

Therapiekonzept



Friedrich-
Petersen-
Klinik
Rostock

Fachklinik für
Abhängigkeitserkrankungen



Name der Einrichtung

Friedrich-Petersen-Klinik
Fachklinik für Abhängigkeitserkrankungen
Sammelweisstraße 2
18059 Rostock
Telefon 03 81-40 34-100
Telefax 03 81-40 34-101
info@friedrich-petersen-klinik.de
www.friedrich-petersen-klinik.de

Zertifiziert nach **DIN EN ISO 9001:2008**

Träger

Evangelische Suchtkrankenhilfe Mecklenburg-Vorpommern gGmbH
Körnerstraße 7
19055 Schwerin

Konzept

Chefarzt Dr. med. M. Köhnke
FA für Psychiatrie und Psychotherapie
michael.koehnke@friedrich-petersen-klinik.de

Inhalt

	Seite
1. Die Friedrich-Petersen-Klinik Rostock	4
1.1. Allgemeines, Geschichte und Trägerschaft	4
1.2. Standort	5
1.3. Indikation und Behandlungsdauer	5
1.4. Unterbringung	6
1.5. Verpflegung	7
1.6. Umgang mit Tabakkonsum	7
2. Krankheitsverständnis	8
2.1. Biochemische und genetische Aspekte	8
2.2. Konfliktbezogene Ursachen	8
2.3. Persönlichkeitsbezogene Ursachen	9
2.4. Psychiatrische Erkrankungen	10
2.5. Soziokulturelle Ursachen	11
2.6. Eine Besonderheit: der Rückfall	11
3. Grundprinzipien der Therapie	12
3.1. Der integrative Ansatz	12
3.2. Das Behandlungsnetzwerk	12
3.3. Das Bezugsgruppenprinzip	13
4. Behandlungsprogramm	15
4.1. Einzelpsychotherapie	15
4.2. Gruppenpsychotherapie	15
4.3. Verhaltenstherapie und Soziales Kompetenztraining	17
4.4. Psychoedukative Therapie	17
4.5. Sozialtherapie	18
4.6. Ergotherapie	18
4.6.1. Gestaltungstherapie	18
4.6.2. Arbeitstherapie	19
- Arbeitstherapie im Außen- und Gartenbereich und Renovierung	19
- Arbeitstherapie in der Holzwerkstatt	19
- Arbeitstherapie in der Metallwerkstatt	20
- Arbeitstherapie im Bereich Hauswirtschaft	20
- Computertraining	20
4.6.3. Eine Besonderheit: Die Projektwoche	20

4.7. Körpertherapie	21
- Kommunikative Bewegungstherapie	21
- Sporttherapie	21
- Schwimmtherapie	22
- Entspannungstherapie	22
- Wirbelsäulengymnastik	22
- Sauna	22
- Allgemeiner Breitensport und Freizeitsport	23
- Indikativgruppe Nordic Walking	23
4.8. Mediatives Malen	23
4.9. Kognitives Training	23
4.10. Erlebnis- und Freizeittherapie	23
4.11. Medizinisch-somatische Behandlung	23
4.12. Notfallmanagement/medizinische Betreuung	24
5. Möglichkeiten der Therapie in der Friedrich-Petersen-Klinik	25
5.1. Vollstationäre Entwöhnungsbehandlung von Alkohol und/oder Medikamenten	25
5.2. Tiefenpsychologisch-integrative Psychotherapie (TIP) in geschlossener Gruppe	25
5.3. Ganztägig ambulante Behandlung	26
5.4. Festigungstherapie	27
5.5. Kombinationsbehandlung für Abhängigkeitserkrankungen in Norddeutschland "Kombi-Nord"	27
- Indikationen	28
- Kontraindikationen	29
- Behandlungsrahmen in der Friedrich-Petersen-Klinik	29
- Behandlungsplanung Kombi-Nord	29
- Therapeutisches Vorgehen	30
- Modul der vollstationären Rehabilitationsbehandlung im Rahmen des Kombi-Nord Projektes in der Friedrich-Petersen-Klinik	30
- Teilnahme an der Aufnahmegruppe	31
- Teilnahme an der geschlossenen Gruppe	31
- Modul der ganztägig ambulanten Rehabilitationsbehandlung (tagesklinische Behandlung) im Rahmen der Kombinationsbehandlung für Abhängigkeitserkrankungen in Norddeutschland "Kombi-Nord" in der Friedrich-Petersen-Klinik	32
- Hausordnung	32
- Ergo- und Arbeitstherapie	32
- Dokumentation und Berichterstattung	33
- Sondermodule	33
- Übergabegespräch	33
- Ablaufcontrolling	33
- Qualitätszirkel	34
- Belastungserprobung für die ambulante Therapie („BEAT“)	34
- Strukturelle Umsetzung der Kombinationsbehandlung für Abhängigkeitserkrankungen in Norddeutschland "Kombi-Nord"	34
- Abschließende Bemerkung	35

6.	Spezielle Therapieaspekte	36
6.1.	Die indikative Gruppe „Angst und Phobie“	36
6.2.	Indikative Gruppe „Kognitive Verhaltenstherapie bei Depression und Sucht“	36
6.3.	Indikativgruppe „Stressbewältigung“	37
6.4.	Initiativgruppe „Frauengruppe“	37
6.5.	Ernährungsschulung und –beratung/Lehrküche	39
6.6.	Nichtrauchertraining	39
6.7.	Angehörigenarbeit	39
6.8.	Die Hausordnung	40
	Literaturliste	41

Anhang

- Therapieplan Gruppe 1 (Aufnahmegruppe)
- Therapieplan Gruppe 2 (Therapiegruppe)
- Therapieplan TIP (Aufnahmephase)
- Therapieplan TIP (Arbeitsphase)

1. Die Friedrich-Petersen-Klinik

1.1. Allgemeines, Geschichte und Trägerschaft

Die Friedrich-Petersen-Klinik bietet seit 1998 in modernen attraktiven Gebäuden in der naturnahen Südstadt Rostocks ihren Patienten die Möglichkeit zu einer erfolgreichen rehabilitativen Entwöhnungsbehandlung von Alkohol-, Medikamenten- und anderen Süchten aus dem legalen Spektrum. Die Suchttherapie der Friedrich-Petersen-Klinik kann auf eine große Tradition zurückgreifen: 1988 wurde die Fachklinik für Abhängigkeitserkrankungen Rostock-Kassebohm gegründet. Ab 1990 gehörte die Klinik zum Medizinischen Zentrum Mitte und wurde später dem Südstadtklinikum angegliedert. Ab dem 01.03.1998 wechselte die Trägerschaft der Fachklinik zur Evangelischen Suchtkrankenhilfe Mecklenburg-Vorpommern gGmbH – die Friedrich-Petersen-Klinik entstand in den neu erbauten Gebäuden in der Rostocker Südstadt.

