



Konzeption kompass.City

Die klinische Entwöhnungsbehandlung
Suchtkranker

Stand März 2018

Träger: Kompass Drogenhilfe GmbH, Augsburg

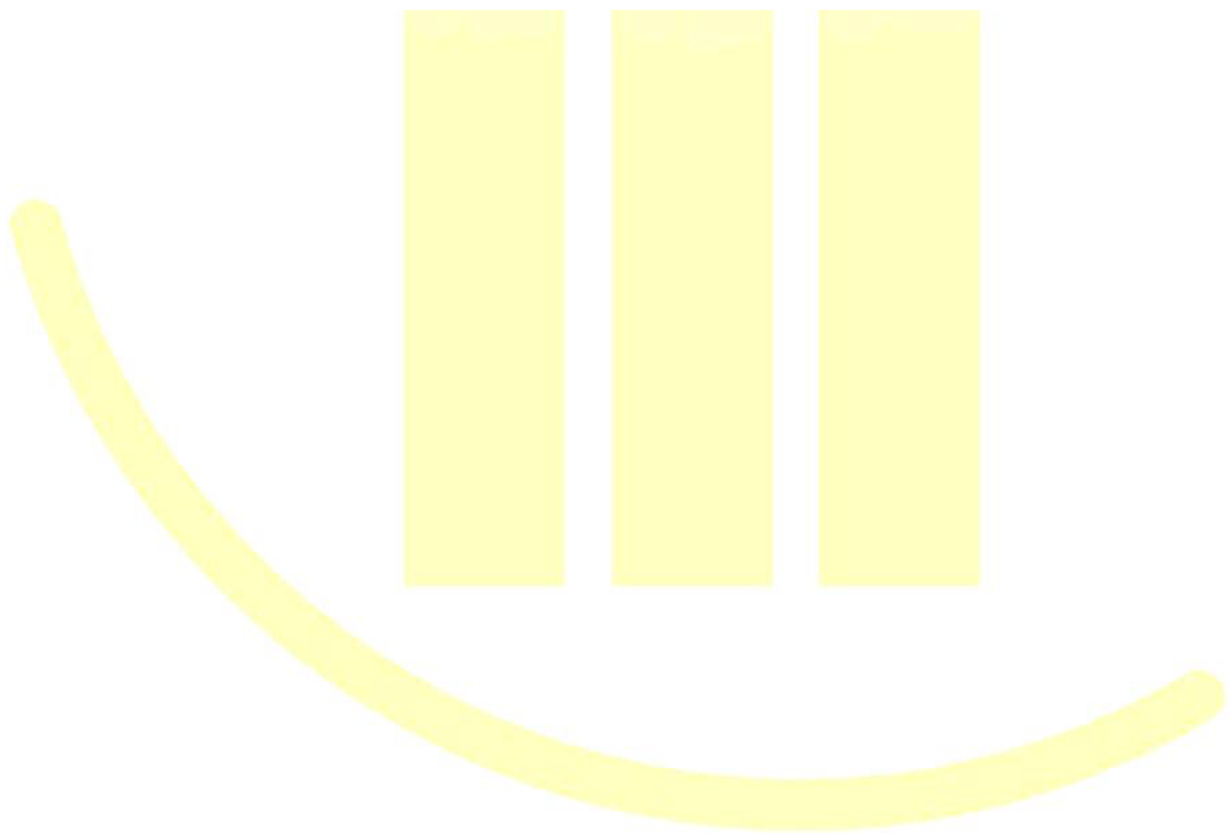
Verantwortlich für den Inhalt: Georg Lachenmair

Obstmarkt 5
86152 Augsburg
Tel. 0821 508383-1
Fax 0821 508383-7
e-Mail: city@kompass-augsburg.de
Internet: www.kompass-augsburg.de

Inhalt

| | |
|---|----|
| Konzeption kompass.City | 0 |
| Kompass-Leitbild | 3 |
| 1. Allgemeines..... | 4 |
| 2. Beschreibung der medizinischen Rehabilitationseinrichtung..... | 4 |
| 3. Rehabilitationskonzept | 5 |
| 3.1. Theoretische Grundlagen..... | 5 |
| 3.2. Rehabilitationsindikationen und –kontraindikationen | 20 |
| 3.3. Rehabilitationsziele | 20 |
| 3.4. Rehabilitationsdauer..... | 24 |
| 3.5. Individuelle Rehabilitationsplanung | 24 |
| 3.6. Rehabilitationsprogramm | 24 |
| 3.7. Rehabilitationselemente..... | 25 |
| 3.7.1. Aufnahmeverfahren..... | 25 |
| 3.7.2. Rehabilitationsdiagnostik..... | 26 |
| 3.7.3. Medizinische Therapie | 27 |
| 3.7.4. Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche und andere Gruppenangebote..... | 27 |
| 3.7.5. Arbeitsbezogene Interventionen | 30 |
| 3.7.6. Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungstechniken..... | 32 |
| 3.7.7. Freizeitangebote | 33 |
| 3.7.8. Sozialdienst | 34 |
| 3.7.9. Ernährung und Diätassistenz, Gesundheitsbildung – Akupunktur, Rauchfrei-Programm..... | 34 |
| 3.7.10. Angehörigenarbeit | 36 |
| 3.7.11. Rückfallmanagement | 37 |
| 3.7.12. Weitere Leistungen..... | 39 |
| 3.7.13. Verlängerung der Kernphase | 40 |
| 3.7.14. Adaptionphase | 40 |
| 3.7.15. Beendigung der Leistung medizinischer Rehabilitation..... | 40 |
| 4. Personelle Ausstattung | 41 |
| 5. Räumliche Gestaltung..... | 41 |
| 6. Kooperation und Vernetzung..... | 42 |
| 7. Maßnahmen der Qualitätssicherung | 42 |
| 8. Kommunikationsstruktur, Klinik und Therapieorganisation..... | 42 |

| | | |
|-----|----------------------------|----|
| 9. | Notfallmanagement..... | 43 |
| 10. | Fortbildung..... | 43 |
| 11. | Supervision..... | 44 |
| 12. | Anhängende Dokumente..... | 44 |
| 13. | Literaturverzeichnis | 44 |



Kompass-Leitbild

Unsere Mission:

Die Kompass Drogenhilfe begleitet Menschen auf ihrem Weg in ein erfülltes, suchtmittelfreies und selbstbestimmtes Leben.

Mit unseren vielfältigen Behandlungsangeboten ermöglichen wir nachhaltig eine aktive Teilnahme am gesellschaftlichen Leben und eine Integration in den Arbeitsmarkt.

Unsere Vision:

Wir sind 2021 ein fachlich anerkannter und innovativer Suchthilfeanbieter, der sich durch Angebotsvielfalt und nachhaltige Erfolge deutlich von anderen abhebt. Wir sind ein wirtschaftlich erfolgreiches Sozialunternehmen, sowie ein attraktiver Arbeitgeber.

Unsere Werte:

Individualität:

Wir schätzen die Einzigartigkeit jedes Menschen und gehen auf individuelle Bedürfnisse ein. Bei unserer Arbeit legen wir Wert auf Selbstverantwortung.

Engagement:

Wir setzen uns für die Zukunft unserer Klienten, für uns und unser Unternehmen ein.

Teamgeist:

Vertrauen, gegenseitige Unterstützung und ein aktiver Austausch machen uns zu einem starken Team.

Nachhaltigkeit:

Wir denken und handeln ressourcen- und zukunftsorientiert. Umweltgesichtspunkte haben bei der Erfüllung unseres gesellschaftlichen Auftrags einen hohen Stellenwert.

Respekt:

Wir begegnen allen Menschen mit Toleranz und Wertschätzung

Professionalität:

Durch regelmäßige Fort- und Weiterbildung sowie Supervision stellen wir unsere hohe fachliche Kompetenz und Multiprofessionalität sicher. Wir nehmen unsere Vorbildfunktion ernst.

Offenheit:

Wir sind offen, authentisch und reflektiert in der Kommunikation und transparent im Handeln.

Innovation:

Neuen Ideen, Ansätzen und Konzepten stehen wir aufgeschlossen gegenüber. Mit Mut zum Neuen geben wir unserer Kreativität Raum, Bewährtes überprüfen und optimieren wir kontinuierlich.

Wirtschaftlichkeit:

Wir denken und handeln wirtschaftlich und sichern dadurch Therapievelfalt und unsere Arbeitsplätze.

1. Allgemeines

Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für beiderlei Geschlecht.

Das vorliegende Konzept ist die Modifikation des seinerzeit von der jump Fachklinik eingereichten und genehmigten Konzeptes für kompass.City. Die Modifikationen und Ergänzungen hat der Leiter von kompass.City mit den Teamkolleginnen vorgenommen. Zu kompass.City gehört weiter im gleichen Gebäude das Ambulante Zentrum Augsburg (AZA) mit einer ganztägig ambulanten und einer berufsbegleitenden Rehabilitation, sowie einer Reha-Nachsorge. Beide Einrichtungen sind miteinander verzahnt und mittlerweile zu einer guten Synergie geworden, ohne den je unterschiedlichen Auftrag zu vernachlässigen. In der über 20-jährigen Erfahrung der Kompass Drogenhilfe ist kompass.City eine umfassende Ergänzung zu den anderen Hilfsangeboten des Trägers und wird zu wirkungsvollen gegenseitigen Ergänzungen führen.

Beide Abteilungen von kompass.City erbringen Leistungen der medizinischen Rehabilitation für abhängigkeitskranke Menschen, um die drohenden oder bereits manifesten Beeinträchtigungen der Teilhabe am Arbeitsleben oder am Leben in der Gemeinschaft abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern bzw. eine Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Übergeordnetes Ziel ist in der Behandlung die Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit sowie die Förderung der Teilhabe in Beruf und Gesellschaft.

2. Beschreibung der medizinischen Rehabilitationseinrichtung

Lage der Einrichtung / Infrastruktur

Die Fachklinik kompass.City besteht seit 1998 und gehört seit 2012 zur Trägerschaft der Kompass Drogenhilfe Augsburg. Hier werden suchtmittelabhängige Menschen (vorwiegend von illegalen Substanzen) ab 18 Jahren vollstationär über einen Zeitraum von 26 Wochen Kerntherapie behandelt. Im Anschluss daran besteht die Möglichkeit für eine 12 wöchige interne Adaption sowie eine Nachsorgegruppe. Es stehen insgesamt 24 Behandlungsplätze zur Verfügung.

Seit 2013 ist das Ambulante Zentrum Augsburg in das Gebäude und die Trägerschaft integriert. Hier werden suchtmittelabhängige Erwachsene mit der weiteren Indikation Alkohol und Substitution behandelt. Je 12 Plätze stehen für die ganztägig ambulante Entwöhnungsbehandlung und die berufsbegleitende Rehabilitation über einen Zeitraum von 12 bis 20 Wochen zur Verfügung. Das Ambulante Zentrum verfügt über ein eigenständiges Konzept.

kompass.City liegt im Zentrum von Augsburg und bietet gute Voraussetzungen für die Rehabilitation von Suchtkranken im Hinblick für eine Erwerbstätigkeit und soziale Integration. Dafür bietet die Stadt Augsburg viel Freizeitmöglichkeiten, ein breites Angebot an klein- und mittelständischen Betrieben sowie verschiedene Großunternehmen.

Die Einrichtung ist sowohl mit öffentlichen als auch mit privaten Verkehrsmitteln bestens erreichbar. Die gesamte Stadt verfügt über ein gut ausgebautes öffentliches Verkehrsnetz.

Die Fachklinik ist in einem 1907 erbauten Jugendstilhaus mit ca. 1570 qm Nutzfläche untergebracht. Dieses mehrstöckige Stadthaus wurde 1998 zur Fachklinik umgebaut, saniert und

entsprechend ausgestattet. Die Rehabilitandinnen bewohnen Einzel- und Doppelzimmer mit Dusche, WC und Waschbecken. Ein separater Wohnbereich mit gleicher Infrastruktur steht für die Adaption zur Verfügung. Das Ambulante Zentrum befindet sich im dritten Obergeschoss. Im fünften und sechsten Stockwerk sind die Büros für die Mitarbeiter untergebracht.

kompass.City verfügt über ein Qualitätsmanagement-System und ist nach QMS-Reha und DIN EN ISO 9001:2008 zertifiziert.

Die Einrichtung ist seit dem 07.03.2013 durch die Regierung von Niederbayern nach § 35 und § 36 BtMG staatlich anerkannt.

Träger von kompass.City in Augsburg ist die gemeinnützige Kompass-Drogenhilfe GmbH, Piccardstr. 15 A in 86159 Augsburg. Die Gesellschaft ist Mitglied im Paritätischen, Landesverband Bayern, im Fachverband Drogen und Suchtmittel (FDR) und im Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe (buss).

Die Kompass Drogenhilfe wurde 1991 gegründet und ist ein Tochterunternehmen der Augsburger Lehmbaugruppe. Mittlerweile betreut die Kompass Drogenhilfe in verschiedenen Einrichtungen in Schwaben mit rund 150 Mitarbeiterinnen Kinder, Jugendliche, junge Erwachsene sowie Frauen und Männer mit einer Suchtproblematik.

Zum Verbund der Kompass Drogenhilfe gehören folgende weitere Einrichtungen:

- kompass.Kompakt in Augsburg, stationäre Kurzzeittherapie
- kompass.Direkt in Augsburg, Adaption, Modul- und Stabilisierungstherapie
- kompass.Nachsorge in Augsburg, Betreutes Wohnen
- kompass.Hof in Mindelheim, stationäre Langzeittherapie
- kompass.Lohhof in Mindelheim, Soziotherapeutische Einrichtung
- kompass.Impuls in Ottobeuren, stationäre Langzeittherapie für Jugendliche
- Drogenhilfe Schwaben in Augsburg, Beratungsstelle mit vielfältigen Angeboten

kompass.City ist durch die DRV Schwaben als federführendem Leistungsträger gemäß den Empfehlungsvereinbarungen Abhängigkeitskranker vom 20.11.1978 anerkannt und wird von Rentenversicherungsträgern, Krankenkassen und Trägern der Sozialhilfe belegt. Rehabilitandinnen werden aus Bayern und dem Bundesgebiet aufgenommen.

3. Rehabilitationskonzept

3.1. Theoretische Grundlagen

Persönlichkeitsmodell

Wir orientieren uns an einem humanistischen Persönlichkeitsmodell und darüber hinaus an einer integrativ-systemischen Perspektive. Persönlichkeit wird nicht als feste vorgegebene Wesensart eines Menschen verstanden, sondern prozesshaft gesehen. Die Persönlichkeit entwickelt sich ständig und wird im Handeln, in der Aktivität für das Individuum erfahrbar. Ein Mensch kann in seiner Einzigartigkeit im Grunde nur „von innen“, als subjektiv empfindendes Lebewesen verstanden werden. Vereinzeln, Sinnsuche, Zeitlichkeit und Endlichkeit sind Grundthemen, mit denen sich jeder Mensch in seinem Leben auseinandersetzen muss und die seinen Weg der Selbstwerdung beeinflussen.

„Der existentiell gelebte und erfahrene Augenblick gewinnt zentrale Bedeutung nicht das, was der Mensch ist, sondern das, wozu er sich jeweils durch die Tat macht, ist sein Wesen“, seine Persönlichkeit (Kriz, 1989).

Dabei ist jeder Mensch letztlich immer gezwungen zu entscheiden, was er tut oder nicht tut. Er ist verantwortlich für diese Entscheidungen. Er kann sie und vor allem ihre Wirkungen letztlich niemandem anlasten. Situative, lebensgeschichtliche und persönliche Faktoren sind Rahmenbedingungen in diesem Entscheidungsprozess und beeinflussen sicherlich die jeweiligen Handlungen oder das Unterlassen einer Handlung, sollten aber nicht als Ursache für dieses Verhalten müssen. Aus dieser Sichtweise erwachsen die Freiheit und die Möglichkeit, sich aus scheinbaren Wiederholungszwängen zu befreien und sich von negativen Determinierungen aus der Vergangenheit zu lösen.

Als Therapeutinnen verstehen wir uns als Begleiterinnen und Unterstützerinnen auf diesem nicht immer leichten Weg hin zu Selbstverantwortung und Entscheidungsfreiheit. Dabei gilt es, diejenigen Anteile beziehungsweise Prozesse zu unterstützen, die als Selbstheilungskräfte immer schon wirksam sind und auf persönliches Wachstum drängen.

Um der einzelnen Persönlichkeit gerecht zu werden muss sie in ihrer Ganzheitlichkeit von Gefühl und Verstand sowie von Körper und Psyche wahrgenommen und gewürdigt werden.

Menschliches Erleben und Handeln ist über die subjektive, individualistische Perspektive hinaus immer sozial bezogen und kann nur im Kontext der zwischenmenschlichen Begegnung ausreichend verstanden werden, indem ihr Stellenwert und ihre Funktion für die kommunikativen Strukturen im sozialen Umfeld mit einbezogen werden.

Krankheits-/ Gesundheitsmodell

Laut Rentenversicherungsträger ist "Krankheit ein regelwidriger Körper- oder Geisteszustand, der die Notwendigkeit einer ärztlichen Behandlung und/oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat" (aus dem allgemeinen Leitfaden zur Erstellung des DRV-einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation von 2007).

Darüber hinaus sind psychische Störungen „solche, die in einem bestimmten Kontext deviant oder abweichend sind... oder solche, welche die jeweilige Person belasten oder ihr unangenehm sind – sie also unter Leidensdruck setzen – oder Verhaltensmuster, die sie beeinträchtigen oder so störend oder dysfunktional werden, dass die betroffene Person alltägliche Handlungen nicht mehr konstruktiv verrichten kann oder sich und andere möglicherweise gefährdet“ (Comer, 1995).

Wenn das grundlegende menschliche Bedürfnis nach Wertschätzung der eigenen Person in der eigenen Lebensgeschichte in ungenügendem Maße erfahren wurde, ist es für diese Person schwierig, sich selbst genügend wertzuschätzen. Darüber hinaus fällt es schwer, eigene Wertmaßstäbe zu entwickeln. Häufig werden dann fremde Wertmaßstäbe kritiklos übernommen, statt die notwendige Anpassung an die eigene Bedürfnis- und Interessesstruktur vorzunehmen.

Innerlich entsteht die fest verwurzelte Ansicht, dass sie nur dann liebenswert und akzeptabel sind, wenn sie den fremden Wertmaßstäben aus der Umwelt entsprechen. Häufig verstärkt das Versagen gegenüber zu hohen und/oder sich widersprechenden Ansprüchen der sozialen Umwelt den Teufelskreis der Selbstabwertung.

Um sich in dieser Situation das grundlegende Bedürfnis nach positiver Selbstbewertung zu erhalten, wird die Selbstwahrnehmung selektiv auf die scheinbar positiven Aspekte der eigenen Person beschränkt und Gedanken sowie Handlungen, die „ihren“ Wertmaßstäben widersprechen, verleugnet, entstellt und/oder in anderer Form psychisch abgewehrt. Die ständige Selbsttäuschung führt zu einem verzerrten, häufig von der Fremdwahrnehmung immer stärker abweichenden Selbstbild bis hin zu der völligen Unfähigkeit, die eigenen Gefühle zu spüren oder zu erkennen, was man braucht oder welche Werte und Ziele für einen selbst sinnvoll wären. Außerdem muss zum Schutz des falschen Selbstbildes so viel Energie aufgewendet werden, dass für persönliches Wachstum, Auseinandersetzung mit sich und der Umwelt keine Energie mehr übrig bleibt, was wiederum den Ausbruch aus der Selbstabwertungsschleife mit Hilfe von positiven, selbstwertstärkenden Erfahrungen erschwert.

