern initiiert wurde. Aufgrund der immer wieder auftretenden Lücken im Versorgungsnetz von Abhängigkeitserkrankten war es infolgedessen konsequent, dass die Kompetenz der Evangelischen Suchtkrankenhilfe zur Errichtung der stationären Entwöhnungstherapie in Feldberg und Rostock genutzt wurde. Mit der LVA Mecklenburg-Vorpommern, heute DRV Nord, als federführendem Kostenträger konnte ein kompetenter Partner für die Initialisierung und den Aufbau beider Rehabilitationseinrichtungen gefunden werden.

## 2. Beschreibung der Fachklinik

Die Luzin-Klinik ist eine Fachklinik für alkohol- und/oder medikamentenabhängige Männer und Frauen.

Die in den Jahren 1997 und 1998 neu erbaute Fachklinik wurde im August 1998 feierlich eröffnet. Sie liegt im Gebiet der Feldberger Seenlandschaft, die für eine Fülle verschiedenartiger Naturschönheiten bekannt ist. Das vorhandene Naturpotenzial bietet den Abhängigkeitskranken umfangreiche Möglichkeiten zur Rehabilitierung. Der Ortsteil Feldberg, Standort der Luzin-Klinik, ist ein staatlich anerkannter Erholungsort. Er ist umgeben von acht Haupt- und Nebenseen. Die Fachklinik befindet sich unmittelbar am See „Schmaler Luzin“ auf einem ca. 16 700 m<sup>2</sup> großen Gelände.

Die Fachklinik ist erbaut in einem Pavillonsystem. Vier Pavillons sind gruppiert um das Haupthaus. Im Haupthaus sind die Aufnahmestation mit Patientenaufenthaltsraum und Küchenzeile, der medizinische Bereich, die Gruppenräume, die Büros der Mitarbeiter und die Verwaltung untergebracht. Weiterhin befinden sich hier ein kleiner Kiosk, der Speisesaal, die Küche und ein Tischtennisraum. Außerdem stehen hier für alle Patienten Waschmaschinen und Trockner zur Verfügung.

In einem der vier Pavillons sind die Arbeits- und Kreativtherapie beheimatet. Außerdem befinden sich hier ein Fitness-, ein Tischtennis- und ein Raum für Kreativarbeiten während der Freizeit.

Die drei anderen Pavillons stellen den Wohnbereich für die Langzeitgruppen dar, wobei jede Gruppe einen eigenen Aufenthaltsraum mit Küchenzeile und Fernsehgerät hat.

Insgesamt stehen 52 Betten zur Verfügung, wobei 12 Betten der Aufnahmestation zugeordnet sind. Alle Zimmer sind als Zweibettzimmer mit integrierter Nasszelle (Dusche/WC) ausgestattet und modern möbliert. Jeder Patient hat ein eigenes Telefon auf seinem Zimmer.

Die zwischen den Häusern gelegene weiträumige Gartenanlage weist mehrere Blumenrabatten, zwei Teiche, mehrere Sitzgelegenheiten sowie größere Rasenflächen auf. Außerdem stehen ein Volleyballplatz und ein „Garten der Sinne“ zur Verfügung.

Die Fachklinik ist sowohl mit öffentlichen (Busverbindung im Zweistundentakt von und nach Neustrelitz) als auch privaten Verkehrsmitteln gut erreichbar. Neustrelitz und Neubrandenburg liegen jeweils ca. 32 km westlich bzw. nordwestlich von Feldberg, Prenzlau ca. 30 km östlich.

Seit 06.03.2007 haben Arbeiterwohlfahrt und ESM in Torgelow eine Suchtberatungs- und Präventionsstelle, die fachlich von Mitarbeitern der Luzin-Klinik unterstützt wird.

### **3. Theoretische Grundlagen des Therapiekonzeptes der Luzin-Klinik**

#### **3.1 Allgemeine theoretische Grundlagen**

Die Abhängigkeitserkrankung weist ein komplexes mehrschichtiges Störungsbild auf, d. h. es liegt ein multifaktorieller Ursachenzusammenhang vor. Dabei sind organische, psychische, gesellschaftliche und familiäre Faktoren zu berücksichtigen.

Zahlreiche Wissenschaftler beschäftigen sich seit Jahrzehnten mit der Ätiologieforschung der Abhängigkeitserkrankung, insbesondere der Alkoholabhängigkeit (FEUERLEIN et al., 1998). Biologische, psychologische und soziologische Forschungen (AREND, 1999) haben Bausteine zur Ursachenerklärung und zur Entwicklung einer Abhängigkeitsproblematik geliefert, ohne dass ein Konzept mit universeller Gültigkeit vorliegt. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass die in den letzten Jahren verwendeten multikausalen Ansätze (bio-psycho-sozial) umfassender die Thematik erfassen als die vorher verwendeten monokausalen (PURI et al., 2002; BENNETT, 2003), insbesondere wenn es sich wie bei der Abhängigkeitserkrankung um eine chronische Erkrankung mit in der Regel Multimorbidität handelt, die somit einen integrativen, interdisziplinären Rehabilitationsansatz benötigt. Grundlage für eine teilhabeorientierte Versorgung dieser Klientel ist die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO aus dem Jahre 2001. Ein wichtiger Begriff dabei ist die „funktionale Gesundheit“. Aufgabe einer ganzheitlichen Rehabilitation ist die Förderung der „funktionalen Gesundheit“. Diese wird als Wechselwirkung zwischen dem Gesundheitsproblem einer Person, beschrieben als „impairment“ und „handicap“ von Aktivitäten und Teilhabe, und ihren Kontextfaktoren, positiv als Förderfaktoren oder negativ als Barrieren, verstanden. Somit müssen in der medizinischen Rehabilitation sowohl Umweltfaktoren als auch personenbezogene Faktoren beachtet werden, d. h. Erreichbarkeit und Verfügbarkeit der notwendigen Ressourcen und die individuelle Förderung stehen dabei im Vordergrund.

Stets unter Berücksichtigung des aktuellen Erkenntnisstandes der Humanwissenschaften orientiert sich unser integrativer Ansatz maßgeblich an der Individualpsychologie in der Tradition Alfred Adlers, wird dabei innovativ ergänzt durch Erkenntnisse der systemischen Therapie und der Verhaltenstherapie.

Bei der Entwicklung unseres integrativen Konzeptes ließen wir uns unter anderem von der Praxisrelevanz der aktuellen Suchtforschungsergebnisse, der uns zugewiesenen Klientel und der

vorgegebenen Regelbehandlungszeit von 12 Wochen leiten. Wir sehen unsere Patienten ganzheitlich in ihrer psychosozialen Entwicklung und ihrer sozialen Integration. Wir betrachten die kognitiven Prozesse und emotionalen Erlebnisweisen und den körperlichen Gesundheitszustand. Die menschliche Existenz wird als physisch, psychisch und geistig zugleich verstanden. Wir gehen davon aus, dass der Patient die Fähigkeiten in sich trägt, um seine Probleme zu lösen. Unsere Aufgabe in der therapeutischen Beziehung ist es, den Patienten zu ermutigen seine schöpferische Kraft zu entfalten. Unser integrativer Ansatz beinhaltet neben Verhaltenstherapie, die auf der sozialen Lerntheorie basiert, und systemischer Therapie als Schwerpunkt die Individualpsychologie Alfred Adlers.

Die Individualpsychologie Alfred Adlers, stellt seit nahezu einem ganzen Jahrhundert einen anerkannten umfassenden Ansatz einer Theorie vom Menschen und als Psychotherapie ein Verfahren *lege artis* dar. In neueren und neuesten psychologischen Theorien und psychotherapeutischen Praxeologien sind alte Erkenntnisse der Individualpsychologie zu finden (MOSAK & MANIACCI, 1999; NICOLAY, 2000). Deutliche Übereinstimmungen bestehen, jenseits der terminologischen Besonderheiten, vor allem mit den kognitiv erweiterten Versionen der Verhaltenstherapie (CORSINI, 1987) – bei sich abhebender gemeinschaftlicher Werteorientierung der Individualpsychologie, deren Vertreter sich gegenüber den Patienten eines Werte-Oktrois enthalten (ACKERKNECHT, 1982; DREIKURS-FERGUSON, 2000).

Methoden der Kognitiven Verhaltenstherapie stellen nach wie vor ein wichtiges wissenschaftlich anerkanntes psychotherapeutisches Standbein unseres Angebotes dar. Schließlich können systemische Aspekte in einem am Patienten orientierten, pragmatischen Behandlungsansatz nutzbar gemacht werden.

Die Individualpsychologie (IP) gilt als eine der klassischen Schulen der Tiefenpsychologie (RATTNER, 1990) und wird in Deutschland zu den Richtlinienverfahren der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie gezählt. Während sie in ihrer ursprünglichen Praxis von maßgeblichen Vertretern der Schule als Psychagogik (“Seelenführung“) verstanden wurde (BRACHFELD, 1953; JACOBY, 1983; MOOR, 1960), ist sie seit langem in der Profession der Psychoanalytiker etabliert. Im internationalen Maßstab sehen MOSAK u. MANIACCI u. a. „Adlerian Psychoanalysis“, „Adlerian Cognitive Therapy“, „Adlerian Behavioral Therapy“ und „Adlerian Family Therapy“ als verbreitete Ausprägungen (ebenda). ADLER und die Individualpsychologen der ersten Generation sind zudem Pioniere der therapeutischen Gruppenarbeit (BRUDER-BEZZEL, 1999). Ebenso ist ADLER als einer der Begründer der Psychosomatik und der Sozialmedizin identifizierbar (ELLENBERGER, 1973). Nicht zuletzt

etablierte sich die Individualpsychologie auch als Psychotherapie für psychotische Patienten (SHULMAN, 1980).

Maßstab psychischer Gesundheit ist aus individualpsychologischer Sicht der Grad des Gemeinschaftsgefühls. Der ADLER- Schüler WEXBERG nennt 1928 einige Bedeutungen dieses grundlegenden Konzepts:

1. SACHLICHKEIT: Nur der Mitmensch ist imstande, „objektiv“ zu bleiben und die eigene Person gegenüber der Sache hintanzustellen.
2. LOGIK IM DENKEN: Folgerichtigkeit ergibt sich nur aus dem Mut, konsequent den Sachverhalten nachzugehen, ungeachtet ichhafter Vorurteile und Wünschbarkeiten, die den Blickwinkel einengen.
3. BEREITSCHAFT ZUR LEISTUNG: Der Mitmensch ist willig, etwas für die allgemeine Wohlfahrt zu tun und durch seinen Beitrag den Bestand und die Weiterentwicklung der Gesamtheit zu gewährleisten.
4. BEREITSCHAFT ZUR HINGABE AN NATUR UND KUNST: Das Gemeinschaftsgefühl kann nicht haltmachen vor der außermenschlichen Welt und äußert sich in Verbundenheit mit Leben und Kosmos sowie mit den Schöpfungen der Kunst, in denen das menschliche Gefühl sich in sublimer Form darstellt.
5. VERANTWORTUNG FÜR TUN, VORSTELLEN, EMPFINDEN usw.: Der Mitmensch weiß sich verantwortlich für seine Lebensgestaltung und übernimmt auch Verantwortung für sich und die Menschheit.

(RATTNER, 1981).

ADLER (1933) hebt den großen Beitrag der Religion zur gemeinschaftlichen Entwicklung der Menschheit hervor, versteht als medizinischer Psychologe (ohne theologische Bewertung von Glaubensinhalten und jenseits eines psychologistischen Reduktionismus) tiefe Gläubigkeit als Ausdruck entwickelten Gemeinschaftsgefühls, während MÜLLER & BLUMENTHAL (1990) betonen, daß aus ihrer Sicht ein umfassendes Gemeinschaftsgefühl den Glauben an Gott einschließt. Die Aufgaben des Therapeuten und des Geistlichen sind in der Praxis auseinander zu halten (ADLER, ebenda).

Prüfstein für das Gemeinschaftsgefühl einer Person ist die Erfüllung der „drei Lebensaufgaben“ Beruf, Gesellschaft und die Liebe zu einem gleichwertigen Partner (ADLER, 1933). Die

Lebensaufgaben erfordern Mut zur Lösung. Probleme in der Aufgabenlösung sind das Ergebnis mangelhafter Vorbereitung in der Erziehung (ANSBACHER, 1981).

Angesichts der Unterlegenheit des Kindes gegenüber der Umwelt, insbesondere gegenüber den Erwachsenen, entwickelt es ursprüngliche Minderwertigkeitsgefühle, die kompensatorisch die Entwicklung vorantreiben, zur Ausbildung von unverstandenen Zielen der Überlegenheit führen. Der sehr begrenzte kindliche Wahrnehmungshorizont begünstigt die Entstehung irrtümlicher Meinungen über die eigene Person, des eigenen Wertes, über die Mitmenschen und die Welt allgemein. Entmutigendes Erziehungsklima kann die (mehr oder weniger unbewußte/unverstandene) Überzeugung persönlicher Minderwertigkeit gegenüber anderen Menschen bzw. sonstigen Herausforderungen etablieren. Individuelle Sicherungen gegen befürchtete Positionen der Unterlegenheit werden bereits in der frühen Kindheit entwickelt und ein Leben lang beibehalten. Verwöhnung, Vernachlässigung und übertriebene Härte wirken in der Regel entmutigend. Gelingt es den Eltern, das Kind frühzeitig durch Ermutigung auf den Weg der „Logik des menschlichen Zusammenlebens“, der Aufgabenorientierung zu bringen, gewinnt es die Chance, weniger in Sorge um die eigene Geltung zu leben und vielmehr seine Aufmerksamkeit auf Beitragleistung, auf nützliche Kompensation der Minderwertigkeitsgefühle zu lenken und solche Ziele der Vollkommenheit zu verfolgen, die gleichwertige Kooperation ermöglichen. Überlegenheit im Verhältnis zu Aufgabenstellungen ist die den sachlichen Lebensstil charakterisierende Priorität.

Aufgabenorientierung zeichnet den psychisch gesunden Mitmenschen aus. Aufgabenorientierung ist Gemeinschaftsorientierung. Das Bestreben, seinen Mitmenschen überlegen zu sein oder durch Vermeidung die befürchtete Unterlegenheit zu verschleiern, ist Ausdruck der Entmutigung. Die Egozentrik der „privaten Logik“ weist regelmäßig (gegebenenfalls verschleiert durch übertriebenes Lob) den Hang zur Entwertung der Mitmenschen und ihrer Leistung, zuweilen auch grundsätzlich der Aufgabenorientierung auf (SHULMAN, 1973).

Die (mehr oder weniger) private Logik, die spezifische Minderwertigkeits-Kompensations-Psychodynamik, das teils unverstandene Streben nach Selbstbehauptung, wird „Lebensstil“ genannt. Je entmutigter der Lebensstil einer Person ist, desto krasser nimmt diese Menschen und Situationen in einer Oben-Unten-Polarität wahr.

Die Bedeutung familiärer Verhältnisse, einschließlich tatsächliche oder eingebildete „Organminderwertigkeiten“, Position in der Geschwisterreihe, Geschlechtsrollendefinition, Vorbildfunktion der Eltern, ökonomische Faktoren und sonstige äußere Einflüsse für die Entwicklung des Lebensstils sind in der Literatur ausführlich dargestellt, wobei durchgängig

hervorgehoben wird, daß das Kind zu den Verhältnissen Stellung nimmt, sie als Material zur Etablierung seiner Selbst- und Weltsicht nutzt, der schließlich entstandene Lebensstil der „schöpferischen Kraft“ des Menschen zuzuschreiben ist (ADLER, 1912; ROM, 1966; DREIKURS, 1969; MANASTER & CORSINI, 1982).

Die Wahl des „Arrangements“ der Selbstbehauptung, die „Symptomwahl“ ist durch (auch familiäre) Traditionen und durch Verfügbarkeit bspw. bei Suchtmitteln erklärbar.

ADLER betont, daß der um seine Geltung besorgte, sich gegen Positionen der Unterlegenheit sichern zu müssen Glaubende „wie in Feindesland“ lebt, sich daher in steter Spannung befindet, weil in seiner privaten Logik sein Selbstwert in Zweifel gezogen ist.

Während die ursprünglichen Minderwertigkeitsgefühle in der Regel unbewußt (unverstanden) bleiben, können sekundäre Minderwertigkeitsgefühle, die zumeist bewußt sind, als Fehlkompensationen, als Sicherungen wirksam werden. Die starre, Kompensation jenseits der nützlichen Seite suchende und durch sekundäre Minderwertigkeitsgefühle sich auszeichnende Orientierung des Lebensstils, wird Minderwertigkeitskomplex genannt und wird bei chronischer Alkoholabhängigkeit nicht zu vermissen sein. In erstarrter Fehlkompensation zeigt sich der zugrunde liegende Minderwertigkeitskomplex gelegentlich als Überlegenheitskomplex (ANSBACHER & ANSBACHER, 1982).

Ein voll ausgebildetes Gemeinschaftsgefühl beinhaltet u. a. eine souveräne Identität bezogen auf die Geschlechtszugehörigkeit und ein dazugehöriges tragfähiges Wertesystem, das angesichts der Aufgabenorientierung (in allen Lebensaufgaben) der stützenden oder ausgleichenden psychotropen Wirkung des Alkohols nicht bedarf.

Aus Sicht der IP wird festgestellt, daß jeder Trinker seinen „eigenen Alkoholismus“ als Ausdruck des individuellen Lebensstils hat (ZURUKZOGLU & NUßBAUM, 1954).

Dem Alkoholkonsum kommen verschiedene psychische Funktionen zu:

- Alkohol als Mittel der Selbstverwöhnung
- Alkohol als Angst- und Spannungslöser
- Alkohol als Stimmungsheber
- Alkohol als Mittel der artifiziellen Selbstwerterhöhung
- Alkohol als Sinn-Substitut

Während zu Beginn der Trinkerkarriere vielleicht nur gelegentlich aus hedonistischen Motiven getrunken wurde, kann nach Wegfall maßgeblicher Lebenswerte der Alkohol zum alleinigen Lebenszweck werden (LUKAS, 1986).

Der bei Alkoholabhängigkeit regelmäßig anzutreffende „verkürzte Spannungsbogen“, das heißt, die verringerte Fähigkeit, Anstrengungen auf ein Ziel hin zu unternehmen, Abwarten zu können, Versagen und Versagungen ertragen zu können, birgt Rückfallgefahr, der durch ermutigende, das im Zuge der Suchtkarriere reduzierte Wertesystem erweiternde Angebote entgegengewirkt werden soll (KÜNKEL, 1935).

Aus Anlaß der Rückfallbearbeitung wird versucht, dem Patienten zu vermitteln, daß er sich nicht erneut als „Versager“ erwiesen hat, sondern es sich in seinem Fall um eine weitere Etappe auf dem Weg in die dauerhafte Abstinenz handeln kann.

Innerhalb unserer Behandlung wird nur ausnahmsweise eine analytisch aufdeckende Bearbeitung der Minderwertigkeits-Kompensations-Psychodynamik, die beim Patienten gute Introspektionsfähigkeit und eine längere Verweildauer voraussetzt, in Betracht kommen. Der behandelnde Therapeut versucht vielmehr, mit dem diagnostischen Mittel der individualpsychologischen Lebensstilanalyse die Psychodynamik des Patienten zu erfassen und ihn innerhalb der Logik des vorhandenen psychologischen Lebensstils psychagogisch ermutigend auf den Weg zu einer zufriedenen Lebensgestaltung in Nüchternheit zu begleiten. Auch die komplementärtherapeutischen Angebote sind als Teile der psychagogischen Gesamtbehandlung zu verstehen.

Aufgabe aller therapeutisch Tätigen ist es, den Menschen und Situationen in einer Oben-Unten-Polarität wahrnehmenden Patienten, in einer Haltung der Gleichwertigkeit zu begegnen und durch vorbildhaft gelebte Sachlichkeit (Aufgabenorientierung), zu der auch warmherziger Humor gehört, die Chance der Flexibilisierung seines veränderungshinderlichen Wahrnehmungsschemas zu eröffnen. Im Idealfall wäre eine graduelle Veränderung des Lebensstils zu erreichen (DREIKURS, 1980).