Mit der Evangelischen Suchtkrankenhilfe Mecklenburg-Vorpommern befindet sich die Klinik seitdem unter einem Träger, der auf eine lange Tradition und Erfahrung in der Suchtkrankenhilfe zurückgreifen kann und sich verantwortlich für verschiedene Einrichtungen der Therapie von Abhängigkeitserkrankungen in Mecklenburg-Vorpommern zeichnet. Einer der Wegbereiter evangelischer Gefährdetenhilfe war Friedrich Petersen, welcher sich Ende des 19., Anfang des 20. Jahrhunderts in Mecklenburg in der Inneren Mission um suchtkranke Menschen kümmerte und deren Betreuung organisierte. Die Evangelische Suchtkrankenhilfe Mecklenburg-Vorpommern gGmbH betreibt heute viele Therapieeinrichtungen zur Behandlung von abhängigkeitskranken Menschen.

Die Friedrich-Petersen-Klinik findet sich in engem fachlichen Verbund mit den Psychiatrischen Kliniken und Allgemeinkrankenhäusern in der Region, die Entgiftungen anbieten, mit den Suchtberatungsstellen der Region, den Schwerpunktpraxen, den Nachsorgeeinrichtungen und Adaptionseinrichtungen der Region, so dass durch die enge Verbundarbeit ein kontinuierlicher Therapieprozess für die Patienten auf dem Weg in eine möglichst dauerhafte Abstinenz gewährleistet ist.

Der federführende Rehabilitationsträger ist die Deutsche Rentenversicherung Nord. Auch andere Rentenversicherungsträger wie die Knappschaft Bahn / See und andere regionale Rentenversicherungsträger der DRV belegen die Friedrich-Petersen-Klinik. Mit den gesetzlichen Krankenkassen besteht ein Versorgungsvertrag gemäß § 111 SGB V, so dass Patienten, die nicht in den Zuständigkeitskreis der DRV gehören, in der Friedrich-Petersen-Klinik regelmäßig behandelt werden. Die Versicherten der DRV Bund können nach einer positiven Einzelfallentscheidung in die Friedrich-Petersen-Klinik aufgenommen werden. Dementsprechend orientiert sich die Therapie der Friedrich-Petersen-Klinik an den Rahmenvorgaben der o. g. Kostenträger. Die Therapie wird in Einklang mit dem evidenzbasierten Therapiemodul (ETM) der Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit der Deutschen Rentenversicherung vom 02.06.2010 durchgeführt (siehe auch <http://www.deutsche-rentenversicherung.de/>).

Mit der Therapie in der Friedrich-Petersen-Klinik werden verschiedene Ziele verfolgt. Ein Hauptziel ist eine möglichst lange und zufriedene Abstinenz. Ebenso halten wir es für wichtig, dass die Patienten der Friedrich-Petersen-Klinik nach der Behandlung wieder integriert im sozialen Umfeld am Wohnort sind und nach Möglichkeit wieder die Voraussetzungen haben um am beruflichen Alltag teilzunehmen. Die Abhängigkeit wird in der Friedrich-Petersen-Klinik mit einem biopsychosozialen Ansatz therapiert, der neben der Abstinenz die soziale Integration zum Ziel hat, ausgedrückt auch mit den Worten der „Partizipation“ oder „Teilhabe“. Da es bei dem teilhabeorientierten Behandlungsansatz der Klinik nicht nur um die Therapie einer Erkrankung geht, sondern darüber hinaus auch die individuelle Funktionsfähigkeit im Fokus steht, stützen wir unsere Diagnostik nicht nur auf die Internationale Klassifikation der Erkrankungen (ICD 10) sondern auch auf die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF), die ein biopsychosoziales Modell der Komponenten der Gesundheit beschreibt.

Im Rahmen der Qualitätssicherungsprogramme der Rentenversicherungsträger und im Rahmen eigener Untersuchungen (Katamnese), werden regelmäßig Überprüfungen durchgeführt, in wie weit die Ziele unserer funktionsorientierten und teilhabeorientierten Therapie nachhaltig erreicht werden.

1.2. Standort

Die Friedrich-Petersen-Klinik liegt unmittelbar am südlichen Stadtrand der Hansestadt Rostock. Die Klinik befindet sich in einer sehr naturnahen, ruhigen Umgebung. Diese ruhige Lage verbindet sich ideal mit der sehr schnellen Erreichbarkeit des Stadtzentrums von Rostock, durch öffentliche Verkehrsmittel. Haltestellen der Straßenbahn befinden sich in unmittelbarer Nähe, der Hauptbahnhof ist zu Fuß in ca. 10 bis 15 min gut zu erreichen. Für das Notfallmanagement ist entscheidend, dass mehrere Rettungsleitstellen in der Rostocker Innenstadt, also in unmittelbarer Nähe, vorhanden sind. Das Südstadtklinikum Rostock, das ebenfalls eine Rettungsleitstelle sogar mit Rettungshubschrauber beherbergt und eine intensivmedizinische Betreuung gewährleistet, befindet sich in 1.500 m Entfernung, also unmittelbar in der Nachbarschaft. Zu den ebenfalls notfallmedizinisch arbeitenden Einrichtungen der Universitätsklinik Rostock sind es lediglich ca. 3.500 m Entfernung. Ebenfalls verfügt die Südstadt Rostock über eine Anzahl von niedergelassenen Fachärzten der verschiedenen Disziplinen, so dass bei gegebener Indikation unsere Patienten jederzeit schnell und komplikationslos einer fachärztlichen Behandlung ohne große Wegestrecke zugeleitet werden können.