Die Selbsttäuschung kann auch darin bestehen, dass man sich vor Verantwortung drückt und nicht erkennt, dass man es selbst in der Hand hat, das eigene Leben sinnvoll zu gestalten. Dies kann durch die Überflutung mit ständigen Veränderungen, der Verwirrung und emotionalen Belastung im unmittelbaren sozialen Umfeld sowie infolge traumatisierender Erlebnisse in der persönlichen Entwicklung oder überfordernder, sinnentleerter Gesellschaftsstrukturen forciert werden.

„Viele Menschen suchen in dieser Situation nach der Führung und Autorität anderer und passen sich übermäßig an soziale Normen an. Andere entwickeln einen tiefsitzenden Groll gegen die Gesellschaft“ (Comer, 1995).

Darüber hinaus ist uns die Betrachtung von psychisch dysfunktionalem Verhalten als Bewältigungsverhalten bzw. bestmögliche Problemlösung in einer schwierigen psychischen Situation wichtig. D. h. auch dem maladaptiven Verhalten, der psychischen Störung kommt eine positive, die psychische Integrität der Person schützende Funktion zu, die es zu erforschen gilt. So kann es sich zum Beispiel um einen Versuch des Kindes handeln, durch die Entwicklung starker, die Aufmerksamkeit und Fürsorge der Eltern fordernder Symptome die erahnte Trennung der Eltern zu verhindern, die aus Sorge um das gemeinsame Kind ihre Paarschwierigkeiten vernachlässigen. Damit bekommt die psychische Störung eine spezifische, meist das Gleichgewicht sowie die Stabilität im primären sozialen System aufrechterhaltende Funktion und geht häufig auf Kosten der Veränderungsfähigkeit und Wachstumsbereitschaft.

Besonders wichtig ist uns die Betonung von Gesundheit und Ressourcen im Kontrast zu Krankheit, psychischer Störung und Defiziten. Wir erkennen den Einfluss früherer Ereignisse auf das gegenwärtige Verhalten und Erleben an, vertreten aber keine deterministische Sichtweise.

Suchtverständnis

„Eine Antwort auf die Frage, warum Menschen Drogen nehmen, kann möglicherweise derjenige finden, der sich auf die komplexe Beziehung zu eben diesen Menschen einlässt“ (Schwehm, 1994).

Es gibt zwar eine Flut von verschiedenen Erklärungsansätzen und die Literatur zum Thema ist zahlreich, dennoch gibt es letztlich keinen Ansatz, dessen Verursachungsmodell schlüssig und eindeutig genug ist, um beim Einzelnen eine Drogenkarriere bzw. das Nichteintreten einer substanzbezogenen Störung vorhersagen zu können.

Was für Personen eine sie fordernde Entwicklungsaufgabe darstellt, deren Bewältigung ein Mehr an stabiler psychischer Integrität ermöglicht, ist im lebensgeschichtlichen Rückblick der Beginn einer langandauernden psychischen Krise und Einstieg in die Suchtmittelabhängigkeit bei Rehabilitandinnen in der Klinik.

In dieser Situation erscheint uns nur ein Ansatz weiterzuhelfen, der eine monokausale Einengung vermeidet und der Tatsache Rechnung trägt, dass sich für Therapie und Prävention zahlreiche wichtige Faktoren herausfiltern lassen und dass diese als multifaktorielles Bedingungsgefüge süchtiges Verhalten verursachen. Dabei sind verschiedene Faktoren in unterschiedlichem Ausmaß bei jedem einzelnen Menschen in anderer Form wirksam. Es gilt im Rahmen der Therapie, dem komplexen Wechselspiel zwischen Person, sozialem Umfeld, Gesellschaft und Droge gerecht zu werden und Einseitigkeiten zu vermeiden und sich mit Hilfe eines ganzheitlichen Ansatzes dem Problem zu nähern.

Die multifaktoriell-genetische, psychosoziale Sichtweise berücksichtigt „die besondere Entwicklungssituation von Kindern und Jugendlichen und deren Schwierigkeiten, mit der von den Erwachsenen geschaffenen Welt und deren vielen Anforderungen fertig zu werden. Vor allem von Jugendlichen werden oftmals Leistungen als selbstverständlich angenommen und erwartet, die viele Erwachsene selbst zu erbringen nicht imstande sind“ (Bäuerle, 1996):

Aufbau eines eigenständigen Wertsystems sowie die soziale Integration und Anpassung an gesellschaftliche Normen, die häufig durch Doppelmoral und Missachtung von Individualität gekennzeichnet sind, Fleiß und Engagement in Schule und Ausbildung bei gleichzeitig sich ständig verengenden Perspektiven und anwachsender Arbeitslosigkeit sowie die Ablösung aus der Familie, der Aufbau einer reifen erwachsenen Identität usw.

Unterschiedlichste Motivationen spielen aus Sicht der Betroffenen eine Rolle beim Drogenkonsum: Selbsttherapieversuche, Umgang mit unangenehm erlebten Gefühlen, Steigerung der Erlebnisintensität, Sinnfindung, Auflehnung gegenüber einer inakzeptablen gesellschaftlichen Wirklichkeit, Gruppenerleben in der drogenspezifischen Subkultur, Freizeitgestaltung, Selbstwertdefizite erträglicher gestalten bzw. verleugnen können, Selbstaufwertung, Umgang mit entwicklungsbedingten Labilitäten, Auflehnung gegenüber der Erwachsenenwelt, insbesondere gegenüber den Eltern, Regression bzw. Verweigerung des Erwachsenwerdens, Herstellung eines psychischen Gleichgewichtes angesichts erlebter (früher) Traumatisierungen.

Nicht zuletzt besteht ein enger Zusammenhang zwischen Sexualität und Sucht: „Drogen werden als Heilmittel eingesetzt zur Betäubung erlebter Traumata, zur Appetenzsteigerung oder zu rauschhafter Intensivierung körperlicher Erlebnisse. Sie sollen Nachreifung, psychisches Wachstum, Beziehungsentwicklung und langwierige Genesung ersetzen“ (Schwehm, 1994).

Schließlich sollten auch prozesshaftes Denken und die systemisch-interdependenten Wirkungen der auf Drogenkonsum folgenden sozialen und individuellen Konsequenzen Berücksichtigung finden.

Wille (Kreutzer/Wille, 1988, aus Knapp, 1996) beschreibt zum Beispiel vier Stadien:

- a) Positives Anfangsstadium, in dem die Entlastung von psychischen Problemen, die Befriedigung hedonistischer Wünsche sowie die Zugehörigkeit zur Gruppe in der Subkultur gesucht, positiv

erlebt und ohne größere Beeinträchtigungen im sonstigen sozialen, beruflichen und körperlichen Bereich erfahren wird.

- b) Kritisches Gewöhnungsstadium, in dem Persönlichkeitsveränderung durch Einengung der Unlustabwehr und des Lustgewinns auf Drogenkonsum beginnt, die Drogenwirkung durch Gewöhnung nachlässt, erste finanzielle Schwierigkeiten entstehen, die Leistungsfähigkeit abnimmt und soziale Konflikte auftauchen.
- c) Suchtstadium, in dem die Droge das Leben bestimmt, der soziale und berufliche Abstieg voranschreitet, Kriminalität zum Problem wird, erste körperliche Probleme und Kontrollverlust eintreten.
- d) Zusammenbruch- bzw. Abbaustadium, in dem die Person sich zunehmend zum Pflegefall entwickelt, körperlich, psychisch und intellektuell abbaut und sich desolate Verhältnisse in Beruf- und Privatsphäre entwickeln.

Im Rahmen der therapeutischen Begleitung in der medizinischen Rehabilitation gilt es, diesen Aspekten gerecht zu werden, d. h. je nach vorangegangener Stärke des Abbaus in den verschiedenen Bereichen Körper, Psyche und Persönlichkeit, soziales Umfeld inklusive Freizeitgestaltung und berufliches Leistungsvermögen sowie dem Bereich Kriminalität und materielle Absicherung müssen Möglichkeiten der Genesung und des (Wieder-)Aufbaus von Kompetenzen in diesen Bereichen mit entsprechenden Therapieangeboten geschaffen werden.

Therapeutische Gemeinschaft

„Therapeutische Gemeinschaften sind lebendige Institutionen, geprägt durch die Diagnostik und durch die Prozesse ständiger Veränderungen“ (Kahlert, 1997).

Dieses soziale Lernfeld ist ein geschützter Rahmen, in dem der therapeutische Prozess von der Bewohnergruppe lebt. Jeder hat die Möglichkeit, Entwicklungen zu durchlaufen, in dem man verschiedene Rollen ausprobiert und sich dem Feedback der Gruppe stellt. Durch eigene „Kontrolle über Nähe und Distanz“ (Kahlert 1997) wird individuelle Autonomie gefördert und gestärkt. Die Mitarbeiterinnen des Teams begleiten zusammen jeden Einzelnen und bieten somit die Chance, bisherige Lebenskontexte zu erkennen. Durch das darüber hinausgehende, offene Beziehungsangebot werden Widerstände aufgeweicht und gewürdigt, die Persönlichkeit der Rehabilitandinnen in der täglichen Beziehungsgestaltung gestärkt. Beim Einlassen auf diese Formen der Begegnung in der Therapeutischen Gemeinschaft ist für den Einzelnen ein konstruktiver Aufenthalt in der Einrichtung gegeben.

Individualität

Im Spannungsfeld der therapeutischen Gemeinschaft kommt dem Einzelnen und seiner Individualität nachhaltige Bedeutung zu: Dem erworbenen und über Jahre gefestigten Misstrauen, der Verslossenheit und der Selbstabwertung muss genügend Raum gegeben werden, um durch Anerkennung und Akzeptanz die persönliche Weiterentwicklung zu fördern. Jede Rehabilitandin muss dabei den eigenen Weg finden. Was für eine Person richtig ist, kann für eine andere nicht relevant sein. Das individuelle Erleben führt immer wieder zu neuen Reibungspunkten in der Gemeinschaft. Hier wird erfahrbar, dass Individualität nur durch gegenseitige Toleranz gelebt werden kann.

Die Aufgabe des Behandlungsteams besteht darin, den Rehabilitandinnen den Schutz in der Gruppe zu gewähren, ihnen individuell bei täglichen Begegnungen die Eigenverantwortung, die Selbstheilungskräfte, ihr Schicksal und die gestaltende Position entdecken und erfahren zu lassen (vgl. Baudis, 1994). Alle erleben eine individuelle Ausrichtung unseres Therapiekonzeptes auf ihre jeweilige Persönlichkeit und Ausgangssituation. Ziel ist, Individualität und Eigenständigkeit in einer Gruppe leben zu können, ohne das Gruppenziel zu gefährden. Dies verlangt von der Gruppe hohe Flexibilität und immer wieder Offenheit für die Einzigartigkeit neuer Mitglieder.

Gruppenalltag

„In der Suchttherapie wird regelmäßig die Erfahrung gemacht, dass die einzelne Rehabilitandin Situationen aus der Herkunftsfamilie und traumatische Konstellationen wiederholt und im Gruppenalltag nachbildet“ (Bröhmer, 1994).

Die Gruppe bietet ein Spektrum ablehnender und annehmender Mitstreiterinnen, eine familiäre Geborgenheit und eine Beziehungsstruktur, die den familiären Bedingungen sehr nahe kommt. Deshalb ist der Vergleich und die Begegnung in der Gemeinschaft und die Beziehungsarbeit effektiv und nützlich, da die Wirkung und Reflexion verschiedener Lösungsversuche dazu dienen, Ideen für Veränderungsmöglichkeiten zu entwickeln.

Drogenabhängigkeit ist aus familientherapeutischer Sicht vor allem auch eine Art der Beziehungsform. So wird im Therapiealltag immer wieder Suchtverhalten sichtbar, ohne dass sich dies unmittelbar in Drogenkonsum niederschlagen muss. Wir relativieren den klassischen Therapieansatz und wirken als `Vorbild` erzieherisch, beratend auf lebenspraktische Situationen bezogen und stehen als Beziehungspartnerinnen zur Verfügung.

Die Rehabilitandinnen haben die Möglichkeiten sich an verschiedenen Mitarbeiterinnen zu orientieren, sich mit ihnen auseinanderzusetzen und Rat und Unterstützung zu holen. Aufgrund dieses Spektrums besteht eine Vielfalt im Lernfeld der Rehabilitandinnen, die jedem gestattet, seine individuelle Vorgehensweise - wie Entscheidungen treffen, Strategien entwickeln, Probleme erkennen, lösen, nicht angehen - zu reflektieren und zu bestimmen. Aus diesem pragmatischen Angebot entstehen therapeutische Interventionsansätze und umgekehrt.

Häufig ist dabei der erste Schritt eine Perspektivenänderung, eine neue Sichtweise gewinnen, um Teilziele zu formulieren, Erreichbares zu erkennen. Dieser eröffnet den Rehabilitandinnen eine zusätzliche Motivation und nimmt ihnen zugleich die Angst vor dem „großen Berg von Problemen“.

Geschlechtsspezifische Orientierung

„Das Verhältnis zwischen Männern und Frauen ist bis heute ungelöst. Doch bisweilen geschieht es, dass wir zusammen glücklich sind – im Paradies auf Erden. Von dem Zauber dieser Begegnung oder der Sehnsucht danach leben wir“ (Fett, 1996).

Bei Männern und Frauen gibt es bedeutsame Unterschiede im Umgang mit Suchtmitteln und darin, welche Funktionen diese in ihrer jeweiligen Lebenssituation erfüllen oder welche Defizite ausgeglichen werden sollen. Dies beschreibt Dobler-Mikola (in Fett, 1996) in ihrer Studie zu geschlechtsspezifischen Unterschieden bei Männern und Frauen, die die Rehabilitation in einer therapeutischen Gemeinschaft durchlaufen haben. Männer und Frauen unterscheiden sich

z. B. bezüglich ihrer typischen Einstiegsmuster, der Erfahrungen mit Strafbehörden, ihrer Integration im Arbeitsmarkt und ihrer sozialen Einbettung vor Therapieantritt.

In der Therapie gilt es, diesen Unterschieden und geschlechtsspezifischen Erfordernissen gerecht zu werden.

Männer und Frauen „müssen“ tendenziell Unterschiedliches während ihres stationären Aufenthaltes in der Suchtklinik lernen:

Für Frauen ist es u. a. wichtig, die Verinnerlichung der weiblichen Minderwertigkeit und Unselbständigkeit zu hinterfragen und aufzulösen, Ängste vor Autonomie und Unabhängigkeit zu überwinden, die eigenen Interessen und Bedürfnisse anzuerkennen und dafür eintreten zu lernen, die eigenen psychischen und körperlichen Grenzen schützenswert zu erleben, die Opferrolle zu verlassen, die verinnerlichten Zuschreibungen der alleinigen Zuständigkeit für das Umsorgen und Bemuttern anderer abzulegen, Solidarität unter Frauen zu erleben sowie sich auf die vorhandenen Stärken und Fähigkeiten zu besinnen.

Für Männer hingegen ist es u. a. von Bedeutung, die allgemein schwierigen Beziehungen zu anderen Männern anders erleben zu können, Männer als Gesprächspartner über persönliche Schwierigkeiten und Ängste zu gewinnen, die Zentrierung auf Leistung, Stärke und Anerkennung aufzuweichen, die Ablehnung typisch weiblicher Eigenschaften zu überwinden, die Vereinbarkeit von Männlichkeit und abstinemtem Leben zu erfahren, Gefühle äußern und zu den eigenen Schwächen stehen zu lernen und dabei Unterstützung durch andere Männer zu erfahren, so dass sie autonomer von der Beziehungsarbeit der Frauen werden können.

Für Männer und Frauen ist die Erfahrung der Möglichkeit zur Auseinandersetzung mit der eigenen Sexualität im geschützten Rahmen der Frauen- bzw. Männergruppe wichtig.

Es gilt einerseits der frauenspezifischen Lebenssituation und Lebensgeschichte sowie der hieraus resultierenden Erlebnisweise, den spezifischen psychosozialen Belastungen und der übergroßen Bezogenheit auf soziale Beziehungen im stationären Therapierahmen genügend Raum und Gewicht zu geben und andererseits die spezifisch männlichen Suchtprobleme, d.h. übermäßige Leistungsorientierung und Gewaltdominanz in der männlichen Alltagsrealität einzubeziehen. So könnte ein Therapieklima entstehen, in dem sich Frauen und Männer aus ihren gegenseitigen Verstrickungen lösen und zu neuer Autonomie im Geschlechterverhältnis finden können.

Dies wird im Therapiealltag versucht an verschiedensten Stellen zu realisieren:

- Therapeutisch fundierte, an den speziellen Erlebniswelten von Frauen und Männern, orientierte Männer- und Frauengruppen, die zum wöchentlichen Regelangebot gehören.
- Geschlechtsspezifische Freizeitangebote.
- Paargespräche.
- Geschlechtsspezifisches Selbstverständnis des gesamten Behandlungsteams und damit das Zurverfügungstellen von entsprechenden Rollenvorbildern, d.h. auch, das Frauen- und Männerarbeit nicht auf die Nische der Frauen- und Männergruppe beschränkt bleibt, sondern sich im gesamten Therapieangebot als Grundhaltung niederschlägt und thematisiert wird.
- Rückzugsmöglichkeiten.

Der Methodische Ansatz

Beziehungsgestaltung:

Wir orientieren uns an den Erkenntnissen der Bindungsforschung und stellen bei unserer Klientel häufig eine Beziehungsgestaltung fest, die von ambivalenten, vermeidendem oder gar desorganisiertem Beziehungsverhalten geprägt ist.

Sichere Bindungsmuster finden sich laut Klaus Grawe in der Allgemeinbevölkerung bei ca. 60 %, wohingegen „ein unsicherer Bindungsstil (...) als der größte Risikofaktor für die Ausbildung einer psychischen Störung anzusehen“ ist. Bindungsmuster sind sehr stabil, da sie im Rahmen der frühen dyadischen Beziehungserfahrungen mit den Primärbezugspersonen aufgebaut werden. Es handelt sich um motivationale Schemata, die automatisiert und daher dem Bewusstsein entzogen sind, da es sich um lebenslang eingeschliffene Schemata des impliziten Gedächtnisses handelt.

Sie verleihen den aktuellen interpersonalen Erfahrungen ihre Bedeutung. Sie betreffen automatisierte Reaktionen auf Stress, die Emotionsregulation, Antizipationen, automatisiertes nonverbales Beziehungsverhalten, Wahrnehmungsbereitschaften, kognitive Standardinterpretationen der eigenen sowie der Absichten des Gegenübers sowie automatisierte Verhaltensmuster zur Vermeidung beziehungsweise zum Schutz vor weiteren antizipierten negativen Beziehungserfahrungen.