Ausgehend von der dynamischen Einheit seelischer Störungen wird, auch bezogen auf die Alkoholabhängigkeit, jeder Patient in seiner Einzigartigkeit gesehen und versucht, über die Analyse des Lebensstils die individuelle Psychodynamik zu erfassen und dem Patienten die Möglichkeiten eines Lebens in Werten der Gemeinschaft psychagogisch zu eröffnen, ihn gegenüber Problemen zu einer produktiven Stellungnahme zu befähigen, die „Trotzmacht des Geistes“ zu aktivieren (LUKAS, 1986; REINERT, 2000).

Die Kognitive Verhaltenstherapie zielt, wie auch die Individualpsychologie, darauf ab, den Patienten zu befähigen, seine Stellungnahme zur Abhängigkeitserkrankung überhaupt und zum

Rückfall zu verändern, d.h. ihn in die Lage zu versetzen, durch eine Neubewertung Handlungskompetenz zurück zu gewinnen.

Beim Rückfallprozeß führen in der Regel mehrere Ereignisse zu einer Rückkehr in den Zustand vor der Behandlung.

Ein heute in der Praxis anerkanntes Rückfallmodell, das mehrere kognitive und behaviorale Komponenten beinhaltet, wurde von MARLATT (1985) entwickelt.

Bei der Bearbeitung eines Rückfallprozesses ist es notwendig, die Interaktion zwischen Entscheidung und Verpflichtung sowie den Problem- und Versuchungssituationen und den Selbstwirksamkeitserwartungen genau zu untersuchen. Den Problem- und Versuchungssituationen wird im Rückfallmodell (MARLATT & GORDON, 1985) eine große Bedeutung beigemessen. CUMMINGS et al. (1980) haben drei relevante Rückfallgruppen für Alkoholabhängige herausgearbeitet:

- negative Gefühle,
- interpersonelle Konflikte in Beziehungen,
- sozialer Druck durch eine andere Person bezüglich des Problemverhaltens.

Schlussfolgernd aus den Darlegungen über den Rückfallprozeß ergibt sich für das therapeutische Vorgehen die Notwendigkeit, dass die Abhängigen ausreichend effektive Bewältigungsstrategien, verbunden mit einer großen Flexibilität bezüglich deren Anwendung zur Aufrechterhaltung der Abstinenz bzw. zur Überwindung eines Ausrutschers erlernen (SHIFFMAN, 1987).

Während in der Individualpsychologie die persönliche Psychodynamik des Lebensstils, die der Person eigene Bewegungsweise einschließlich der menschlichen Beziehungsgestaltung gesehen wird, werden im systemischen Ansatz „Systeme“ betrachtet (SCHNEIDER, 1985).

In der systemischen Familientherapie wird der Einzelne als Teil eines Systems gesehen, das es insgesamt zu erfassen und zu verändern gilt. Durch die Veränderung eines Familienmitglieds wird das vorherige System aus dem „Gleichgewicht“ gebracht. Der Behandler hat stets das gesamte System im Auge zu behalten. Mit Techniken wie dem Zirkulären Fragen oder der Erstellung von Genogrammen soll dem Patienten geholfen werden, sich ein Verständnis seines Bezugssystems zu erarbeiten und die Wechselwirkungen innerhalb dieses Systems zu erkennen. Ziel ist es, die Kommunikationsstrukturen innerhalb der Familie zu verbessern, um zu einem gesünderen Zusammenleben zu gelangen (SATIR, 1990). Alle Verhaltensweisen, so auch der Konsum eines Suchtmittels, werden als Lösungsversuche verstanden. Im Rahmen der Therapie sollen hierfür alternative Lösungen gefunden werden, die dem Patienten ein abstinentes Leben innerhalb seines Bezugssystems ermöglichen sollen.

### **3.2 Besonderheiten der Medikamentenabhängigkeitsentwicklung**

Im Gegensatz zur Alkoholabhängigkeit, die sich in der Regel über 10 – 20 Jahre entwickelt, benötigt die Entwicklung der Medikamentenabhängigkeit (Beruhigungs-, Schlaf-, Schmerz-, Aufputzmittel) – je nach Wirkstoff – unter Umständen nur mehrere Wochen bis Monate. Während Alkohol in unserer Gesellschaft ein verbreitetes Genussmittel darstellt, liegt bei einer Medikamentenabhängigkeit am Anfang immer ein Problem vor, das mit seelischem und körperlichem Leiden einhergeht. Der Betroffene nimmt zur Linderung der Beschwerden ein Medikament ein, d. h. er nimmt es von Beginn an bewusst wegen seiner Wirkung ein. Aufgrund der guten Wirkung des Medikamentes kann es bereits nach mehreren Wochen zum Auftreten psychischer und physischer Abhängigkeitsmerkmale kommen. In diesem Stadium werden die Medikamente kurzfristig wegen ihrer angenehmen Wirkung und langfristig zur Vermeidung von Entzugserscheinungen eingenommen. Neben der Entzugssymptomatik sind Zeichen der Toleranzentwicklung – genau wie bei der Alkoholabhängigkeit – zu finden.

### **3.3 Motivationsarbeit**

Ein bekanntes Problem in der Arbeit mit Abhängigen ist die oft mangelnde Motivation zur Veränderung ihres Verhaltens und die Schwierigkeit, eine solche zeitnah zu erreichen. Das bedeutet für die Praxis der Abhängigkeitsbehandlung, dass trotz intensiver Motivationsarbeit durch die Beratungsstelle und gegebenenfalls Selbsthilfegruppe diese durch die Fachklinik fortgeführt werden muss. Die mangelnde Motivation wird dadurch verursacht, dass lange Zeit beim Abhängigen die positiven (angenehmen) Konsequenzen (z. B. Angstminderung, Entspannung, Überwindung von Hemmungen usw.) aus seinem Substanzkonsum überwiegen gegenüber den negativen (z. B. soziale Konflikte, finanzielle Schwierigkeiten, körperliche Erkrankungen usw.).

Weiterhin zu berücksichtigen ist, dass zum einen die angenehmen Wirkungen sehr schnell nach der Einnahme auftreten und dass zum anderen sich die unangenehmen erst langfristig manifestieren. Dieses Erleben führt zu einem Ambivalenzkonflikt: einerseits nimmt der Patient seine Abhängigkeit und die daraus resultierenden negativen Folgen wahr, andererseits weiß er, dass sein Suchtmittel ihm am besten und schnellsten hilft, der von ihm erlebten grauen Realität – zumindest für kurze Zeit – zu entfliehen. Zusätzlich kommt es zu einer Zuspitzung des Konfliktes durch die gesamtgesellschaftlich moralisch negative Einstellung einem Abhängigen gegenüber.

Motivationsarbeit heißt nun, diesen Ambivalenzkonflikt so zu bearbeiten, dass sich beim Betroffenen eine Veränderungsbereitschaft entwickelt. Dabei hilft die Benennung und

Durcharbeitung der Vor- und Nachteile des Suchtverhaltens und der Vor- und Nachteile einer Verhaltensänderung.

Als Ergebnis dieses Prozesses wird eine Verhaltensänderung dann wahrscheinlich, wenn der Patient zur Einstellung gelangt, dass bei ihm die erlebten Nachteile des Suchtverhaltens und die erwarteten Vorteile einer Verhaltensänderung überwiegen (AßFALG & ROTHENBACHER, 1990).

Nach BÜHRINGER (1996) wird die Veränderungsbereitschaft durch folgende weitere Faktoren gefördert:

- die Erwartung des Patienten, die Verhaltensänderung auch leisten zu können,
- genügend Fähig- und Fertigkeiten zur Verhaltensänderung,
- Kenntnis von Hilfsangeboten und deren Nutzung,
- ausreichende suchtmittelfreie Lebensalternativen.

Die Grundvoraussetzung auch für die Motivationsarbeit ist eine positive Patient-Therapeut-Beziehung. Seitens des Therapeuten wird erwartet, dass es ihm gelingt, beim Patienten Vertrauen zu erwecken und Verständnis zu vermitteln. Eine Haltung der Gleichwertigkeit beinhaltet authentische Warmherzigkeit.

Einen Helfer bei dieser schwierigen Arbeit findet der Therapeut im Ehemaligen. Er, der seine Erkrankung überwunden hat, kann Vorbild für den Patienten sein (Modelllernen) und ihn inspirieren, es auch selber schaffen zu können.

Das Ziel der Motivationsarbeit besteht darin, dass der Abhängige selbst die Entscheidung trifft, eine Verhaltensänderung anzustreben, d. h. seine Abhängigkeit zu überwinden und dazu fremde Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Wie die tägliche Praxis zeigt, löst eine einmal für die Verhaltensänderung getroffene Entscheidung nicht automatisch den Ambivalenzkonflikt, sondern ein Hin- und Herschwanken begleitet in aller Regel noch eine ganze Zeit den Therapieprozess. Somit ist in aller Regel während der gesamten Therapiezeit immer wieder Motivationsarbeit zu leisten.

## **4. Behandlungsziele, Behandlungsdauer und Aufnahmekriterien**

### **4.1 Zielgruppe und Behandlungsziele**

Der Personenkreis, der in der Luzin-Klinik behandelt wird, umfasst alkohol- und/oder medikamentenabhängige Männer und Frauen im Alter von 18 bis 65 Jahren; aber auch ältere Menschen können aufgenommen werden.

Die Ziele der medizinischen Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung) sind entsprechend der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04.05.2001: „ – Abstinenz zu erreichen und zu erhalten, - körperliche und seelische Störungen weitgehend zu beheben und auszugleichen, - die Eingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft möglichst dauerhaft zu erhalten bzw. zu erreichen.“ Grundlage dafür sind § 15 SGB IV und § 40 SGB V. Um diese Ziele erreichen zu können, ist es erforderlich, die Ursachen der inzwischen erheblich gefährdeten oder geminderten Erwerbsfähigkeit und/oder eingeschränkten Lebenszufriedenheit zu analysieren und differenzierte Ziele zu entwickeln. Eine Grundlage dafür stellt das theoretische Konzept dar. Umfassendes Ziel für den Patienten ist die Schaffung adäquater kognitiver, emotionaler und behavioraler Verhaltensmuster, die es ihm ermöglichen, seine Probleme und Alltagsschwierigkeiten angemessen ohne Suchtmittel zu bewältigen und eine Lebensweise zu entwickeln, die ihm Zufriedenheit und Wohlbefinden vermittelt. Abgeleitet aus der täglichen Praxis hat sich gezeigt, dass nicht jeder Patient zu Beginn seiner Entwöhnungsbehandlung die Bereitschaft zeigt, die beschriebenen Therapieziele für sich zu akzeptieren. Diese fehlende Bereitschaft beruht auf mangelnder Krankheitseinsicht und Therapiemotivation. Entsprechend muss wie unter 3.3 beschrieben Motivationsarbeit geleistet werden.

Wie bereits oben beschrieben, ist aus unserer Sicht die Voraussetzung zur Erreichung der genannten Ziele und zur Aufrechterhaltung der neuen Verhaltensweisen die Einhaltung der Suchtmittelabstinenz.

### **4.2 Behandlungsdauer**

Aufgrund der aufgezeigten Ziele muss die Therapiedauer variabel sein, um den individuell notwendigen sowie hinreichenden Anforderungen des Einzelnen zu entsprechen.

Die Regelbehandlungszeit der medizinischen Rehabilitation in der Luzin-Klinik beträgt 12 Wochen. Eine Verkürzung erfolgt bei den Patienten, bei denen es sich im Behandlungsverlauf zeigt, dass sie ihre derzeit möglichen Therapieziele erreicht haben. Andererseits erfolgt nach vorheriger Antragstellung unsererseits und Genehmigung durch den zuständigen Kosten- bzw. Leistungsträger

eine Verlängerung der Therapiezeit, wenn aufgrund der Therapiefortschritte eine weitere stationäre Behandlung in der Fachklinik erforderlich ist.

### **4.3 Aufnahmekriterien**

Für die Aufnahme zur Entwöhnungsbehandlung in der Luzin-Klinik sind – neben formalen Kriterien – Behandlungsbereitschaft sowie Behandlungsfähigkeit des Patienten von elementarer Bedeutung. Erst diese machen einen tragfähigen Therapievertrag zwischen Patient und Klinik möglich.

Insgesamt sind als Voraussetzung für die Aufnahme folgende Kriterien zu erfüllen:

- Freiwilligkeitserklärung zur stationären Entwöhnungsbehandlung,
- Bereitschaft zur suchtmittelfreien Lebensweise,
- Bereitschaft zur aktiven Teilnahme an allen Behandlungsmaßnahmen,
- ambulante Vorbereitung durch eine Suchtberatungsstelle, Selbsthilfegruppe oder sonstige einweisende Stelle,
- vorherige Entgiftung beziehungsweise bereits bestehende Suchtmittelabstinenz.

Folgende Unterlagen werden benötigt:

- Kosten- bzw. Leistungszusage des Kosten- bzw. Leistungsträgers,
- Sozialbericht,
- Arztbericht.

Eine Aufnahme folgender Patienten ist nicht möglich:

- Abhängigkeit von illegalen Drogen,
- psychotische Erkrankungen,
- schwere hirnorganische Schäden, die eine aktive verbindliche Teilnahme an den Behandlungsmaßnahmen ausschließen,
- akute Suizidgefahr,
- schwerste Folgeerkrankungen des Alkoholismus.

## **5. Behandlungsprogramm**

### **5.1 Diagnostische Phase**

Die neu ankommenden Patienten sowie ihre Begleitung (u. a. Mitarbeiter der Beratungsstelle, Angehörige) werden zunächst im Empfangszimmer von der Sozialarbeiterin mit Getränken und Gebäck begrüßt und ein erstes Kennenlerngespräch geführt. Danach werden die Klinik und das für den Patienten vorbereitete Zimmer auf der Aufnahmestation gezeigt. Anschließend erfolgt die Kontaktaufnahme mit dem Bezugstherapeuten der Aufnahmegruppe sowie dem zuständigen Mitpatienten, der für die ersten Tage die Patenschaft übernommen hat. Durch dieses Vorgehen wird der Eingewöhnungsprozess in der Klinik erleichtert und Abbruchtendenzen vorgebeugt.

Im weiteren Tagesverlauf erfolgt die medizinische Aufnahmeuntersuchung durch den zuständigen Arzt. Das ausführliche Aufnahmegespräch mit dem Bezugstherapeuten der Aufnahmegruppe wird innerhalb der ersten zwei Tage geführt. Die Informationen dienen u. a. zur Erstellung der Sucht-, Sozial- und Berufsanamnese.

Ziele der Arbeit in der Aufnahmegruppe sind:

- Überprüfung und gegebenenfalls Förderung der Behandlungsmotivation,
- Entwicklung und Vertiefung der Krankheitseinsicht,
- Information der Patienten,
- Durchführung der erforderlichen diagnostischen Maßnahmen.

In der Aufnahmegruppe findet wöchentlich viermal Gruppenpsychotherapie statt sowie einmal Teilnahme an der Großgruppe der Fachklinik. Begleitet wird die Gruppenpsychotherapie durch Einzelgespräche, die neben dem bereits erwähnten Aufnahmegespräch zur weiteren Exploration, Motivationsförderung und gegebenenfalls Krisenintervention dienen.

Die in dieser Phase stattfindende Diagnostik umfasst den physischen und psychischen Bereich. Die daraus resultierenden Ergebnisse fließen in einen entsprechenden individuellen Behandlungsplan (dieser enthält die Therapieziele) ein, der mit dem Patienten besprochen und abgestimmt wird. Dieser Behandlungsplan wird während des gesamten Therapieprozesses überprüft und wenn notwendig entsprechend korrigiert.

Eine Umsetzung in eine der drei psychotherapeutischen Langzeitgruppen erfolgt dann, wenn der Patient eine ausreichende Motivation und Krankheitseinsicht gewonnen hat. Dies ist in der Regel nach ein bis vier Wochen der Fall. Erfahrungsgemäß beträgt der Aufenthalt auf der Aufnahmestation zwei bis drei Wochen. Ein kürzerer Aufenthalt wäre bei optimaler Motivation, die

durch eine längere intensive ambulante Vorarbeit bedingt ist, möglich. Eine Zeitspanne von vier Wochen könnte bei den Patienten in Frage kommen, bei denen Krankheitseinsicht und Motivation kaum vorhanden und nur schwer zu erreichen sind. Kann nach vier Wochen die notwendige Behandlungsbereitschaft nicht erreicht werden, erfolgt – nach in der Regel mehreren Einzelgesprächen mit dem Patienten unter Teilnahme des Chefarztes oder seines Vertreters – die Entlassung, damit der Patient in der Realität seine Einstellung und sein Verhalten überprüfen kann. Dies wird nicht dem Selbstlauf überlassen, sondern erfolgt in enger Absprache mit der zuständigen Beratungsstelle. Sollte der Realitätsüberprüfungsversuch scheitern und der Patient jetzt zu einer stationären Entwöhnungsbehandlung bereit sein, kann er einen neuen Antrag stellen.

## **5.2 Therapeutische Phase**

Die Intensivarbeit findet dann nach der Umsetzung in eine der psychotherapeutischen Langzeitgruppen auf der Grundlage des in der Aufnahmegruppe zusammen mit dem Patienten erarbeiteten individuellen Behandlungsplanes statt. In den Gruppen- und Einzeltherapien wird die individuelle Suchtgenese – unter Berücksichtigung des im Lebensstil verankerten Wertesystems und der Erfahrungen mit dem Suchtmittel – bearbeitet und neues Coping-Verhalten trainiert. Dabei ist es wesentlich, dass bei diesen Verhaltensänderungen der Prozess nicht nur initiiert wird, sondern auch aufrechterhalten. Einen wichtigen Stellenwert in der Therapie nimmt die Auseinandersetzung mit dem Rückfallprozess ein (vgl. 3.1). In diesem Kontext ist es auch wichtig, die Realität des individuell vorhandenen sozialen Umfeldes mit einzubeziehen, Entwicklungsschritte in ein neu zu erschaffendes Lebenskonzept einzubinden und damit eine soziale und berufliche Reintegration vorzubereiten. Parallel dazu erfolgt der physische Aufbau durch gezielte Behandlung der körperlichen (Folge-)Erkrankungen.

Dieser dargestellte Prozess orientiert sich an dem individuellen Therapieplan des Patienten, wobei ständig eine Überprüfung und gegebenenfalls Veränderung stattfindet.

Personell gesehen ist hierfür der verantwortliche Bezugstherapeut zuständig, der in ständigem Kontakt mit dem therapeutischen Team und dem Chefarzt oder seinem Vertreter steht. Weitere Unterstützung erfährt er durch regelmäßig stattfindende Fallbesprechungen und Supervisionen.

## **5.3 Abschlussphase**

Im letzten Therapieabschnitt wird die Entlassung des Patienten vorbereitet. Vermehrte Expositionsübungen sollen die Rückkehr in den häuslichen Bereich erleichtern sowie den Transfer der erreichten alternativen Verhaltensweisen gelingen lassen.

Ein wichtiger Bestandteil dieser Behandlungsphase ist das Verbindlichmachen der während der letzten Wochen vorbereiteten ambulanten bzw. stationären Nachsorge (siehe auch 8.3). Für den ambulanten Bereich bedeutet dies das regelmäßige wöchentliche Gespräch mit dem Suchtberater in der Suchtberatungsstelle und die regelmäßige wöchentliche Teilnahme an der Selbsthilfegruppe.

Die letzten Tage soll der Patient zur Verabschiedung nutzen, d. h. das Erreichte in den Gruppengesprächen vorstellen, seine Lebensperspektiven deutlich machen und die konkreten Schritte benennen, die er nach seiner Entlassung plant.

In den letzten Therapietagen findet die ärztliche Abschlussuntersuchung und das Abschlussgespräch statt. Dem Patienten werden die medizinischen Abschlussbefunde mitgeteilt sowie seine erreichte körperliche und psychische Leistungsfähigkeit. Weiterhin führt der Bezugstherapeut mit dem Patienten ein Abschlussgespräch.