Die wissenschaftliche Anbindung der Friedrich-Petersen-Klinik an die Universitätsklinik Rostock ist ein weiterer Standortvorteil. Die Hansestadt Rostock, als größte Stadt des Bundeslandes Mecklenburg-Vorpommern, bietet zudem eine ausgezeichnete Infrastruktur und ist touristisch außerordentlich attraktiv. Das maritime Ostseeklima bietet zudem Vorteile für vielerlei allergische und dermatologische Erkrankungen (z. B. Psoriasis). Die Friedrich-Petersen-Klinik ist auch mit dem Pkw nach ca. 10 Autominuten von der Autobahn 20 (Ausfahrt Rostock Süd) komplikationslos zu erreichen.

1.3. Indikation und Behandlungsdauer

In der Friedrich-Petersen-Klinik werden Frauen und Männer ab dem 18. Lebensjahr mit Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit behandelt. In Einzelfällen werden bei entsprechender Zustimmung durch den gesetzlichen Vertreter Patienten unter 18 Jahren aufgenommen. Da eine Vielzahl von Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen auch unter anderen psychischen Erkrankungen oder Problemen leidet, ist das Therapiekonzept der Friedrich-Petersen-Klinik auch auf die Behandlung von psychiatrischen Erkrankungen eingestellt. So finden sich Elemente in der regulären Einzel- und Gruppentherapie, es gibt spezielle Indikative Gruppen und eine psychiatrisch- psychopharmakologische Sprechstunde. Da viele der abhängigen Patienten auch deutliche körperliche Probleme aufweisen, wird diesem Problem mit einer täglichen allgemeinmedizinischen Sprechstunde in der Friedrich-Petersen-Klinik Rechnung getragen.

Die Behandlung in der Friedrich-Petersen-Klinik dauert in der Regel 12 Wochen und kann in begründeten Fällen verlängert werden.

Für einige Patienten besteht nach entsprechender Beantragung und Bewilligung die Möglichkeit, sich in der Friedrich-Petersen-Klinik mit der 52-wöchigen Therapie im Rahmen der Kombinationsbehandlung für Abhängigkeitserkrankungen in Norddeutschland „Kombi-Nord“ behandeln zu lassen (s. u.). Sollte ein Patient an diesem Programm teilnehmen, wird jeweils im Einzelfall mit dem beteiligten Ablaufcontroller eine suchtmmedizinisch sinnvolle Aufenthaltsdauer in der Friedrich-Petersen-Klinik festgelegt. Dabei können sowohl das Modul der vollstationären Behandlung, wie auch das Modul der ganztägig ambulanten Rehabilitationsbehandlung, je nach klinischer Indikation, gewählt werden.

Voraussetzung für die Aufnahme in die Klinik ist die Kostenzusage durch den Leistungsträger. In der Regel setzen wir eine erfolgte körperliche „Entgiftungsbehandlung“ voraus. Die Klinik ist nicht darauf ausgelegt, dass eine akute Entgiftungsbehandlung durchgeführt werden kann. Nicht aufgenommen werden, können Patienten mit aktueller psychotischer Erkrankung, Suizidalität, akuter Selbst- oder Fremdgefährdung, schwerer körperlicher Erkrankung bzw. schweren hirnrorganischen Beeinträchtigungen.

Bei Behandlungen im Rahmen der 52-wöchigen Kombinationsbehandlung für Abhängigkeitserkrankungen in Norddeutschland „Kombi-Nord“ ist es von Vorteil, bereits zu Beginn der Behandlung den Kontakt zur Friedrich-Petersen-Klinik durch den Ablaufcontroller zu suchen, um im Sinne des Rehabilitanden eine effektive Therapieplanung durchzuführen.

1.4. Unterbringung

Es ist von großem Vorteil, dass konzeptionelle Aspekte bereits in die Architektur der Klinik, im Rahmen des Neubaus 1998, einfließen konnten. So ist es gelungen, gemäß dem Bezugsgruppensystem einzelne Wohneinheiten zu schaffen, in denen den Patienten sowohl die Möglichkeit zum Rückzug, aber auch zur internen Kommunikation geboten werden kann. Die Unterbringung erfolgt in 68 kom-

fortablen Einzelzimmern und 6 komfortablen Zweibettzimmern. Jedes Zimmer hat einen eigenen Sanitärbereich und ist mit Schreibtisch, Telefon und Schrank ausgestattet. Aber auch zur gemeinschaftlichen Kommunikation gibt es ausreichenden Raum. So haben die Wohnbereiche jeweils eine eigene Küche, einen eigenen Aufenthaltsbereich und einen Freizeitbereich, mit der Möglichkeit Billard und Dart zu spielen. In jedem Wohnbereich ist ebenfalls ein attraktiver, geschützter Lichthof mit Teilüberdachung integriert. Das Klinikgelände ist großzügig u. a. mit Sporthalle, Sauna und Fitnessbereich, Volleyballplatz, Grillplatz, Teichanlage und Strandkorbbereich ausgestattet.

1.5. Verpflegung

Die eigene Küche ist ein Garant für Frische und individuelle Abstimmung der Ernährung. Nach Möglichkeit werden Patientenwünsche berücksichtigt. Die Mahlzeiten werden von allen Patienten zentral gemeinsam in der Gartenhalle, einem überdachten, Licht durchfluteten Wintergarten, der in unser Haupthaus integriert ist, eingenommen.

1.6. Umgang mit Tabakkonsum

Für die Patienten, die regelmäßig rauchen, wird ein Programm zur Tabakentwöhnung auf freiwilliger Basis angeboten (siehe hierzu 6.6.: „Nichtrauchertraining“). Der Tabakkonsum in der Klinik ist nur in wenigen, extra dafür markierten Bereichen unter freiem Himmel möglich. Der Schutz Anderer vor dem gesundheitsschädlichen Rauch ist dabei unbedingt zu gewährleisten, angrenzende Türen und Fenster geschlossen zu halten. Eine Informationstafel im Eingangsbereich der Klinik informiert über aktuelle Fakten und Regeln bezüglich des Umgangs mit Tabakkonsum in der Klinik.