Unsichere Bindungsmuster, die sich in ungünstigen motivationalen Schemata niederschlagen entwickeln sich nach Bowlby auf Grundlage des angeborenen Bedürfnisses, die physische Nähe einer primären Bezugsperson zu suchen und aufrechtzuerhalten, wenn entweder die Erreichbarkeit der Bezugspersonen nicht gegeben ist oder wenn von Seiten der Bezugspersonen mangelnde Feinfühligkeit besteht, so dass konsistent oder inkonsistent-unvorhersehbar emotionale Abweisung sowie grundlegende Verunsicherung in Bezug auf die Sicherheitsbedürfnisse erlebt wird. Dabei führt die konsistente Abweisung zu dauerhafter emotionaler Entfremdung und zu Vermeidungsverhalten in künftigen Beziehungen, wohingegen die Unvorhersehbarkeit zu übermäßiger Abhängigkeit führt, da das Bindungssystem aus Angst vor drohendem Verlust der Zuwendung durch die Bindungsperson chronisch aktiviert ist. Ambivalentes Beziehungsverhalten dominiert, wobei ein Wechsel zwischen (aggressivem) Ablehnen von Kontakt und der Suche nach Nähe zu beobachten ist. Die Bindungsmuster sind durch konflikthafte motivationale Schemata geprägt: bei aufgebauter zwischenmenschlicher Nähe tauchen Befürchtungen des Verlustes auf und bei fehlender Nähe entsteht die Angst vorm Alleinsein. Traumatisierende Beziehungserfahrungen lassen schließlich desorganisiertes Beziehungsverhalten mit schwerwiegenden Problemen für die intrapsychische Regulation entstehen.

Probleme in der aktuellen interpersonalen Beziehungsgestaltung, verminderte Stresstoleranz, schlechte Emotionsregulierung, geringe Selbstwirksamkeitserwartungen und ein schlechtes Selbstwertgefühl werden von Grawe als Folgen der Verletzungen des Bindungsbedürfnisses in den ersten Lebensjahren genannt. Diese Defizite tauchen in individuell unterschiedlichen Ausprägungen bei unseren Suchtpatientinnen auf.

Suchtmittelkonsum insbesondere der Konsum illegaler Drogen hat direkten Einfluss auf diese Defizite. Suchtmittelkonsum übernimmt häufig die Funktion der Emotionsregulation. Nach Marlatt erklären unangenehme Gefühlszustände gemeinsam mit zwischenmenschlichen Konflikten sowie dem direkten sozialen Kontakt zu Mitkonsumentinnen, die zum Suchtmittelkonsum auffordern, zu 74 % die Rückfallentstehung seiner befragten Probanden (Marlatt, 1979). Ähnliche Ergebnisse lassen sich in anderen Studien finden. Unsere Therapieerfahrungen bei kompass.City decken sich mit diesen Einschätzungen ebenfalls.

Neben den um das grundlegende Bindungsbedürfnis herum in der Lebensgeschichte entwickelten motivationalen Schemata werden in den heutigen zwischen-menschlichen Beziehungen auch diejenigen aktiviert, die sich ursprünglich zum Schutz oder zur Bedürfnisbefriedigung der anderen Grundbedürfnisse entwickelt haben. Grawe nennt hier die Grundbedürfnisse nach Kontrolle und Orientierung (Sicherheit), nach Selbstwerterhöhung und nach Lustgewinn und Unlustvermeidung.

Daher liegt ein besonderes Augenmerk bei unserer Arbeit auf einer konstruktiven Beziehungsgestaltung durch die Therapeutinnen. Insbesondere zu Beginn und während kritischen Therapiephasen ist uns eine Orientierung an Klaus Grawes Ansatz der komplementären Beziehungsgestaltung wichtig. Hierunter werden all jene Verhaltensweisen auf Seiten der Therapeutinnen verstanden, die sich an den Wünschen und Erwartungen der Rehabilitandinnen an die Beziehungsgestaltung orientieren:

Ermöglichen positiver Bindungserfahrungen, positiver Wahrnehmungen in Bezug auf das von Grawe postulierte Grundbedürfnis nach Orientierung und Kontrolle, Ressourcenstärkung und aktives Herbeiführen von selbstwerterhöhenden Wahrnehmungen, Aktivierung positiver emotionaler Befindlichkeit während der gemeinsamen Therapiesitzungen als Ausgleich und Abstützung der notwendigen schwierigen emotionalen Prozesse bei der Auseinandersetzung mit Defiziten und Problemlagen, Vermittlung des Erlebens konkreter Bewältigungs- und Klärungserfahrung, wenn Problemsituationen aktiviert werden, Herstellen einer Verbindung zwischen positiven motivationalen Zielen der Rehabilitandinnen und konkreten Interventionen, Gewährleisten der Übertragung auf Alltagssituationen außerhalb der therapeutischen Stunden, damit neu erworbene Verhaltensweisen geübt und durch anhaltende, intensive und wiederholte Aktivierung der neuronalen Erregungsmuster die gewünschte Bahnung erreicht wird, sind nach Grawe Leitlinien therapeutischen Vorgehens, an denen wir uns orientieren.

Komplementarität auf Seiten der Therapeutinnen bedeutet nicht allen inhaltlichen Erwartungen der Rehabilitandinnen zu entsprechen, wodurch eine gezielte Veränderung problematischer Verhaltensmuster teilweise verunmöglicht würde, sondern ein Entgegenkommen auf der Ebene der Wünsche und Erwartungen der Beziehungsgestaltung der Rehabilitandinnen, so dass positive Beziehungen und Kooperation aufgebaut werden kann.

Hierbei ist die Beachtung von Widerständen besonders wichtig. Es ist nicht förderlich mit Widerständen auf Seiten der Rehabilitandinnen manipulativ oder gar restriktiv umzugehen, um sie so zu „ihrem Wohl“, zum „Guten“ zu zwingen. Wir versuchen nicht auf Therapiezielen zu beharren, für die sich die Rehabilitandinnen nicht wirklich einsetzen oder auf Interventionen zu bestehen, für die sie nicht wirklich erkennbar motiviert sind. In solchen Situationen ist es notwendig offen und kritisch über den gemeinsam zu verantwortenden therapeutischen Veränderungsprozess zu reflektieren, teilweise auch mit dem Ergebnis der vorzeitigen Beendigung einer Maßnahme, wenn

eine Korrektur der gemeinsamen Therapieziele entlang der motivationalen Ziele der Rehabilitandinnen letztlich die Aufgabe des Abstinenzzieles oder die Sprengung der therapeutischen Möglichkeiten unserer Fachklinik bedeuten würde.

Es kann auch sein, dass dem Verstehen im Sinne einer Zustimmung zu therapeutischen Vorgaben unsererseits zunächst die Phase des Erlebens der Auswirkungen dieser Vorgaben vorausgehen muss.

Dies ist am häufigsten bei Strukturvorgaben unsererseits der Fall: das betrifft zumeist die Häufigkeit der Ausgänge, die Gestaltung der Ausgänge, die Besuche durch Angehörige, die Gestaltung von Heimfahrten. Hier dauert es erfahrungsgemäß länger, bis die als Weggenommen bekommen erlebte Grenzziehungen unsererseits auch als wichtige Schutzmaßnahmen beziehungsweise Maßnahmen zur Absicherung des therapeutischen Rahmens von Seiten der Rehabilitandinnen akzeptiert werden können.

Diese Leitlinien fordern ein hohes Maß an Bereitschaft, sich als ganze Person auf das therapeutische Geschehen mit positiver Grundhaltung menschlichen Begegnungen gegenüber einzulassen. Es erfordert ein breites Repertoire an entgegenkommenden Verhaltensweisen sowie den Willen sich ein positives Verständnis für die oft schwierigen Beziehungsangebote der Rehabilitandinnen zu erarbeiten, so dass ihr Charakter als Bewältigungsversuch, der einem Sinnzusammenhang folgt, für Therapeutinnen und Rehabilitandinnen deutlich werden kann. Die Fähigkeit zu elementarer Freundlichkeit im Umgang mit den Rehabilitandinnen, zur Offenheit und Authentizität und der Bereitschaft sich aktiv und ernsthaft für die Belange der Rehabilitandinnen zu engagieren, ihren Wunsch nach echter Veränderung zu achten und zu stärken, so dass auch im impliziten Kommunikationsverhalten eine positive Beziehungsgestaltung durch die Rehabilitandinnen erlebt werden kann, sind manchmal hart zu erarbeitende Grundqualitäten unserer therapeutischen Arbeit.

Lorna Smith Benjamin beschreibt in ihrem Therapieansatz zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen, den sie „Interpersonal Reconstructive Therapy“ nennt, 5 Kategorien richtiger Behandlungsinterventionen, welche sich auch für die Behandlung bei kompass.City als besonders hilfreich erwiesen haben.

1. Interventionen, welche die Kooperation zwischen Rehabilitandin und Therapeutin erleichtern (Zusammenarbeit).
2. Interventionen, die helfen, gegenwärtige und vergangene Muster und Beziehungen zwischen ihnen zu erkennen (Verhaltensmuster verstehen: Genese und Funktionalität).
3. Interventionen, die maladaptive Verhaltensweisen blockieren (Verhinderung destruktiver Verhaltensmuster).
4. Interventionen, die den Willen stärken, destruktive Wünsche und Ängste beziehungsweise internalisierte Bindungen an destruktive Lebensregeln aufzugeben (Veränderungswillen stärken).
5. Interventionen die helfen neue, adaptivere Muster zu erlernen (Einüben neuer Verhaltensweisen).

Die eingesetzten therapeutischen Methoden dienen dazu, maladaptive interaktive Verhaltensmuster (Konsumverhalten und Verhalten, das die Suchtmittelabhängigkeit aufrechterhaltende, einleitende und vorbereitende Funktion übernimmt) identifizieren zu lernen und zu erkennen, woher diese Muster kamen und wozu sie dienen. Die Rehabilitandinnen sollen befähigt werden, ein kognitives und affektives Verständnis für die Ursprünge und Ziele ihrer interaktiven Muster, die in engerem oder auch weiterem Zusammenhang zur Suchtmittelabhängigkeit stehen, zu entwickeln. Ziel dieses Verständnisses ist es, den Willen zur Veränderung zu stärken, das heißt die alten Muster zugunsten neuer und besserer Verhaltensmuster aufzugeben. Psychotherapie wird als Lernerfahrung verstanden. Zum Verständnis der alten maladaptiven Muster ist der psychoanalytische Ansatz (Internalisierung von Objektrepräsentanzen, Übertragung und Gegenübertragung) hilfreich.

Psychologische Ansätze

Psychoanalyse

Tiefenpsychologisches Arbeiten bezieht sich in der Suchttherapie auf das Hintergrundverständnis der Sucht. Die manifeste Sucht ist ein Symptom und nicht die Krankheit an sich. Die Abstinenz von der Droge ist die notwendige Voraussetzung für jede weitere Entwicklung aber sie steht erst am Anfang eines meist schmerzlichen Weges, auf dem der Süchtige sehr viel Unterstützung braucht.

An dieser Stelle nennen wir einige dieser Konzepte, die in unserer Arbeit zum Tragen kommen:

- Übertragung und Gegenübertragung (S. Freud)
- Abwehrmechanismen (A. Freud)
- Ich-psychologischer Ansatz der Identitätsentwicklung (Erikson)
- Theorie der Objektbeziehungen (Winnicott, Kernberg, Mahler, Klein)
- Theorie des Selbst (Kohut)
- Theorie der Regression und Stärkung des Ichs (Balint)

Die Psychoanalyse beschäftigt sich seit ihren Anfängen mit der Sucht. Im Laufe ihrer Geschichte standen unterschiedliche Theorien und Erklärungsansätzen zur Symptomatik, Genese und Behandlung von Suchterkrankungen im Mittelpunkt der wissenschaftlichen Diskussion, die der Erweiterung der Psychoanalyse von der klassischen Psychoanalyse und der Triebtheorie über die Ich-Psychologie bis zur Selbst-Psychologie und Objektbeziehungstheorie folgten.

Zur Erklärung des pathologischen Suchtmittelkonsums ist das triebpsychologische Erklärungsmodell der Auffassung, der Suchterkrankung liege eine Regression auf die orale Phase zugrunde. Der Süchtige neigt dazu durch die Droge das Vergnügen und die Befriedigung zu suchen, die er in der ersten Stufe seines Lebens empfing. Diese Bewegung wird von dem Lustprinzip mit seinen zwei unterschiedlichen Aspekte regiert: Freude zu erleben und Schmerz und Unlust zu vermeiden. Der Süchtige hat durch den Konsum vorübergehender Zugang zu dieser Illusion des Glücks, schmerzhaft Erfahrung, sei es der Leere, der Einsamkeit, der Angst oder der Unlust zu vermeiden.

Während die Psychoanalyse Freuds einen Schwerpunkt auf das Konzept der Triebtheorie legte und den Menschen dadurch (tendenziell) als Einzelwesen betrachtete, lenkte Melanie Klein die Aufmerksamkeit der Psychoanalyse verstärkt auf die frühkindliche Entwicklung und die Auswirkungen der frühen Beziehungen zu Bezugspersonen.

Ich-psychologische Erklärungsmodelle gehen davon aus, dass Süchtige keine konstante und die Entwicklung ihres Selbst stärkende und unterstützende Zuwendung erfahren haben. Als Folge erleben die Süchtigen ihr Selbst als schwach, hilflos und wertlos und besetzen das Selbst daher kompensatorisch mit Omnipotenzphantasien. Die Objektrepräsentanzen bleiben aufgrund der frühkindlichen Erfahrungen der Süchtigen mit einem entweder stark frustrierenden oder übermäßig verwöhnenden Liebesobjekt ambivalent mit Liebe und Hass besetzt. Die auf bedeutsame aktuelle Bezugspersonen gerichteten Vorstellungen der Süchtigen sind dadurch entweder durch den Wunsch nach völliger Verschmelzung oder nach Vernichtung bzw. Verschlingung geprägt. Da sich das Ich aus den psychischen Niederschlägen wiederholter Erfahrungen mit dem Objekt oder dem Selbst entwickelt, bleibt es in seiner Funktionalität beeinträchtigt.

Die Art und Weise, wie ein Mensch die Welt wahrnimmt und mit welchen Erwartungen er an sie herantritt, wird durch seine Beziehungen zu wichtigen frühen Bezugspersonen („Objekten“) geprägt (Melanie Klein).

Laut Kohut kann sich das Selbst von Anbeginn nur im Austausch mit anderen Menschen entwickeln. Entscheidend sind dabei die empathischen und responsiven Qualitäten der Bezugsperson. Wird die Bezugsperson als das Selbsterleben stärkend und vertiefend erlebt, spricht Kohut von einem Selbstobjekt, von Selbstobjekterleben und von Selbstobjektbeziehung. Als wesentlich das Selbsterleben förderndes Moment erkennt er ein Gefühl von eins Sein mit der Bezugsperson. Der Mensch braucht das Erleben von Ungetrenntheit und Verbundenheit, um ein kohärentes Selbsterleben entwickeln zu können und er braucht sein ganzes Leben lang Selbstobjektbeziehungen, um ein stabiles Selbst aufrechterhalten zu können.

Anliegen ist die Bedeutung der Schicksale des Selbst und der damit verbundenen subjektiven, bewussten oder unbewussten Kindheitserfahrungen. Danach ist das Bedürfnis der strukturierenden Kraft der menschlichen Psyche, sich in einer kohäsiven Konfiguration, dem Selbst, zu organisieren und Beziehungen mit der Umgebung herzustellen die die Kohärenz, Vitalität und Harmonie des Selbst fördern und die als Selbstobjekte konzeptualisiert werden.

Das Ich des Suchtmittelabhängigen versagt in seinen stabilisierenden und regulierenden Funktionen. Der Gebrauch der Droge steht als Schutzmaßnahme und Anpassungsfunktion eines defizitären labilen Ichs, als Versuch die defizitäre Funktion in der Ich-Organisation durch eine künstliche Ich-Funktion zu ersetzen.

Mit ihrer Hilfe sollen die Defizite und Schwächen der Ichfunktionen kompensiert werden um sich gegen bedrohliche, vom Ich nicht bewältigbare Reize aus der inneren wie aus äußeren Welt zu schützen, tiefliegende, kaum aushaltbare Affekte, wie Angst, Hilflosigkeit, Wut, Depression, Verzweiflung und Selbstverachtung, zu ertragen.

Die Funktion der Sucht, unerträgliche Affekte, die mit den Störungen einhergehen, zu manipulieren muss durch die Therapie aufgelöst werden.

Auf der Basis einer tiefen emotionalen Bezogenheit wird ermöglicht im sicheren therapeutischen Rahmen an der tiefgehenden Beziehungsstörung der Patientinnen zu arbeiten, um neben der Bewältigung von Konflikten und Ängste die Beziehungsfähigkeit des Abhängigen zu entwickeln. Muster die die Wahrnehmung unbewusst prägen, können in dem verstehenden und wertschätzenden Kontext bewusst werden, neue emotionale Perspektiven können entstehen und damit wird das Selbsterleben umfassend erweitert, vertieft und gestärkt.

Die Abhängigen haben in der Abstinenz große Anpassungsprobleme, kommen mit ihren Gefühlen nicht zurecht, entwickeln massive Ängste, quälen sich mit ihren Schuldgefühlen, kommen mit ihrem Leben nicht klar. Daher geht es in der Behandlung abstinenten Abhängiger darum, ihr Leiden zu mindern und ihnen helfen, besser mit ihrem Leben umgehen zu können.

Gestalttherapie

„Therapie ist Erlebnis“ (de Roeck, 1985).

Der gestalttherapeutische Ansatz betont diese Perspektive in der Therapie. Erleben statt „Reden über...“ steht im Mittelpunkt. Ziel ist es, dabei zu helfen, den eigenen Wahrnehmungs- bzw. Kontaktstörungen auf die Spur zu kommen und Handlungsalternativen erfahren und finden zu lassen, die eine Befriedigung der Bedürfnisse durch direkten Kontakt mit der Umwelt ermöglichen und Suchtverhalten als Kontaktstörung und Kontaktvermeidung überflüssig werden lassen.

Da Gewahrsein der eigenen Bedürfnisse und Kontakt zu deren Befriedigung immer nur im „Hier und Jetzt“ erfahrbar und beobachtbar ist, ist die Struktur und der Prozess des gegenwärtigen Kontaktverhaltens, Empfindens und Erlebens im Rahmen der therapeutischen Beziehung ein ideales Erfahrungs- und Lernfeld. Dabei ist die aktuelle, persönliche Beziehung zwischen Therapeutin und Rehabilitandin genauso Gegenstand der gemeinsamen Erfahrung und Reflexion wie die anwesende Gruppe und gemeinsam zu entwickelnde Verhaltensexperimente.

Das Wiederholen und Durcharbeiten schwieriger Problemsituationen mit Hilfe dieser Experimente ermöglicht das Erleben einer neuen emotionalen Perspektive auf die aktualisierten Schwierigkeiten durch die heutige Betrachtungsweise aus erwachsener Sicht, durch die Hilfsfunktionen der Gruppe in Form von Rückmeldungen und durch die Einnahme verschiedener Rollen sowie durch die Unterstützung und haltgebende Funktion der Therapeutin.