## 6. Behandlungsmaßnahmen

### 6.1 Medizinische Betreuung und Diagnostik

Die Multidimensionalität der Suchterkrankung, die sich nicht nur durch die unterschiedlichen Ursachenzusammenhänge in dem physischen, psychischen und sozialen Bereich auszeichnet, sondern auch durch entsprechende Wechselwirkungen während der Behandlung gekennzeichnet ist, erfordert eine optimale Zusammenarbeit des psychotherapeutischen und medizinischen Bereiches. Gerade in einer Klinik, in der Entwöhnungsbehandlungen durchgeführt werden, muss der Grundsatz, der insbesondere in Bezug auf das Wissenschaftsverständnis und entsprechende Rückwirkungen auf die praktische Behandlung in der Psychiatrie von THOMA postuliert wird, gelten. Er besagt, dass „psychopathologische Prozesse und der jeweilige Inhalt ihrer Äußerungen ebenso als Tätigkeit der biologischen Ausstattung eines Subjektes betrachtet werden (müssen), wie als Ergebnis einer determinierenden Wechselwirkung mit der Außenwelt“ (THOMA, 1978). Dies bedeutet, dass eine bestehende Dialektik zwischen subjektiven und objektiven Bedingungen sich in organischen Krankheitsbildern oft äußerst versteckt niederschlagen kann (vgl. ebenda), ohne dass dies im Bewusstsein des Einzelnen verankert ist.

Bezogen auf den gesamten therapeutischen Prozess ist zudem davon auszugehen, dass notwendige psychotherapeutische Grenzsetzungen zunächst von dem Patienten als Versagungen erlebt werden. Nicht selten erfolgen in solchen Fällen Somatisierungen, um erlebte Frustrationen durch medizinische Versorgung ausgleichen zu können. Auf diesem Hintergrund geschieht es nicht selten, dass subjektiv erlebte Symptome objektiv bestehende Konflikte im sozialen resp. während der Behandlung im therapeutischen Zusammenhang aufzeigen (vgl. HOFFMANN/HOCHAPFEL, 1985). Durch medizinische Versorgung soll Frustrationen – durch andere Ursachen entstanden – entgegengewirkt werden, wobei durch entsprechende alleinige Behandlung des Symptoms nur scheinbar eine dauerhafte Verbesserung des Allgemeinzustandes erfolgen würde.

Trotz dieser häufig zu beobachtenden Zusammenhänge ist dafür Sorge zu tragen, dass sich kein Automatismus im Sinne einer Verschiebung aller somatischen Beschwerden in den psychopathologischen Bereich einschleicht. Das Recht eines jeden Patienten sowie auch die in der Regel bestehende Notwendigkeit auf optimale Behandlung darf nicht in den Hintergrund treten. Somit besteht gerade im somatischen Bereich ein Spannungsfeld zwischen notwendiger Behandlung und Überversorgung, in dem die optimale Balance im Sinne einer für den Patienten effektivsten Behandlung herzustellen ist.

Dies zu erreichen erfordert eine intensive Zusammenarbeit zwischen medizinischem und therapeutischem Personal. Grundlage dieser Zusammenarbeit ist jedoch in medizinischer Hinsicht eine umfassende und genaue Diagnostik zur Feststellung aller Erkrankungen im somatischen und psychiatrischen Bereich.

Eine umfassende Diagnostik wird somit sofort bei Aufnahme des Patienten eingeleitet. Gleich am Aufnahmetag wird der Patient vom zuständigen Arzt umfassend untersucht. Dies beinhaltet die internistische, neurologische und psychiatrische Untersuchung. Hierbei werden eine somatische Diagnose (bzw. Diagnosen) nach ICD-10 gestellt und seine Fähigkeitsstörungen (ICF) erfasst. Entsprechend dem Gesundheitszustand und dem Vorliegen von Fähigkeitsstörungen des Patienten legt der Arzt fest, an welchen Therapien der Patient teilnehmen kann. Somit bildet die im medizinischen Bereich erhobene Krankheitsanamnese eine wesentliche Grundlage des zu erstellenden individuellen Therapieplanes, der in der Aufnahmegruppe entwickelt wird. Als weitere Untersuchung werden am nächsten Tag bei jedem Patienten die Routinelaborparameter bestimmt (in Zusammenarbeit mit einer Laborgemeinschaft).

Um den Therapieplan bestmöglich gestalten zu können bzw. dem Patienten die für ihn optimale Behandlung zukommen zu lassen, steht der zuständige Arzt mit dem Aufnahmetherapeuten in ständigem Kontakt. Hier werden nicht nur die Informationen weitergegeben, die im Allgemeinen für die Therapiefähigkeit in Bezug auf die einzelnen Therapiemodule wichtig sind; insbesondere auch Inhalte, die sich aus der ausführlichen Aufnahmeanamnese ableiten lassen und auf psychische Prozesse und soziale Konflikte als Ursache einer ausgeprägten Symptomatik hinweisen, werden besprochen, um in dem für den Patienten zu entwickelnden individuellen Therapieplan entsprechend Berücksichtigung zu finden.

Auf der Aufnahmestation werden keine Entgiftungen durchgeführt. Durch die zunehmende Tendenz der Verkürzung der stationären Entwöhnungsbehandlungszeiten ist es notwendig, dass die gesamte zur Verfügung stehende stationäre Rehabilitationszeit ausschließlich für den Rehabilitationsprozess genutzt wird und eine evtl. notwendige Entgiftungsbehandlung oder psychiatrische Regelbehandlung vorher im zuständigen Akutkrankenhaus oder Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Psychotherapie erfolgt. Entsprechende Absprachen mit den zuständigen Hausärzten und den Suchtberatungsstellen haben in der Vergangenheit gezeigt, dass dies einen praktikablen Weg zum Nutzen des Patienten darstellt.

Bei akut zu behandelnden, schweren somatischen Erkrankungen erfolgt eine Verlegung ins Akutkrankenhaus. Bezüglich der ambulanten Diagnostik und Mitbehandlung fachübergreifender

Erkrankungen befinden sich entsprechende niedergelassene Fachärzte (wie z. B. Orthopäde, HNO-Arzt, Augenarzt, Chirurg, Nervenarzt) in der Nähe der Fachklinik.

In der Aufnahmegruppe finden zweiwöchentlich, in den Langzeitgruppen vierwöchentlich Gruppenvisiten statt. Inhalt der Gruppenvisiten ist zum einen der psychosomatische Aspekt des Patienten, zum anderen seine berufliche Perspektive. Da ca. 80 % der Patienten arbeitslos sind wird mit jedem aus sozialmedizinischer Sicht über seine Möglichkeiten auf dem Arbeitsmarkt gesprochen und er über mögliche Unterstützungen informiert. Die berufliche Perspektive sowie konkrete Maßnahmen des beruflichen Wiedereinstieges werden auch im Sozialtraining und durch den Bezugstherapeuten weiter bearbeitet. Daneben findet jeden Tag eine Frühvisite statt und sind ärztliche Einzelgespräche möglich. Im Rahmen der Visite, in den Einzelgesprächen sowie in den Arztvorträgen wird u. a. Wert auf gesundheitserzieherische Aspekte gelegt, die bei den Krankheitsgruppen der Diabetiker, Hypertoniker, Adipösen, Patienten mit Bauchspeicheldrüsenerkrankungen und Skelettsystemerkrankungen eine große Rolle spielen. Neben diätetischen Maßnahmen (Diätbelehrung durch die Diätassistentin, eine entsprechende Kost wird über die Küche gereicht) werden die Raucherentwöhnung, eine umfassende physikalische Therapie, sportliche Aktivitäten sowie aktivierende Freizeitgestaltungen angeboten und die Patienten motiviert, daran teilzunehmen.

Die Empirie zeigt, dass diese von den Patienten in die Praxis umgesetzten gesundheitserzieherischen Impulse das Wohlbefinden deutlich verbessern, dem Patienten die Einsicht vermitteln, dass er selbst aktiv positiven Einfluss auf sein Befinden nehmen kann und dass dadurch z. T. über Jahre verabreichte notwendige medikamentöse Therapie reduziert, wenn nicht sogar ganz abgesetzt werden kann.

Außerhalb der Visitenzeiten ist bei entsprechender Aktualität des Anliegens jederzeit der Arzt erreichbar und ansprechbar.

Wichtige medizinische Informationen von zuvor stattgehabten stationären und ambulanten Behandlungen und Untersuchungen werden zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen und zur umfassenden Beurteilung von Vorerkrankungen des Patienten angefordert und im medizinischen Therapiekonzept berücksichtigt.

Von jedem Patienten wird eine Dokumentation geführt, die die ärztlich erhobene Anamnese, den Aufnahme- und Abschlussuntersuchungsbefund sowie die Kontrolluntersuchungen als auch die medizinischen und konsiliarischen Befunde enthält. Damit wird die zur optimalen Zusammenarbeit

der unterschiedlichen Bereiche notwendige Transparenz erreicht. Diese findet schließlich ihren Niederschlag in einem umfassenden Entlassungsbericht, der – entsprechend der Vorgabe der Rentenversicherungsträger – einen Überblick über den jeweils speziellen Gesamttherapieverlauf und die zu verzeichnenden Ergebnisse gibt.

## **6.2 Psychologische Diagnostik**

Neben der medizinischen erfolgt die psychologische Diagnostik. Als Verfahren der psychodynamischen Diagnostik wird die individualpsychologische Lebensstilanalyse angewandt.

Die Testdiagnostik ist Bestandteil der Leistungsbeurteilung des Patienten. Leistungs- und Gedächtnisdefizite werden durch gezieltes Hirnleistungs- und Gedächtnistraining gebessert. Dabei kommt bei entsprechender Indikation aufgrund der Hirnleistungsdiagnostik das kognitiv-zentrierte PC-Training „Cog-Pack“ zum Einsatz.

Im einzelnen verwenden wir als Screening-Verfahren: BDI „Becks Depressions Inventar“, SCL-90-R „Symptom-check-List“ und zur Einschätzung der Schwere der Alkoholproblematik den MALT „Münchner Alkoholismustest“.

Um unter standardisierten Bedingungen Informationen über intellektuelle Fähigkeiten und Gedächtniskapazität sowie das aktuelle Leistungsvermögen zu erhalten, verwenden wir in der Hirnleistungsdiagnostik folgende Testverfahren:

1. MWT-B „Mehrfach-Wortschatztest“ zur Testung des verbalen intellektuellen Leistungsvermögens;
2. ZVT „Zahlenverbindungstest“ zur Testung des abstrakt-logischen intellektuellen Leistungsvermögens;
3. KAI-N zur Messung des Arbeitsgedächtnisses und
4. SPM „Standard progressive Matrices Set“ zur nonverbalen Einschätzung des intellektuellen Leistungsvermögens.

Daneben kommt zur Einschätzung des Konzentrationsvermögens der Test d2 „Aufmerksamkeits-Belastungs-Test“ zum Einsatz.

Für die spezielle Persönlichkeitsdiagnostik steht das BPI „Borderline-Persönlichkeits-Inventar“ zur Verfügung.

## **6.3 Gruppenpsychotherapie**

Die Gruppenpsychotherapie nimmt einen sehr wichtigen Platz im Gesamtbehandlungsprogramm ein. An ihr nehmen alle Patienten einer Gruppe teil. Sie hat eine nachgewiesene hohe Effizienz bei Alkoholkranken (FOX, 1972; vergl. REINERT, 2000).

### **6.3.1 Aufnahmegruppe**

Die Aufnahmegruppe wird geleitet von einer Diplom-Sozialpädagogin mit suchtspezifischer Qualifikation als Sozialtherapeutin (verhaltenstherapeutisch orientiert) und langjähriger Erfahrung in der Suchtbehandlung.

Im Vordergrund der Gruppentherapie der Aufnahmegruppe steht die Förderung der Behandlungsmotivation und die Diagnostik. Sie stellt die „Einleitungsphase der Gruppenpsychotherapie“ (FOX, 1972) dar. Themen sind die Hintergründe seiner Erkrankung sowie deren Folgen. Der Patient bekommt Einblick in die therapeutischen Möglichkeiten mit seiner Krankheit umzugehen. Hierbei ist die enge Zusammenarbeit des medizinischen und therapeutischen Personals von großem Wert. Der Bezugstherapeut aber auch der Arzt in der Gruppenvisite können den Patienten mit den z. T. schweren Suchtfolgeerkrankungen, die der Patient meist bisher erfolgreich „verdrängt“ hat, konfrontieren und somit den Motivationsprozess beschleunigen.

Zum anderen wird in der Aufnahmegruppe notwendiges Wissen über die Abhängigkeitserkrankung vermittelt und andererseits sorgt das Gespräch der Patienten dafür Widerstände bezüglich der Bagatellisierung und Verleugnung zu überwinden und eine Annahme der Krankheit zu entwickeln. Während dieser Zeit wird der Patient auch intensiv mit der Haus- und Therapieordnung vertraut gemacht und ihm die Notwendigkeit dieser Regeln nahe gebracht und nicht zuletzt über den Zusammenhang von Suchterkrankung und Umgang mit Regeln und Grenzen informiert.

### **6.3.2 Langzeitgruppe**

Im Mittelpunkt der Langzeitgruppe steht die Bearbeitung von Problemen, die Haltungsüberprüfung und die Einübung alternativer Verhaltensweisen. Die Vorbildfunktion des Gruppentherapeuten bezogen auf gleichwertige Beziehungsgestaltung erleichtert es, daß in der Gruppe eine verbindliche Atmosphäre der Kooperation entsteht. Regelmäßig werden Absprachefähigkeit, Hörbereitschaft, aber auch Fragen der Werteprioritäten erörtert. Ausgehend von den „3 Lebensaufgaben“ werden, gegebenenfalls anknüpfend an aktuelle Anlässe aus dem Wohngruppenalltag, Probleme auf ihren sachlichen Kern reduziert und zugleich Einschränkungen der Lösungskompetenz ihrer in der privaten Logik verankerten übertriebenen Bedeutung mit Hilfe des Humors beraubt (damit

etablierte Selbstbewertungen relativiert). Die Erfahrung zeigt, daß die Bereitschaft zur Mitmenschlichkeit, zur Ermutigung innerhalb der Gruppe auch bei Abwesenheit des Therapeuten Bestand hat. Mit zunehmender Kooperation in Gleichwertigkeit entsteht eine therapieförderliche Vertrauensbasis (und umgekehrt). Das Vertrauen hilft, offener tatsächliche Wertmaßstäbe zu bekennen, zu überprüfen, gegebenenfalls zu erweitern und die Voraussetzung für eine Werteentscheidung in Richtung eines abstinenter Lebens zu schaffen. In therapeutischen Krisen (z. B. Rückfällen) hilft der „Schulterschuß“ der Gruppe die Selbstbewertungsbereitschaft und behindernde Selbstidealisationen zu begrenzen und weniger schamhaft die Realitätsüberprüfung zu meistern. Im Zusammenhang mit der Einzelpsychotherapie können mangelnde Entwicklungserfahrungen unter Umständen eingeleitet werden (STEIN & EDWARDS, 2000).

Während zwei Langzeitgruppen explizit individualpsychologisch ausgerichtet sind, ist eine Gruppe methodisch an der systemischen Therapie orientiert. Das *Systemisch orientierte Haus für Frauen und Männer* („Haus 3“) hat eine als Diplom-Sozialpädagogin und Systemische Familientherapeutin qualifizierte Bezugstherapeutin mit langjähriger Erfahrung in der Suchtbehandlung. Der systemische Ansatz betrachtet ähnlich wie jener der Individualpsychologie die Patienten in ihrem sozialen Bezugssystem und ist in unserer Klinik wie diese einer therapeutischen Grundhaltung der Gleichwertigkeit und Ermutigung verpflichtet. Speziell der familiäre Stellenwert der Suchterkrankung steht im Zentrum dieses therapeutischen Modells (SCHNEIDER, 1985). Im *Individualpsychologischen Haus für Frauen und Männer* („Haus 4“) ist ein individualpsychologisch orientierter Bezugstherapeut mit Qualifikation als Diplom-Psychologe und Psychologischer Psychotherapeut und langjähriger Erfahrung in der Suchtbehandlung tätig. Seit 2007 wird in diesem Haus u. a. ein spezielles Behandlungsangebot (eigenes Therapiekonzept) für Bedienstete von Polizei, Bundespolizei, Bundeswehr, Feuerwehr und Justizvollzug umgesetzt. Das *Integrative individualpsychologische Haus der Männer* („Haus 5“) wird von einem akademisch und professionell in der Individualpsychologie qualifizierten Bezugstherapeuten mit zusätzlichem niederländischen Universitätsexamen in Orthopädagogik geführt, der über langjährige Erfahrungen in der Suchtarbeit verfügt. Dieses Haus folgt mit seiner ausschließlich männlichen Besetzung (auch die Vertretung des Bezugstherapeuten ist einem Mann vorbehalten) seit 2001 der Notwendigkeit der Entwicklung einer „männergerechten“ Therapie, berücksichtigt die sich in den Biographien der Patienten niederschlagende traditionell besondere (und im Wandel begriffene) Bedeutung des Trinkens im männlichen Selbstverständnis (SPODE, 1993) – eine Notwendigkeit, die auch in Deutschland inzwischen nachdrücklicher erörtert wird (LANDSCHAFTSVERBAND WESTFALEN-LIPPE, 2006). In den vergangenen Jahren hat sich gezeigt, dass die Vermeidung der komplizierenden Faktoren einer Gemischtbelegung eine „unverblünte“ und aufgabenorientierte

Kommunikation der Gruppe nahezu zum Regelzustand werden ließ, die Fähigkeit zur Integration von Männern sehr unterschiedlicher Intelligenz- und Kulturationsniveaus erleichterte. Diese Entwicklung des Hauses 5 (gelegentlich auch „Haus der Herren“ genannt), die therapeutische Ausrichtung mit der Individualpsychologie als jener Schule mit enger Beziehung zur Heilpädagogik (Orthopädagogik) in Verbindung mit dem spezifischen Qualifikationsprofil des Bezugstherapeuten führte dazu, dass seit 2006 offiziell ein Behandlungsangebot für Männer mit Einschränkungen der intellektuellen Fähigkeiten und Selbstwertproblemen umgesetzt wird. Die Patienten als gleichwertig in die Gruppe integrierend, wird einzelfallbezogen das Angebot der Komplementärtherapien modifiziert (bspw. wird für computergestütztes Hirnleistungstraining, Lese-Rechtschreibübungen und als Testassistentin eine Heilerzieherin mit individualpsychologisch-sozialtherapeutischer Qualifikation eingesetzt). Bislang sprechen die Erfahrungen dafür, dass eine erfolgreiche Arbeit im Sinne der Rehabilitationsziele der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ möglich ist.

Nach unseren bisherigen Erfahrungen empfinden sich Patienten z. T. noch nach Jahren mit ihrer früheren therapeutischen Gemeinschaft verbunden, was sich unter anderem an unserem gut besuchten jährlichen Sommerfest zeigt.

### **6.3.3 Großgruppe**

Einmal wöchentlich findet für alle Patienten zusammen eine Großgruppe statt, die als sinnvolle Ergänzung der Gruppenpsychotherapie anzusehen ist. Sie wird durch den Patientensprecher geleitet. Der erste Teil beinhaltet organisatorische Aspekte sowie die Vorstellung neuer und die Verabschiedung der kurz vor der Entlassung stehenden Patienten. Weiterhin werden Probleme, die die gesamte therapeutische Gemeinschaft betreffen sowie Konfliktbereiche des Zusammenlebens angesprochen, die einer Klärung bedürfen.

### **6.4 Einzelpsychotherapie**

Nach HULSE (1972) wird trotz des wichtigen Stellenwertes der Gruppenpsychotherapie einer kombinierten Therapieform der Vorrang eingeräumt. Somit ist die Möglichkeit gegeben, dass Prozesse, die in den Gruppensitzungen begonnen haben, eine Vertiefung in der Einzeltherapie erfahren. Dabei können insbesondere Probleme und Konflikte, die aufgrund bspw. vorhandener Widerstände nur ungenügend thematisiert werden oder angesichts legitimer Schamgrenzen das Einzelsetting erfordern, einer vertieften Bearbeitung zugeführt werden und gegebenenfalls kann der Patient in seine Gruppe als gleichwertiges Mitglied wieder integriert werden.

Bei neu aufgenommenen Patienten sind Einzelgespräche neben dem Aufnahmegespräch dann notwendig, wenn der Patient sich zunächst der Gruppe gegenüber überfordert fühlt.

Zum Ende der Therapiezeit nehmen in aller Regel die Einzelgespräche ab, um einen notwendig stattfindenden Ablösungsprozess zu unterstützen. Kriseninterventionen sind natürlich jederzeit möglich. Zum Abschluss jeder Behandlung findet ein Entlassungsgespräch statt, zu dem auch der für die ambulante Nachsorge zuständige Suchtberater eingeladen wird.