2. Krankheitsverständnis

Umgebungseinflüsse, wie das Konsumverhalten der näheren Angehörigen oder der „Peergroups“, Aspekte der Erziehung und der religiösen Einstellung, die permissive Haltung der Gesellschaft oder der Einfluss der Werbung sind von größerer Bedeutung für ein Probierverhalten zu Beginn des Substanzkonsums als genetische Variablen. Die Entwicklung einer Abhängigkeit hingegen, ist allein über Umgebungsvariablen nicht zu erklären. Hier spielen neben der lernpsychologisch begründeten Verhaltensfixierung vermutlich auch biologische Mechanismen eine entscheidende Rolle. Diese biologischen Mechanismen können entweder durch einen regelmäßigen Konsum begünstigt (Substanz vermittelte Neuroadaption), zum Teil aber auch genetisch determiniert sein. Die Evidenz genetischer Faktoren lässt sich aus epidemiologischen Familien-, Zwillings- und Adaptionstudien ableiten (Batra A., Köhnke M., 2002)¹. Zusammenfassend lässt sich eine multifaktorielle Genese der Abhängigkeit postulieren. Entscheidend sind hierbei:

- genetische,
- biochemische,
- konfliktbezogene,
- persönlichkeitsbezogene,
- soziokulturelle Ursachen.

Soweit möglich, sollten Therapiekonzepte auf diese unterschiedlichen Ursachenbereiche versuchen Einfluss zu nehmen.

Die Motivation des Patienten zur Therapie kann gemäß des Prozessmodells der Veränderung nach Prohaska, J. O. und Di Clemente, C. C. (1983)² beurteilt werden. Ihr ist dementsprechend unter Kenntnis der Grundlagen der motivierenden Gesprächsführung (Miller, W. R., Rollnick, S., 2004)³ therapeutisch zu begegnen.

2.1. Biochemische und genetische Aspekte

Wissenschaftler aus dem Bereich der psychiatrischen Genetik haben viele so genannte Kandidatengene für Alkoholabhängigkeit untersucht. Ein einzelnes Gen, das für die Alkoholabhängigkeit alleinig bedeutend ist, konnte bislang nicht gefunden werden und es ist zu erwarten, dass ein solches nicht existiert. Man geht davon aus, dass eine Mehrzahl von Genen in verschiedener Ausprägung einen Einfluss auf die Vererbung der Alkoholabhängigkeit hat. Der genetische Einfluss auf die Ausprägung einer Abhängigkeit liegt schätzungsweise bei ca. 50 %, die andere Hälfte wird durch verschiedene Umweltfaktoren determiniert (Batra, A., Köhnke, M., 2002)¹.

Morphologisch scheint bei der Ausprägung der Sucht das mesokortikolymbische System des menschlichen Gehirns, dessen wichtigster Neurotransmitter (Botenstoff) das Dopamin ist, eine entscheidende Rolle zu spielen. Dieses System fungiert als Filter zwischen den Zentren des limbischen Systems und dem extrapyramidal-motorischen System. Verschiedenste Forschungsergebnisse konnten zeigen, dass dieses Hirnareal bei Abhängigkeitserkrankungen eine große Bedeutung hat. Die

genannten Areale werden daher auch „Belohnungszentrum“ oder „Suchtzentrum“ genannt (hierzu: Mann, K., Buchkremer, G., 1998)⁴.

Bei der Aufrechterhaltung und Verstärkung der Störungen kommen weitere Prozesse zum Tragen, die sich lerntheoretisch erklären lassen und die biochemischen Prozesse im „Belohnungssystem“ beeinflussen. So kommt es z. B. durch kurzfristig mehr positive Auswirkungen des Suchtmittelkonsums (z. B. Entspannung, Stimmungsaufhellung, Lösung von Selbstzweifeln, Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit usw.) gegenüber den sich erst längerfristig einstellenden negativen Folgen zu einer Verfestigung des Suchtmittelkonsums. Die negativen Erscheinungen aufgrund der sich entwickelnden körperlichen Abhängigkeit mit Entzugssymptomen führen dann außerdem dazu, dass der Betroffene „lernt“, Suchtmittelleinnahme lohnt sich mehr als Suchtmittelverzicht.

2.2. Konfliktbezogene Ursachen

Bei den psychoreaktiven Prozessen muss man unterscheiden zwischen aktuellen Reaktionen auf belastende Lebensereignisse und –phasen (Tod eines nahen Angehörigen, Trennung, schwere Krankheit usw.) sowie den neurotischen Grundkonflikten.

Ersteres ist manchmal Anlass für eine Exazerbation der Suchtkrankheit oder für verstärkte Rückfallgefahr. Dieses betrifft vor allem die Patienten mit einer Abhängigkeitserkrankung, die gleichzeitig eine neurotische Symptomatik aufweisen.

Schätzungsweise ca. 40 % der Patienten, die die stationäre Versorgung in Anspruch nehmen, haben neurotische Störungen oder Auffälligkeiten aus dem Bereich der Persönlichkeitsstörungen. Die neurotischen Störungen können auf Konflikten hinsichtlich der Befriedigung von Macht- und Liebeswünschen sowie von Triebbedürfnissen bzw. jenen Kräften, die der Befriedigung dieser Bedürfnisse entgegenstehen, basieren. Die kindliche Psyche bringt diese widerstreitenden Kräfte über Anpassungs- und Abwehrmechanismen als sogenannte Ich-Leistung in Einklang. Gelingt diese Kompensation nicht ausreichend, kommt es zur neurotischen Symptombildung. Solche neurotisch gelösten Konflikte werden in der Kindheitsentwicklung angelegt und in entsprechenden Situationen im Erwachsenenalter reaktualisiert. An dieser Stelle kann dann der Suchtmittelkonsum einsetzen und folgende Funktionen haben:

- Dämpfung neurotischer Symptome,
- Dämpfung von z. B. Angst- oder Panikattacken,
- Neuer Kompensationsversuch zur Abwehr unlustbesetzter Gefühle,
- Überwindung von Über-Ich-Strukturen, die Bedürfnisbefriedigung entgegenstehen (z. B. Trinken zur Überwindung sexueller und sozialer Hemmungen und Verbote).