„Offene Gestalten“ bzw. Halberledigtes aus der Vergangenheit kann vollendet werden. Widerstand und überkommene Verhaltensmuster können in ihrer in der damaligen Situation sinnvollen Schutzfunktion verstanden und für heutige Kontakte mit sich und der Umwelt relativiert, der „Zwang zur Wiederholung“, zur Wiederherstellung von typischen unerledigten Situationen und Konstellationen aus der Vergangenheit kann unterbrochen werden.

Die Rehabilitandin kann selbst entdecken, wo sie im Augenblick steht, wie sie dahin gekommen ist, wo sie hin möchte und wie sie dorthin gelangen kann. Die Therapeutin und die Gruppe geben dabei Hilfestellung durch das Mitteilen ihrer Beobachtungen auf kognitiver, emotionaler und/oder körperlich-motorischer Ebene.

Die Lebensgeschichte wird im Bezug zum gegenwärtigen Verhalten und Erleben betrachtet, ist der Hintergrund zur Figur des Gegenwärtigen. „Das Hier und Jetzt als Brennpunkt des Erlebens ist der Ort möglicher korrigierender Erfahrung und ist sogleich der Kreuzungspunkt der geronnenen

Vergangenheit und des unbewussten Vorentwurfs in die Zukunft“ (Hartmann-Kottek-Schroeder, 1986).

Integrative Familientherapie

Die Integrative Familientherapie ist eine vielschichtige Form von Therapie, bezugnehmend auf das soziale Beziehungsgeflecht und Situationen, mit der Zielsetzung, bestehende schwierige Strukturen und Störungen in einem System ressourcenorientiert zu behandeln. Entstehende Heilungsprozesse ermöglichen durch diesen methodischen Ansatz eine Verbesserung im Umgang mit neuen und wiederkehrenden Situationen und fördern beim Einzelnen im System individuelles Wachstum. Voraussetzung für alle Therapeutinnen ist dabei die nötige Flexibilität therapeutischen Handelns.

Hierbei sind folgende familientherapeutische Aspekte berücksichtigt:

- Die Rehabilitandinnen in ihrer Umwelt werden als Teil eines Systems betrachtet.
- Alle kommunikativen Prozesse innerhalb eines Systems werden für Drogenabhängige durch die Einnahme einer psychotropen Substanz gesteuert (Sucht als kommunikativer Prozess).
- Die Interaktionen und Muster im Drogenbezugssystem werden als Dauerschwerpunkt genommen.
- In dieser Begegnung liegt die Chance, Regulationsabläufe zu durchschauen, die Wirkung verschiedener Lösungsversuche zu reflektieren und Ideen für Veränderungsmöglichkeiten zu entwickeln.
- Derjenige, der den anscheinend problematischen Umgang mit psychotropen Substanzen zeigt und somit vom System als „das Problem“ beschrieben wird, ist also systemisch betrachtet nur ein Teil des bestehenden Problems, nämlich der sogenannte „Symptomträger“. Er zeigt ein Verhalten, das als metaphorischer Ausdruck der Interaktionsregeln des Bezugssystems angesehen werden kann.
- Die Systemsicht schaut auf die sich aus den Interaktionen zwischen Individuen und Kontext konstituierenden Regeln. Familien-Therapeutinnen setzen mit ihren Interaktionen an den Regeln an und nicht bei den vermeintlichen „Ursachen“ eines Problems. Sie arbeiten ressourcenorientiert, statt auf Defizite fixiert zu sein.
- Es werden sowohl die innerpsychische Dynamik im Sinne bestehender „Glaubensmuster oder innerer Landkarten“, die mit spezifischen Verhaltens- und Erlebnisweisen in Verbindung stehen, wie auch die interaktiven Zirkel zwischen Individuum und umgebendem Feld (Personen, Gruppen, Normen, Regeln, Institutionen) einbezogen.
- Die individuelle Entwicklung vollzieht sich in einem permanenten Rückkopplungsprozess mit der Umwelt.
- Die therapeutische Gemeinschaft lädt zu einer Strukturierung des Settings und der Informationen der Rehabilitandinnen und zu veränderten Sichtweisen über sich selbst und das Lebensfeld ein: Die Therapeutinnen respektieren die Autonomie der Rehabilitandinnen, scheuen jedoch nicht davor zurück, sie mit anderen Sichtweisen zu konfrontieren, ohne Schuldzuweisung und Stigmatisierung vorzunehmen.

Gruppendynamik

Yalom (1989) nennt als therapeutisch wirksame Faktoren in der Gruppen-Psychotherapie:

- „Erwecken von Hoffnung“, also die Hoffnung, dass man in dieser Therapie bzw. Gruppe auch wirklich Hilfe finden wird. Dies wird durch das Erleben positiver Entwicklungsschritte und –verläufe anderer Gruppenteilnehmerinnen deutlich erleichtert im Unterschied z. B. zur ambulanten Einzeltherapie.
- „Universalität des Leidens“, also die Erfahrung mit den eigenen Problemen nicht alleine zu sein und das Erleben, dass andere Menschen ähnliche Schwierigkeiten haben und sich deshalb in die eigene Problematik einfühlen können und Verständnis entgegenbringen.
- „Mitteilen von Informationen“, also didaktische Unterweisungen und Ratschläge durch die Therapeutinnen oder andere Gruppenteilnehmerinnen sowie das Lernen und die Informationsvermittlung durch die Beobachtung der therapeutischen Prozesse bei den anderen Gruppenmitgliedern.
- „Altruismus“, also die Erfahrung des wechselseitigen Nehmens und Gebens der Gruppenteilnehmerinnen untereinander als wichtiger Faktor für psychische Gesundheit. Das Gefühl, gebraucht zu werden bzw. anderen Menschen etwas geben zu können, ermöglicht positive, selbstwertstärkende Erlebnisse. Hier ist auch die Selbsthilfefunktion der Gruppe zu erwähnen.
- „Korrigierende Rekapitulation der primären Familiengruppe“, also die Möglichkeit durch Erkennen der spezifischen Gruppendynamik dieser Therapiegruppe, der Funktionen und Rollen der Gruppenteilnehmerinnen für das Gruppengefüge und die Herstellung der Verbindung zu den Sozialisierungserfahrungen der Einzelnen im primären Familiensystem sowie entsprechendes therapeutisches Handeln können neue Erfahrungen gemacht werden, welche die erworbenen Beziehungsmuster in ihrer suchterhaltenden bzw. wachstumsbremsenden Funktion aufweichen können.
- „Entwicklung von Techniken des mitmenschlichen Umgangs“, also der Erwerb von sozialer Kompetenz im Übungsfeld der therapeutischen Gruppe.

Hierbei übernehmen die Therapeutinnen wichtige Aufgaben. Sie sind für den Rahmen der Gruppe verantwortlich, müssen beim Aufbau einer Gruppenkultur helfen, die die oben beschriebenen therapeutischen Aufgaben der Gruppe unterstützt und nicht behindert, müssen der Gruppe als Supervisorinnen wichtiger Gruppenprozesse dienen, sich als Verhaltensmodell zur Verfügung stellen, die Gruppenkohäsion und Selbstheilungskräfte der Gruppe und jedes Einzelnen unterstützen und Hilfestellung bei Konflikten geben.

Dabei ist es wichtig, dass es den Therapeutinnen gelingt, genügend Fingerspitzengefühl für die Balance zwischen Beobachten und Eingreifen zu entwickeln.

Der Pädagogische Ansatz

Viele Rehabilitandinnen haben auf Grund ihres frühen Einstiegs in die Sucht in verschiedenen Bereichen einen Nachholbedarf an Entwicklung. In Bezug auf soziale Kompetenz bieten sich innerhalb der stationären Gruppe verschiedene Lernfelder. Dabei überschneiden und vermischen sich therapeutische und pädagogische Interventionen in vielen Bereichen. Das gemeinsame Ziel ist die gegenseitige Rücksichtnahme und der Zusammenhalt innerhalb der sozialen Gemeinschaft, um einen geregelten Tagesablauf im Umgang miteinander sicher zu stellen. Im täglichen Miteinander werden dabei Normen und Rollen bewusst wahrgenommen und hinterfragt, Frustrationsgrenzen und –toleranzen erkannt und erprobt, unterschiedliche Bedürfnisse besprochen und integriert bzw. zurückgestellt sowie empathische Fähigkeiten entwickelt.

Die wichtigsten Bereiche des pädagogischen Ansatzes sind die alltagspraktischen Kompetenzen (Hausputz, Einkauf, Zeitplanung, Umgang mit Geld), die immer wieder überprüft und gefördert werden. All diese Lernfelder bieten breite Möglichkeiten zur Kompetenzerwerbung für die spätere selbständige Lebensführung und Rückfallprävention.

Der Selbsthilfeansatz

Mit dem Begriff „Selbsthilfe“ verbinden wir die Möglichkeit der konstruktiven, partnerschaftlichen Zusammenarbeit mit unseren Rehabilitandinnen.

Der Selbsthilfegedanke fordert von beiden Parteien ein hohes Maß an Sensibilität, Vertrauen, Kritikfähigkeit und Entwicklungsbereitschaft. Unsere Rehabilitandinnen machen dabei den ersten Schritt, indem sie ihre Abhängigkeit als Krise erleben und akzeptieren. Indem wir den Begriff Krise aus dem Griechischen übersetzen, schaffen wir uns die Basis dieser zukünftigen Zusammenarbeit – den gemeinsamen Neuanfang.

Jede Rehabilitandin wird ihr eigener Therapeut. Die Mitarbeiterinnen übernehmen die Rolle des Beraters. In dieser Funktion schaffen sie den Rahmen, der es den Rehabilitandinnen ermöglicht, all ihre Fähigkeiten zu entfalten, Defizite zu erkennen, Normen und Ordnungsprinzipien zu respektieren, um sich individuell zu entwickeln.

3.2. Rehabilitationsindikationen und –kontraindikationen

Das Behandlungsangebot richtet sich an suchtmittelabhängige Menschen im Alter ab 18 Jahren. Im Einzelfall sind Ausnahmen möglich.

Unter Drogenabhängigkeit verstehen wir im üblichen Sinne die Abhängigkeit von sogenannten illegalen Drogen.

Nicht geeignet ist unser Therapieprogramm für Rehabilitandinnen, bei denen eine akute Psychose oder eine akute Suizidalität vorliegt.

Vorausgesetzt werden:

- Abgeschlossene stationäre oder ambulante Entgiftung
- Persönlicher Kontakt, Kontaktaufnahme ist auch über Internet möglich
- Schriftliche oder vorläufig mündliche Kostenzusicherung für die Behandlung

3.3. Rehabilitationsziele

Zentral ist in diesem Zusammenhang der konstruktive Auf- und Ausbau eines tragfähigen, vertrauensvollen Arbeitsbündnisses zwischen der jeweiligen Rehabilitandin und zumindest einem Teammitglied mit dem Ziel einer längerfristig zu erreichenden Ausweitung auf möglichst viele Mitarbeiterinnen.

Dabei steht der individuelle Prozess im Vordergrund. Vertrauen und tragfähige Beziehungen können nicht statisch festgestellt oder einseitig vereinnahmt werden, sondern unterliegen einer bedeutsamen gemeinsamen Entwicklung. Wir versuchen die Kommunikation über diese Basis des therapeutischen Prozesses zu fördern.

Die entstehenden Brüche, Unstimmigkeiten und Rückschläge gekoppelt mit den entsprechenden Emotionen können als wichtige Phasen in diesem Prozess verstanden werden. Die möglichst offene Kommunikation der beteiligten Partnerinnen (Rehabilitandinnen wie auch Mitarbeiterinnen) verbunden mit der Bereitschaft, sich beidseitig auf das, was zum Vorschein kommt, einzulassen und beidseitig Verantwortung dafür zu übernehmen, ist häufig für das Gelingen bedeutsamer als das tatsächliche, idealtypische Erreichen aller unten aufgeführten Therapieziele in der vom Kostenträger zur Verfügung gestellten Zeit.

In diesem Sinne ist die im stationären Rahmen verbrachte Lebenszeit Teil, manchmal Beginn, manchmal Fortsetzung, manchmal Neubeginn und manchmal leider auch Kampf gegen den Beginn eines Selbstheilungsprozesses, in dem suchtspezifische Verhaltensmuster und Beziehungsstrukturen nach und nach ihre Bedeutung verlieren. Andere Bewältigungsstrategien treten an ihre Stelle und werden auch subjektiv als Erfolg versprechender und als Lebenszufriedenheit in höherem Maße garantierende Handlungsweisen erlebt.

Im Rahmen dieses Prozesses ist das Erreichen von Grenzen und der konstruktive Umgang mit ihnen eine Herausforderung für alle Beteiligten. Wie leicht nimmt man die Rehabilitandin als widerständigen Abhängige wahr, der zu ihrem Besten über diesen Widerstand hinweg geholfen werden muss? Wie häufig überschreitet man die Grenzen der eigenen Ressourcen an Zeit und Verständnis für die Belange der emotional aufgewühlten Rehabilitandin, die doch gerade jetzt meine ganze Unterstützung braucht?

Die Reihe dieser oder ähnlicher Fragen ließe sich noch lange fortsetzen. Bei der Reflexion solcher Grenzerlebnisse stoßen wir häufig auf Diskrepanzen zwischen angegebener Absicht und Wirkung konkreten Handelns auf unserer Seite wie auch auf Seiten der Rehabilitandinnen. Manchmal lassen sich paradox wirkende Gegensätze durch Wechsel der Perspektive und/oder Hinzuziehen von unbeteiligten Dritten sehr leicht auflösen. Manchmal lässt sich eine erkennbare Diskrepanz der Zielsetzung des stationären Aufenthaltes zwischen Rehabilitandin und Mitarbeiterin nur durch eine vorzeitige Beendigung und oft auch nur in unbefriedigender Weise lösen. Auch wir sind nicht für jede Rehabilitandin zu diesem Zeitpunkt das genügend passende Angebot, so dass der angestrebte Selbstheilungsprozess in Gang gesetzt werden kann. Manchmal benötigt dieser einen ambulanten Rahmen, den bisherigen Bezugsrahmen am Heimatort oder einfach nur den Respekt gegenüber dem Machbaren.

Insgesamt wird die individuelle Betrachtung immer bedeutsamer und die offene Auseinandersetzung um die demokratische, aktive Beteiligung am therapeutischen Geschehen einschließlich der getroffenen Vereinbarung zu den einzelnen Zielen dieses Geschehens gewinnt an Wichtigkeit.

Grundlegende, den angestrebten Selbstheilungsprozess fördernde Fertigkeiten und Fähigkeiten sind hierfür:

- Die Bereitschaft, sich auf einen zwischenmenschlichen, gleichberechtigten und persönlichen Kontakt einzulassen.
- Sich selbst Ziele zu stecken und einen Beitrag zu deren Verwirklichung zu leisten.
- Die eigenen Grenzen und die anderer zu respektieren.

- Sich in schwierigen Situationen, aktiv um Hilfe und Unterstützung bemühen zu können.
- Die grundlegende Bereitschaft zur Offenheit.

Indem diese Fähigkeiten im gemeinsamen Alltag immer wieder gefordert und gefördert werden, ein Scheitern und Nichtgelingen erlaubt und nicht verdammt wird, kann gemeinsam an den individuellen Rahmenbedingungen gearbeitet werden, die einen Erwerb beziehungsweise einen Entwicklungsprozess in Richtung dieser Fähigkeiten überhaupt erst möglich machen.

So entsteht ein fortlaufender unvollendeter Prozess, dessen Ziele immer als Ideal zu betrachten sind und dessen Bedeutung im Erleben des lebendigen Erfahrungsprozesses bei gegenseitiger Wertschätzung liegt. Unsere Hoffnung und unser Ziel ist es, dass es einer ehemaligen Rehabilitandin nach abgeschlossenem Aufenthalt bei kompass.City gelingt, diesen Selbstheilungsprozess in die eigenen Hände zu nehmen und die wiederhergestellte Erwerbsfähigkeit mit verbessertem Gesundheitszustand als Instrumente für den eigenen Lebensweg abseits von Sucht und Abhängigkeit zu nutzen.

Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit

Oberstes Ziel der medizinischen Rehabilitation in unserer Einrichtung ist die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und die Übernahme von Verantwortung für die eigene Person und Lebensgestaltung. Deshalb nimmt die Arbeitserprobung in unserem Konzept einen besonderen Stellenwert ein. Unterstützend hierfür soll jede Rehabilitandin an der beruflichen Wiedereingliederung des BORA-Programms teilnehmen, um Kompetenzen im Bereich Bewerbung und Jobsuche zu erlangen bzw. aufzufrischen. In diesem Rahmen erfolgt zudem die Erstellung einer Bewerbungsmappe.

Soziale Reintegration

Durch die Aufnahme in unsere Einrichtung erleben die Rehabilitandinnen ein ungewohntes, kleines soziales System, in dem Mitglieder ihrer Subgruppe sich in unterschiedlichen Entwicklungsstadien befinden. Dabei kommt es zu einem Aufbau suchtvermeidender Verhaltensweisen, z. B. dass keine Straftaten mehr begangen werden müssen, um den Drogenkonsum zu finanzieren, so dass die soziale Wiedereingliederung ermöglicht wird. Durch die Auflösung der scheinbaren Unvereinbarkeit der eigenen, aus der Subkultur stammenden Normen mit den gesellschaftlichen Normen entsteht die Fähigkeit, individuelle Wertmaßstäbe zu entwickeln und sich in sozialen Situationen adäquat und autonom zu verhalten.

Fähigkeit zur Selbstreflexion

Durch das soziale Lernfeld „therapeutische Gemeinschaft“ wird der Aufbau der Kompetenz zum kritischen Hinterfragen eigener Lebenssituationen und deren Zustandekommen im Sinne einer konstruktiven Problem- und Zielanalyse gefördert. Demzufolge wird die Fähigkeit zur Introspektion, das heißt, eigene Gefühle, Bedürfnisse und Interessen wahrzunehmen, verbessert.

Es gilt in einem weiteren Schritt, die entsprechenden Realisierungsversuche auf Erfolg und die gefundenen Zielvorstellungen auf Realisierbarkeit selbstkritisch zu überprüfen.

Beziehungs- und Konfliktfähigkeit

Um befriedigende Beziehungen zu leben, bedarf es der Fähigkeit, sich auf andere Menschen einlassen zu können. Nötig hierfür sind die Regulierung von Nähe und Distanz, emotionale Reife, Kompromiss- und Konfliktfähigkeit, verfügen über eine Streitkultur und ein breites Handlungsspektrum.

In unserem Gruppengefüge entstehen zwangsläufig Konflikte, die ein permanentes Lern- und Spannungsfeld zum Erwerb und zur Erprobung dieser Handlungsweisen darstellen.

Krisenbewältigung und Rückfallprävention

Dieses Spannungsfeld beinhaltet auch kritische Situationen im Alltag der therapeutischen Gemeinschaft, in denen jede Rehabilitandin innere Kämpfe, Zweifel und Zuspitzungen erlebt, die konstruktiv durchlebt und begleitet zu einer nachhaltigen persönlichen Festigung führen können. In diesem psychodynamischen Ablauf sind Regeln und ein strukturiertes Tagesgeschehen hilfreich, um mit Verzicht, Bedürfnisaufschub und Frustration umgehen zu lernen, damit der Wille zur Abstinenz Unterstützung erfährt.