## **6.5 Kreativtherapie**

Die Kreativtherapie findet während der gesamten Therapiezeit statt; in der Aufnahmegruppe vier-, im Langzeitbereich zweimal wöchentlich. Der Patient wird in der Gruppe mit nichtsprachlichen Medien (Ton, Peddigrohr) vertraut gemacht. Die Kreativtherapie ist eine handlungsorientierte erlebnisintensive Therapieform, in der das Tun im Vordergrund steht und nicht das Werk. Es besteht keine Leistungsanforderung von außen. Der Patient soll da beginnen, wo er steht und – wenn notwendig – durch den Ergotherapeuten Hilfe einfordern. Wichtig ist es, ihm das Gefühl zu vermitteln, so angenommen zu werden wie er sich zurzeit einbringen kann. Dadurch erlebt er positive Kräfte, die er für den gesamttherapeutischen Prozess nutzen kann.

Entscheidungen, was mit seinen Arbeiten passiert, trifft der Patient selbst. Er wird nicht bewertet, sondern er wird angeleitet, selbst sein Kritiker zu sein. In diesem Prozess steigt seine Bereitschaft innere Grenzen zu akzeptieren und Unzulänglichkeiten anzunehmen. Ausgangspunkt der Kreativtherapie ist die Überzeugung, dass kreative Kräfte in jedem Menschen stecken und dass diese kreativen Kräfte für die Verbesserung und den Neuaufbau des Selbstbewusstseins konstruktiv genutzt werden können. Die Ergebnisse dieser Behandlungsform werden mit den Bezugstherapeuten besprochen und fließen mit in die individuelle Therapieplanung ein.

In unserer täglichen Arbeit haben wir festgestellt, dass gerade zu Beginn der Behandlung die Anwendung nonverbaler Medien für den Patienten hilfreich ist, um sich in den Prozess der Auseinandersetzung mit sich selbst hineinzubegeben. Diese Therapieform unterstützt den psychotherapeutischen Prozess in der Therapiegruppe und bringt insbesondere anfangs wertvolle Informationen, die dem Patienten zu diesem Zeitpunkt noch nicht sprachlich oder gedanklich zugänglich sind.

Zur Anwendung in unserer Fachklinik kommen Materialien wie Ton, Holz, Peddigrohr, Papier, Speckstein, Farben und Stoffe.

Während der gesamten Therapiezeit besteht immer auch die Möglichkeit, über die Angebote der Kreativtherapie Zugang zu sinnvollen und befriedigenden Freizeitbeschäftigungen zu finden. So hat

der Patient auch an den Abenden und an den Wochenenden die Möglichkeit, sich mit seinen handwerklichen Fähigkeiten auseinanderzusetzen.

## **6.6 Arbeitstherapie**

Die Arbeitstherapie ist ein wichtiger Bestandteil des Therapiekonzeptes der Luzin-Klinik. In der Arbeitstherapie wird ein Übungsfeld geschaffen, welches an der realen Arbeitswelt orientiert ist und in dem an der Praxis orientierte Therapieziele überprüft und realisiert werden können (LENZEN, 1989). Die Arbeitstherapie findet erst in den Langzeitgruppen – fünfmal wöchentlich – statt. Während der Zeit in der Aufnahmegruppe findet jedoch bereits eine Arbeitstherapieeinführung statt. Die Indikationsstellung bezüglich der Arbeitsschwere und der Berücksichtigung evtl. weiterer körperlicher Einschränkungen erfolgt durch den Arzt.

Therapieziele in der Arbeitstherapie entsprechend der Indikation können folgende sein:

- Übung von Kontinuität und Ausdauer,
- Erlernen und Umgehen mit Forderung, Über- und Unterforderung,
- Übernahme von Verantwortung für sich und andere,
- Positiver Umgang mit Fehlern und deren Überwindung,
- Erwerb neuer Problem- und Konfliktlösestrategien,
- Verbesserung der sozialen Kommunikationsfähigkeit,
- Verbesserung der körperlichen und psychischen Belastbarkeit,
- Gewöhnung an regelmäßige Arbeitszeiten,
- Überwindung von Unlustgefühlen.

In der Arbeitstherapie wird eine Basismotivation herausgearbeitet, die den Patienten in der Regel befähigt, am Ende der Entwöhnungsbehandlung über genügend emotionale und soziale Standfestigkeit zu verfügen, um im so genannten alltäglichen Berufsleben bestehen zu können.

Der Patient erhält die Möglichkeit, alte Fähigkeiten aus seinem beruflichen Leben zu aktivieren und sich auf neue Lernfelder einzustellen. Belastbarkeit, Pünktlichkeit und Sorgfalt werden neu geübt, aber auch der Wechsel zwischen Arbeit und Freizeit wird einer neuen Wertung unterzogen.

Die während der Arbeitstherapie durch den Arbeitstherapeuten gemachten Beobachtungen werden kontinuierlich dem Bezugstherapeuten rückgemeldet und fließen so unmittelbar in den individuellen therapeutischen Prozess ein.

### **6.6.1 Arbeitstherapie im Außen- und Gartenbereich**

Hierbei ist die Arbeitstherapie für die Pflege und Instandhaltung der Grün- und Gartenanlagen der Luzin-Klinik zuständig. Im Außenbereich werden auch größere Projekte, wie zum Beispiel Anlegen eines Steingartens, eines Heilkräutergartens, Aufbau eines überdachten Grillplatzes, Anlegung eines „Gartens der Sinne“ durchgeführt.

Es wird verstärkt Wert darauf gelegt, die Patienten bereits in der Planungsphase aktiv miteinzubeziehen zur Förderung von Kontakt- und Sozialverhalten und Konfliktfähigkeit. Gerade im Außenbereich können auch Patienten eingesetzt werden, deren psychische und vor allem physische Belastbarkeit sich erst langsam entwickelt.

Die Arbeitsanforderungen werden für den einzelnen Patienten individuell festgelegt. Für ihn ist dann die Verbesserung seiner Arbeits- und Leistungsfähigkeit sichtbar und erlebbar. Der vorhandene Freiraum während der Gesamttherapie sowie der fast tägliche Aufenthalt im Freien ermöglichen langsame Erholung und Entdeckung eigener Möglichkeiten und Fähigkeiten.

### **6.6.2 Arbeitstherapie in der Holzwerkstatt**

In diesem Bereich der Arbeitstherapie erhalten die Patienten die Möglichkeit, die Vielfalt in der Holzbearbeitung kennen zu lernen und auszuprobieren. Dies beinhaltet sowohl rein manuelles als auch maschinelles Arbeiten (Sägen, Hobeln, Drechseln) mit Holz. Es werden kurzfristige und überschaubare Projekte, z. B. Herstellung von Bücherregalen, Schlüsselbrettern, Namensschildern, Vogelhäusern, Laubsägearbeiten realisiert. Dazu gehören auch Holzarbeiten nach eigenen Ideen der Patienten.

Durch diese Überschaubarkeit der Arbeiten ist die erbrachte Leistung vom Patienten selbst besser erlebbar.

Da die Arbeiten in der Holzwerkstatt größere Fertigkeiten, Geschicklichkeit und Verantwortungsbewusstsein erfordern, werden hier Patienten eingesetzt, deren psychische und physische Belastbarkeit schon weiter fortgeschritten ist.

### **6.6.3 Arbeitstherapie in der Schlosserwerkstatt**

Die Patienten erhalten in diesem Bereich der Arbeitstherapie die Möglichkeit, sich mit der Bearbeitung von Eisen- und Nichteisenmetallen vertraut zu machen. Alle wichtigen Schlosserarbeiten, wie z. B. Bohren, Gewindeschneiden, Schleifen, Sägen, Nieten, E- und

Gasschweißen usw., werden durchgeführt. Das Ergebnis dieser Arbeiten sind Schubkästen, Regale, Kerzenständer und andere Gegenstände. Weiterhin gehört zum Aufgabengebiet der Schlosserei die Reparatur und Instandhaltung der 30 klinikeigenen Fahrräder.

Zum Leistungsumfang der Schlosserwerkstatt gehört soweit wie möglich die Reparatur der technischen Anlagen der Klinik.

Da die Arbeiten in der Schlosserwerkstatt ebenfalls größere Fertigkeiten, Geschicklichkeit und Verantwortungsbewusstsein erfordern, werden auch hier Patienten eingesetzt, die psychisch und physisch höher belastbar sind.

#### **6.6.4 Arbeitstherapie im Bereich Hauswirtschaft**

Zu diesem Bereich gehören:

- die Reinigung und Pflege der Wohnbereiche sowie der Gemeinschaftsräume,
- die Wäschepflege,
- die Vor- und Nachbereitung der Mahlzeiten,
- die Blumenpflege.

Ziel ist es, durch gepflegte Umgebung und gepflegte Mahlzeiten ein Bedürfnis nach gepflegter Atmosphäre zu schaffen, und dieses auch später beizubehalten. So entsteht wieder ein Stück notwendige Struktur, die dem Patienten hilft, nach Beendigung der Therapie besser im Alltag zu bestehen.

Für manche Patienten steht der Fertigkeitserwerb im Vordergrund, der sie zur Selbstständigkeit in der häuslichen Versorgung befähigt.

Ein anderer Punkt ist der soziale Aspekt: die Patienten lernen mit Vorstellungen und Ansprüchen der Mitpatienten umzugehen, sich auseinanderzusetzen und Verantwortung zu übernehmen, sowohl für sich selbst als auch für andere.

Aber auch für Patienten, die aus ihrem geschlechtsspezifischen Verständnis heraus Tätigkeiten in der Hauswirtschaft und Küchendienst ablehnen oder abklassifizieren, ist der Einsatz in diesem Bereich als sinnvoll anzusehen, da durch eigenes Erleben diese Aufgaben als notwendig erkannt werden können und dadurch eine Aufwertung erhalten (Verständnis und neue Beurteilung der hauswirtschaftlichen Tätigkeiten des Ehepartners).

### **6.6.5 Freies Werken**

In den Abendstunden und am Wochenende haben interessierte Patienten die Gelegenheit, mit bereits vertrauten oder neu erlernten Techniken unter therapeutischer Anleitung eigenständig umzugehen. Die Patienten können sich zum Beispiel in Methoden, in denen sie besonders kreativ sind, kleine Gegenstände für den Eigengebrauch oder zum Verschenken herstellen.

### **6.7 Erlebnistherapeutisch orientierte Gruppenaktivitäten**

In der Luzin-Klinik werden für alle Patienten der Langzeitgruppen jeweils gruppenbezogen wöchentlich halbtägige natursportliche Gruppenveranstaltungen durchgeführt. Angeboten werden Wanderungen, Radtouren, Kanu- bzw. Ruderbootfahrten sowie Bade- und Schwimmnachmittage. Wir verstehen den erlebnispädagogischen Ansatz als Hilfestellung bei der Verhaltensänderung und bei der Entwicklung von Handlungsalternativen wie:

- Ängstlichkeit abbauen durch Überwindung von Schonhaltungen und der Aufbau einer größeren Risikobereitschaft zum Beispiel durch Aktivitäten in und auf dem Wasser,
- Selbstwertgefühlssteigerung durch Wiedergewinnen des Vertrauens in die eigene körperliche Leistungsfähigkeit, zum Beispiel durch Radtouren und Wanderungen,
- Selbstwahrnehmung verbessern durch Erlangen eines positiven Körpergefühls beim Aufenthalt in der Natur. Körpergefühle, die dem Suchtpatienten im Verlauf seiner Suchtgeschichte verloren gingen und eigentlich schon in Vergessenheit geraten waren, werden wieder wahrgenommen,
- Aggressionsabbau und Erlernen eines konstruktiven Umgangs mit sich selbst, beispielsweise durch längere körperliche Aktivitäten im Verlauf von Radtouren bzw. Wanderungen.

Die Patienten organisieren diese Gruppennachmittage weitgehend selbst. Sie müssen sich Gedanken machen über Streckenführung, Verpflegung, Ausrüstung. In diesem Zusammenhang werden Erwartungen und Befürchtungen besprochen, Bedingungen und Umgangsweisen vereinbart.

Die Bedeutung, Führung und Verantwortung für die Gruppe zu übernehmen bzw. jemandem zu überlassen, bekommt in den erlebnisorientierten Aktivitäten eine sichtbare Dimension. Für Suchtkranke, die die Verantwortung für das eigene Leben schrittweise an die Droge abgegeben haben, ist dies ein zentrales Thema.

Begriffe wie Vertrauen, Abhängigkeit, Selbstwertgefühl und Identität werden deutlich und können leichter thematisiert werden. Der Wert von Lösungsversuchen und Lösungen wird offensichtlicher. Ziel ist es, auch dem Patienten Freude an der Überwindung von Schwierigkeiten zu vermitteln.

Als weitere Gruppenaktivitäten werden von den Patienten der Luzin-Klinik Feste im Jahresverlauf gestaltet. Soziotherapeutische Veranstaltungen wie Grillabende, Besuche einer Bowlingbahn, Kino-, Konzert- und Theaterbesuche, Einkaufsbummel, Museumsbesuche, Ausflüge in die nähere Umgebung werden geplant und organisiert. Diese Angebote zeigen eine stärkere Hinwendung nach außen und steigern somit die soziale Kompetenz unserer Patienten.

## **6.8 Progressive Relaxation nach Jacobson**

In der Luzin-Klinik wird die progressive Relaxation als Entspannungsverfahren allen Patienten während der Aufnahmephase vermittelt und auch als Element des Stressbewältigungstrainings angeboten.

Ziel des Trainings ist es, in systematischer Weise eine Herabsetzung der Spannung der Willkürmuskulatur zu erreichen, wodurch wiederum eine psychische Entspannung hervorgerufen wird. Durch das vertiefte Ruhegefühl wird eine zunehmende Muskelentspannung erreicht. Wichtig ist, dass die Entspannungsphase deutlich länger sein muss als die Anspannungsphase. Der Entspannungsprozess kann dadurch unterstützt werden, dass die Trainierenden ihre mentale Aufmerksamkeit möglichst genau auf den Wechsel von Anspannung und Entspannung richten.

Die körperlichen und seelischen Veränderungen, die im Zusammenhang mit einem Entspannungstraining einhergehen, werden als Entspannungsreaktion bezeichnet. Dazu gehören unter anderem folgende körperliche Veränderungen:

- Verlangsamung und Rhythmisierung der Atmung,
- Verminderung des Sauerstoffverbrauches,
- Absinken der Herzfrequenz,
- Absinken des Blutdruckes (vor allem bei erhöhtem Blutdruck),
- Entspannung der Skelettmuskulatur,
- Veränderungen der elektrischen Hirnaktivität.

Die progressive Relaxation erzielt positive Ergebnisse bei:

- Störungen, die durch Irritationen des vegetativen Nervensystems entstehen, z. B. Spannungskopfschmerz,
- Ein- und Durchschlafstörungen,
- Angststörungen.

Längeres regelmäßiges Training der progressiven Relaxation bewirkt eine zunehmende Gelassenheit. Dies führt dann dazu, dass Problem- und Stresssituationen besser bewältigt werden können, da länger die Ruhe und Gelassenheit bewahrt wird.

## **6.9 Sporttherapie**

Unter dem Gesichtspunkt der Wiederherstellung bzw. des Erhaltes der Erwerbsfähigkeit erhält auch die Sporttherapie einen hohen Wert an Effizienz. Der Patient, der in Folge einer meist langjährigen Intoxikation durch das Suchtmittel, gepaart mit einer hieraus resultierenden passiven Lebensweise, eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit aufweist, kann durch ein individuell erarbeitetes Bewegungsprogramm sein körperliches Leistungs- und Durchhaltevermögen stufenweise erhöhen.

Neben dem Aspekt der Wiederherstellung verloren gegangener Leistungsfähigkeit ist die Sporttherapie ideal dazu geeignet, eine durch die Suchterkrankung gestörte Beziehung zum eigenen Körper wieder zu finden. Die schrittweise stattfindende Annahme des eigenen Körpers erlaubt im Gegenzug auch das Zulassen verloren gegangener emotionaler Anteile. Dieses kann positiv erlebt werden, da durch persönliche sportliche Erfolge Wohlbefinden entsteht und das Selbstwertgefühl anwachsen kann. Insbesondere eignen sich hier Mannschafts- und Ballsportarten, die ebenfalls im therapeutischen Programm enthalten sind.

Alle sportlichen Aktivitäten hängen vom Gesundheitszustand des Patienten ab und werden medizinisch angeordnet und überwacht.

## **6.10 Physikalische Therapie**

Davon ausgehend, dass in den letzten Jahren immer mehr Patienten mit bereits erheblichen körperlichen Schädigungen zur Entwöhnungsbehandlung kommen, sehen wir in der gezielten Physiotherapie eine gute Möglichkeit zur körperlichen Gesundung und zur Anhebung des physischen Wohlbefindens. Alle notwendigen und hilfreichen Maßnahmen werden ärztlich verordnet.

1. Die Krankengymnastik (Bewegungstherapie, Koordinationsübungen, Wirbelsäulengymnastik) wird durch unsere Sporttherapeutin durchgeführt.
2. Die physikalischen Anwendungen (Elektrotherapie wie Ultraschall, Reizstrom und Hochvolttherapie, Fangopackungen, Glisson-Schlinge, Perl'sche Schaukel, Unterwassermassage, Stangerbäder) werden durch die zwei sehr gut ausgestatteten

Physiotherapiepraxen in Feldberg, die ca. 800 bzw. 1000 Meter von der Klinik entfernt liegen, durchgeführt.

## **6.11 Informationsseminare**

Die Suchtpatienten benötigen eine gründliche Information über das Suchtgeschehen, aber auch über lebenspraktisch orientierte Themen. Neben dieser Information, die auch Lösungsangebote beinhaltet, soll eine persönliche Auseinandersetzung mit den angeführten Themen initiiert werden. Diese Seminare finden einmal wöchentlich statt, werden vornehmlich vom ärztlichen Personal durchgeführt und behandeln schwerpunktmäßig folgende Themen:

- Die Entwicklung krankhaften Suchtverhaltens.
- Was ist Missbrauch? Was ist Abhängigkeit?
- Die Folgeerscheinungen der Abhängigkeit auf somatischem und psychischem Gebiet.
- Ursachen und Hintergründe für einen Rückfall und Bewältigungsstrategien.
- Alkohol und Partnerschaft/Familie.
- Rechtliche Aspekte, insbesondere Abhängigkeit und Fahrtauglichkeit.
- Möglichkeiten der Suchtverlagerung und ihre Verhinderung.
- Grundlagen einer gesunden Lebensweise.
- Wie gewöhne ich mir das Rauchen ab?
- Der Umgang mit Angst und Depression.
- Die Notwendigkeit der ambulanten bzw. stationären Nachsorge (entsprechende Einrichtungen stellen sich vor)
- Informationsveranstaltung der Arbeitsagentur.

## **6.12 Klinische Sozialarbeit**

Die jahrelange Suchtentwicklung hat bei einem großen Teil der Patienten zu sozialen Problemen geführt bzw. diese verstärkt. Zur Resozialisierung ist hier adäquate Hilfe notwendig, wobei darauf zu achten ist, dass im Zuge der Hilfe nicht Passivität, sondern Selbstverantwortung und Eigenständigkeit gefördert werden. In der Klinischen Sozialarbeit werden die sozialen Belange (BARTMANN, 1993) des Patienten bearbeitet. Dazu zählen z. B. Wohnungs- und Arbeitsplatzprobleme, wirtschaftliche und finanzielle Absicherung, Schuldnerberatung, berufliche Neuorientierung, wichtige Aspekte im Zusammenhang mit Straftaten und gerichtlichen Auflagen usw.

Der Patient erhält Unterstützung durch die Sozialarbeiterin, um schon während des stationären Aufenthaltes soziale Schwierigkeiten, so weit wie möglich, zu beseitigen.

Dabei wird der Patient aufgefordert konkrete Problemstellungen selbst zu lösen. Oft werden dazu Expositionsübungen in bestimmten Bereichen vorgeplant und durchgeführt. So wird der Patient aufgefordert, selbst die Arbeitsagentur aufzusuchen oder sich mit dem Sozialamt in Verbindung zu setzen. Die Unterstützung durch die Sozialarbeiterin ist dabei so gering wie nötig, um dem Patienten das Gefühl zu vermitteln, dass er es selbst geschafft hat. Auch durch diese Prozesse wird die subjektive Selbstkompetenz erhöht und der Patient kann Erfolge intern attribuieren.