2.3. Persönlichkeitsbezogene Ursachen

Die Zahl der Patienten mit Abhängigkeitserkrankung und einer gleichzeitig bestehenden Persönlichkeitsstörung nimmt im klinischen Alltag zu. Die Angaben in der Literatur zur Prävalenz im stationären Bereich liegen bei mindestens 40 %. Insbesondere Menschen mit so genannten frühen Persönlichkeitsstörungen, wie Borderline-Persönlichkeitsstörungen, narzisstischen Persönlichkeitsstörungen und dissozialen Persönlichkeitsstörungen, werden heute vermehrt in den Rehabilitationskliniken für

Abhängigkeitserkrankungen behandelt. Auch die ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung kommt häufig bei alkoholabhängigen Menschen vor. Daneben gibt es eine ganze Reihe von stofflich abhängigen Patienten mit auffälligen Persönlichkeitsmerkmalen, welche jedoch nicht die Kriterien einer manifesten Persönlichkeitsstörung erfüllen. Die hohe Koinzidenz von Persönlichkeitsstörungen und Abhängigkeitserkrankungen verlangt ein besonderes therapeutisches Vorgehen im Rahmen der stationären Entwöhnungsbehandlung.

Pathogenetisch lassen sich in der lebensgeschichtlichen Entwicklung weniger verwöhnende, als vielmehr versagende defizitäre Prozesse finden. So erlebte der größte Teil der alkoholabhängigen Patienten in der Friedrich-Petersen-Klinik die Kindheit in einer „broken-home“ Situation. Wenig Struktur und Halt gebende Elternbeziehungen, unzuverlässiges Erleben von Liebe und Anerkennung, bis hin zu traumatisierenden Gewalt- und Missbrauchserfahrungen kennzeichnen die Biografie und führen zu gestörten Strukturanteilen. Die Folge ist häufig ein instabiles Ich und gestörtes Selbst. Die allgegenwärtigen Konflikte und Stresssituationen des späteren Erwachsenenendaseins können dann nicht mehr adäquat bewältigt werden, so dass unbewusst oder manchmal auch bewusst Kompensationsmechanismen notwendig sind. Die Sucht ist dabei als Kompensationsversuch zum Ausfüllen von Defiziten zu sehen, welcher jedoch durch seine negativen Auswirkungen generell als untauglich einzuschätzen ist.

Die andauernden und gleichförmigen Störungsmuster betreffen im intrapsychischen Bereich die emotionale Ebene, die Affektivität, Antrieb, Wahrnehmen und Denken, Impulskontrolle bis hin zur psychovegetativen Steuerung. Das Feld, auf dem die Störungen dann wirken, sind die interpersonellen und sozialen Beziehungen. Eine große Rolle spielen dabei Kommunikationsmuster.

Die Persönlichkeitsstruktur mit den individuellen Fähigkeiten der Selbst- und Objektwahrnehmung, der Selbststeuerung, der Abwehr, der Kommunikation und der Bindung ist maßgeblich sowohl für die Auslösung, als auch die Aufrechterhaltung und Verstärkung der Suchterkrankung. Im Rahmen der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung aber auch im Rahmen der antisozialen bzw. dissozialen Persönlichkeitsstörungen kommt es häufig zu ungefilterten Gewaltausbrüchen, die sich in Form von Autoaggression gegen das Selbst bzw. in Form von Fremdaggression gegen die Außenwelt richten. Oft haben diese Menschen nicht gelernt, mit aggressiven Regungen umzugehen.

2.4. Psychiatrische Erkrankungen

Das parallele Auftreten von Suchterkrankungen und psychiatrischen Erkrankungen außerhalb des neurotischen Spektrums und der Persönlichkeitsstörungen wird ebenfalls beobachtet. Häufig wird eine Suchterkrankung parallel mit einer psychiatrischen Auffälligkeit, die den Kriterien einer depressiven Episode entspricht, gesehen. Hierbei ist es häufig schwierig zu differenzieren, ob eine Depression als Auslöser bestand oder erst die Folge des abhängigen Alkoholkonsummusters oder der Medikamentenabhängigkeit ist. Ebenfalls möglich, wenn auch nicht so häufig, sind Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, die mit einem erhöhten Konsum von Alkohol oder Medikamenten einhergehen.

2.5. Soziokulturelle Ursachen

Makrosoziale Bedingungen werden von den mikrosozialen Einflussfaktoren unterschieden. Zu den makrosozialen Bedingungen zählt der Umgang unserer Gesellschaft mit Alkohol. Lange Zeit waren alkoholische Getränke in unserem Kulturkreis das tägliche Hauptgetränk. Hoher Kaloriengehalt, die desinfizierende Wirkung und der Rausch spielten dabei eine Rolle. Erst in den letzten Jahrzehnten wurde man sich, bei allgemein steigender Lebenserwartung, der negativen Folgen des Alkohols zunehmend bewusst und eine kritischere Einstellung entwickelte sich. Alkoholkonsum wird nach wie vor gesellschaftlich toleriert und prägt häufig das Alltagsleben. Alkoholabhängigkeit hat weiterhin mit Phänomenen der Verleugnung, Verdrängung und Diskriminierung zu kämpfen. Erst 1968 war Alkoholabhängigkeit offiziell als Krankheit anerkannt worden!

So findet sich in Deutschland die Situation, dass sich auf der einen Seite die therapeutische Versorgung von Suchtkranken in den letzten Jahrzehnten spürbar verbessert hat, auf der anderen Seite die gewonnenen Positionen immer wieder verteidigt werden müssen.

Insgesamt ist das Problembewusstsein gegenüber Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit gesamtgesellschaftlich noch zu gering, was dann auch die Betroffenen beeinflusst.

Soziologische Theorien haben unterschiedliche Erklärungsansätze für die Entstehung von Sucht in einer Gesellschaft. So wird Sucht als Reaktionsform auf zusammenbrechende kulturelle oder soziale Strukturen gesehen, oder auch als Anpassungsform, um trotz geringerer Ressourcen akzeptierte Ziele zu erreichen. Andere Theorien gehen davon aus, dass Sucht häufig in sozialen Gruppen entsteht, in denen süchtiges Verhalten anerkannt und gebilligt wird.

Ein weiterer Aspekt ist die Verschlechterung der Suchterkrankung durch die mit der Suchterkrankung einhergehende soziale Desintegration. Es bildet sich hier ein Teufelskreis. Ein negativer Einfluss von Arbeitslosigkeit, fehlender Partnerschaft, Verschuldung oder Kriminalisierung auf die Erfolgsaussichten bei Therapie und die Rückfallraten ist mehrfach nachgewiesen.