Nicht jeder Gedanke an Drogen während und nach der Therapie bedeutet Rückfallgefahr, sondern demonstriert den Umgang mit unangenehmen Gefühlen und zeigt, wie Probleme gelöst und bewältigt werden können.

Lebenslust und Lebensfreude

Am Anfang der stationären Behandlung sehen die Rehabilitandinnen Abstinenz meist nur als etwas, das Verzicht und Entbehrung bedeutet, nachdem die „Freiheit des Drogenlebens“ aufgegeben wurde. Die Frage nach dem Gewinn oder Ausgleich wird erst mit zunehmender Therapiezeit und einem persönlichen Wachstum beantwortbar: Bei steigender Außenorientierung erfährt der Gewinn der Abstinenz neuen Raum. Viel Neues wird möglich durch den Verzicht auf Drogen. „Leben ohne Drogen“ bedeutet „Leben mit ...“. Künftige Lebensinhalte werden immer weniger als beängstigend erlebt. Dieses positive Lebensgefühl und die Freiheit zur Selbstverantwortung setzen die individuelle Selbstheilungsspirale in Gang.

Eigenständige Lebensführung

Die eigenständige Lebensführung beginnt in kleinen Schritten bereits bei Therapieantritt und wird im Rahmen der Patientenselbstverwaltung während der gesamten Therapiezeit kontinuierlich gefördert. Von Anfang an geben wir unseren Rehabilitandinnen bei der Regelung z. B. ihrer behördlichen und finanziellen Angelegenheiten Unterstützung. Das fördert die Alltagskompetenz und führt in der Adaptionsphase zur eigenständigen Versorgung und Haushaltsplanung. Die Wohnungs- und Arbeitssuche sind eine der letzten begleiteten Rehabilitandenaktionen und sie markieren den Übergang in die eigenständige Lebensführung nach der Therapie.

Für die Umsetzung der Therapieziele wie Erreichung und Erhaltung der Abstinenz, die Behebung und/oder den Ausgleich physischer und psychischer Störungen und die möglichst dauerhafte Erhaltung bzw. Erreichung der Eingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft sehen wir die vorgenannten pädagogischen Punkte als günstige Voraussetzung.

3.4. Rehabilitationsdauer

Vorgesehen sind längstens 38 Wochen Therapie. Diese Zeit ist aufgeteilt in maximal 26 Wochen Kerntherapie und bis zu 12 Wochen interne Adaption.

Wir sehen dies als Zeitrahmen an, der sich in gemeinsamer Absprache flexibel den individuellen Therapiezielen anpassen lässt. Therapiezeit soll möglichst aktiv und nutzbringend für die angestrebten Therapieziele der Rehabilitandinnen genutzt werden. Auf diesem Hintergrund macht es wenig Sinn, sich an feste Zeitvorgaben zu halten und die individuelle Verantwortung beziehungsweise den individuellen Prozess für den richtigen Zeitpunkt zur Beendigung der stationären Entwöhnung statisch zu regeln.

Es stehen insgesamt 24 Behandlungsplätze zur Verfügung.

3.5. Individuelle Rehabilitationsplanung

Nach dem Abschluss der Eingangsdiagnostik entwickeln die Bezugstherapeutinnen gemeinsam mit den Rehabilitandinnen den Behandlungsplan, der sich aus der Formulierung genereller, umfassender und langfristiger Ziele und zeitlich näher liegender Zwischenziele zusammensetzt. Diese Therapieziele und der daraus abgeleitete Behandlungsplan werden im Fallteam unter Leitung des Arztes besprochen und abgestimmt. Der Therapieplan enthält modulare Bausteine hinsichtlich Methoden und Maßnahmen zur Erreichung der Ziele.

Die Bezugstherapeutinnen integrieren dabei verantwortlich die fachliche Einbindung der am Behandlungsprozess beteiligten multiprofessionellen Fachkräfte, um die Bora-Empfehlungen der DRV-Bund wie „die Motivation zur Auseinandersetzung hinsichtlich erwerbsbezogener Themen zu fördern, die Leistungsfähigkeit und den Förderbedarf der Rehabilitandinnen zu erhalten und einzuschätzen, eine Abklärung hinsichtlich der Fähigkeiten, Fertigkeiten und der Belastbarkeit vorzunehmen, erwerbsbezogene Förderfaktoren zu stärken, Barrieren im beruflichen Verhalten und Erleben abzubauen und hierbei psychische wie psychomentele Teilhabehindernisse zu berücksichtigen, Einschätzungen der individuellen Vermittlungsmöglichkeiten vorzunehmen sowie Perspektiven zur beruflichen Integration unter Berücksichtigung des aktuellen Arbeitsmarktes zu entwickeln“.

Der Behandlungsplan kann schon zu Beginn über die Behandlung innerhalb eines Behandlungsangebotes hinausreichen und anschließende Behandlungsangebote aus dem Gesamtangebot vorsehen, wenn Diagnostik und Zielsetzung dies nahelegen. Ansonsten sind Diagnostik und Behandlungsplanung als adaptives, den Prozess begleitendes Geschehen zu verstehen und im weiteren Verlauf offen für Modifikation, Änderungen, Reduzierungen und Erweiterungen.

3.6. Rehabilitationsprogramm

Das Rehabilitationsprogramm besteht aus mehreren interdisziplinären Elementen. Hierzu zählen: therapeutische Kleingruppen, Großgruppen, Einzelsitzungen, psychoedukative Gruppen, Achtsamkeitsgruppen, Motivationsgruppen, Rückfallprophylaxetraining, geschlechtsspezifische Gruppen, Akupunktur, Ernährungsberatung, Raucherentwöhnung, Sport und Ergotherapie. Diese

werden von den jeweiligen entsprechenden Berufsgruppen durchgeführt und sind unter 3.7.4 näher beschrieben.

Für einen Überblick über die zeitliche Struktur der Woche wird auf den Wochenplan im Anhang verwiesen.

3.7. Rehabilitationselemente

3.7.1. Aufnahmeverfahren

Der Erstkontakt zu unserer Einrichtung findet in der Regel über die Sozialpädagoginnen der Drogenberatung, Entgiftung, Externen Suchtberatung der JVA's aber auch durch die Rehabilitandinnen selbst, durch Familie, Freunde und Bekannte statt.

Wir bieten allen Interessenten die Möglichkeit unsere Einrichtung unverbindlich zu besuchen, um in einem persönlichen Vorgespräch alle nötigen Informationen aus erster Hand zu erhalten, um letztendlich selbst entscheiden zu können, ob unsere Einrichtung richtig gewählt ist und den eigenen individuellen Bedürfnissen und Therapiezielen gerecht werden kann.

Entscheidet sich die Rehabilitandin für eine Behandlung in unserer Einrichtung, wird ein konkreter Aufnahmetermin abgesprochen und von Seiten der Drogenberaterinnen das nötige Antragsverfahren eingeleitet, die Form der körperlichen Entgiftung abgesprochen und geplant.

Bei Rehabilitandinnen, die sich zur Zeit der Kontaktaufnahme in Haft befinden, sollte das gesamte Bewerbungs- und Aufnahmeverfahren über die externen Drogenberaterinnen abgewickelt werden.

Wir benötigen vorab keine schriftliche Bewerbung und verzichten auch auf einen ausführlichen Suchtverlauf. Beides sind für uns wichtige Bausteine unserer ausführlichen Anamnese innerhalb der ersten Therapiewochen.

Jedem Neuankömmling wird durch die Mitbewohnerinnen das Einleben in der therapeutischen Gemeinschaft und im Tagesablauf sowie das Zurechtfinden mit den Regeln im Zusammenleben erleichtert.

In den ersten Tagen findet eine ausführliche medizinische Aufnahmeuntersuchung und möglichst innerhalb der ersten vier Wochen die sozialpädagogische und psychologische Anamnese und Diagnostik in Form eines strukturierten Interviews statt. Dabei werden Daten zur Basisdokumentation, zur Lebensgeschichte, insbesondere zur Suchtgeschichte, zum familiären Hintergrund, zur Arbeits- und Berufsentwicklung sowie zu aktuellen und überdauernden sozialen, psychischen und leistungsbezogenen Problembereichen (Ist-Zustandsanalyse) erhoben.

Darüber hinaus werden zusammen mit den Rehabilitandinnen erste Veränderungsziele und mögliche Veränderungsschritte erarbeitet, die im weiteren Verlauf der Therapie im Sinne einer fortlaufenden Prozessdiagnostik überprüft und entsprechend angepasst und erweitert werden.

Hierfür werden Therapieverlaufsberichte der Rehabilitandinnen und Therapeutinnen in entsprechenden Fallkonferenzen herangezogen.

3.7.2. Rehabilitationsdiagnostik

Die gesamte Rehabilitationsdiagnostik, die daraus abzuleitende individuelle Therapieplanung und die therapeutische Behandlung in der Einzel- und Gruppentherapie unterliegen dem gesetzlichen Auftrag und damit unserem Ziel, der Wiederherstellung der beruflichen Integration, bzw. der Aufrechterhaltung der Erwerbsfähigkeit unserer Rehabilitandinnen.

Medizinische Diagnostik

Alle Rehabilitandinnen werden vom Arzt in einer ausführlichen Eingangsuntersuchung allgemeinmedizinisch, internistisch sowie neurologisch und psychiatrisch befundet.

Psychische Diagnostik

Zur testdiagnostischen Abklärung der Persönlichkeitsstruktur wird mit jeder Rehabilitandin das „Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar (PSSI)“ von Kuhl und Kazén (2009) innerhalb eines Gruppensettings zu Anfang der Therapie durchgeführt. Bei Bedarf und Anzeichen einer Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitätsstörung im Erwachsenenalter wird das „Diagnostische Interview für ADHS im Erwachsenenalter (DIVA)“ von Kooij und Francken (2010) für die Abklärung im Verlauf der Therapie herangezogen. Beide Verfahren werden einmalig und unter Betreuung eines qualifizierten Mitarbeiters durchgeführt. Zur Erfassung depressiver Symptome wird bei begründetem Verdacht auf das „Beck-Depressions-Inventar“ von Beck, Ward, Mendelson, Mock und Erbaugh (1961) zurückgegriffen. Dieses kann im Verlauf der Rehabilitation bei Bedarf wiederholt werden.

Weitere Testverfahren zur psychischen Diagnostik werden ausschließlich bei hinreichender Indikation durchgeführt. Die Ergebnisse werden mit dem Klienten besprochen und in Einzel- als auch Gruppensettings ausreichend bearbeitet.

Sportspezifische Diagnostik

Da die Klienten mit sehr unterschiedlichen sportlichen Erfahrungen und Leistungsniveaus kommen, gibt es die Möglichkeit aus zwei Testverfahren eines zu wählen um den Anfangs-Ist-Stand festzustellen. Die Testung umfasst Elemente aus Kraft, Ausdauer, Koordination und Stabilität. Am Ende der Reha wird der Test wiederholt. Aus den Ergebnissen und Wünschen des Rehabilitanden ergeben sich ein Sportplan und individuelle sportliche Zielsetzungen.

Ergotherapeutische Diagnostik

Die Rehabilitandinnen bekommen in der ersten Woche einen Infobogen, den sie innerhalb 7 Tagen ausfüllen und bei der Ergotherapeutin abgeben. Dieser Infobogen ist angelehnt an die Suchtanamnese aus dem Buch Ergotherapie mit suchtkranken Menschen (Quelle: 1. Auflage 2005, Schulz-Kirchner Verlag; Autor: Regine Wilms) und befasst sich mit verschiedenen Bereichen, wie z.B. Fragen zur Person, Schul-/Berufsausbildung, Beruflicher Werdegang, Kompetenzen/Fähigkeiten, Hobbies. Aus diesen Informationen heraus werden dann die allgemeinen und individuellen ergotherapeutischen Ziele entwickelt und mit jeder einzelnen Person besprochen.

Diagnostik bezüglich BORA-Programm

Die Rehabilitandinnen durchlaufen bevor sie an BORA teilnehmen ein Screeningverfahren, das sog. Würzburger Screening. Dadurch wird festgestellt, wer geeignet oder nicht geeignet ist für BORA. Das Screeningverfahren ist Aufgabe der Ergotherapeutin.

3.7.3. Medizinische Therapie

Unsere Rehabilitationseinrichtung steht unter ärztlicher Verantwortung und Leitung. Wöchentlich finden mehrere Visiten und Sprechstunden der psychiatrischen und allgemeinmedizinischen Fachbereiche statt. Für weitere medizinische Abklärungen stehen uns alle Fachbereiche per Kooperation zur Verfügung, sowie ein permanenter ärztlicher Bereitschaftsdienst. Einmal pro Woche ist eine medizinische Fallbesprechung mit dem therapeutischen Team anberaunt.

In der klinischen Anamnese sind die familiären Belastungsfaktoren und die medizinische Eigenanamnese Grundlage. Des Weiteren werden aktuelle Beschwerden, funktionelle Einschränkungen sowie vorangegangene medizinische Therapien und Befunde erfasst.

Zusätzlich zur Eingangsuntersuchung werden die Rehabilitandinnen bei Bedarf wöchentlich beim Arzt zur medizinischen Kontrolluntersuchung angemeldet. Eine routinemäßige Laboruntersuchung ist obligatorisch. Besondere Aufmerksamkeit kommt den immer häufiger auftretenden begleitenden psychiatrischen Erkrankungen zu. Mit den meisten der vermittelnden Kliniken ist besprochen, schon während der stationären Entgiftung die Rehabilitandinnen auf eine eventuell vorliegende psychiatrische Begleiterkrankung hin zu untersuchen und eine medizinische Behandlung einzuleiten.

Bei vorliegender Hepatitis C werden die Transaminasenwerte in regelmäßigen Abständen kontrolliert. Sollte eine fachärztliche Weiterbehandlung indiziert sein, erfolgt die Überweisung zu entsprechenden Kolleginnen. Bei Beendigung des Reha-Aufenthaltes wird die Rehabilitandin generell dem Arzt zu einer Abschlussuntersuchung vorgestellt. Wichtig dabei ist die Diagnostik und eine Dokumentation des medizinischen Rehabilitationsverlaufes sowie abschließend eine sozialmedizinische Epikrise und Leistungsbeurteilung.

Das Team ist in diesen Bereich fortwährend eingebunden und wird vom ärztlichen Leiter informiert und beraten.

3.7.4. Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche und andere Gruppenangebote

In der zuvor beschriebenen Aufnahme- und Anfangsphase haben die Neuankömmlinge Gelegenheit, sich im Haus und im Therapiealltag einzuleben. Diese ist Teil der eigentlichen Kerntherapiezeit mit Gruppen- und Einzelgesprächen. Weitere Bausteine in dieser sechsmonatigen Therapiephase sind die Großgruppe mit allen Bewohnerinnen und Mitarbeiterinnen, Ergo- und Sporttherapie, Ernährungsberatung, geschlechtsspezifische Gruppen sowie Familiengespräche, Selbsthilfegruppen. Durchgängig ist dabei auch die ärztliche Behandlung und Verlaufskontrolle.

Arbeitserprobung und die Beteiligung an den üblichen Arbeiten im Haus und die Sozialberatung sowie begleitete und selbstgestaltete Freizeitaktivitäten sind ebenfalls Bestandteile dieser Phase.

Einzelgespräche

Für Einzelgespräche stehen jeder Rehabilitandin alle entsprechend ausgebildeten Psychologen und Sozialpädagogen zur Verfügung. Einmal pro Woche sind sie für 60 Minuten vorgesehen. Bei Mehrbedarf und entsprechender Indikation können zusätzliche Gespräche stattfinden.

Durch diesen Rahmen entsteht für die Rehabilitandinnen jeweils im Laufe ihrer Therapie ein spezifisches Angebot an Einzelgesprächen. Manche machen bei einem festen Therapeuten fast ihre gesamte Therapiezeit über regelmäßig einmal in der Woche ein Einzelgespräch. Manche besprechen einzelne, sie sehr bewegende Themen auch mit anderen Teammitgliedern.

Die Erfahrungen der letzten Jahre haben gezeigt, wie wichtig die Erreichbarkeit des therapeutischen Teams für Rehabilitandinnen und der Aufbau tragfähiger Beziehungen zu mindestens einem Teammitglied und zu anderen Rehabilitandinnen ist. Dies gilt vor allem für den Beginn des Aufenthaltes. In dieser Zeit entstehen erste Gespräche im Rahmen der Anamnese der verschiedenen Berufsgruppen, die im weiteren Verlauf des Aufenthaltes meistens ausgebaut werden. Darüber hinaus sind die vielen informellen Kontaktmöglichkeiten sehr bedeutsam für diesen Beziehungsaufbau.

Therapeutische Kleingruppe

Die therapeutische Kleingruppe findet zweimal wöchentlich statt. Sie wird von zwei Bezugstherapeutinnen, der Berufsgruppen Psychologie und Sozialpädagogik mit Zusatzqualifikation wie Master in Suchthilfen oder Approbation etc. geleitet und besteht aus maximal acht bis zehn Gruppenmitgliedern. Am Mittwoch werden dabei Themen der Rehabilitandinnen besprochen und Freitag wird das anstehende Wochenende vorbesprochen. Jede Sitzung dauert 60 bzw. 90 Minuten. Darüber hinaus hat jede Kleingruppe bei Bedarf intensivtherapeutische, eintägige Sitzungen (mit drei Arbeitseinheiten von je 90 Minuten Dauer).

Großgruppe

Die Großgruppe findet Montag um 9.30 Uhr statt. Sie ist die Zusammenkunft von Therapeutinnen aller Berufsgruppen und allen Rehabilitandinnen, die sich in der Kerntherapiezeit befinden (die ersten 6 Monate der Therapie). Mitglieder der Adaptionsphase (die letzten drei Therapiemonate) nehmen bei Bedarf oder nach eigenem Wunsch teil.

Die Großgruppe dient der Information und Absprache untereinander, soweit dies in der Wochenplanung meist ohne Teampräsenz nicht bereits geschehen ist. Es besteht die Möglichkeit Konflikte, die sich im kleinen Rahmen nicht befriedigend lösen lassen, mit Hilfe aller anwesenden Personen zu klären. Hier ist auch Gelegenheit für einzelne und die ganze Gruppe über das derzeitige Zusammenleben zu reflektieren, Dinge, die Unzufriedenheit auslösen zu verändern, eingefahrene Funktionen einzelner innerhalb der Gruppe zu hinterfragen und wenn notwendig, andere Gruppenstrukturen zu initiieren.

Geschlechtsspezifische Angebote

Einmal wöchentlich nimmt jede Rehabilitandin an der einstündigen Männer- bzw. Frauengruppe teil. Diese Gruppen sind therapeutisch (psychologisch, sozialtherapeutisch) angeleitet. Auch hier entscheiden in erster Linie die Rehabilitandinnen selbst, welche Themen sie in der Männer- bzw. Frauenrunde besprechen möchten.

Familien-/Partnergespräche

Es werden therapeutisch begleitete Angehörigengespräche von Psychologen und Sozialpädagogen mit Zusatzqualifikation angeboten. Wir bieten für alle Rehabilitandinnen ein möglichst frühes Einbeziehen wichtiger Angehöriger in die Therapie an. Dabei ist eine individuelle Anpassung an die Gegebenheiten im jeweiligen Bezugssystem sinnvoll. Pro Rehabilitandin ist mindestens ein Gespräch in der Therapiezeit vorgesehen.