Monatlich finden in der Klinik Beratungsgespräche durch den beruflichen Rehabilitationsberater der DRV Nord bezüglich Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben statt. Ihm werden alle Patienten vorgestellt, bei denen aus sozialmedizinischer Sicht eine Indikation besteht bzw. die eine Beratung wünschen.

Zusätzlich finden alle zwei bis drei Monate Informationsveranstaltungen der ARGE Mecklenburg-Strelitz in der Fachklinik statt. Der Patient erhält fachkompetente Informationen, um die für ihn notwendigen Schritte bezüglich seines zukünftigen Arbeitslebens schon während der stationären Behandlung einzuleiten.

Wöchentlich findet durch die Sozialarbeiterin für jede Gruppe ein Sozialtraining statt. In diesem Rahmen werden sozial- und arbeitsrechtliche Hintergründe, Wohnraumprobleme, Umgang mit Behörden und Ähnliches diskutiert. Rollenspiele sollen die soziale Kompetenz festigen helfen und die Selbstbehauptung verbessern.

Im PC-Kabinett stehen vier PC-Arbeitsplätze mit Drucker allen Patienten zur Verfügung, um nach entsprechender Anleitung Schriftstücke eigenständig zu erstellen.

Ein im PC angelegter Ordner „Musterdokumente“ soll die Arbeit erleichtern. Weiterhin kann ein Internetzugang genutzt werden, um Jobangebote und Stellenbeschreibungen abzurufen.

Die enge Verknüpfung der beiden Bereiche Psychotherapie und Klinische Sozialarbeit, gegeben schon durch die Tatsache, dass sich der Mensch als soziales Wesen auch immer in den sozialen Bereichen bewegt, beinhaltet eine enge Zusammenarbeit zwischen der Sozialarbeiterin und dem jeweiligen Bezugstherapeuten.

Die sozialarbeiterische Begleitung ist eine wesentliche Voraussetzung dafür, dass der Patient sich dem individuellen psychotherapeutischen Prozess so weit wie möglich ungestört zuwenden kann.

## **6.13 Indikative Gruppen**

### **6.13.1 Frauengruppe**

Nach bisherigen Erfahrungen ist der Frauenanteil in den Entwöhnungsbehandlungen relativ gering. Dies ist direkt ableitbar aus dem geringeren Anteil der Frauen in der Gesamtpopulation der Alkoholkranken, wobei trotz allmählicher Auflösung tradierter Rollenmuster tief verwurzelte Rollenerwartungen mit der einhergehenden Ablehnung der „trinkenden Frau“ eine Grundlage bilden (vgl. BURIAN, 1984). Wissenschaftliche Untersuchungen, die sich mit Frauenalkoholismus beschäftigen, kommen zu dem Schluss, dass – gerade auch aufgrund des beschriebenen Zusammenhanges – von einer differenzierten Suchtentwicklung bei Männern und Frauen auszugehen ist, die endgültig ihre Ursache in den Rollenzuschreibungen findet und bei Frauen in häufigen Fällen auch auf eine tiefer liegende psychische Störung hinweist (vgl. ebenda). In konsequenter Ableitung muss dieser Hintergründe im therapeutischen Zusammenhang seinen Niederschlag finden.

Zunächst werden die Frauen in die therapeutische Gemeinschaft – die eine gemischtgeschlechtliche darstellt – integriert. Hiermit wird erreicht, dass ein realistisches Abbild gesellschaftlicher Realität geschaffen wird, in welche die Patientin nach Abschluss der Behandlung zurückkehren wird. Konflikthafte Zusammenhänge und Beziehungsstrukturen lassen sich realitätsnah erleben und in gemischtgeschlechtlichen Therapiegruppen aufarbeiten. Dieses Setting lässt einen dynamischen Gruppenprozess entstehen, der für die jeweils gestörte Persönlichkeit mit ihren unterschiedlichen Erscheinungsformen eine gegenseitige Bereicherung darstellt und Entwicklung fördert. Dem Effekt einer homogenen Gruppenabgrenzung nach außen, der – durch starr aufgebaute Grenzen – Entwicklung erschwert, wird entgegengewirkt.

Dennoch: das realitätsnahe Erleben beinhaltet auch die Wiederholung im Erleben des Unterlegenheitsgefühls auf der Basis der Dominanz der Männer. Auf dem Raster gesellschaftlicher Zusammenhänge ist von sozialisationsbedingten Erfahrungen auszugehen, die Traumatisierungen in der Form ausgelöst haben, dass Kommunikationsschwierigkeiten in einer gemischtgeschlechtlichen Gruppe entstehen, die auf Seiten der Frauen zu Sprachlosigkeiten führen können. Die indikative Frauengruppe soll diesem Effekt entgegenwirken. Hier wird den Frauen Gelegenheit gegeben, innerhalb eines „Schutzraumes“ Strategien zur Beseitigung ihrer Suchtproblematik zu entwickeln, ohne die Befürchtung haben zu müssen, schon zu Beginn der Auseinandersetzung von ihren männlichen Mitpatienten Kritik zu erfahren, um dann in alte Strategien der Anpassung zu verfallen. Tiefer liegende Probleme, für die der Alkohol in Form eines „Selbstheilungsversuches“ eingesetzt worden ist, können hier aufgedeckt und an anderer Stelle verarbeitet werden. Die Aufarbeitung wird

oftmals zunächst in der Einzelpsychotherapie erfolgen, zumindest so lange, bis genügend Ich-Stärke erreicht ist, um in einem gemischtgeschlechtlichen Setting die tiefer liegende Problematik offen angehen zu können.

### **6.13.2 Gruppe für Patienten mit Angst und Depression**

Ein Teil der Abhängigkeitskranken klagt über Angstsymptome und/oder depressive Störungen. Häufig spielen diese negativen Gefühle bereits bei der Entstehung und im Verlauf der Suchterkrankung eine wesentliche Rolle. Die Diagnostik dieser Störungen erfolgt durch den Reha-Arzt in der klinischen Exploration nach den ICD-10-Kriterien. Für diese Patienten führen wir eine verhaltenstherapeutisch orientierte Therapiegruppe durch. In ihr wird auch der für den Abhängigen wichtige Zusammenhang zwischen emotionalen Problemen einerseits sowie dem fortgesetzten oder wiederholten Konsum andererseits aufgezeigt. Oft hat sich im Verlauf einer Suchterkrankung ein sich gegenseitig verstärkender Teufelskreis aus negativen Emotionen und Suchtmittelkonsum herausgebildet. Es werden deswegen auch Lösungsstrategien erarbeitet, die auf die Entkopplung dieser wechselseitigen dysfunktionalen Zusammenhänge abzielen. Wenn zur Behandlung neben der Psychotherapie eine medikamentöse Unterstützung notwendig ist, erfolgt die Indikationsstellung und Verordnung durch den Reha-Arzt. Darüber hinaus gibt es eine enge Zusammenarbeit mit der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Bonhoeffer-Klinikums Neubrandenburg.

### **6.13.3 Gruppe für Patienten mit deutlichem sozialen Kompetenzmangel**

Als soziale Kompetenz bezeichnen wir die Verfügbarkeit und Anwendung von kognitiven, emotionalen und motorischen Verhaltensweisen, die in vielfältigen sozialen Situationen zu einem langfristig günstigen Verhältnis von positiven und negativen Konsequenzen führen. Beispiele hierfür sind:

- Versuchungen zurückweisen,
- adäquat auf Kritik reagieren, Widerspruch äußern,
- sich entschuldigen,
- Kontakte anknüpfen und Ähnliches.

Das Training sozialer Kompetenz beinhaltet zunächst eine Verbesserung von Wahrnehmungs- und Diskriminationsfähigkeit im Hinblick auf:

- eigene Kognitionen, Emotionen und Motive,
- situative Bedingungen,

- Verhaltensweisen und Motive anderer,
- die Wirkung des eigenen Verhaltens auf andere.

Daraus leiten sich folgende Trainingsinhalte ab:

- Einführung in das Konzept „soziale Kompetenz“,
- Differenzierung von selbstsicherem, aggressivem sowie unsicherem Verhalten anhand vorgegebener Beispiele,
- Unterscheidung von Kognition und Emotionen,
- Diskrimination verschiedener Situationsbedingungen,
- Vermittlung kognitiver Strategien zur Steigerung der Selbstkontrolle und Impulsbeherrschung.

Nachdem Kriterien zur Beurteilung sozialer Situationen und Verhaltensweisen erarbeitet wurden, wird das individuelle Verhaltensrepertoire mit Hilfe von Rollenspielübungen erweitert. Anhand des Therapeuten- und Gruppenfeedbacks werden kurz- und langfristige Konsequenzen der gezeigten Verhaltensweisen erörtert.

#### **6.13.4 Tiergestützte Therapie als Ergänzung der Psychotherapie bei Suchtkranken**

Psychotherapie findet als Beziehung zwischen Menschen statt. Deshalb kann tiergestützte Therapie immer nur eine sinnvolle Ergänzung / Unterstützung der Psychotherapie sein.

Tiere tauchen im Gesamtrahmen von Therapie dort auf, wo Prozesse akzeptiert werden, die nicht nur rational fassbar sind:

Tiere sind als emotionale Unterstützung der Psychotherapie sehr gut einsetzbar. Vor allem Suchtpatienten sind sehr häufig enttäuscht von den bisher erfahrenen vor allem labilen Beziehungsangeboten ihrer Eltern, Partner, Freunde, Kollegen usw. Sie leiden darunter, immer vorsichtiger und zurückhaltender in der Beziehungsaufnahme und –gestaltung zu werden, sind verunsichert, verängstigt, enttäuscht bei geringem Selbstwertgefühl und daher mit Minderwertigkeitsgefühlen behaftet, aus denen sie sich nicht selbst befreien können.

In dieser Situation können Tiere als Helfer bei der Beziehungsarbeit – hier vor allem Pferde – unschätzbare Dienste leisten. Sie erleichtern den Patienten den Kontakt und den Beziehungsaufbau enorm. Tiere sind vorurteilsfrei, direkt, gute Zuhörer, geben Zuwendung ohne Gegenleistung zu verlangen. Allerdings fordern sie auch die ganze Persönlichkeit der Patienten und fördern die Gesamtpersönlichkeit in den wesentlichen Bereichen der Körperlichkeit, des Sozialverhaltens und der Emotionalität.

Beziehung zu einem Tier erfordert vor allem emotionales Einlassen auf das Tier. Tiere werden viel schneller und vor allem problemloser akzeptiert als Mitmenschen. D. h. Patienten sind im Kontakt mit den Tieren eher oder überhaupt bereit, sich auf das artspezifische Verhalten einzustellen und sich in ihrem eigenen Verhalten danach auszurichten.

Tiere sind ein guter Schlüssel für die weitere Therapie und Förderansätze. Die Kommunikation und die Interaktion – also die Beziehung zwischen Mensch und Tier – steht im Vordergrund.

Durch die Begegnung mit Tieren werden im Idealfall bei den Patienten eine Vielzahl von Impulsen und Reaktionen ausgelöst, an denen Therapie anknüpfen kann. Es findet eine sichtbare und nachweisbare Verbesserung der Gesamtsituation für die Patienten statt.

Grundsätzlich kommen für die tiergestützte Arbeit nur Patienten in Betracht, die eine positive Grundeinstellung zu Tieren haben. Auf der Tierseite können für diese Arbeit nur Tierarten eingesetzt werden, die mit den Menschen kommunizieren und Grenzen setzen können und die einen hohen Aufforderungscharakter für den Menschen haben. Das sind vor allem domestizierte und speziell ausgebildete Tierarten – idealerweise Pferde oder Hunde.

Alle Tiere müssen über ein ruhiges, ausgeglichenes Wesen verfügen, dürfen keine Gefahr für die Patienten darstellen, müssen leicht lenkbar und gutmütig sein und speziell für die Aufgabe ausgebildet sein.

Ziel der tiergestützten Arbeit ist die effektive Unterstützung der Heilung von Krankheiten, kann sie aber allein nicht ersetzen.

Mögliche Zielsetzungen sind Verbesserung von Kontakt- und Beziehungsfähigkeit, Entängstigung, Stressabbau, Sinnfindung, Förderung von emotionalen Prozessen. Die durchführende Person soll einen Abschluss in einem Heilberuf haben und über eine umfassende Zusatzausbildung verfügen. Das Tier muss auf die entsprechende Situation trainiert sein.

Tiergestützte Therapie sollte regelmäßig einmal wöchentlich in einer relativ stabilen kleinen Patientengruppe (4 Patienten) stattfinden. Ein Bezugstherapeut sollte anwesend sein und der Gesamtprozess von einer ausgebildeten Tiertherapeutin begleitet werden.

Es hat sich herausgestellt, dass besonders Menschen mit Ängsten, allgemeinen Unsicherheiten, mit traumatischen Erlebnissen und eben Suchtproblemen von der Begegnung mit Tieren profitieren können.

Auch intellektuell eingeschränkte Menschen blühen im Kontakt mit Tieren förmlich auf.

Die Luzin-Klinik hat sich für die tiergestützte Therapie mit Pferden entschieden, die auf dem Pferdehof Schubert in Augustfelde und in der kalten Jahreszeit in der Pferdehalle Krumbeck durchgeführt wird. Vier Patienten bleiben über einen Zeitraum von 6 Wochen bei wöchentlichem

Kontakt idealerweise zusammen und führen die tiergestützte Therapie unter Anleitung von Frau Schubert durch, die die entsprechende Ausbildung hat.

Im Kontakt mit den Tieren werden die Wahrnehmung, das Körperbewusstsein, die Empfindungen und Gefühle gefördert. Im kognitiven Bereich werden Ausdauer, Konzentration, Sprechbereitschaft trainiert, Kontakt- und Beziehungsaufnahme gelernt, das „sich Einstellen“ auf den Partner, Überwinden von Ängsten, Entwicklung und Förderung von kooperativem Verhalten, Aufbau von Vertrauen und Mut, Selbstwertgefühl und Selbstsicherheit, Aufbau von Verantwortungsbewusstsein, Frustrationstoleranz, Durchsetzungsvermögen, Freude an der Natur, an den Tieren und dem eigenen Leben.

Der zentrale Aspekt ist, dass die Patienten im Umgang mit Tieren lernen können, sich selbst zu lieben mit all ihren Problemen und Fehlern.

### **6.13.5 Raucherentwöhnung**

In den meisten Fällen geht der exzessive Alkoholkonsum mit dem Missbrauch bzw. der Abhängigkeit von Tabak einher. Zusätzlich ist auf den Entgiftungsstationen und in den Entwöhnungskliniken zu beobachten, dass die Zigarette bei Alkoholabstinenz die Funktion einer Ersatzdroge erhält. Wie die Praxis zeigt, sind bei den meisten Alkoholkranken die Widerstände groß bezüglich einer durchzuführenden Raucherentwöhnung. Deshalb werden die Informationsseminare sowie psychotherapeutische und ärztliche Einzelgespräche genutzt, um den Patienten auf die Schädlichkeit des Rauchens aufmerksam zu machen. In der Raucherentwöhnungsgruppe wird dann nach dem erfolgreichen Vier-Schritte-Programm (LINDENMEYER, 1998) vorgegangen.

### **6.14 Angehörigengespräche und -seminare**

Es ist unbedingt notwendig die Angehörigen des Patienten in die Therapie mit einzubeziehen. Häufig besteht bei den Angehörigen des Patienten ein co-abhängiges Verhalten (FEUERLEIN, KÜFNER & SOYKA, 1998), welches die Suchterkrankung mit aufrechterhält. Dieses co-abhängige Verhalten muss besprochen und aufgedeckt werden. Dazu werden in der Luzin-Klinik Paargespräche angeboten, die durch den zuständigen Bezugstherapeuten durchgeführt werden.

Weiterhin bieten wir alle zehn Wochen samstags ein Angehörigenseminar an. Während dieses Tages soll neben Informationen über die Abhängigkeitserkrankung sowie über das Thema Sucht und Familie auch der Austausch des persönlichen Erlebens während der Suchtentwicklung sowie über das gemeinsame Leben mit seinen Chancen und Risiken nach der stationären Entlassung

stattfinden. Das Angehörigenseminar wird durch den Chefarzt und die Bezugstherapeuten durchgeführt.

## **6.15 Musiktherapie**

Der Mensch benutzt Musik für seine Heilung und sein Wohlbefinden bereits so lange, wie es eine menschliche Kultur gibt. Die Anfänge liegen im rhythmischen Kommunizieren über weite Strecken hinweg. Klang und Rhythmus sind zutiefst verwoben mit den körperlichen und psychischen Abläufen im menschlichen Organismus. Bereits der Fötus ist den rhythmischen Herzschlägen der Mutter und den Geräuschen im Mutterleib ausgesetzt. Er wird in der gesamten pränatalen Phase durch die Stimme, die Körperbewegungen der Mutter und alle inneren und äußeren akustischen Abläufe geprägt. Musiktherapie gibt es in unzähligen Methoden auf der ganzen Welt. Was aber alle Methoden verbindet, ist die Arbeit mit Klängen, Frequenzen und Musik.

Wir unterscheiden aber im Wesentlichen zwei Hauptbereiche der Musiktherapie: den aktiven und den rezeptiven Zweig. Die aktive Musiktherapie spricht im Menschen seine tiefe rhythmische Prägung an und motiviert ihn, selbst auf Rhythmusinstrumenten zu spielen. Dabei muss er sich mit seiner gesamten Persönlichkeitsstruktur auseinandersetzen. Es gilt zum Beispiel Hemmnisse zu überwinden, in einer Gruppe eine Improvisation zu gestalten. Ziel der aktiven Musiktherapie ist die Entwicklung der sozialen Kompetenz und die Berührung der inneren Kreativität. Die rezeptive Musiktherapie arbeitet mit der menschlichen Fähigkeit, Musik imaginär wahrzunehmen. Das heißt, der Mensch reagiert emotional, körperlich und geistig auf Musik. Auf diesem Wege ist es möglich, verschüttetes emotionales Potenzial zu erreichen und zu bearbeiten, weil es auf diesem Wege bewusst werden kann. Alle Formen der Musiktherapie sind psychotherapeutisch orientiert, berührt Musik und musisches Tun doch immer unsere innere psychische Struktur.

## **6.16 Tanztherapie**

Die Tanztherapie ist eine erlebnisorientierte, ganzheitliche Therapieform, die am einzigartigen Bewegungsausdruck jedes Menschen ansetzt. Diesen Bewegungsausdruck nützt die Tanztherapie ebenso wie die uralte Heilkraft des Tanzes, indem sie im therapeutischen Prozeß Wege zu einem tieferen Selbstverständnis zeigt. In ihr werden alltägliche Bewegungen – bis hin zum Tanz – zur Förderung der emotionalen und körperlichen Integration eines Menschen eingesetzt. Von daher spricht sie den Menschen nicht nur in seiner kognitiven, sondern in seiner leib-seelischen Ganzheit an. Wo in anderen Therapieformen das gesprochene Wort im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit steht, orientiert sich die Tanztherapie an der Sprache des Körpers. In einer Suchtklinik nimmt das

Tanzen einen besonderen Stellenwert ein. Tanzen stellt für die meisten Patienten etwas Bekanntes dar, was jedoch häufig mit Alkohol verbunden war. Während der Therapie erleben sie nun, daß das Tanzen auch ohne Suchtmittel stattfinden kann und Ausdruck von Lebensfreude ist.

## **6.17 Traumatherapie**

Psychische Traumatisierung kann zur Entwicklung verschiedener Krankheitsbilder beitragen. Auch eine Abhängigkeitserkrankung kann sich entwickeln, wenn ein Mensch Erlebnissen ausgesetzt wird, die ihn so belasten, dass seine Bewältigungs- und Verarbeitungsmechanismen überfordert sind.

Traumatisierung in den frühen Lebensabschnitten findet sich bei einer Anzahl von Menschen, die alkohol- oder medikamentenabhängig sind. Deshalb ist es wichtig, dass neben der Abhängigkeitserkrankung auch die Störungen, die sich nach einer psychischen Traumatisierung entwickelt haben, behandelt werden.

Die traumabezogene Behandlung beinhaltet eine Phase der Stabilisierung, danach die Verarbeitung der traumatischen Erinnerung und zuletzt die Phase der Neuorientierung.