Im mikrosozialen Bereich kommen als Ursachen für die Suchtentstehung vor allem der Einfluss der Familie und des Freundeskreises zum Tragen. Suchtverhalten wird teilweise durch Vorbildwirkung und Weitergabe bestimmter Normen und Regeln übernommen. Eine Rolle spielen auch Schule und Beruf, wo sich ebenfalls Einstellungen und Verhaltensweisen manifestieren können. Es gibt besonders gefährdete Berufsgruppen, wie Vertreter, Bauberufe, Winzer, Kellner etc.

2.6. Eine Besonderheit: der Rückfall

Kaum eine andere chronische Krankheit geht mit einem Phänomen einher, welches innerhalb kurzer Zeit zu erneuten dramatischen Verschlechterungen der Erkrankung führen kann. Die Rückfallneigung (Reexpositionsvulnerabilität) gehört zur Suchterkrankung immer dazu und ist ein Unterscheidungsmerkmal von Gesunden und Suchtkranken. Schon kleine Reize, die mit dem Suchtmittel assoziiert werden, können genügen, um Verlangen nach dem Suchtmittel auszulösen (Craving).

Kennzeichnend für die Suchterkrankung ist auch, dass es oft Jahre für die Entwicklung der Abhängigkeit braucht, es nach einem Rückfall aber sehr schnell geht, dass man einen früheren schlechten Zustand mit Abhängigkeitssymptomen wieder erreicht (Reinstatement).

3. Grundprinzipien der Therapie

3.1. Der integrative Ansatz

Für die Anforderungen an die Behandlung der Suchterkrankung in der Entwöhnungsklinik sind folgende Faktoren entscheidend:

1. Der multikausale Erklärungsansatz der Abhängigkeit,
2. Berücksichtigung von Ursache, Aufrechterhaltung und Rückfallrisiko,
3. Die Berücksichtigung des Behandlungsauftrages der Kostenträger zur Rehabilitation.

Aus diesen Bedingungen heraus ist nur eine Therapie Erfolg versprechend, die biologische, psychische und soziale Prozesse beeinflusst, vorbeugend wirksam ist und neben der Krankheitsbewältigung immer auch die Verbesserung der beruflichen Leistungsfähigkeit zum Ziel hat. Das Therapiekonzept der Friedrich-Petersen-Klinik wird diesen Kriterien gerecht.

Die komplexe Kombination unterschiedlich wirkender Therapieverfahren, wie es in der Friedrich-Petersen-Klinik praktiziert wird, wird als integrative Therapie bezeichnet.

Im Rahmen der Psychotherapie und im Rahmen der Alkohol- und Medikamentenentwöhnungsbehandlung gelten die tiefenpsychologische Psychotherapie und die Verhaltenstherapie als die psychotherapeutisch evidenzbasiert anerkannten Verfahren. Die Friedrich-Petersen-Klinik hat einen tiefenpsychologisch fundierten Schwerpunkt, der gerade der Arbeit mit zum Teil persönlichkeitsgestörten und abhängigen Patienten im gruppentherapeutischen Rahmen gerecht wird. Ebenfalls wird die tiefenpsychologische Psychotherapie ergänzt durch andere evidenzbasierte Therapieverfahren, wie Verhaltenstherapie, Motivationssteigerungsansatz, Training der sozialen Kompetenz, kognitive Therapie, Reizexposition, Rückfallpräventionstraining und andere (siehe hierzu: Loeber, S., Mann, K., 2006)⁵.

3.2. Das Behandlungsnetzwerk

Die Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen besteht aus einem Prozess unterschiedlicher Therapiephasen:

1. Kontakt- und Motivationsphase,
2. Entgiftungsbehandlung,
3. Entwöhnungsbehandlung,
4. Nachsorgephase.

Die Entwöhnungsbehandlung findet in der Friedrich-Petersen-Klinik statt. Sie ist damit der wesentliche Baustein der oben dargestellten Behandlungskette. Auf die Entwöhnungsbehandlung sollte nicht verzichtet werden, da bei alleiniger Entgiftung mit über 85 % die Rückfallquote schon innerhalb der ersten Monate sehr hoch ist. Erst durch eine Entwöhnungsbehandlung, wie sie in der Friedrich-Petersen-Klinik angeboten wird, kann die Rückfallquote deutlich gesenkt und der Weg in ein abstinentes Leben begonnen werden.

Die Behandlungskette der Therapie von Abhängigkeitserkrankungen setzt sich aus vielfältigen Einrichtungen der Suchttherapie zusammen: Suchtberatungsstellen, Gesundheitsämter, Vor- und Nachsorgeeinrichtungen, Adaptionseinrichtungen, Betreutes Wohnen, Kreiskrankenhäuser, Psychiatrische Kliniken, Suchtkliniken zur qualifizierten Entgiftung, Rehabilitationskliniken, Schwerpunktpraxen Sucht, Hausärzte, niedergelassene Nervenärzte und die Selbsthilfegruppen.

Im Rahmen dieses Behandlungsnetzwerkes ist es wichtig, dass die Zusammenarbeit der einzelnen Stufen optimal organisiert ist.

Demzufolge ist die Friedrich-Petersen-Klinik eng in dieses Behandlungsnetzwerk in Mecklenburg-Vorpommern eingebunden. Dieses spiegelt sich z. B. in den folgenden Maßnahmen wieder, die wir bei Erlaubnis durch den Patienten anbieten:

- gemeinsame Übernahme- und Entlassungsgespräche des Patienten mit stationärem Bezugstherapeuten und ambulantem Suchtberater,
- telefonische Informationen zwischen den Einrichtungen,
- Abholen des Patienten aus der Entgiftung, von der Vorsorgebehandlung etc.,
- Mögliche Besichtigungen der Therapieeinrichtungen vor Übernahme/Übergabe,
- Unverzögliche Befunds- und Berichtsübermittlung,
- Gemeinsame Weiterbildung,
- Möglichkeit der gegenseitigen fachlichen Beratung und des Austausches,
- Selbsthilfegruppen stellen sich regelmäßig bei den Patienten vor und nutzen die Klinikräume für eigene Veranstaltungen.