Selbsthilfegruppen

Der zentrale Begriff Selbsthilfe findet hier im Alltag in verschiedenen Formen statt. Die Selbsthilfe beginnt bei den täglichen Zusammenkünften, findet in den Einzelgesprächen, Sondergruppen, Kleingruppen, Frauen- und Männergruppen etc. statt. Diese neu erlernten Erfahrungen des sich gegenseitig Helfenkönnens sind für die Rehabilitandinnen ein entscheidender Schlüssel und somit die Grundlage für einen wichtigen und wertvollen Prozess, die Entwicklung von Vertrauen und gegenseitiger Unterstützung. Dabei lernen und erproben die Bewohner Zuhören und Verständnis.

Die Selbsthilfegruppen können im Therapiealltag, in der Freizeit im Haus oder außerhalb nach Bedarf stattfinden.

Des Weiteren treffen sich in unserer Einrichtung zweimal pro Woche abends externe Selbsthilfegruppen der Narcotic Anonymus, an denen unsere Rehabilitandinnen teilnehmen können.

Motivationsgruppe

Zusätzlich zu den Kleingruppen wird einmal wöchentlich eine Motivationsgruppe für alle neuen Rehabilitandinnen angeboten. Dies ist eine fortlaufende Gruppe mit drei festen sowie einem flexiblen Termin. In jeweils einstündigen Treffen werden die Themen Therapiealltag, Hausregeln, Suchtverlauf und Zielsetzung mit unterschiedlichen Materialien und Übungen bearbeitet. Ziel ist es, den Einstieg in den therapeutischen Alltag zu erleichtern, erste Erkenntnisse über seine Krankheitsgeschichte zu erlangen und die allgemeine Therapiemotivation zu steigern. Der Einstieg in die Gruppe ist jederzeit möglich. Die Durchführung erfolgt bereichsübergreifend, d. h. zusammen mit dem ambulanten Zentrum in unserem Haus.

Edukative Gruppen unterschiedlicher Krankheitsbilder

Ziel der edukativen Gruppen ist es, den Rehabilitandinnen ihre zusätzlichen Krankheitsbilder zu erklären und diese mit ihnen zusammen auch hinsichtlich der Suchterkrankung zu reflektieren. Dafür sind für jedes Krankheitsbild zwei hintereinander folgende, jeweils einstündige Termine

vorgesehen. Im ersten Termin wird das jeweilige Krankheitsbild genauer beleuchtet und in Zusammenhang mit der Sucht gebracht, im zweiten Termin soll ein persönlicher Bezug zur eigenen Krankheitsgeschichte hergestellt werden. Behandelt werden die narzisstische, die emotional-instabile und die dissoziale Persönlichkeitsstörung sowie die Schmerzstörung, psychotische Störung, Depression, Angststörung, ADHS und Traumata. Die Auswahl der teilnehmenden Rehabilitandinnen erfolgt auf Grundlage der ersichtlichen Verhaltensmuster und der Ergebnisse des PSSI (s. unter Diagnostik). Die Durchführung erfolgt ebenfalls bereichsübergreifend, zusammen mit dem ambulanten Zentrum in unserem Haus.

3.7.5. Arbeitsbezogene Interventionen

Im Rahmen der stationären medizinischen Rehabilitation sind alle Leistungen auf die Minderung oder Beseitigung von Krankheit und mitbedingenden Faktoren hin ausgerichtet, um das übergeordnete Rehabilitationsziel „Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit“ zu erreichen. Da bei Substanzmittelabhängigen (und insbesondere Drogenabhängigen) auf Grund ihrer besonderen Lebensumstände die Erwerbsfähigkeit in der Regel in hohem Maße beeinträchtigt ist, waren arbeitsbezogene Maßnahmen immer schon in besonderer Weise ein fester Bestandteil der Therapie.

Aus dieser Notwendigkeit heraus wurde bei Kompass übergreifend für die stationären Rehaeinrichtungen ein BORA-Konzept (Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker) erstellt, welches diesen Ansatz theoretisch und praktisch begleitet.

Zielgruppe

Zielgruppen sind Rehabilitanden mit besonderen erwerbsbezogenen Problemlagen. Diese äußern sich unter anderem durch

- lange beziehungsweise häufige Fehlzeiten,
- eine negative subjektive Prognose hinsichtlich der eigenen beruflichen Zukunft,
- drohenden Arbeitsplatzverlust,
- Arbeitslosigkeit,
- eine sozialmedizinische Notwendigkeit der beruflichen Veränderungen.

Der BORA Schulung ist für Rehabilitanden, die in die Zielgruppe fallen Pflicht und gehört fest mit zum Therapieprogramm der Einrichtungen.

Ablauf/ Inhalte

Der BORA Kurs besteht aus 6 Terminen á 7 Stunden pro Tag, die auf drei nicht zusammenhängenden Wochen aufgeteilt sind. Geleitet wird dieser Kurs von einem ausgebildeten Jobcoach vom Berufs Bildungszentrum Augsburg (BBZ).

In diesen Schulungen geht es um Motivationsförderung und Selbstmanagement, Beratung und Entwicklung zu einer beruflichen Perspektive und einer Berufsklärung, sowie einem sozialen Kompetenztraining in der Gruppe, EDV Grundlagen und Bewerbungstraining. Darüber hinaus werden die Praktikumssuche und die Grundlagen eines Bewerbungsgespräches angeleitet, mit dem Ziel einen Praktikumsbereich zu finden und letztendlich ein Praktikum durchzuführen.

Ziel:

Am Ende dieses Kurses haben die Rehabilitandinnen eine persönliche Schulung hinsichtlich ihrer Erwerbsfähigkeit erhalten und eine vollständige Bewerbungsmappe, die auf einem USB Stick gespeichert und ausgehändigt werden, inkl. ihrer persönlichen Bewerbungsfotos digital und im Papierformat. Eine weitere Zielsetzung ist, dass die Rehabilitandinnen ein Praktikum absolviert oder einen Praktikumsplatz oder sogar eine Arbeitsstelle haben, die sie nach dieser Schulung, bzw. der Therapie antreten können.

Das Konzept zur beruflichen Wiedereingliederung im Rahmen der medizinischen Rehabilitation besteht sowohl aus internen, externen und modularen Leistungen, welche im Rahmen der Schulungen, der Kreativ-, Arbeits- und Ergotherapie erbracht werden. Ebenso werden zusammen mit dem Rehabilitandinnen auf dem Weg zurück in das Berufsleben in allen therapeutischen Fachbereichen Perspektiven zur Erwerbstätigkeit erarbeitet.

Ergotherapeutisches Angebot:

- stützende und strukturierende Techniken handwerklicher Art, z. B. Speckstein, Peddigrohr, Holzarbeiten etc.
- kreatives freies Gestalten, z. B. Seidenmalerei, Keilrahmarbeiten etc.
- lebenspraktische Übungen (ADL), z. B. Einkaufstraining, Zimmerreinigung, Diskotheken- und Stadionbesuch (Fußball/ Eishockey) etc.
- Angebote und Anregungen zur selbstständigen Freizeitgestaltung, z. B. Ausflüge, Hobbyfindung, auch in Verbindung mit unserem Sportlehrer
- Hirnleistungstraining, z. B. Rommé, Kreuzworträtsel etc.
- Realitätsorientierte Trainingsangebote
 - intern: Bürokommunikation (Empfang), Hauswirtschaft (Küche), Hausmeister.
 - extern: Praktikum in verschiedenen Bereichen möglich.

Darüber hinaus werden in der Ergotherapie hausinterne individuelle Arbeitsprojekte initiiert, geplant, durchgeführt, mit jeweiligen Besprechungen zum Stand der Entwicklungen und nach Abschluss der Arbeiten mit Auswertungen und Reflexion begleitet. In der Regel sind das alltagspraktische handwerkliche Tätigkeiten wie Malern, Renovieren oder sonstige praktische Tätigkeiten in der Einrichtung, manchmal auch Projekte im Rahmen interner Veränderungen. Wichtige Kriterien sind dabei Budget-, Material- und Zeitplanung.

Zielsetzung

Individuelle Ziele:

- Kontakt- und Kommunikationsfähigkeit fördern
- Freizeitgestaltung in Verbindung mit Sport
- Ausdrucksfähigkeit durch schöpferisches Gestalten verbessern
- Förderung von Kreativität und Phantasie
- Erweiterung der Unabhängigkeit im Denken und Handeln, um mehr Offenheit für eigene und fremde Gefühle zu bekommen
- Vermitteln kreativer Techniken als Möglichkeit seine Freizeit zu strukturieren, Hobbyfindung

- Wiedereingliederung auf den ersten Arbeitsmarkt (Praktikum, Ausbildung, Job) in Verbindung mit BORA

Allgemeine Ziele zur Verbesserung und Erhalt von:

- Grundarbeitsfähigkeiten, z. B. Belastbarkeit, Antrieb, Tagesstruktur, Ausdauer, Durchhaltevermögen
- Wahrnehmungsleistungen
- Kognitive Fähigkeiten, z. B. Gedächtnis, Merkfähigkeit, Konzentration
- Sozioemotionalen Kompetenzen
- Funktionen und Fähigkeiten für eine selbständige Lebensführung, z. B. Haushaltsführung, Einkauf, Tagesstruktur
- Psychische Stabilität und Selbstvertrauen, Realitätsbezug mit Selbsteinschätzung
- Emotionale Ausdrucksfähigkeiten, verbal und nonverbal
- Sensomotorische Fähigkeiten, z. B. Grob- und Feinmotorik, Geschicklichkeit und körperliche Belastbarkeit

Im Rahmen der hauswirtschaftlichen Tätigkeiten werden die Rehabilitanden immer für vier Wochen eingeteilt, um in den Reinigungs-, Küchen-, Empfangs- oder Hausmeisterbereichen Erfahrungen zu sammeln und auch die entsprechende Rückmeldung zu erhalten. Die Arbeitstherapie im Bereich der Hauswirtschaft wird von unserer Hauswirtschafterin angeleitet. Im Rahmen der internen Selbstverwaltung sind immer zwei Rehabilitandinnen in der Regel für mehrere Wochen als Bindeglied zwischen Team und Patientinnen verantwortlich für die abendliche Befindlichkeitsrunde, die Erstellung des Tagesplanes und die Besprechung dessen in der morgendlichen Team-Übergabe. Diese Aufgabe wird sehr intensiv begleitet und reflektiert, da die beiden im Zusammenspiel und im Kontext mit der Rehabilitandinnengruppe zum einen eine steuernde Funktion haben, zum anderen sich auch auseinandersetzen müssen hinsichtlich ihrer Aufgabe und Stellung gegenüber dem Team. Durch die Auswertung der internen arbeitstherapeutischen und ergotherapeutischen Tätigkeiten werden die geschulten Basiskompetenzen im Anschluss in konkrete Maßnahmen auch im Rahmen der BORA-Kurse hinsichtlich einer Praktikumssuche und der Umsetzung eines Praktikums geführt.

3.7.6. Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungstechniken

Zu Beginn der Reha Maßnahme wird zur Feststellung der sportlichen Interessen, des gesundheitlichen Zustandes und der eigenen Erfahrungen mit sportlicher Betätigung ein Anamnesegespräch mit dem Sporttherapeuten geführt. Es werden zusätzliche sportliche Ziele besprochen und festgelegt.

Des Weiteren finden innerhalb der Woche mindestens 3 Gruppensportangebote spielerischer Art (Ball sport, Mannschaftssport) und mindestens 3 x angeleitetes Krafttraining statt.

Ebenso sind regelmäßige erlebnispädagogische Projekte und Wanderungen fester Bestandteil der Therapie.

3.7.7. Freizeitangebote

Freizeitgestaltung – individuell / in der Gruppe

Da bedingt durch den Drogenkonsum eine sinnvolle Freizeitgestaltung oft nicht mehr bzw. nur noch eingeschränkt stattgefunden hat, erscheint es uns in diesem Zusammenhang sinnvoll, regelmäßig Ideen zur Freizeitgestaltung in die Planung einzubringen bzw. Aktionen mit erlebnispädagogischem Charakter z. B. Radtouren, Wanderungen/Bergtouren, Skifahren unter Anleitung zu initiieren.

Dabei ist es möglich seine Freizeit innerhalb des Hauses zu verbringen (Sauna, Fitness, Tischtennis, Gesellschaftsspiele, Lesen, Fernsehen usw.) oder externe Angebote in Augsburg zu nutzen (Fitness-Studios, Sportvereine, Cafes, Geschäfte, Besuch von kulturellen Veranstaltungen usw.). Zu eigenständigen sportlichen Gruppenaktivitäten steht einmal wöchentlich eine Sporthalle zur Verfügung.

Freizeitgestaltung ist in Anlehnung an den realen Arbeitsalltag nach Abschluss der Maßnahme, nach dem täglichen Therapieprogramm ab 17.00 Uhr vorgesehen. Freizeitgestaltung außer Haus wird besprochen, so dass ein individueller Wochenplan entsteht, der auch mit den sonstigen therapeutischen Gegebenheiten im Einklang steht.

a) individuelle Freizeitgestaltung

Eine individuelle, aktive Freizeitgestaltung unter Nutzung sportlicher, kultureller und anderer entspannender Freizeitangebote ist möglich und ein wichtiger Bestandteil des Therapieprogramms. Wir verstehen diesen als therapeutisch orientierten Erfahrungsraum, um soziale Fähigkeiten zu erproben, eigene Fähigkeiten zu entdecken (z. B. Kreativität), das körperliche Wohlbefinden zu steigern (z. B. durch sportliche Aktivitäten) und sich gezielt Möglichkeiten der Entspannung zu verschaffen.

b) Erleben in der Gruppe - gemeinsame Aktivitäten

Durch die Durchführung und Gestaltung von Gruppenaktivitäten soll versucht werden, neue, positive Werte und Erfahrungen zu sammeln. Ziel ist hierbei auch, dass diese neuen, spielerisch und in der Freizeit erlernten Fähigkeiten für funktionierendes, menschliches Zusammenleben in den Alltag integriert werden können. Beispielsweise kann man durch die Teilnahme an einem Kletterkurs in der Gruppe erlernen, Verantwortungsgefühl für andere Mitmenschen zu entwickeln, da dies eine unabdingbare Grundvoraussetzung bedeutet, damit Vertrauen untereinander entstehen kann. Des Weiteren kann durch gezielt gesundheitsförderliche Maßnahmen, die in der Gruppe durchgeführt werden, ein Austausch von positiven Erfahrungen angeregt werden. Weitere, denkbare positive Effekte sind:

- Wecken von Interesse für bestimmte Aktivitäten und eventueller Ausbau; auch für die Zeit nach Therapieende.
- Über die Interessen die eigene Kreativität initialisieren lernen.
- Selbstwertgefühl steigern. Keine Idee ist von vornherein gut oder schlecht, jeder hat die Berechtigung, seine Ideen einzubringen, da diese an sich wertfrei bleiben sollen.
- Nebenbei dient die entspannte und offene Atmosphäre auch einer Verbesserung der Qualität der therapeutischen Beziehung. Auf dieser Ebene haben brisante und

problembesetzte Themen der Rehabilitandinnen ebenso ihren Platz und können unter veränderten und gelockerten Rahmenbedingungen bearbeitet werden.

3.7.8. Sozialdienst

Zu den Aufgaben der Sozialberatung zählt das Angebot der Beratung und Information in allen sozialdienstlichen Angelegenheiten.

Dieses Angebot erstreckt sich auf:

- Familie (Unterhalt, Versicherungen etc.)
- Finanzen (Schuldenregulierung, Therapienebenkosten etc.)
- Beruf (Ausbildung, Umschulung etc.)
- Sozialbehörden (Leistungsträger, Arbeitsamt, Sozialamt etc.)
- Justizbehörden (Meldepflicht § 35 BtMG, offene Strafverfahren etc.)
- Gesundheit (Krankenkassen)

Die Aufgaben der Sozialberatung übernehmen die beiden Sozialdienstmitarbeiter in Zusammenarbeit und Absprache mit den Verwaltungsangestellten.

Die konkreten Maßnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung im Sinne einer ersten Orientierung und Belastungserprobung finden in Form von zwei Praktika von je ein bis zwei Wochen im Rahmen der Adaptionsbehandlung statt.

Die Vorbereitung von ambulanter Nachsorge und betreutem Wohnen wird im Team ungefähr nach 2/3 der Behandlungsdauer thematisiert. Es wird individuell auf die Bedürfnisse des Rehabilitandinnen angepasst, eine Empfehlung ausgesprochen und wenn gewünscht die entsprechende Maßnahme beantragt.

Es besteht ein enger Kontakt und gute Zusammenarbeit zur Selbsthilfegruppe der Narcotics Anonymous, die zweimal pro Woche in den Räumen von Kompass City ein je 90 minütiges Meeting veranstalten.

3.7.9. Ernährung und Diätassistenz, Gesundheitsbildung – Akupunktur, Rauchfrei-Programm

Der Therapiebereich Ernährung und Diätassistenz umfasst im Allgemeinen sowohl praktische Übungen als auch das Vermitteln von theoretischem Wissen rund um das Thema Essen und Gesundheit. Das übergeordnete Ziel lautet hierbei, das Verständnis des Zusammenhangs zwischen Nahrungsaufnahme und körperlichem und geistigem Befinden.

Im hauswirtschaftlichen Bereich lernen die Klientinnen, wie sie sich selbst (auch in der Zeit nach der Therapie) und Andere (Gemeinschaftsverpflegung in der Einrichtung oder Angehörige z.B. Kinder) mit einer bedarfsdeckenden Ernährung versorgen können.

Voraussetzung dafür ist das vorausschauende Planen der Speisen und Mahlzeiten (Speiseplanerstellung unter Berücksichtigung verschiedener Kostformen) und das kostengünstige Besorgen der benötigten Lebensmittel (Einkaufslisten und Bestellung beim Großhändler). Diese organisatorischen Fähigkeiten erlernen sie sowohl durch praktisches Training (z. B. begleiteter Gang zum Supermarkt, Rezeptbeschaffung und –anpassung), als auch

durch Schulungen z. B. zum Thema Verkaufstricks, Verhinderung von Lebensmittelverschwendung. Auch die richtige Lagerhaltung spielt dabei eine wichtige Rolle. Das strukturierte und saubere Arbeiten in der Küche zur Zubereitung der Speisen wird in Lehrküchenveranstaltungen und Hygieneschulungen gelehrt und erprobt. Auch beim Reinigen des Küchen- und Speisesaalbereichs bekommen die Klientinnen Anleitung und Hilfestellung. Bei der gemeinsamen Einnahme der Mahlzeiten wird Wert auf Tischmanieren gelegt.

Jede Einzelne bekommt eine umfassende Schulung in der Gruppe über die Grundlagen der Ernährungslehre. Diese umfasst den Energiebedarf des Menschen, den Bedarf an Makro- und Mikronährstoffen und deren empfohlene Relation. Die daraus resultierenden Empfehlungen für eine vollwertige Ernährung werden anhand der „Lebensmittelpyramide“ und der „10-Regeln-der-DGE“ besprochen.