Neben psychoimaginativen Techniken wird in unserer Klinik auch EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) zur Behandlung Posttraumatischer Belastungsstörungen angewandt. EMDR gilt als effektives Verfahren für die Behandlung dieser Störung (ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRISTS, 2005). Ziel dieser Behandlung ist psychische Entlastung als Grundlage für innere Stabilität. Die Traumatherapie ist in das komplexe Behandlungsprogramm integriert. Angeboten wird EMDR durch die beiden Klinikärzte.

## **7. Therapieübergreifende Angebote**

### **7.1 Selbsthilfegruppen**

Selbsthilfegruppen haben sowohl in der Form eines niedrigschwelligen Angebotes als auch in der ambulanten Nachsorge einen festen Platz im Netzwerk der Suchtkrankenhilfe. Sie tragen wesentlich in der Nachsorge zur Aufrechterhaltung der Abstinenz bei und dürfen deshalb im Gesamtbehandlungsprogramm des Abhängigen nicht fehlen.

Schwierig ist zumeist beim Suchtkranken, die Einsicht in den Sinn regelmäßiger Selbsthilfegruppenbesuche zu erzielen. Ähnlich wie zu Beginn der Entwöhnungsbehandlung bestehen hier erhebliche Widerstände. Aus diesem Grund bietet die Fachklinik schon während der Behandlung dem Patienten an, die unterschiedlichen Selbsthilfegruppen kennen zu lernen. Verschiedene Gruppen werden zur Vorstellung in unsere Klinik eingeladen. Einmal monatlich stellt sich jeweils eine Selbsthilfegruppe allen Patienten vor. Während ihrer Heimfahrten sind die Patienten dann aufgefordert, die Gruppe ihrer Wahl in ihrer Region zu besuchen. Die psychotherapeutische Gesprächsgruppe ist dann der Ort, an dem Widerstände angesprochen, hinterfragt und bearbeitet werden können.

Ziel dieses Gesamtangebotes ist es, die Abwehr gegen spätere regelmäßige Besuche zu minimieren bzw. abzubauen und einen festen Kontakt für den Zeitpunkt der Entlassung aufzubauen.

### **7.2 Lebenspraktische Aktivitäten**

Im Laufe der Suchtkarriere hat bei vielen Patienten der Bezug zur Wirklichkeit nachgelassen. Regelmäßige Tagesabläufe haben oft an Bedeutung verloren. Um hier wieder neue Bezüge zu schaffen, haben wir lebenspraktische Aktivitäten in das Therapieprogramm aufgenommen, in deren Zentrum der Kochkurs in der Aufnahmegruppe steht. Jeden Freitag kochen alle Patienten der Aufnahmegruppe zusammen ihr Mittagessen selbst unter Anleitung des Bezugstherapeuten. Diese Aktivität beinhaltet auch die gemeinsame Planung und den gemeinsamen Einkauf der notwendigen Nahrungsmittel. Dadurch werden lebenspraktische Bezüge ausprobiert bzw. neu eingeübt.

### **7.3 Freizeitgestaltung**

Eine wesentliche Bedeutung messen wir der aktiven Freizeitgestaltung der Patienten bei. Da bei vielen Abhängigen im Freizeitbereich ausgeprägte Defizite vorliegen, werden im Therapieverlauf Impulse für eine sinnvolle suchtmittelunabhängige Freizeitgestaltung gesetzt.

So bieten sich zahlreiche Varianten an:

- Wandern
- Fahrradtouren
- Tischtennis
- Volleyball
- Schwimmen
- Sauna
- Kegeln
- Bibliothek
- Billard
- Dart
- Möglichkeiten zum kreativen Gestalten
- Gesellschaftsspiele
- Boot fahren

Bedingt durch die günstige Lage der Klinik stehen viele Ausflugsmöglichkeiten zur Verfügung, die den Patienten bekannt gemacht werden. Diese können entsprechend der Therapieordnung und nach Absprache wahrgenommen werden.

Durch fachkundige Mitarbeiter werden die Patienten zur aktiven Gestaltung ihrer Freizeit angeleitet und bei der Durchführung unterstützt.

#### **7.4 Fachliche Beratung bezüglich der Medizinischen Psychologischen Untersuchung (MPU)**

Ca 25 % unserer Patienten haben durch Führen eines Kraftfahrzeuges unter Alkohol ihren Führerschein verloren. Um ihn wieder zu erlangen ist oft eine MPU erforderlich. In Zusammenarbeit mit der Begutachtungsstelle für Fahreignung Zentrum Demmin, besteht für alle interessierten Patienten während der stationären Therapie die Möglichkeit zu einem individuellen Orientierungs- und Vorbereitungsgespräch gegen Entgelt nach Demmin zu fahren. Die Fahrt wird durch die Luzin – Klinik organisiert. So können die betreffenden Patienten im Vorfeld ihre Ängste abbauen und werden fachkundig über den Ablauf der MPU unterrichtet, sowie über die individuell zu erbringenden Voraussetzungen für eine erfolgreiche MPU. Dieses Angebot wird gern von den Patienten in Anspruch genommen.

## **7.5 Angebot der Seelsorge**

Da Suchtkrankheiten oft zum Verlust von Sinn- und Wertbezügen führen bzw. auf deren Fehlen basieren, möchten wir als diakonische Einrichtung Hilfe zur Sinnfindung und Lebensbewältigung durch das Evangelium von Jesus Christus anbieten. Das Leben im Glauben kann dem Patienten Kraft, Trost und Gelassenheit geben. Im Glauben findet er eine Motivation zur lebenslangen Enthaltensamkeit vom Suchtmittel und die Möglichkeit seelisch und geistlich zu gesunden, nicht zuletzt dadurch, dass er erlebt angenommen und geliebt zu werden. Diese für ihn neu verinnerlichten Erfahrungen wirken sich stärkend auf sein Selbstwertgefühl aus und ermöglichen das Freisetzen von Hoffnung und Freude.

Während der Therapiezeit hat jeder interessierte Patient die Möglichkeit am Gottesdienst und/oder an Gesprächen u. a. über die Sinnfrage des Lebens teilzunehmen. Aber auch persönliche Seelsorge im vertiefenden Einzelgespräch wird durch einen Seelsorger angeboten. Dabei stehen Seelsorge und Psychotherapie nicht in Konkurrenz zueinander, sondern ergänzen sich.

## **8. Organisatorische Regelungen**

### **8.1 Heimfahrten**

Die Heimfahrt stellt eine Expositionsübung dar, die nach einer angemessenen stationären Therapiezeit mit der Einübung neuer Verhaltensweisen in das aktuelle soziale Umfeld führt. Sie hat die Auseinandersetzung mit den aus der Suchtentwicklung entstandenen Problemlagen zum Ziel, die Resozialisierung zu sichern. Darunter verstehen wir vordergründig den Kontakt zum familiären Bereich, zum Arbeitgeber bzw. Arbeitsagentur sowie zur Vorbereitung der ambulanten Nachsorge über die Suchtberatungsstelle und eine Selbsthilfegruppe. Soweit diese Kontakte schon bestehen, sollen sie aktiviert, im anderen Falle angebahnt und hergestellt werden. Um dies für den Patienten transparent zu machen und ihm gegebenenfalls Hilfestellung geben zu können, wird jede Heimfahrt in der Psychotherapiegruppe geplant und vorbereitet und nach der Rückkehr nachbereitet.

Die Anzahl der Heimfahrten hängt von Indikation und Therapiedauer ab.

### **8.2 Umgang mit Rückfällen während der stationären**

#### **Entwöhnungsbehandlung**

Auch während der Zeit einer Entwöhnungsbehandlung kann es zum Auftreten von Rückfällen kommen, da der Rückfall ein Hauptsymptom der Suchterkrankung ist.

Unter Rückfall verstehen wir die erneute Einnahme eines Suchtmittels (Alkohol, nicht vom Arzt verordnete Medikamente, illegale Drogen), wenn sich der Patient zuvor für einen völligen Verzicht als Therapieziel (Abstinenz) entschieden hat.

Unser Rückfallkonzept beruht auf verhaltenstherapeutischen Erkenntnissen (MARLATT, 1985) und geht von der Annahme aus, dass der Patient von der therapeutischen Arbeit über seinen Rückfall profitieren kann. Daraus folgt, dass ein Patient, der während der stationären Behandlung rückfällig wird, bei entsprechender Bereitschaft die Möglichkeit erhält seinen Rückfall zu bearbeiten, um zukünftig besser in der Lage zu sein ihn zu verhindern.

Wir haben folgendes Vorgehen in unserem Rückfallkonzept, das sich an KÖRKEL, J. und LAUER, G. (1992) anlehnt, festgelegt:

Wird bekannt, dass ein Patient rückfällig geworden ist, erfolgt die Verlegung für die Ausnüchterung in den Bereich der Aufnahmestation. Hier findet eine stützende Begleitung durch den Bezugstherapeuten bzw. diensthabenden Therapeuten statt. Ein vorläufiges Ausgangsverbot beinhaltet zum einen den Schutz des Patienten, der durch seinen Rückfall seine momentane Gefährdung in Bezug auf den Alkoholkonsum angezeigt hat, zum anderen wird damit durch

Einschränkung von Außenreizen und daraus resultierender Konzentration auf die eigene Person eine intensiviertere Selbstauseinandersetzung eingeleitet. Wenn der Patient wieder nüchtern ist, wird ihm angeboten den Rückfall zu bearbeiten. Ist er dazu nicht bereit, erfolgt nach einem Abschlussgespräch und der Rücksprache mit der nachsorgenden Beratungsstelle die Entlassung mit der Empfehlung der Teilnahme an der ambulanten Nachsorge.

Ist der Patient zur Rückfallbearbeitung bereit, was aus unseren Erfahrungen überwiegend der Fall ist, dann erfolgt die Rückverlegung in die Therapiegruppe und es wird als erster Schritt ein rückfallbezogenes Einzelgespräch mit dem Bezugstherapeuten geführt. Inhaltlich wird hier der Rückfallverlauf besprochen, wobei bereits hier – wie auch später in der Psychotherapiegruppe – die Interaktion zwischen Entscheidung und Verpflichtung sowie den Problem- und Versuchungssituationen und den Selbstwirksamkeitserwartungen des Patienten untersucht wird.

Zweitens schließt sich die Rückfallbesprechung in der Psychotherapiegruppe an. Hier wird der Rückfall zum ersten Mal öffentlich und somit der Verheimlichungsstrategie des Abhängigen entgegengewirkt. Zudem lernt der Betroffene mit entsprechenden Reaktionen umzugehen und sich auseinander zu setzen.

Als dritter und letzter Schritt kommt es zu einer Besprechung im therapeutischen Team. Hier berichtet der Bezugstherapeut über das Ergebnis der Rückfallbearbeitung. Danach entscheidet das therapeutische Team unter Leitung des Chefarztes oder seines Vertreters über die Fortführung der Therapie oder Entlassung, wobei sich die Entscheidung an der optimal zu leistenden Hilfe orientiert.

### **8.3 Die Zusammenarbeit im Netzwerk der Suchtkrankenhilfe**

Die Luzin-Klinik mit ihrem Angebot der stationären Entwöhnungsbehandlung versteht sich als ein Baustein im Netzwerk der Suchtkrankenhilfe. Damit wird berücksichtigt, dass es sich bei der Abhängigkeitserkrankung um eine chronische Krankheit handelt, die z. T. tief greifende verfestigte Störungen im physischen, psychischen und sozialen Bereich aufweist. Eine erfolgreiche Behandlung dauert somit oftmals mehrere Jahre und kann nur in enger Kooperation zwischen ambulanten und stationären Einrichtungen erfolgen.

Dieser Hintergrund bedingt eine von uns geförderte enge Zusammenarbeit mit allen Organen der ambulanten Betreuungs- und Behandlungsarbeit und der Nachsorge. Während der gesamten Behandlungszeit des Patienten wird der Kontakt zwischen Beratungsstelle und Klinik aufrechterhalten. Grundsätzlich wird am Ende der Behandlung – vor der Entlassung des Patienten

– von dem Bezugstherapeuten ein persönlicher, in der Regel telefonischer Kontakt mit dem zuständigen Berater aufgenommen.

Selbsthilfegruppen im regionalen Umkreis werden zu regelmäßigen monatlichen Besuchen in Form von Vorstellungsrunden für die Patienten eingeladen. Ebenso haben wir Kontakt zu Einrichtungen des betreuten Wohnens und den sozialtherapeutischen Übergangs- und Nachsorgeeinrichtungen, um – je nach Indikation und im Bedarfsfall – die entsprechende Nachsorge für den jeweiligen Patienten gemeinsam mit ihm zu sichern. Weiterhin besteht für Patienten, die in Ihrer Abstinenz schon gefestigt sind und eine längere Zeit keine Arbeit auf dem ersten Arbeitsmarkt hatten und bereit sind, zeitnah wieder Arbeit aufzunehmen die Möglichkeit, an der zweiten Phase der medizinischen Rehabilitation, der Adaption, teilzunehmen. Es besteht eine enge Kooperation mit dem Adaptionshaus „ Am Ostorfer See“ in Schwerin mit einem dreimonatigen Therapieprogramm bei dem das externe Arbeitstraining und die berufliche Wiedereingliederung im Vordergrund stehen. Regelmäßig werden alle Patienten über die Notwendigkeit der ambulanten Nachsorge (Suchtberatungsstelle, Selbsthilfegruppe) bzw. über die stationäre Nachsorge und die Adaption informiert. Bei entsprechender Indikation werden interessierten Patienten die Einrichtungen vor Ort gezeigt und sie können sich dann kompetenter entscheiden.

Da immer häufiger Patienten mit inzwischen erheblich angewachsenen sozialen Problemen aufgenommen werden, bemühen sich unser Sozialdienst, aber auch die jeweiligen Bezugstherapeuten, einen Kontakt zu den entsprechenden sozialen Stellen (Sozialbetreuung, Schuldnerberatung, Bewährungshilfe u. ä.) aufrechtzuerhalten. Dabei ist hier der Grundgedanke, dass nur durch entsprechende Transparenz das Bagatellisierungs- und Verleugnungssystem der Betroffenen ausgehebelt und damit ihnen selbst optimal geholfen werden kann.

Um die Transparenz unserer Arbeit nach außen zu sichern, findet jährlich ein Suchttag statt, zu dem alle Partner des Netzwerkes der Suchtkrankenhilfe eingeladen werden.

Potenzielle Patienten und ihre Angehörigen haben – wenn möglich nach Absprache – die Möglichkeit die Klinik im Vorhinein kennen zu lernen, um in einem persönlichen Gespräch Ängste bzgl. der stationären Entwöhnungsbehandlung abzubauen.

## **9. Stationäre Auffang- und Festigungsbehandlung**

### **9.1 Stationäre Auffangbehandlung**

Unter stationärer Auffangbehandlung verstehen wir eine stationäre Therapie, wenn der/die alkohol- und/oder medikamentenabhängige Patient bzw. Patientin nach ambulanter oder stationärer (Entwöhnungs)Behandlung rückfällig geworden ist und der Rückfall allein durch ambulante Behandlung bzw. stationäre Entgiftung nicht aufzufangen und aufzuarbeiten ist. Um ein weiteres Abgleiten in den Strudel der Sucht zu verhindern, besteht dann die Indikation für eine stationäre Auffangbehandlung in einer Rehabilitationsklinik für Suchtkrankheiten. In der Regel kann bei ihr auf vorhandene Therapieerfahrungen zurückgegriffen werden.

Das stattgehabte Rückfallgeschehen muß zunächst intensiv analysiert werden (siehe auch 3.1 Allgemeine theoretische Grundlagen). Für eine solche Analyse bieten sich zahlreiche verhaltenstherapeutische und kognitive Konzepte an, die in den letzten Jahren entwickelt wurden. Marlatt (MARLATT, 1985) hat einen kognitiv-lerntheoretischen Ansatz geschaffen, der mögliche Rückfallprozesse genauestens beschreibt. Daraus lassen sich dann entsprechend rückfallpräventive Maßnahmen ableiten. Wir unterscheiden zwischen primärer Rückfallprävention, das heißt die Aufrechterhaltung der Abstinenz, also Verhinderung von Rückfällen und sekundärer Rückfallprävention, das heißt die schnelle Wiederherstellung der zwischenzeitlich verloren gegangenen Abstinenz (LAUER, 1996).

### **9.2 Stationäre Festigungsbehandlung**

Unter einer stationären Festigungsbehandlung verstehen wir eine Therapie, die der alkohol- und/oder medikamentenabhängige Patient nach ambulanter oder stationärer (Entwöhnungs)Behandlung benötigt, wenn er in seiner Abstinenzmotivation und -stabilität sehr verunsichert und gefährdet ist. Es besteht die hochgradige Gefahr, dass ein nasser Rückfall auftreten kann. Dieser Zustand ist allein durch eine ambulante und/oder akut stationäre Behandlung nicht ausreichend und anhaltend bewältigbar. Somit geht es hier um eine primäre Rückfallprävention. Die stationäre Festigungsbehandlung dient zur Festigung der Abstinenzmotivation und -stabilität.

Im stationären therapeutischen Setting wird eine umfassende Analyse der Situation durchgeführt und eine entsprechende Behandlung vorgenommen.

### **9.3 Therapeutisches Vorgehen bei der stationären Auffang- bzw. Festigungsbehandlung**

Folgende therapeutische Interventionen werden angewendet:

- Auseinandersetzung mit Risikosituationen:  
Hierbei sind besonders unangenehme emotionale Zustände, mögliche Versuche eines kontrollierten Trinkens, das Nachlassen der Selbstkontrollmotivation und zwischenmenschliche Konflikte zu berücksichtigen. Ebenso müssen die erhofften Wirkungen des Alkohol- bzw. Medikamentenkonsums und somit die Funktion, die das Suchtmittel für den Patienten hatte, erörtert werden.
- Verhinderung des Ausweitens eines Rückfalles (gilt nur für Auffangbehandlung):  
Es müssen verschiedene Vorgehensweisen mit dem Patienten geübt werden, um ihn zu befähigen, nach einmaligem Suchtmittelgebrauch ein Ausufern des Rückfalles zu verhindern (MARLATT, 1985).
- Bewältigung des Cravings:  
Aus der Praxis ist bekannt, dass besonders in den ersten Monaten der Abstinenz ein verstärktes Verlangen nach dem Suchtmittel (Craving) auftreten kann. Während der Therapie gilt es, sich mit diesen Erfahrungen auseinander zu setzen und mit dem Patienten Möglichkeiten zur rückfallfreien Bewältigung des Cravings zu erarbeiten. Gegebenenfalls ist neben der Psychotherapie eine kurzzeitige medikamentöse Unterstützung indiziert.
- Erhöhung der Selbstkontrolle:  
Dem Patienten werden verschiedene Selbstkontrolltechniken erklärt und er ermutigt, für ihn wichtige zu erlernen.
- Selbstsicherheitstraining:  
Häufig finden sich bei Abhängigkeitskranken Defizite bezüglich sozialer Kompetenzen und interpersoneller Fertigkeiten. Ziel des Selbstsicherheitstrainings ist die Verbesserung der Selbstbehauptung und des Kontakt- und Kommunikationsverhaltens.
- Ablehnungstraining:  
Durch Rollenspiele sollen die Patienten lernen, auch in sozialen Trinksituationen mit Aufforderung zum Mittrinken alkoholhaltige Getränke konsequent abzulehnen (LAUER, 1996).
- Problemlösetraining:

Diese Methode ermöglicht es, oft auftretende, konkrete und alltägliche Schwierigkeiten auf der kognitiven Ebene anzugehen. Ziel ist es, neue soziale Kompetenzen zu erwerben und alternative Konfliktlösestrategien zu erörtern.

- **Lebensstilberatung:**

Bei Suchtkranken finden wir häufig einen unausgewogenen Lebensstil, der einerseits durch eine hohe Erwartungshaltung an sich selbst und andererseits durch die Unfähigkeit zu entspannen, charakterisiert ist. Da in Mecklenburg-Vorpommern die Arbeitslosigkeit unter den Abhängigkeitskranken ca. 80 % beträgt und die Chance, einen Arbeitsplatz zu bekommen begrenzt ist, muß in der Therapie – neben der Anleitung und dem Training zum Wiedereinstieg in den Arbeitsmarkt – ein Schwerpunkt in der sinnvollen Gestaltung der Freizeit liegen, um Langeweile und Leere zu verhindern. Weiterhin werden Entspannungstechniken jenseits der psychotropen Wirkung des Suchtmittels angeboten.