3.3. Das Bezugsgruppenprinzip

In der Friedrich-Petersen-Klinik gibt es eine Aufnahmegruppe und fünf Therapiegruppen. Vier verschiedene Indikative Gruppen (Angst-, Depressions-, Anti-Gewalt- und Frauengruppe) werden ebenfalls regelmäßig durchgeführt. Die Aufnahmegruppe und die fünf Therapiegruppen haben mindestens einen festen Bezugstherapeuten, mit dem die Einzel- und Gruppengespräche erfolgen und der mit dem Patienten Ziele und Therapiepläne erarbeitet. In der **Aufnahmegruppe** sind maximal sechzehn Patienten zusammengefasst. Im Durchschnitt arbeitet jeder neu aufgenommene Patient ca. zwei Wochen in der Aufnahmegruppe. Im Vordergrund stehen hierbei diagnostische und motivierende Ziele. Den Patienten wird Gelegenheit gegeben, sich mit den Gegebenheiten der Klinik vertraut zu machen. Erste therapeutische Schritte werden unternommen. Ein weiterer wesentlicher Baustein der ersten zwei Wochen ist die Psychoedukation.

Noch bis vor wenigen Jahren war es üblich, dass der o. g. Baustein in der Entgiftungsphase in der Regel im Rahmen einer 21-tägigen qualifizierten Entgiftung in einer Psychiatrischen Klinik durchgeführt wurde. Zum Teil aus ökonomischen Gründen wird heute zunehmend dazu übergegangen, diese Zeit von 21 Tagen zu reduzieren, so dass in einigen Landesteilen der Bundesrepublik derzeit nur noch 14, manchmal sogar noch weniger, Tage einer „qualifizierten“ Entgiftung zur Verfügung stehen. Viele Patienten wurden sogar nie in einer Psychiatrischen Klinik entgiftet. Gerade für diese Patienten

ist es essentiell, dass initial ein psychoedukatives Programm zur Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit in den Entwöhnungsprozess integriert wird.

Nach der Behandlung in der Aufnahmegruppe erfolgt die Behandlung in der **Therapiegruppe**. In der Regel befinden sich maximal zwölf Patienten in einer Therapiegruppe. Diese Zahl ist sowohl empirisch, als auch in wissenschaftlichen und gruppentheoretischen Arbeiten als Obergrenze der Mitgliederzahl von therapeutischen Gruppen festgelegt und wird von den Leistungsträgern gefordert. Die zur Therapie in Gruppen integrierten Patienten leben auch in diesen Gruppen in eigenen Wohnbereichen, wie bereits oben dargestellt.

Eine Besonderheit ist unsere **geschlossene Gruppe** (s. u.). Nach gründlicher Indikationsstellung in den Beratungsstellen und einem ambulanten Vorgespräch in unserer Klinik werden alle Patienten dieser Gruppe gemeinsam aufgenommen und am Ende der Therapie gemeinsam entlassen. Diese Patienten durchlaufen die Aufnahmegruppe nicht.

Die Gruppen haben teilweise eigene Schwerpunkte. Der Anteil von Frauen ist in der Alkoholentgiftungs- und Entwöhnungsbehandlung erfahrungsgemäß gering bei ca. 10 %. In der Friedrich-Petersen-Klinik gibt es zwei gemischtgeschlechtliche Gruppen und zwei Männergruppen. Es wird angestrebt, dass die geschlossene Gruppe gemischtgeschlechtlich belegt wird. Bei einer höheren Anzahl von Frauen und bei Bedarf kann ebenfalls eine reine Frauengruppe aufgemacht werden. Als Indikative Gruppe wird eine Frauengruppe angeboten. Wir versuchen bei entsprechender Nachfrage, alle jungen Erwachsenen und alle Senioren in einer Gruppe zusammenzufassen. Die geschlossene Gruppe ist entweder gemischtgeschlechtlich oder eine reine Männergruppe. Eine gemischtgeschlechtliche Gruppe findet erst dann statt, wenn mindestens zwei Frauen die Kostenzusage für die geschlossene Gruppe haben. Für therapeutische Veränderungen ist das Beziehungserleben wesentlich. In Einzel- und Gruppengesprächen, wie auch im allgemeinen Gruppenerleben bieten sich hierfür vielfältigste Anknüpfungspunkte im Rahmen der Therapie. Unsere Patienten werden in der Therapie dahin geführt, eine entsprechende Motivation, Übernahme von Verantwortung, Offenheit und Aktivität an den Tag zu legen. Es wird angestrebt, dass diese Eigenschaften auch den Umgang in der Gruppe prägen. In der Friedrich-Petersen-Klinik wird bewusst ressourcenorientiert gehandelt.

4. Behandlungsprogramm

4.1. Einzelpsychotherapie

Die Einzelpsychotherapie nimmt eine wichtige Stelle in der Behandlung ein. Der Bezugstherapeut verkörpert für den Patienten eine stabile und konstante Größe über den Therapieverlauf, welche die Selbsterfahrung, das Lösen intrapsychischer Konflikte und das daraus folgende Einüben bzw. Modifizieren von Verhalten zu erleichtern hilft. Zu Beginn der stationären Behandlung werden in Einzelgesprächen parallel zu den Gruppensitzungen Ziele, Methoden und Regeln des therapeutischen Vorgehens verdeutlicht. Ziele einzeltherapeutischer Sitzungen sind der Aufbau einer tragfähigen Beziehung zwischen Patient und Therapeut sowie der Abbau von Hemmungen, spezielle Probleme in die Gruppe einzubringen. Im Einzelkontakt sollen vor allem das soziale Umfeld sowie tragfähige außerklinische Beziehungen thematisiert werden. Des Weiteren kann die individuelle Lebensgeschichte einschließlich traumatischer Lebensereignisse aufgearbeitet werden, mit dem Ziel einer kritisch-akzeptierenden Haltung gegenüber der eigenen Biographie. Parallel zu den indikativen Gruppen dient die Einzeltherapie ebenfalls der Behandlung komorbider Störungen.