Darüber hinaus finden Gruppenstunden zu aktuellen Themen statt z. B. Versteckter Alkohol in Lebensmitteln, Energydrinks, stimmungsbeeinflussende Ernährung,

Ohrakupunktur nach dem NADA-Protokoll

NADA ist eine in vielen Ländern tätige gemeinnützige Organisation (National Acupuncture Detoxification Association), die sich zum Ziel gesetzt hat, ein wirkungsvolles, akupunkturgestütztes Behandlungskonzept für Menschen mit Alkohol-, Drogen- und Medikamentenproblemen und psychischen Erkrankungen anzubieten.

- hilft, mit Stress und Ängsten besser klar zu kommen
- stabilisiert körperlich und seelisch
- verbessert die Konzentration
- vermindert Ängstlichkeit
- fördert den natürlichen Schlafrhythmus,

Suchtmittelabhängige hilft es „trocken/clean“ zu bleiben, da es das Suchtverlangen erheblich reduziert!

Unser gemeinsames Ziel:

- Erreichbarkeit der Rehabilitandinnen, dass Investition in Gesundheit lohnt. Sie aus ihrer Opferhaltung begleiten, hin zu eigenverantwortlichem und gesundheitsförderlichem Denken und Handeln.
- Jedem Hilfe zur Selbsthilfe anbieten können und das
- Bewusstsein für Gesundheit wecken und entwickeln.
- Kompetenzstärkung durch mehrdimensionale Sicht von Gesundheit um eine tiefere Einsicht in die menschliche Natur zu erlangen.
- Höheres Maß an Selbstbestimmung über Gesundheit durch positive Veränderung und ein an Wachstum orientiertem Leben.
- Aktives Mitwirken an der Wiederherstellung, dem Erhalt und der Förderung von Gesundheit.

Rauchfrei-Programm

Das Konzept bzw. die Durchführung des Rauchfrei-Programms bei kompass.City basiert auf der einwöchigen Fortbildung und den Unterlagen des IFT-München. Das Konzept wurde 1970 mit dem Namen „Eine Chance für Raucher - Nichtraucher in 10 Wochen“ durch das MPI München (Prof. JC Brengelmann) für die BZgA entworfen. Seit 1990 wird es vom IFT München betreut. 2003/4 war die letzte Evaluation. 2005-2007 wurde dann das Rauchfrei Programm entwickelt.

Es gibt zu Anfang eine verpflichtende Informationsveranstaltung zu der alle neuen Rehabilitandinnen gehen müssen. Dort wird das Programm vorgestellt und erste Informationen zum Rauchen weitergegeben.

Danach beginnt der Kurs mit den Freiwilligen, die sich dazu gemeldet haben. Er besteht aus sechs Einheiten á 1,5 Stunden und zwei Motivationstreffen, die je nach Teilnehmerzahl unterschiedlich lang sind (ab 15 Minuten).

Der vom IFT vorgegeben und durchgeführte Ablauf des Kurses ist:

Vorbereitung (auf den Rauchstopp) mit folgenden Themen:

Ambivalenz des Rauchers, Denkfehler und Alternativen, Rauchstopp.

Ein Motivations- und Feedbacktreffen findet 2 - 3 Tage nach Rauchstoppstatt.

Themen zur Stabilisierung:

Umgang mit Risiken, Identität als rauchfreie Person, Rückschau und Vorschau.

Ein erneutes Motivations- und Feedbacktreffen 2 - 3 Tage nach Stabilisierung beschließt das Rauchfrei-Programm.

3.7.10. Angehörigenarbeit

Familien-/Partnergespräche

Im Laufe der Zeit haben wir festgestellt, dass Unsicherheit und Ängste in Bezug auf intensive therapeutische Familien-/Partnergespräche von Seiten der Rehabilitandinnen als auch der Angehörigen zu Widerstand gegen gemeinsame Gespräche mit Therapeutinnen führen. Außerdem hat nicht jeder Rehabilitand oder dessen Partner oder Familie das Bedürfnis zu einem therapeutischen Gespräch.

Trotzdem ist es uns wichtig, die Bezugspersonen unserer Rehabilitandinnen kennen zu lernen. Aus diesem gegenseitigen Kennenlernen entstehen meist hilfreiche Impulse oder neue Sichtweisen der Beziehungsdynamik. Auch die Angehörigen der Rehabilitandinnen haben in der Regel ein Bedürfnis nach Kontakt zu den Therapeutinnen, haben viele Fragen bezüglich der Therapie und der Suchtkrankheit und wünschen vor allem Information und Hilfe. Deshalb sind wir dazu übergegangen, Angehörige und Partner unverbindlich zu Kennenlerngesprächen einzuladen. Die Einladung kann von den Rehabilitandinnen, von den Partnern oder Angehörigen, aber auch von den Therapeutinnen ausgesprochen werden. Daraus kann sich dann ein weiterer fortlaufender Kontakt entwickeln, der vom sporadischen Telefonkontakt bis zur intensiven therapeutischen Begleitung gehen kann.

Werden weitere therapeutische Gespräche vereinbart, ist es wichtig, dass die Rehabilitandinnen sich auf diese Besuche vorbereiten und sich überlegen, welche Themen mit der Familie oder der Partnerin anstehen. Eine vorherige Bearbeitung in der Kleingruppe oder im therapeutischen Einzelgespräch bringt dabei meist mehr Ruhe, Sicherheit und Tiefe für das Familien-/Partnergespräch. Häufig sind die Vorstellungen von Familien-/Partnergesprächen aufgrund der Vergangenheit und der Suchtproblematik sehr festgefahren und polarisiert. Die veränderte Umgebung der Therapieeinrichtung und die erste persönliche Entwicklungsschritte der Rehabilitandinnen bewirken häufig eine neue Gesprächsbasis. Die Therapeutinnen übernehmen dabei eine Moderationsleitung und können beiden Parteien beim gegenseitigen Verstehen und Zuhören behilflich sein.

3.7.11. Rückfallmanagement

Die therapeutische Praxis bei kompass.City hat gezeigt, dass es im Verlauf eines Ausstiegsprozesses zu Rückschlägen und Rückfällen kommen kann. Im Rahmen unseres Rückfallkonzeptes wollen wir diese Erfahrung konstruktiv in den Therapieverlauf integrieren.

Rückfall ist ein Symptom der Suchtkrankheit und bietet im Rahmen des therapeutischen Prozesses die Chance, noch vorhandene blinde Flecken, Schwachstellen und Ursachen der Suchterkrankung zu erkennen. Unser Ansatz beinhaltet, die jeweils individuellen Hintergründe eines Rückfalls aufzudecken. Mit jedem Rückfall besteht die Chance alte Muster zu erkennen und neue Verhaltensweisen zu erlernen. Für die meisten Rehabilitandinnen ist dies eine ganz neue Herangehensweise.

Maßnahmen der Rückfallvorbeugung

Als wichtigste Maßnahme zur Rückfallvorbeugung nehmen alle Patientinnen während ihrer Behandlung bei kompass.City an einem Rückfallprophylaxetraining nach Klos & Görgen in Form eines regelmäßigen Gruppenangebots teil. Die Gruppe findet zweimal wöchentlich in halboffener Form an 17 Terminen und kleingruppenübergreifend statt.

Grundsätzlich bemüht sich das Team um die Schaffung einer Atmosphäre des Vertrauens durch die Enttabuisierung des Themas Suchtdruck. Die Patientinnen werden durch das Team zur Benennung von Suchtverlangen und Drogengedanken ermutigt. Abhängig von der Dauer des Aufenthalts und des Therapiestandes finden bei der Äußerung von Suchtdruck nicht automatisch Maßnahmen zur Vermeidung von Gefahrensituationen statt. So werden die Patientinnen in der Eigenverantwortung im Umgang mit Verlangenssituationen gestärkt, wenn sie aller Voraussicht nach zu einer Bewältigung der Situation ohne Rückfall fähig sind. Am Anfang der Behandlungsmaßnahme und bei instabilen Patientinnen steht jedoch der beschützende Aspekt durch die Vermeidung der Risikosituation im Vordergrund, da hier eine Exposition eher die Wahrscheinlichkeit des Konsums erhöhen würde.

Auch das System der Hauspaten soll zur Stärkung der Verantwortungsübernahme bei der Vermeidung von Rückfällen beitragen.

Maßnahmen zur Rückfallerkennung (regelmäßige Alkoholkontrolle, Medikamenten- und Drogenscreenings):

Alle Patientinnen von kompass.City werden in regelmäßigen, aber auch in unregelmäßigen und somit nicht vorsehbaren Abständen durch Atemalkohol- und Urinkontrollen auf die Einnahme von Suchtmitteln kontrolliert. Auch können Patientinnen jederzeit Teammitglieder benachrichtigen, wenn sie einen Konsumverdacht bei Mitpatientinnen haben.

Umgang mit Rückfall und Krisen

Es wird darauf hingewiesen, dass im Sinne der Fürsorgepflicht und der therapeutischen Verantwortung im Falle eines Rückfalls individuell entschieden werden muss.

Zum Erhalt der Gruppenatmosphäre darf zugleich ein Rückfall nicht als „Normalfall“ ermöglicht werden.

Eine Arbeit mit Rückfall wird daher in „begründeten Einzelfällen“ unter Berücksichtigung der Umstände und der aktuellen Gruppensituation befürwortet. Grundlage für die Entscheidung muss daher immer der Erhalt einer positiven Gruppenatmosphäre, also die prinzipielle Drogenfreiheit des Hauses, sein.

Eine Arbeit mit Rückfall widerspricht damit nicht der Einrichtungskonzeption.

Ablaufverfahren:

- a) Gespräch mit der Person: Focus auf Klärung oben genannter Punkte und auf die Umstände bzw. Voraussetzungen des Rückfalls: Gesprächsleitfaden (im easyQM)
- b) Sofern den Umständen nach vertretbar, ist zur Wahrung der Alkohol- und Drogenfreiheit des Hauses bei aktuellem Rückfall eine Beurlaubung bis zum nächsten Tag/Werktag 11 Uhr (oder nach individueller Vereinbarung) durchführbar.

Im Notfall oder bei Verdacht eines bevorstehenden Notfalls (z. B. Mischintoxikation mit Medikamenteneinnahme) ist die Einweisung in das BKH bzw. die nächste Entgiftung über den Notarzt einzuleiten.

- c) Bei Beurlaubung: Übernachtung in Pension wird empfohlen (evtl. Notschlafstelle). Sofortige Drogen- und Alkoholfreiheit wird eingefordert.
- d) Bei Beurlaubung: Aufklärung über Gefahren einer Überdosierung („Checkliste bei disziplinarischer Entlassung/Beurlaubung“ im easyQM).
- e) Ausschluss von Suizidgefahr und Ausschluss von möglichen späteren Wirkungsweisen der Drogeneinnahme (z. B. verzögerte Wirkung durch orale Einnahme zusätzlich zu Alkoholkonsum).
- f) Motivierendes Gespräch und Aufzeigen von Perspektiven.
- g) Aktennotiz („Aktennotiz bei vorzeitiger Entlassung“ im easyQM).
- h) Zeitnahe Information der Gruppe.
- i1) Bei Beurlaubung: Erscheint die Klientin nicht zu vereinbartem Termin führt dies zur Beendigung der Therapie, disziplinarische Entlassung möglich.

i2) Vorstellung und Beratung im Team.

Bedingungen zur Fortsetzung der Rehabilitation

Voraussetzung für Rückfallarbeit (Richtlinie):

- Aktuelle Gruppensituation steht dem Verbleib nicht entgegen
- Offenheit und Einsicht im Zusammenhang mit dem Rückfall und den Umständen
- Kooperation
- Bereitschaft und Motivation zur aktiven Auseinandersetzung mit Rückfall und zur Fortsetzung der Therapie
- Bisherige Therapiemotivation war zumindest erkennbar
- Resttherapiezeit bzw. Verlängerungsmöglichkeit ausreichend für Rückfallbearbeitung
- Gruppe kann Rückfallarbeit im konkreten Fall mittragen bzw. befürworten

Abbruch/Beendigung der Rehabilitation

Kriterien, die gegen Rückfallarbeit sprechen (Richtlinie):

- Oben genannte Voraussetzungen nicht erfüllt
- Initiator des Rückfalls mehrerer Klientinnen – Gefährdung anderer Klientinnen
- Destruktive, aggressive Haltung
- Rückfall wurde nicht vor der Abgabe der Urin- bzw. Atemkontrolle (UK/AK) offengelegt
- Wer UK/AK fälscht wird disziplinarisch entlassen.

Entscheidungskriterien zur Fortsetzung

Falls das Team von kompass.City die oben genannten Bedingungen/Voraussetzungen für die Rückfallarbeit als gegeben ansieht und sich somit zur Fortsetzung der Rehabilitation entschließt, wird folgender Ablauf als handlungsleitend vorgegeben:

- a) Einzelgespräch.
- b) Klausur der Klientinnen (1 Tag). Aufenthalt im Haus und vorwiegend im Zimmer zur Bearbeitung/Vorbereitung der erteilten Aufgaben. Aussondernder Ausschluss aus der Gruppe wird ausdrücklich nicht gewollt. Eine ausgewählte und sich einverstanden erklärende Mitrehabilitandin ist für die Versorgung des Rückfälligen zuständig (1 Tag). Schwerpunkt liegt allerdings auf Einzelarbeit bzw. „passende“ Gesprächsthemen.
- c) Schriftliche Bearbeitung: Fragen zur „Rückfallbearbeitung“ (im easyQM).
- d) Bearbeitung für die Stellungnahme in der Gruppe“ („Rückfallgruppe“ im easyQM)
- e) Intensiver Kontakt zu Team und Bezugstherapeutin in dieser Zeit.

3.7.12. Weitere Leistungen

Um das Rehabilitationsziel zu erreichen bzw. den Rehabilitationserfolg langfristig zu stabilisieren, können im Anschluss an die Rehabilitation weitere Leistungen erforderlich sein (z. B. Nachsorge oder Adaptionsphase). Hierzu bieten wir auf Grund der guten Vernetzung mit anderen Einrichtungen die Möglichkeit an die Zeit der Kernphase, diese zu verlängern, eine Adaptionsphase mit der Dauer von bis zu drei Monaten anzuschließen oder eine Nachsorgebehandlung einzuleiten. Die Adaptionsphase sowie die Nachsorge können

hausintern oder extern durchgeführt werden. Die weiteren Leistungen werden rechtzeitig unter Einschaltung der Reha-Fachberater der Rentenversicherung oder der zuständigen Agentur für Arbeit eingeleitet und mit dem Rehabilitationsträger abgestimmt. Eine Beantragung findet ab sechs Wochen vor Beendigung der Kernphase statt, sodass ein nahtloser Übergang ohne Verzögerung gewährleistet werden kann.

3.7.13. Verlängerung der Kernphase

Findet eine Verlängerung der Kernphase statt, so durchläuft die Klientin das Therapieprogramm in der Kernphase wie gewohnt weiter. Gründe für eine Verlängerung können u. a. eine individuelle Entwicklungsverzögerung, ein Rückfallgeschehen mit längerer Aufarbeitungszeit oder ein nichterreichen der Therapieziele zum regulären Therapieende sein.

3.7.14. Adaptionphase

Im Anschluss an die Kernphase können Rehabilitandinnen intern in Absprache mit dem zuständigen Rehabilitationsträger in unsere interne Adaptionphase wechseln. Ebenso ist es möglich, Rehabilitandinnen von anderen stationären Kompass Rehabilitationseinrichtungen in unserer Adaptionphase aufzunehmen.

3.7.15. Beendigung der Leistung medizinischer Rehabilitation

Die Vorbereitung der Rehabilitandinnen auf die Entlassung findet im Therapieprozess ab dem vierten Monat statt. Die Orientierung nach Außen wird durch Ausgänge zu Ämtern, Wohnungsbesichtigungen und Praktika in Betrieben therapeutisch begleitet. In den letzten beiden Wochen finden eine Therapieziel-Evaluation, eine Befragung der Rehabilitandinnen und ein Therapieabschlussbericht von Seiten der Rehabilitandinnen statt. Diese werden mit den Rehabilitandinnen im Abschlussgespräch besprochen.

Die Entlassuntersuchung wird sowohl allgemeinmedizinisch als auch psychiatrisch durchgeführt.

Der Entlassungsbericht von Seiten der Bezugstherapeutinnen nach dem Leitfaden der DRV wird zeitnah (innerhalb von zwei Wochen) erstellt.

Die Rehabilitationsmaßnahme kann aus Einrichtungssicht beendet werden, wenn die Rehabilitandinnen

- rückfallrelevante Strategien im Umgang mit Suchtdruck erlernt haben und diese auch größtenteils umsetzen können.
- sich mit der eigenen Suchtentstehung und -entwicklung auseinandergesetzt haben.
- aktiv ihren Therapieprozess sowohl in den Gruppen wie auch in den Einzelgesprächen mitgestaltet haben.
- eine Planung bzgl. der kommenden Wochen erarbeitet haben.
- Sich soweit stabil fühlen um außerhalb der Einrichtung ihren Alltag zu gestalten.

Die Verknüpfung der stationären Rehabilitationsleistung mit medizinischen Nachsorgeleistungen bzw. weiteren Maßnahmen werden im Beendigungsprozess der

Kernphase mit der Klientin besprochen und mögliche Besichtigungstermine oder Probewohnen mit den Netzwerkpartnern vereinbart.

Kriterien für eine vorzeitige Beendigung der Maßnahmen sind:

- Die fehlende Offenheit zur Mitarbeit und im Umgang mit Rückfällen und Suchtdruck
- Der mehrmalige Rückfall ohne Einsicht der Erarbeitung der Kriterien
- Gewaltandrohung und –ausübung gegenüber Mitrehabilitandinnen oder des Personals
- Sexuelle Übergriffe gegenüber Mitrehabilitandinnen oder des Personals
- Häufiger Konsum in der Einrichtung
- Mehrmaliges Verstoßen gegen hausinterne Regeln

4. Personelle Ausstattung

| | |
|---|----------------------|
| Therapeutische-/Einrichtungsleitung, Dipl. Soz. Päd., Familientherapeut | Vollzeit |
| Medizinische Leitung, Psychiater | 12 Std./Woche |
| 1 Allgemeinmediziner | 10 Std./Woche |
| 1 Psychiater | 12 Std./Woche |
| 1 Psychologin (MSc), Psychologische Psychotherapeutin i. A. | Vollzeit |
| 1 Dipl. Sozialpädagogin, MSc Suchthilfen i. A. | Vollzeit |
| 1 Soz. Päd. BA, MSc Suchthilfen i. A. | Vollzeit |
| 1 Soz. Päd. BA, Sozialdienst | Vollzeit |
| 1 Soz. Päd. BA, Akquise | Vollzeit |
| 1 Dipl. Sportlehrer | 20 Std./Woche |
| 1 Ergotherapeutin | Vollzeit |
| 1 Hauswirtschafterin | 24 Std./Woche |
| 1 Diätassistentin | 23 Std./Woche |
| 1 Verwaltungskraft | 20 Std./Woche |
| 1 Verwaltungskraft | 8 Std./Woche |
| 1 Praktikant | Vollzeit |
| 10 Nachtdienste | geringf. beschäftigt |
| 1 BfD | Vollzeit |

5. Räumliche Gestaltung

Die Rehabilitandinnen bewohnen für 26 bis 38 Wochen ein nach der Jahrhundertwende erbautes Jugendstilhaus. Dieses Gebäude wurde wie bereits erwähnt 1998 nach unseren Bedürfnissen und Wünschen umgebaut, saniert und neu ausgestattet. Die Rehabilitandinnen bewohnen Einzel-, vorwiegend Doppel- und ein Dreibettzimmer mit Dusche, WC, Waschbecken. Weiter verfügen wir über eine abgeschlossene Vier-Zimmer-Wohnung für unsere interne Adaption mit separater Küche, Wohn-/Esszimmer sowie einem eigenen Badezimmer.