#### **9.4 Dauer und organisatorische Durchführung der stationären Auffang- bzw. Festigungsbehandlung**

Die Dauer der Auffang- bzw. Festigungsbehandlung beträgt in der Regel 6 Wochen. Zeigt es sich im Therapieverlauf, dass eine längere Therapiezeit erforderlich ist (z.B. bei schwerwiegenden zwischenmenschlichen Konflikten), so wird rechtzeitig ein Verlängerungsantrag an den Kosten- bzw. Leistungsträger gestellt, den dieser zu entscheiden hat.

Die Patienten werden zunächst auf der Aufnahmestation aufgenommen (siehe 5.1 Diagnostische Phase). In der Regel werden sie dann zeitnah in eine Langzeitgruppe (wenn bereits bei uns behandelt zum vorherigen Bezugstherapeuten) verlegt, wo die spezifische therapeutische Arbeit in der Gruppe und im Einzelgespräch erfolgt. Auch die Angehörigen werden in die Therapie einbezogen (Paar- bzw. Familiengespräche, Angehörigenseminar).

Das Antragsverfahren für eine stationäre Auffang- bzw. Festigungsbehandlung ist das gleiche wie für eine stationäre Entwöhnungsbehandlung.

## 10. Das Mitarbeiterteam

Die Therapie von Abhängigkeitskranken erfordert aufgrund ihrer Komplexität die Arbeit in einem multidisziplinären Team. Deshalb setzt sich der Mitarbeiterstab aus dem medizinischen Bereich (Ärzte, Pflegepersonal), der Psycho- und Sozialtherapie (Psychologen, Sozialarbeiter/-pädagogen), der Arbeits- und Kreativtherapie (Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten), der Sporttherapie (Sport- und Bewegungstherapeutin) sowie dem hauswirtschaftlichen, technischen und Verwaltungsbereich zusammen. Außerdem steht eine Diätköchin auch zur Diätberatung auf Honorarbasis zur Verfügung.

Verantwortlich für die gesamte medizinische und therapeutische Arbeit des Rehabilitationsprozesses ist der Chefarzt (Arzt für Innere Medizin, Psychotherapie, Sozialmedizin). Unter seiner Leitung findet täglich eine Teamkonferenz statt. Sie erfolgt zur Absprache medizinischer, psychotherapeutischer und pflegerischer Behandlungsmaßnahmen sowie zur Optimierung organisatorischer Vorgänge. Er führt regelmäßig Visiten, Informationsseminare (Arztvorträge) und hausinterne Fortbildungen durch. Zusätzlich erfolgen regelmäßige Teamsitzungen und regelmäßige Fallbesprechungen, an denen die therapeutischen und medizinischen Mitarbeiter teilnehmen. In ihnen finden Absprache, Steuerung und Überprüfung des medizinisch-therapeutischen Verlaufes der Rehabilitationsmaßnahme statt und sie dienen somit der Kontrolle und Verbesserung der Qualität der täglichen Arbeit. Er unterhält und pflegt Kontakte zu den Einrichtungen des Netzwerkes der Suchtkrankenhilfe.

Für die ärztliche Versorgung ist weiterhin eine ärztliche Kollegin (Fachärztin für Hygiene) mit umfangreichen Kenntnissen in der Allgemeinmedizin und psychotherapeutischer Zusatzausbildung im Suchtbereich zuständig. Sie vertritt den Chefarzt bei dessen Abwesenheit.

Jede der vier Psychotherapiegruppen („Häuser“) wird durch einen in der Suchttherapie erfahrenen Bezugstherapeuten geleitet. Zur Zeit sind zwei Psychologen und zwei Diplom-Sozialpädagoginnen als Bezugstherapeuten tätig. Ein Psychologe ist Psychologischer Psychotherapeut (individualpsychologisch orientiert) mit Promotion und Habilitation in Philosophie (verantwortlich für Haus 4). Der Psychologe des „Männerhauses“ (Haus 5) ist geisteswissenschaftlich promoviert in Psychologie, Psychoanalytiker (Individualpsychologie), Supervisor, Inhaber des European Certificate of Psychotherapy und von Zusatzqualifikationen in Psychiatrie und Logotherapie. Eine Sozialpädagogin ist Systemische Familientherapeutin (verantwortlich für Haus 3), während die Bezugstherapeutin der Aufnahmegruppe (Haus 1) über den GVS suchtspezifisch als Sozialtherapeutin (verhaltenstherapeutisch orientiert) qualifiziert ist.

Die Vertretung der Bezugstherapeuten ist innerhalb der beiden Berufsgruppen geregelt.

Die Klinische Sozialarbeit wird wahrgenommen von einer Diplom-Sozialpädagogin in fortgeschrittener individualpsychologisch-sozialtherapeutischer Zusatzausbildung.

Der Verwaltungs- und technische Bereich wird koordiniert und geleitet durch eine Verwaltungsleiterin.

Chefarzt und Verwaltungsleiterin bilden die Klinikleitung. Sie beraten sich regelmäßig, um den störungsfreien Gesamtablauf der Klinik zu gewährleisten. Eine enge Zusammenarbeit besteht zwischen Klinikleitung und dem Geschäftsführer.

Alle Mitarbeiter sind zur Fortbildung verpflichtet. Diese wird seitens der Fachklinik durch interne und externe Fortbildungsveranstaltungen unterstützt.

Es finden in regelmäßigen Abständen Supervisionen durch einen externen Supervisor statt.

## **11. Qualitätsmanagementsystem**

Von Herbst 2001 bis Frühjahr 2003 wurde durch das gesamte Team ein Qualitätsmanagementsystem in der Luzin – Klinik aufgebaut. Der Chefarzt, der sich während dieser Zeit zum Qualitätsmanager durch die Deutsche Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Suchttherapie e.V. in Zusammenarbeit mit der Sozial- und Arbeitsmedizinischen Akademie Baden Württemberg in Verbindung mit der Universität Ulm e.V. schulen ließ, zusammen mit dem Lenkungskreis befähigten alle Mitarbeiter zur Mitarbeit. Unterstützung erhielten wir durch einen Coach.

Am 11. Juni 2003 wurde das Qualitätsmanagementsystem für den Geltungsbereich Luzin – Klinik, Fachklinik für Suchtkrankheiten, nach DIN EN ISO 9001:2000 durch die NIS Zertifizierungs- und Umweltgutachter GmbH erfolgreich zertifiziert. Die Re-Zertifizierung erfolgte am 01.08.2006.

Das Qualitätsmanagementsystem wird ständig weiter entwickelt.

Die Fachklinik beteiligt sich am so genannten „5-Punkte-Programm der Rentenversicherungsträger“ und erfüllt die dort formulierten Verpflichtungen und Dokumentationsanforderungen (VDR, 1991).

## 12. Anhang

### 12.1 Literaturverzeichnis

ACKERKNECHT, L. K.: (1982) Individualpsychologische Kinder- und Jugendpsychotherapie. München.

ADLER, A.: (1912) Über den nervösen Charakter. Reprint 1972. Frankfurt.

ADLER, A.: (1930) Das Problem der Homosexualität und sexueller Perversionen. Reprint 1977. Frankfurt.

ADLER, A.: (1933) Religion und Individualpsychologie. Reprint 1975. Frankfurt.

ADLER, A.: (1994) Lebensprobleme. Vorträge und Aufsätze. Frankfurt.

ANSBACHER, H.: (1981) Die Entwicklung des Begriffs „Gemeinschaftsgefühl“ bei Adler. Zeitschrift für Individualpsychologie. 177-194.

ANSBACHER, H. & ANSBACHER, R. (Hrsg.): (1982) Alfred Adlers Individualpsychologie. München.

AREND, H.: (1999) Alkoholismus. Ambulante Therapie und Rückfallprophylaxe. Weinheim und Basel.

AßFALG, R. & ROTHENBACHER, H.: (1990) Diagnose der Suchterkrankung. Hamburg.

BARTLING et al: (1992) Problemanalyse im Therapeutischen Prozess. Stuttgart

BARTMANN, U.: (1993) Sozialarbeit und Alkoholismusbehandlung. In „Sucht“, Jahrgang 39, Heft 6, Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, Hamm.

BECK et al: (1993) Cognitive therapy of substance abuse. Guilford Press, New York.

BENNETT, P.: (2003) Abnormal and Clinical Psychology. Maidenhead.

BRACHFELD, O.: (1953) Minderwertigkeitsgefühle. Stuttgart.

BROWNELL, K. D., MARLATT, G. A., LICHTENSTEIN, E. & WILSON, G. T.: (1986) Understanding and preventing relapse. American Psychologist, 41, 765-782.

- BRUDER-BEZZEL, A.: (1991) Die Geschichte der Individualpsychologie. Frankfurt.
- BÜHRINGER, H.: (1996) Schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen. In J. Margraf (Herausgeber), Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo.
- BURTSCHIEDT, W.: (2001) Integrative Verhaltenstherapie bei Alkoholabhängigkeit. Berlin, Heidelberg, New York.
- BURIAN, W.: (1984) Die Psychotherapie des Alkoholismus. Göttingen.
- CORSINI, R.: (1987) Handbuch der Psychotherapie. München.
- COX, W. M. (Ed.): (1990) Why people drink. Parameters of alcohol as a reinforcer. New York.
- CUMMINGS, C., GORDON, J. R. & MARLATT, G. A.: (1980) Relapse: Prevention and prediction. In W. R. MILLER (Ed.), The addictive behaviors: Treatment of alcoholism, drug abuse, smoking and obesity. New York: Pergamon Press, pp. 291-321.
- DREIKURS, R.: (1969) Grundbegriffe der Individualpsychologie. Stuttgart.
- DREIKURS, R.: (1980) Zur Psychotherapie in der Medizin. München.
- DREIKURS-FERGUSON, E.: (2000) Adler und Dreikurs: Kognitiv-sozial dynamische Innovatoren. Zeitschrift für Individualpsychologie. 331-344.
- ELLENBERGER, H.: (1973) Die Entdeckung des Unbewußten. Bern.
- ELLIS, A.: (1997) Die rational-emotive Verhaltenstherapie. New York
- FEUERLEIN, W., KÜFNER, H. & SOYKA, M.: (1998) Alkoholismus – Mißbrauch und Abhängigkeit. Stuttgart, New York.
- FOX, R.: (1972) Gruppenpsychotherapie mit Alkoholikern. In PREUSS, H. (Hrsg.), Analytische Gruppenpsychotherapie. Reinbek b. Hamburg.
- GRAWE, K.: (1980) Verhaltenstherapie in Gruppen. Göttingen
- HINSCH, R. und PFINGSTEN, U.: (1983) Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK). München

HOFFMANN, S. O. und HOCHAPFEL, G.: (1995) Neurosenlehre, Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin. Stuttgart.

HULSE, W.: (1972) Kombinierte Einzel- und Gruppenpsychotherapie. In PREUSS, H. (Hrsg.), Analytische Gruppenpsychotherapie. Reinbek b. Hamburg.

INNENMINISTERIUM MECKLENBURG-VORPOMMERN: (2003) Rahmendienstvereinbarung über Suchtprävention und Suchtkrankenhilfe in der Landespolizei M-V. Schwerin.

JACOBY, H.: (1983) Alfred Adlers Individualpsychologie und dialektische Charakterkunde. Frankfurt.

KANFER, F. H. & PHILLIPS, J. S.: (1975) Lerntheoretische Grundlagen der Verhaltenstherapie. München.

KANFER, F. H.: (2000) Selbstmanagement-Therapie. Heidelberg

KÖRKEL, J. & LAUER, G.: (1992) Der Rückfall des Alkoholabhängigen: Einführung in die Thematik und Überblick über den Forschungsstand. In KÖRKEL, J. (Hrsg.): Der Rückfall des Suchtkranken. Berlin.

KÜNKEL, F.: (1935) Grundzüge der praktischen Seelenheilkunde. Reprint 1977. Stuttgart.

LANDSCHAFTSVERBAND WESTFALEN-LIPPE: (2006) Leitfaden zur männerspezifischen Sucht- und Drogenarbeit. Handlungsempfehlungen für die Praxis. Münster.

LAUER, G., Psychotherapeutische Maßnahmen zur Rückfallprävention bei Alkoholabhängigkeit. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 1996.

LENZEN, H.-G.: (1989) Standards und Ziele der Arbeitstherapie in der Praxis einer Suchtfachklinik. In „Suchtprobleme am Arbeitsplatz“. Hamm.

LINDENMEYER, J.: (1998) Lieber schlau als blau. Psychologie Verlags-Union.

LUKAS, E.: (1986) Von der Trotzmacht des Geistes. Freiburg.

MANASTER, G. & CORSINI, R.: (1982) Individual Psychology. Theory and Practice. Itasca.

MARLATT, G. A.: (1979) Alcohol use and problem drinking: A cognitive-behavioral analysis. In P. C. Kendall & S. D. Hollon (Eds.), *Cognitive-behavioral interventions. Theory, research, and procedures*. New York: Academic Press, pp. 319-355.

MARLATT, G. A.: (1985) Cognitive factors in the relapse process. In G. A. MARLATT & J. GORDON (Eds.), *Relapse prevention*. New York: Guilford Press, pp.128 – 200.

MARLATT, G. A.: (1987) Alcohol, the magic elixir. Stress, expectancy, and the transformation of emotional states. In E. Gottheil, K. A. Druley, S. Pashko & S. P. Weinstein (Eds.), *Stress and addiction*. New York: Brunner/Mazel, pp. 302-322.

MARLATT, G. A. & GORDON, J. R.: (1985) *Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York.

MILLER, P. M., SMITH G. T. & GOLDMAN, M. S.: (1990) Emergence of alcohol expectancies in childhood. A possible critical period. *Journal of Studies on Alcohol*, 51, 343-349.

MISCHEL, W.: (1977) On the future of personality assessment. *American Psychologist*, 32, 246-254.

MOOR, P.: (1960) *Heilpädagogische Psychologie*. 2. Auflage. Bern.

MOSAK, H. & MANIACCI, M.: (1999) *A Primer of Adlerian Psychology. The Analytic-Behavioral-Cognitive Psychology of Alfred Adler*. New York.

MÜLLER, A. & BLUMENTHAL, E.: (1990) *Sinergie. Die Seele lebt vom Sinn*. 2. Auflage. Rosenheim.

NICOLAY, L.: (2000) Individualpsychologie, Allgemeine Psychologie und Psychotherapie. *Zeitschrift für Individualpsychologie*. 289-318.

NITZ, H. R.: (1985) Neue Wege einer verhaltensorientierten Familientherapie. In SCHNEIDER, K. (1985) 314-329

PESECHKIAN, H.: (2002) *Die russische Seele im Spiegel der Psychotherapie. Ein Beitrag zur Entwicklung einer transkulturellen Psychotherapie*. Berlin. *(Überarbeitete Fassung der Habilitationsschrift zur B-Promotion 1998 in Psychiatrie und medizinischer Psychologie am Bechterew-Institut St. Petersburg)*

- PURI, B. K., LAKING, P. J. & TREASADEN, I. H.: (2002) Textbook of Psychiatry. London.
- RATTNER, J.: (1981) Alfred Adler. München.
- RATTNER, J.: (1990) Klassiker der Tiefenpsychologie. München.
- REINERT, T.: (2000) Den Kranken verstehen. Der Beitrag Alfred Adlers und der Individualpsychologie zur tiefenpsychologischen Betrachtung des Suchtproblems. Kassel (GVS)
- ROM, P.: (1966) Alfred Adler und die wissenschaftliche Menschenkenntnis. Frankfurt.
- ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRISTS: (2005) Post Traumatic Stress Disorder (PTSD). London.
- SATIR, V.: (1990) Kommunikation – Selbstwert – Kongruenz: Konzepte und Perspektiven familientherapeutischer Praxis. 6. Auflage. Paderborn.
- SCHNEIDER, K. (Hrsg.): (1985) Familientherapie in der Sicht psychotherapeutischer Schulen. 2. Auflage. Paderborn.
- SCHRAML, W.: (1970) Klinische Psychologie. Bern.
- SHULMAN, B.: (1973) Contributions to Individual Psychology. Chicago.
- SHULMAN, B.: (1980) Individualpsychologische Schizophreniebehandlung. München.
- SPERBER, M.: (1934) Individuum und Gemeinschaft. Versuch einer sozialen Charakterologie. Reprint 1978. Frankfurt.
- SPERBER, M.: (1938) Zur Analyse der Tyrannis. Reprint 1975. Wien.
- SPODE, H.: (1993) Die Macht der Trunkenheit. Kultur- und Sozialgeschichte des Alkohols in Deutschland. Opladen.
- STEIN, H. T. & EDWARDS, M.: (2000) Arbeit mit mangelnden Entwicklungserfahrungen in der klassischen individualpsychologischen Psychotherapie. Zeitschrift für Individualpsychologie. 100-117.
- STIERLIN, H.: (1978) Delegation und Familie. Beiträge zum Heidelberger familiendynamischen Konzept. Frankfurt/Main.

THOMA, P.: (1978) Psychische Erkrankungen und Gesellschaft. Eine medizinsoziologische Analyse. Frankfurt/Main.

VERBAND DEUTSCHER RENTENVERSICHERUNGSTRÄGER (Hrsg.) : (1991) Kommission zur Weiterentwicklung der Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung, Abschlußbericht – Band 3, Arbeitsbereich „Rehabilitationskonzepte“, Teil 3. Darmstadt: Dissertationsdruck.

Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04.05.2001

WEST, J. A. & SUTKER, P. B. : (1990) Alcohol consumption, tension reduction and mood enhancement. In W. M. COX (Ed.), Why people drink. New York: Gardner Press, pp. 93-129.

WILSON, G. T. : (1981) Expectations and substance abuse. Does basic research benefit clinical assessment and therapy. Addictive Behaviors, 6, 221-231.

WILSON, G. T. : (1987) Cognitive processes in addiction.  
British Journal of Addiction, 82, 343-353.

ZURUZOGLU, S. & NUßBAUM, P.: (1954) Die Bedeutung des „Minderwertigkeitsgefühls“ für den Alkoholismus. Zit. n. REINERT, T.: (2000), 16.

## **12.2 Haus- und Therapieordnung der Luzin-Klinik**

**OT Feldberg  
Luzinweg 51  
17258 Feldberger Seenlandschaft**

**Liebe Patientin, lieber Patient,**

**die Mitarbeiter der Luzin-Klinik grüßen Sie ganz herzlich!**

Diese Informationsschrift soll Ihnen helfen, sich bei uns leichter zurechtzufinden. Die für die jeweiligen Therapiegruppen zuständigen Therapeuten (Sozialarbeiter und -pädagogen, Psychologen) sowie alle anderen Mitarbeiter des Hauses stehen Ihnen zur Verfügung. Gemeinsam mit Ihnen machen wir uns auf den Weg, so dass Sie am Ende der Therapie über Strategien, Mittel und Möglichkeiten verfügen, ein abstinentes Leben zu führen und Ihre innere Zufriedenheit zu erlangen. Eine dauerhaft zufriedene suchtmittelfreie Lebensweise können Sie jedoch in der Regel nur erlangen, wenn Sie sich nach der Therapie in der Luzin-Klinik in ambulante Nachsorge (z. B. Suchtberatungsstelle, Suchtselbsthilfegruppe) begeben. Dabei sind wir Ihnen gern behilflich. Sie sehen also, dass Ihre aktive Mitarbeit während der Therapie hier und in der Nachsorge dringend erforderlich ist.

Da jeder Abhängigkeitskranke seine eigene Suchtentwicklung, seine eigene Geschichte hat, stimmt das behandelnde therapeutische Team während der Entwöhnungsbehandlung die Behandlungsschritte mit Ihnen ab.

### **Über den Sinn der Hausregeln**

In unserer Klinik leben bis zu 52 Patienten über einen längeren Zeitraum zusammen. Wohl jeder hat in der Vergangenheit mehr oder weniger auf seine Art mit Verheimlichungen, Vertuschungen und Verstellungen versucht, seinen Suchtmittelmissbrauch zu verdecken. Es wird für Sie einsichtig sein, dass es von daher genauer Regeln und auch Kontrollen bedarf, die Ihnen während der Therapie als orientierende Hilfe dienen sollen.

Die Hausregeln sind für alle Patienten verbindlich. Sie sind Grundlage für das Miteinander der Patienten sowie von Patienten und Therapeuten. Ein bewusstes Nichtbefolgen dieser Regeln hat Konsequenzen, die von pädagogischen Hilfen über therapeutische Maßnahmen bis zur Entlassung reichen können. Näheres dazu in den nachfolgenden Erläuterungen.

Liebe Patientin, lieber Patient, wir sind davon überzeugt, dass Sie die Haus- und Therapieordnung mit ihren vielfältigen Regeln mit der Zeit als etwas Selbstverständliches und nicht nur als Einengung Ihrer Freiheit ansehen werden.

Für Ihre Behandlung in der Luzin-Klinik wünschen wir Ihnen einen erfolgreichen Verlauf sowie einen angenehmen Aufenthalt.

Das Team der Luzin-Klinik

## **1. Suchtmittel**

Süchtiges Verhalten, auch das Ausweichen in andere Suchtmittel, soll fortan keinen Platz mehr in Ihrem Leben haben. Wichtiges Ziel der Behandlung ist es, dass Sie lernen, Ihr Leben zu meistern, ohne Suchtmittel zu benutzen. Deswegen sind der Genuss, der Besitz, die Beschaffung und die Weitergabe von Suchtmitteln (Alkohol, Medikamente, Drogen) verboten. Auch Lebensmittel, die Alkohol enthalten, gehören hierzu.

Bei Ihrer Aufnahme wird Ihr Gepäck entsprechend kontrolliert.

In unserer Klinik gehen wir mit der Verabreichung von Medikamenten sehr kritisch um. Es ist nicht gestattet Medikamente einzunehmen, die nicht ärztlich verordnet wurden. Mitgebrachte Medikamente geben Sie daher bei der Aufnahme an den Arzt ab. Sie erhalten diese bei Bedarf vom Arzt verordnet. Sollte die Einnahme der Medikamente nach Entscheidung des Arztes nicht mehr notwendig sein, erhalten Sie diese am Therapieende zurück, sofern sie nicht potenziell suchtauslösend sind.

Arztbesuche außerhalb des Hauses bedürfen der Zustimmung eines Arztes unserer Klinik.

Das Rauchen ist nur in den entsprechend ausgewiesenen Zonen im Freien gestattet:

Haus 1: im überdachten Raucherplatz neben dem Carport und im Raucherpavillon

Haus 2: vor der Eingangstür

Haus 3, 4 und 5: auf den Terrassen vor den Gruppenräumen und den Patientenzimmern, auf Balkonen an den Patientenzimmern, vor der Eingangstür zum Haus, im Raucherpavillon.

In jedem anderen Bereich ist das Rauchen nicht erlaubt. Sie sind angehalten, Ihren Zigarettenkonsum zu kontrollieren. Zu Ihrer Unterstützung wird in unserer Klinik Raucherentwöhnung angeboten.

Das Ausleihen und das Verleihen von Geld sowie das Spielen um Geld sind nicht gestattet; ebenso ist das Spielen von Video- und Computerspielen nicht erlaubt.

Auch das Trinken größerer Mengen von Bohnenkaffee bzw. von koffeinhaltigen Getränken kann zum Missbrauch führen. Deswegen bitten wir Sie, maßvoll mit dem Genuss von Koffein umzugehen. Patienten, die unter Unruhezuständen bzw. Schlafstörungen leiden, sollten abends kein Koffein mehr zu sich nehmen.

## **2. Leben in Gruppen**

Während des Aufenthaltes in unserer Klinik leben Sie in einer Therapiegruppe. Dieses gemeinsame Leben ist ein wesentlicher Bestandteil der Therapie. Viele Einzelinteressen müssen während dieser Zeit miteinander in Einklang gebracht werden. Dies kann und wird nur gelingen, wenn jeder Patient Rücksicht nimmt. Daher gibt es einige Regeln:

Halten Sie bitte die Ruhezeiten ein.

Telefonieren können Sie nach einer Anzahlung in der Verwaltung von Ihrem Apparat im Zimmer aus (0,14 € pro Einheit). Wenn Sie Ihr Telefon nicht freischalten lassen, können Sie dennoch

angerufen werden. Nur in der therapiefreien Zeit und außerhalb der Nachtruhe können Sie anrufen und sich anrufen lassen. Für Handys gilt das gleiche.

Fernsehen im Gruppenraum ist zu folgenden Zeiten möglich:  
montags bis freitags von 6.30 Uhr bis 8.30 Uhr und von 17.00 Uhr bis 22.45 Uhr,  
samstags von 6.30 Uhr bis 8.30 Uhr und von 14.00 Uhr bis 01.30 Uhr,  
sonntags und feiertags von 9.00 Uhr bis 22.45 Uhr.

Denken Sie daran, dass nach Beendigung Ihrer Therapie das Zimmer von einem anderen Patienten benutzt wird. Daher ist es nicht möglich, dass Sie dieses Zimmer nach Ihren eigenen Vorstellungen verändern. Wenn Sie es sich durch Aufstellen von Bildern oder Blumenschmuck dennoch persönlicher gestalten wollen, begrüßen wir es. Bitte denken Sie daran, dass die Aufbewahrungsfrist für zurückgelassene Gegenstände maximal drei Monate beträgt.

Das Reinigen der Zimmer, der Küchendienst und der Rezeptions-/Kioskdienst werden innerhalb der Therapiegruppe geregelt.

Es ist möglich, dass Sie Ihre persönliche Wäsche mit den klinikeigenen Geräten waschen und trocknen. Waschmarken können Sie in der Verwaltung kaufen. Säubern Sie bitte nach jeder Benutzung Waschmaschine und Wäschetrockner.

Duschen ist von 6.00 Uhr bis 22.30 Uhr möglich. Danach stört es Ihre Mitpatienten.

Wir fühlen uns der Umwelt verpflichtet und bitten daher darum, dass Sie Abfälle sortieren und in den dafür vorgesehenen Behältern sammeln.

Das Androhen und das Anwenden von Gewalt haben disziplinarische Konsequenzen zur Folge. Der Besitz jeglicher Waffen ist nicht erlaubt.

Durch die Sporttherapeutin erhalten Sie Unterstützung zur Wiedererlangung Ihrer körperlichen Fitness.

Auch stehen Ihnen für Ihre individuelle Freizeitgestaltung gegen ein geringes Entgelt die klinikeigenen Fahrräder zur Verfügung.

Das Sprichwort sagt: „Liebe macht blind“. Das drückt aus, dass in der Zeit, in der eine Partnerschaft wächst, viele andere wichtige Dinge vergessen werden. Unsere Erfahrung im therapeutischen Alltag ist hier ähnlich. Intensive Zweierbeziehungen unter Patienten lenken von der Therapie ab und sind deshalb nicht gestattet.

Die Ihnen im therapeutischen Prozess von Mitpatienten anvertrauten Probleme dürfen nicht nach außen getragen werden.

### **3. Fahrzeuge**

Das eigenständige Führen eines Kraftfahrzeuges ist nicht gestattet. Bitte lassen Sie sich bringen und holen oder reisen Sie mit öffentlichen Verkehrsmitteln.

### **4. Elektrogeräte**

Folgende Elektrogeräte sind allgemein gestattet: Fön, Rasierapparat, elektrische Zahnreinigungsgeräte, Kofferradio, Kassettenrekorder, CD-Player, Laptops. Alle anderen Geräte wie eigene Fernsehgeräte, Videorecorder, eigene Wasserkocher, eigene Kaffeemaschinen und so weiter sind nicht gestattet.

## 5. Medizinische Betreuung

Die medizinische Betreuung ist durch regelmäßige ärztliche Visiten abgesichert. Auf Wunsch erfolgen Einzelkonsultationen nach Anmeldung bei der Schwester beziehungsweise beim zuständigen Arzt des Hauses.

Regelmäßig führen wir Blutdruck-, Gewichtskontrollen und Laboruntersuchungen durch. Sollten zusätzliche externe fachärztliche Konsultationen notwendig sein, werden diese ärztlich angeordnet und vom medizinischen Personal vermittelt.

## 6. Tagesablauf

Die täglichen Therapieangebote und Aktivitäten werden durch den Wochenplan geregelt. Folgende Zeiten gelten gruppenübergreifend:

### montags bis freitags:

		06.30 Uhr	Aufstehen (selbstständiges Wecken)
07.15 Uhr	–	07.45 Uhr	Frühstück
08.45 Uhr	–	12.00 Uhr	Therapie laut Wochenplan
12.15 Uhr	–	12.45 Uhr	Mittagessen

*Die Patienten der Aufnahmegruppe nehmen zehnmal an der Entspannungstherapie teil. Diese Verpflichtung endet mit der Verlegung in die Langzeitgruppe. Interessierte Patienten aus dem Langzeitbereich können ebenfalls teilnehmen.*

12.45 Uhr	–	13.15 Uhr	Entspannungstherapie
13.30 Uhr	–	16.45 Uhr	Therapie laut Wochenplan
18.15 Uhr	–	18.45 Uhr	Abendessen
		22.20 Uhr	Zimmerruhe
		22.45 Uhr	Nachtruhe

### samstags:

08.00 Uhr	–	08.30 Uhr	Frühstück
08.30 Uhr	–	12.00 Uhr	Therapie laut Plan
12.15 Uhr	–	12.45 Uhr	Mittagessen
18.15 Uhr	–	18.45 Uhr	Abendessen
		22.50 Uhr	Zimmerruhe
		23.15 Uhr	Nachtruhe

### sonntags:

08.00 Uhr	–	08.30 Uhr	Frühstück
		09.00 Uhr	Angebot des katholischen Gottesdienstbesuches
		10.00 Uhr	Angebot des evangelischen Gottesdienstbesuches
12.15 Uhr	–	12.45 Uhr	Mittagessen
18.15 Uhr	–	18.45 Uhr	Abendessen
		22.20 Uhr	Zimmerruhe
		22.45 Uhr	Nachtruhe

Zur Arbeits- und Kreativtherapie erscheinen Sie bitte in Arbeitsbekleidung und festem Schuhwerk.

Für die Sporttherapie und das Schwimmen erscheinen Sie in entsprechender Kleidung. Für Sporthalle und Bowlingbahn ist ein sauberes Paar Turnschuhe erforderlich.

## **7. Ausgänge**

Einzel- und Gruppenausgänge sind außerhalb der Therapiezeiten möglich. In der ersten Therapiewoche bedarf jedoch der Ausgang der Genehmigung des Bezugstherapeuten. In der Klinik besteht Anwesenheitspflicht in der therapiefreien Zeit von 21.00 Uhr bis 7.30 Uhr. Verlängerter Ausgang muß beim Gruppentherapeuten beantragt werden. Beim Verlassen des Klinikgeländes und beim Wiedereintreffen muss sich jeder Patient ins Ausgangsbuch eintragen. Es ist grundsätzlich der Haupteingang zu benutzen.

## **8. Besuche**

Besuchszeiten sind montags bis freitags von 17.00 Uhr bis 20.00 Uhr sowie samstags von 12.00 Uhr bis 20.00 Uhr und sonntags und feiertags von 9.00 Uhr bis 20.00 Uhr. Die Angehörigen können nach Voranmeldung gegen Entgelt samstags, sonntags und feiertags am Mittagessen teilnehmen. Den ersten Besuch können Sie nach einer Woche empfangen. Bitte melden Sie Ihre Angehörigen bei Ankunft beim diensthabenden Therapeuten an. Sie haben in Absprache mit dem Bezugstherapeuten die Möglichkeit, sich mit Ihren Angehörigen außerhalb des Klinikgeländes aufzuhalten.

## **9. Heimfahrten**

Wenn acht Behandlungswochen vergangen sind, kann Ihnen Ihr Leistungsträger eine Heimfahrt genehmigen. Näheres lesen Sie bitte im entsprechenden Merkblatt oder erkundigen Sie sich im Bereich Aufnahme. Die Heimfahrten sind fünf Tage vorher beim Gruppentherapeuten zu beantragen, in der Therapiegruppe zu besprechen und dort auch nach Beendigung der Heimfahrt auszuwerten. Bitte melden Sie sich nach der Heimfahrt beim diensthabenden Therapeuten beziehungsweise der diensthabenden Schwester zurück. Sie müssen spätestens 21.00 Uhr wieder in der Fachklinik sein. Vergessen Sie nicht, sich beim Verlassen des Hauses ins Ausgangsbuch einzutragen. Beim Betreten der Klinik nach Beendigung der Heimfahrt tragen Sie sich bitte wieder in das Ausgangsbuch ein.

## **10. Mahlzeiten**

Die Mahlzeiten werden von allen Patienten während der dafür ausgeschriebenen Zeiten im Speisesaal eingenommen. Die Teilnahme ist Bestandteil der Therapie. Bitte erscheinen Sie hierzu in angemessener Kleidung (keine Arbeitsschutzbekleidung, keine Unterhemden als Oberbekleidung oder ähnliches).

Eine Befreiung von dieser Regelung kann nur durch den Arzt entsprechend des Gesundheitszustandes des Patienten vorgenommen werden.

## **11. Umgang mit Geld und Wertsachen**

Bringen Sie bitte, falls vorhanden, Ihre ec-Karte mit. In Ihrem eigenen Interesse bitten wir Sie, nicht mehr als 100,- € in Ihrem Zimmer aufzubewahren. Bargeld und Wertsachen sollten Sie in dem abschließbaren Schrankfach sichern. Für Geld, Wertsachen oder persönliche Habe übernehmen wir keine Haftung.

## **12. Kontrollen**

Alkohol-, Medikamenten- und Drogenkontrollen sind während der gesamten Behandlungsdauer unumgänglich. Sie helfen, Vertrauen zu erhalten und Spannungen abzubauen. Dazu gehören Kontrollen mit dem Atemmessgerät, Urin- und auch Blutkontrollen.

Die Therapeuten der Klinik sind berechtigt, Sie selbst, Ihre persönliche Habe und die Zimmer in Ihrem Beisein und/oder in Anwesenheit des Gruppensprechers oder seines Vertreters zu kontrollieren.

## **13. Nichteinhaltung der Haus- und Therapieordnung**

Die Haus- und Therapieordnung ist Grundlage Ihrer Behandlung und dient der Gewährleistung einer Zusammenarbeit zwischen Ihnen, Ihren Mitpatienten und den Mitarbeitern der Fachklinik.

Ihre Einhaltung ebenso wie die Teilnahme an allen therapeutischen Maßnahmen, welche Sie bitte Ihren Therapieplänen entnehmen, ist Pflicht. Um Sie in der Einhaltung zu unterstützen, finden in regelmäßigen Abständen Kontrollen statt. Treten Verstöße auf, müssen Sie mit entsprechenden Verwarnungen rechnen. Über die Folgen von Verstößen entscheiden Ihr Bezugstherapeut und der Chefarzt.

<b>M</b>	<b>A</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>O</b>	<b>8.45-10.15</b>	<b>8.45-9.45</b> KT	<b>8.45-10.15</b>	<b>8.45-9.45</b>
<b>N</b>	AT-Einführung / HW	<b>10.00-11.00</b> Musikther.	Gruppe	Musiktherapie
<b>T</b>	<b>10.30-12.00</b>	<b>11.15-12.00</b>	<b>11.15-12.15</b>	<b>10.00-12.00</b>
<b>A</b>	Gruppe	Kreativtherapie	Musiktherapie	AT/HW
<b>G</b>	<b>13.30-15.00</b>	<b>13.30-15.00</b>	<b>13.15-14.30</b>	<b>13.30-15.00</b>
	Sozialtraining	Gruppe	AT / HW	Kreativtherapie
	<b>15.15-16.45</b>	<b>15.15-16.30</b>	<b>14.45 - 16.15</b> AT / HW	<b>15.15-16.30</b>
	Geführter Spaziergang	Sport	<b>16.30-18.00</b> Sport	Gruppe
<b>D</b>	<b>A</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>I</b>	<b>8.45-10.15</b>	<b>8.45-10.15</b>	<b>8.45-10.15</b>	<b>8.45-10.15</b>
<b>E</b>	Themenbezogenes Video	Gruppe, ärztliche Visite	Arbeitstherapie / HW	Gruppe, ärztliche Visite
<b>N</b>	<b>10.30-12.00</b>	<b>10.30-12.00</b>	<b>10.30-12.00</b>	<b>10.30-12.00</b>
<b>S</b>	Gruppe, ärztliche Visite	Kreativtherapie	Arbeitstherapie	Sportliche Aktivität
<b>T</b>	<b>13.30-14.30</b>	<b>13.30-15.00</b>	<b>13.30-16.30</b>	<b>13.30-16.30</b>
<b>A</b>	Kreativtherapie	AT / HW	Gruppenaktivität	Gruppenaktivität
<b>G</b>	<b>14.45 - 16.15</b>	<b>15.15-16.45</b>		
	Kreativtherapie	Arbeitstherapie		
19.00 Uhr Frauengruppe				
<b>M</b>	<b>A</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>I</b>	<b>8.45-10.15</b>	<b>8.45-10.15</b>	<b>8.45-10.15</b>	<b>8.45-10.15</b>
<b>T</b>	Kreativtherapie	Gruppe	Gruppe	Gruppe
<b>T</b>	<b>10.30-11.15</b>	<b>10.30-11.15</b>	<b>10.30-11.15</b>	<b>10.30-11.15</b>
<b>W</b>	Arztvortrag	Arztvortrag	Arztvortrag	Arztvortrag
11.30 Uhr Wäschetausch				
<b>O</b>	<b>11.30-12.15</b>	<b>11.30-12.15</b>	<b>11.30-12.15</b>	<b>11.30-12.15</b>
<b>C</b>	CA-Sprechstunde	CA-Sprechstunde	CA-Sprechstunde	CA-Sprechstunde
<b>H</b>	<b>13.30-15.00</b>	<b>13.30-16.30</b>	<b>13.30-15.00</b>	<b>13.15-16.00</b>
	Gruppe	Gruppenaktivität	Sozialtraining	Arbeitstherapie/HW
	<b>15.15-16.15</b>		<b>15.15 – 16.45</b>	<b>16.15-17.45</b>
	Sport		Freizeitkompetenztraining	Sport
<b>D</b>	<b>A</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>O</b>	<b>8.45-10.15</b>	<b>8.45-10.15</b>	<b>8.45-10.15</b>	<b>8.45-10.15</b>
<b>N</b>	Gruppe	Arbeitstherapie/HW	Gruppe, ärztliche Visite	Kreativtherapie
<b>N</b>	<b>10.30-12.00</b>	<b>10.30-12.00</b>	<b>10.30-12.00</b>	<b>10.30-12.00</b>
<b>E</b>	vorber. Selbststudium	vorber. Selbststudium	vorber. Selbststudium	vorber. Selbststudium
<b>R</b>	<b>13.30-15.00</b>	<b>13.30-15.00</b>	<b>13.30-15.00</b>	<b>13.30-15.00</b>
<b>S</b>	Kreativtherapie	Sozialtraining	AT	Gruppe
<b>T</b>	<b>15.15-16.45</b>	<b>15.15 - 16.45</b>	<b>15.15-16.45</b>	<b>15.15-16.45</b>
	Vorber. lebensprakt. Akt.	Freizeitkompetenztraining	AT	Freizeitkompetenztraining
<b>F</b>	<b>A</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>R</b>	8.45-9.45 Großgruppe 10.00 Reinigungsmittelausgabe			
<b>E</b>	<b>10.00-12.30</b>	<b>10.30-12.00</b>	<b>10.30-12.00</b>	<b>10.30-12.00</b>
<b>I</b>	lebensprakt. Aktivitäten/ Vorbereitung Mittagessen	themenbezog. GT o Th	Kreativtherapie	AT / HW
<b>T</b>	<b>13.30-15.00</b>	<b>13.30-15.00</b>	<b>13.30-15.00</b>	<b>13.30-15.00</b>
<b>A</b>	themenbez. Video	Arbeitstherapie	Kreativtherapie	Sozialtraining
<b>G</b>	<b>15.15- 16.45</b>	<b>15.15-16.45</b>	<b>15.15 – 16.45</b>	<b>15.15 –16.45</b>
	Freizeitkompetenztraining	Arbeitstherapie/HW	themenbezog. GT o Th	themenbezog. GT o Th