Alle Zimmer können als individueller Rückzugsraum genutzt werden, d. h. es sind in allen Zimmern ausreichend Sitzgelegenheiten vorhanden.

Es stehen folgende Gemeinschaftsräume zur Verfügung: Speisesaal, Wohnzimmer, Fernsehraum, mehrere Gruppenräume, Hauswirtschaftsraum, Großküche, Multifunktionsraum, Sauna mit Ruheraum und Fitnessbereich.

Für die Mitarbeiterinnen des stationären Bereichs stehen im fünften und sechsten Stock insgesamt elf Büros mit vernetzten PC-Arbeitsplätzen zur Verfügung.

6. Kooperation und Vernetzung

Durch die Trägerschaft der Kompass Drogenhilfe GmbH sind alle Kompasseinrichtungen Mitglied im Wohlfahrtsverband DPWV, im Fachverband Drogen und Suchtmittel e.V., und im Bundesverband stationärer und ambulanter Suchttherapieeinrichtungen buss.

Die Einrichtungen sind vernetzt in regionalen und überregionalen Gremien und Arbeitskreisen.

Besondere Kooperationen bestehen mit den Arztpraxen unserer Mediziner, den zuständigen Kostenträgern, den entsprechenden Suchtberatungsstellen, Entgiftungsstationen in den BKH's, externen Suchtberatern der JVA's, unseren Partnerfirmen innerhalb der Lehmbaugruppe und weiteren Einrichtungen der Suchthilfe sowie alle Beteiligten im Behandlungsprozess, wie z. B. Jobcenter, Agentur für Arbeit etc.

7. Maßnahmen der Qualitätssicherung

Entsprechend dem ehemaligen § 20 SGB IX verfügen wir im Kompass Verbund zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Leistungen einrichtungsübergreifend ein Qualitätsmanagementsystem mit vergleichenden Qualitätsanalysen, wodurch die Qualität der Versorgung unserer Rehabilitandinnen gewährleistet und kontinuierlich verbessert wird. Wir haben in jeder Einrichtung eine Qualitätsbeauftragte vor Ort und zentralen QMB. In diesem Zusammenspiel des Systems sind wir an der Reha-Qualitätssicherung der Kostenträger beteiligt. Darüber hinaus sind wir durch die regelmäßig stattfindenden Zertifizierungsaudits durch ein unabhängiges externes Institut und mindestens einmal jährlich durchgeführtes internes System- und Prozessaudit zertifiziert.

Das letzte Zertifizierungsaudit nach QMS-Reha (Version 3.0) war im Januar 2018 und wurde für kompass.City positiv beschieden.

8. Kommunikationsstruktur, Klinik und Therapieorganisation

Im Team der festangestellten Mitarbeiterinnen sind verschiedene Professionen (Sozialpädagoginnen, Psychologin, Arzthelferin, Ärzte, Diätassistentin, Hauswirtschafterin, Sportlehrer) und verschiedene therapeutische Schulen vertreten.

Genauso wichtig wie diese professionellen Kompetenzen sind die persönlichen Kompetenzen aufgrund verschiedener Lebenserfahrung, unterschiedlicher familiärer Hintergründe, persönlicher Eigenschaften und auch kultureller Abstammung. Dass in der Teamarbeit und in den Begegnungen mit Rehabilitandinnen ein Miteinander dieser verschiedenen Kompetenzen, ein konstruktiver Austausch zwischen ihnen statt ein Diskurs um „richtig oder falsch“, keine Aufspaltung in „gut und böse“ entstehen kann, dafür tragen alle Mitarbeiterinnen miteinander Sorge.

Dies gelingt in erster Linie durch die offene Auseinandersetzung im Team und mit den Rehabilitandinnen, so dass diese eine möglichst breite Meinungsvielfalt sowie ein breites Handlungsspektrum erleben können und dass sie die Erfahrung machen, dass sie es nicht mit einheitlich handelnden und sprechenden Therapeutinnen zu tun haben, sondern mit Menschen, die ihre persönlichen und professionellen Erfahrungen ihnen und sich gegenseitig zur Verfügung stellen.

So entstand in den vergangenen Jahren ein Arbeitsklima im Team, das Teamarbeit mit gegenseitiger Unterstützung, klaren Arbeitsaufteilungen, Förderung der Weiterentwicklung beruflicher Kompetenzen und Offenheit zur Auseinandersetzung sowie Transparenz gegenüber Rehabilitandinnen ermöglicht hat.

Schwerpunkt der Teamarbeit unter ärztlicher Gesamtverantwortung ist die Beratung und Begleitung der Rehabilitandinnen im Hause sowie der Rehabilitandinnen, die ihre Therapie bei kompass.City bereits beendet haben. Das konstruktive Miteinander im Team hat positive Effekte auf das Miteinander in der Gruppe der Rehabilitandinnen.

Die Struktur dieser Teamarbeit besteht aus der Gesamtleitung, der medizinischen Leitung und den therapeutischen Mitarbeiterinnen, in die auch alle weiteren Mitarbeiter einbezogen und informiert werden. Dies wird in wöchentlich stattfindenden Teamsitzungen und Fallbesprechungen unter ärztlicher Leitung organisiert. Monatlich finden Supervisionen statt und Qualitätsmanagementbesprechungen auf Leitungsebene, um konzeptionelle Entwicklungen, Besonderheiten und Ideen der Therapeuten aufzunehmen und in unser QM-System und den Alltag einzuarbeiten. Weiter gibt es vierteljährlich kollegial-fachliche Arbeitsgespräche mit der Geschäftsführung und dem ärztlichen Gesamtleiter zum Austausch und zur Entwicklung der Einrichtung, über die die Mitarbeiter informiert und einbezogen werden. Alle Gespräche werden entsprechend des QM-Systems dokumentiert.

Alle Angaben unserer Rehabilitandinnen unterliegen dem Datenschutz. Für die Arbeit in der Einrichtung gelten die Regelungen des Datenschutzgesetzes. Kontrolliert und überwacht werden diese von der Leitung und dem zentralen Datenschutzbeauftragten der Lehmbaugruppe. Die Mitarbeiterinnen unterliegen der Schweigepflicht und haben ein Zeugnisverweigerungsrecht.

9. Notfallmanagement

Das Vorgehen bei Arbeitsunfällen und medizinischen Notfällen, sowie die Verhaltensregeln bei Amok und der Umgang mit unseren hausinternen Notrufmeldern sind in zentralen Verfahrensanweisungen der Kompass Drogenhilfe genau geregelt und beschrieben. Für medizinische Notfälle steht in der Einrichtung ein Defibrillator, mehrere Beatmungsbeutel, Intubationsbesteck sowie ein Notfallkoffer zur Verfügung.

kompass.City verfügt über zwei ausgebildete Ersthelfer, deren Ausbildung alle zwei Jahre aufgefrischt wird. Zudem gibt es in der Einrichtung einen Brandhelfer und einen Sicherheitsbeauftragten, die beide entsprechend geschult sind und Unterweisungen in Notfallplanung und Brandschutz für alle Mitarbeiterinnen durchführen. Fachkräfte für Arbeitssicherheit und Datenschutz sind einrichtungsübergreifend über die Kompass Drogenhilfe auch für unsere Fachklinik zuständig.

10. Fortbildung

Die Mitarbeiterinnen nehmen an internen sowie externen Fortbildungen teil. Eine kompass-interne Fortbildung findet alle 3 Monate zu unterschiedlichen Themen im therapeutischen oder medizinischen Bereich statt. Durch die regelmäßig stattfindenden Mitarbeitergespräche werden individuelle Fort- und Weiterbildungsbedarfe erhoben und in die Wege geleitet.

11. Supervision

Jeden Monat findet eine zweistündige Teamsupervision unter Anleitung einer externen Supervisorin statt, in der sowohl allgemeine die Haussituation betreffende als auch teaminterne Prozesse bearbeitet werden. Zudem kann die Supervision zur vertieften Betrachtung und Reflexion bestimmter Behandlungsfälle genutzt werden.

Weiter findet wöchentlich eine Fallbesprechung unter ärztlicher Leitung statt.

12. Anhängende Dokumente

Hausordnung

Grundsätze

Therapievertrag

Wochenplan

BORA-Kurzkonzept

13. Literaturverzeichnis

Antonovsky, A., Franke A. (Hrsg.), Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit, Tübingen, Dgvt-Verlag, 1997

Bäuerle, D., Suchtgefahren und –Probleme aus psychologischer und pädagogischer Sicht in: Knapp, R, Vorbeugung gegenüber Suchtgefahren, Neuwied, Luchterhand, 1996

Batra, A., Buchkremer, G., Nichtraucher! Erfolgreich aussteigen in sechs Schritten, Stuttgart, Kohlhammer, 2006

Batra, A., Buchkremer, G., Tabakentwöhnung. Ein Leitfaden für Therapeuten, Stuttgart, Kohlhammer, 2004

Baudis, R., Psychotherapie von Sucht und Drogenabhängigkeit oder Der goldene Vogel, Rudersberg, Verl. f. Psychologie, Sozialarbeit u. Sucht, 1994

Baudis, R. (Hrsg.), Nach Gesundheit in der Krankheit suchen – Neue Wege in der Sucht- und Drogentherapie, Rudersberg, Verl. f. Psychologie, Sozialarbeit u. Sucht, 1997

Benjamin, L. S., Die Interpersonelle Diagnose und Behandlung von Persönlichkeitsstörungen, München, CIP-Medien, 2001

Benjamin, L. S., Interpersonal reconstructive therapy: promoting change in nonresponders, New York, Guilford, 2003

Bohus, M., Borderline-Störung, Göttingen, Hogrefe, 2002

Bowlby, J., Bindung, Frankfurt, Fischer, 1975

Bröhmer, H., Stationäre Suchttherapie im Spannungsfeld – Aspekte der Beziehungen zwischen Hilfeinrichtungen und zwischen Drogentherapeuten und Abhängigen, in: Nowak, M. / Schifman, R. / et al. (Hrsg.), Drogensucht, Entstehungsbedingungen und therapeutische Praxis, Stuttgart, Schattauer, 1994

Bossong, H., Gözl, J. / et al. (Hrsg.), Leitfaden Drogen Therapie, Frankfurt/Main, Campus, 1997

Chopich, E., Paul, M., Aussöhnung mit dem inneren Kind, Freiburg, Bauer, 1996

Chopich, E., Paul, M., Das Arbeitsbuch zur Aussöhnung mit dem inneren Kind, Freiburg, Bauer, 1994

Comer, R. J., Klinische Psychologie, Heidelberg, Spektrum Akademischer Verlag, 1995

Cording, C., Fleischmann, H., Klein, H. E. (Hrsg.), Qualitätssicherung in der Suchttherapie, Die Entzugsbehandlung von Drogenabhängigen im psychiatrischen Krankenhaus, Freiburg, Lambertus, 1995

Davison, C., Neale, J.M., Klinische Psychologie, Weinheim, Beltz, Psychologie Verlags Union, 1996

Eckhardt, A., Im Krieg mit dem Körper, Hamburg, rororo, 1994

Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.), Qualitätsmanagement in der Entwöhnungsbehandlung, Anregungen für die Praxis

Fett, A. (Hrsg.), Männer – Frauen – Süchte, Freiburg, Lambertus, 1996

Fiedler, P., Integrative Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen, Göttingen, Hogrefe, 2000

Franke, P., Schildberg, F., Gruppentherapie zur Abstinenz- und Motivationsstärkung bei Opiatabhängigen Patienten (GAMOA), Tübingen, dgvt, 2004

Frankl, V., Ärztliche Seelsorge, Frankfurt/Main, Fischer Tb, 1995

Grawe, K., Neuropsychotherapie, Göttingen, Hogrefe, 2004

Grawe, K., Psychologische Therapie, Göttingen, Hogrefe, 2000

Grawe, K., Psychotherapie im Wandel, Göttingen, Hogrefe, 2001

Gron, E., Vorbeugung und Sozialberatung aus medizinischer Sicht, in: Knapp, R. (Hrsg.), Vorbeugung gegenüber Suchtgefahren, Neuwied, Luchterhand, 1996

Grossmann, K., Grossmann, K. E., Bindungen – das Gefüge psychischer Sicherheit, Stuttgart, Klett-Cotta, 2004

Grubitzsch, S., Rexilius, G. (Hrsg.), Psychologische Grundbegriffe, Hamburg, rowohlt's enzyklopädie, 1981

Hartmann-Kottek-Schroeder, L., Gestalttherapie in: Seifert, T. / Waiblinger, A. (Hrsg.), Therapie und Selbsterfahrung, Einblick in die wichtigsten Methoden, Stuttgart, Kreuz-Verlag, 1986

- Holler, I.**, Trainingsbuch Gewaltfreie Kommunikation, Paderborn, Junfermann, 2006
- Holler, I., Heim, V.**, Konfliktkiste. Konflikte erfolgreich lösen mit der Gewaltfreien Kommunikation, Paderborn, Junfermann, 2004
- Huber, M.**, Trauma und die Folgen, Paderborn, Junfermann, 2003
- Huber, M.**, Wege der Traumabehandlung, Paderborn, Junfermann, 2003
- Huber, M.**, Der innere Garten, Paderborn, Junfermann, 2005
- Hupperts, W., Schinzler, E.**, Grundformen der Pädagogik, Eine Einführung für sozialpädagogische Berufe, München, Bardtenschlager, 1983
- Kabat-Zinn, J.**, Gesund durch Meditation, Frankfurt a. M., Fischer, 2006
- Knapp, R.** (Hrsg.), Vorbeugung gegenüber Suchtgefahren, Neuwied, Luchterhand, 1996
- Körkel, J., Schindler, C.**, Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen. Das strukturierte Trainingsprogramm S.T.A.R., Berlin, Springer, 2003
- Kriz, J.**, Grundkonzepte der Psychotherapie, München, PsychologieVerlagsUnion, 1989
- Kröger, C. B., Lohmann, B.**, Tabakkonsum und Tabakabhängigkeit, Göttingen, Hogrefe, 2007
- Linden, M., Hautzinger, M.**, Verhaltenstherapiemanual, Heidelberg, Springer, 2005 (5.Aufl, überarb.)
- Linehan, M. M.**, Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung, München, CIP-Medien, 1996
- Linehan, M. M.**, Trainingsmanual zur Dialektisch-Behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung, München, CIP-Medien, 1996
- Lippmann, E. D.**, Drogenabhängigkeit, Familientherapie und Prävention, Heidelberg, Springer, 1990
- Lorenz, R.**, Salutogenese, München, Ernst Reinhardt Verlag, 2005
- Marlatt, G. A.**, a cognitive-behavioral model of the relapse process. In: Krasnegor, N. (Hrsg.), Behavioral analysis and treatment of substance abuse. Natl Inst Drug Abuse Res Monogr Ser 25, 1979
- Miller, W. R., Rollnick, S.**, Motivierende Gesprächsführung, Freiburg, Lambertus, 2004
- Nowak, M., Schiffman, R.** et al. (Hrsg.), Drogensucht, Entstehungsbedingungen und therapeutische Praxis, Stuttgart, Schattauer, 1994
- Perls, F. S., Hefferline, R. F., Goodman, P.**, Gestalttherapie, Grundlagen, Stuttgart, dtv/Klett-Cotta, 1979

- Perls, F.**, Grundlagen der Gestalt-Therapie, Einführung und Sitzungsprotokolle, München, Pfeiffer, 1992
- Polster, E., Polster, M.**, Gestalttherapie, Theorie und Praxis der integrativen Gestalttherapie, Frankfurt a. M., Fischer, 1987
- Reddemann, L.**, Imagination als heilsame Kraft, Stuttgart, Pfeiffer bei Klett-Cotta, 2001
- Reddemann, L.**, Psychodynamische Imaginative Traumatherapie. PITT – Das Manual, Stuttgart, Pfeiffer bei Klett-Cotta, 2004
- Roek de, B.-P.**, Gras unter meinen Füßen, Eine ungewöhnliche Einführung in die Gestalttherapie, Hamburg, Reinbek, 1985
- Rosenberg, M. B.**, Gewaltfreie Kommunikation, Paderborn, Junfermann, 2005
- Sachsse, U.**, Traumazentrierte Psychotherapie, Stuttgart, Schattauer, 2004
- Schaltenbrand, J.** (Hrsg.), Familienorientierte Drogenarbeit, Berichte aus der Praxis, Heidelberg, Asanger, 1992
- Schlippe von, A.**, Familientherapie im Überblick, Basiskonzepte, Formen, Anwendungsmöglichkeiten, Paderborn, Junfermann, 1987
- Schmidbauer, W., vom Scheidt, J.**, Handbuch der Rauschdrogen, Frankfurt, Fischer, 1989
- Schmidt, L. G., Gastpar, M. , et. al. (Hrsg.)**, Evidenzbasierte Suchtmedizin, Köln, Deutscher Ärzteverlag, 2006
- Schmitz, B., Schuhler, P., et. al.**, Kognitive Verhaltenstherapie bei Persönlichkeitsstörungen und unflexiblen Persönlichkeitsstilen, Paderborn, Pabst Science Publishers, 2001
- Schwehm, H.**, Psychosoziale Aspekte von Sucht, in: Nowak, M. / Schifmann, R. et al. (Hrsg.), Drogensucht, Stuttgart, Schattauer, 1994
- Schwertl, W., Emlein, G. et al.** (Hrsg.), Sucht in systemischer Perspektive, Theorie, Forschung, Praxis, Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, 1998
- Schramme T.**, Patienten und Personen, Frankfurt, Fischer, 2000
- Seifert, T., Waiblinger, A.** (Hrsg.), Therapie und Selbsterfahrung, Einblick in die wichtigsten Methoden, Stuttgart, Kreuz-Verlag, 1986
- Tretter, F. , Müller, A.**, Psychologische Therapie der Sucht, Göttingen, Hogrefe-Verlag, 2001
- Uchtenhagen, A., Zieglgänsberger, W.**, Suchtmedizin, München-Jena, Urban und Fischer, 2000
- Vogt, I., Winkler, K.** (Hrsg.), Beratung süchtiger Frauen, Konzepte und Methoden, Freiburg, Lambertus, 1996
- Yalom, I. D.**, Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie, Ein Lehrbuch, München, Pfeiffer, 1989

Young, E. J., Klosko, J. S., Weishaar, M. E., Schematherapie, Paderborn, Junfermann, 2005

Young, E. J., Klosko, J. S., Weishaar, M. E., Sein Leben neu erfinden: Wie Sie Lebensfallen meistern. Den Teufelskreis selbstschädigenden Verhaltens durchbrechen, Paderborn, Junfermann, 2008

Zinker, J., Gestalttherapie als kreativer Prozeß, Paderborn, Junfermann, 1982