4.2. Gruppenpsychotherapie

Die Gruppenpsychotherapie ist ein Kernbaustein im Therapiekonzept der Friedrich-Petersen-Klinik. Diese Behandlungsform bietet wegen der vielgestaltigen Beziehungsmöglichkeiten mit interaktionellen Wirkfaktoren sowie der potenzierten Effektstärke innerhalb der Gruppenmatrix eine besonders breite und intensive Wirksamkeit. Patienten mit einem stabileren Strukturniveau können innerhalb eines gruppenspezifischen Prozesses Sucht fördernde, neurotische Konflikte und pathologische Persönlichkeitsanteile aufgeben. Über das Beziehungserleben im Rahmen der Therapie, mit entsprechenden Gefühlen, Affekten und individuellen Wahrnehmungen sollen Zusammenhänge zu Beziehungen im aktuellen privaten Umfeld und in der Lebensgeschichte bewusster werden und über die Aufarbeitung zu Neuorientierungen und Veränderungen führen. Das ermöglicht Veränderungsprozesse im sozialen, interpersonellen und interaktionellen Bereich.

Die Gruppentherapie erfolgt tiefenpsychologisch vorwiegend vor einem interaktionellen Behandlungsansatz. Im Vordergrund stehen gruppenspezifische Aspekte und individuelle interpersonelle Konflikte vor dem lebensgeschichtlichen Hintergrund. Dabei berücksichtigen wir die unterschiedlichen Entwicklungsphasen der Gruppen (Engagement, Differenzierung, interpersonelle Arbeit, Trennung; nach MacKenzie, K. R., 2001)⁶. Dementsprechend stellt der Gruppenprozess einen sehr wichtigen Katalysator für die therapeutische Veränderung in der Therapie dar. Dadurch können sich die teilweise spezifischen Wirkfaktoren der Gruppenpsychotherapie entfalten. Die Gruppenpsychotherapie wird dabei als eine Therapieform angesehen, deren Ziel es ist, das therapeutische Potential der Gemeinschaft günstig zusammengestellter Gruppen auf der Basis freier verbaler Interaktionen so zu entfalten, dass es therapeutisch erwünschte Verhaltensveränderungen bei den Patienten die an ihr teilnehmen bewirkt. Hierbei scheint die Fähigkeit der Gruppe, ein Gefühl der Zusammengehörigkeit (Kohäsion) zu entwickeln, von großer Bedeutung zu sein. Verhalten kann bewertet werden. Qualitätä-

ten werden innerhalb der Gruppe bestimmt. Ein Raum für den Vergleich wird in der Gruppe geschaffen, es gibt durch die Mitglieder der Gruppe regelmäßig Rückmeldungen. Von therapeutischer Seite wird darauf geachtet, dass die konstruktiven Gruppennormen nach MacKenzie nach Möglichkeit eingehalten werden:

1. pünktliche und regelmäßige Teilnahme,
2. alle Gruppenmitglieder sind verbal beteiligt,
3. lebhafte Interaktionen – keine längeren Monologe,
4. aktive Beteiligung am Gruppengeschehen,
5. gegenseitiges Akzeptieren ohne Bewertung,
6. Erleben der Gruppe als grundlegend unterstützend,
7. „Selbstöffnung“ und Selbstreflexion,
8. Interesse daran, sich selbst besser zu verstehen,
9. nachdrücklicher Wunsch, sich zu verändern,
10. Ausprobieren neuer Verhaltensweisen wird belohnt,
11. keine „erbarmungslose Kritik“ an Anderen,
12. neues interaktionelles Geschehen, zunächst auf den Gruppenraum beschränkt.

Bei Problemen im interpersonalen Bereich, Problemen mit interpersonalem Hintergrund, starker Impulsivität sieht der Psychoanalytiker Yalom, I. D. (1996)⁷ die Gruppenpsychotherapie für indiziert. Gerade diese Faktoren finden sich häufig auch bei der alkohol- oder medikamentenabhängigen Klientel. Im Rahmen der in der Friedrich-Petersen-Klinik durchgeführten Gruppenpsychotherapie werden ebenfalls die Wirkfaktoren der Gruppenpsychotherapie nach Yalom, I. D. (1996)⁷ berücksichtigt und haben einen hohen Stellenwert: Hoffnung einflößen, Universalität des Leidens, Mitteilungen von Informationen, Altruismus, korrigierende Rekapitulation der primären Familiengruppe, Entwicklung von Techniken des mitmenschlichen Umganges, nachahmendes Verhalten, interpersonelles Lernen, Kohäsion, Katharsis, existentielle Faktoren.

Durch das Leben und die Behandlung in der Gruppe können die Patienten in idealer Weise neue Beziehungs- und Verhaltensmuster erarbeiten und ausprobieren. Im Blickpunkt bleiben dabei grundsätzlich der Umgang mit der Sucht und die Rückfallprophylaxe.

Bei den Patienten mit desintegrierten Strukturanteilen, zielen die therapeutischen Interventionstechniken im interaktionellen Ansatz auf Stärkung der Ich-Fähigkeiten ab. Dies bedeutet für den Therapeuten eine transparente Haltung im Sinne einer Beziehungspartnerschaft, die sich von den pathologischen Objektbeziehungen der Patienten unterscheidet. Hierin übernimmt der Therapeut für die Patienten Hilfs-Ich-Funktionen. Die Patienten sollen konkrete Lernerfahrungen machen. Ausprägung von Selbstvertrauen, Selbstliebe und -akzeptanz werden so unterstützt.

Die Verhaltenstherapie hat im Rahmen ihrer kognitiven Verhaltensmodifikation bzw. den dazu zählenden Therapieverfahren, die in ihrer Wirksamkeit gut belegt sind, Erklärungsansätze zur Verfügung, die Symptombildungen über Vorgänge des sozialen Lernens gut erklären. Da das Verschwin-

den eines Symptoms im dynamischen Sinne zur Mobilisierung einer kognitiven Umstrukturierung beitragen kann und das Ich durch die Entlastung vom Symptom die Chance einer stabilisierenden Umorientierung erhält, halten wir die Kombination der beiden Therapieverfahren innerhalb der Gruppenpsychotherapie für möglich und indiziert.

4.3. Verhaltenstherapie und Soziales Kompetenztraining

Psychosoziale Fertigkeiten im weiteren Sinne lassen sich verstehen als eine Sammlung unterschiedlicher Kompetenzen in den Bereichen Kommunikationsfähigkeit, Bewältigung spezifischer Problemstellungen (z. B. Arbeitssuche), Regulation eigener Gefühle und Bedürfnisse sowie Berücksichtigung und Respektierung von Motiven und Gefühlen anderer Personen. Von einem durchschnittlichen Erwachsenen wird eine hinreichende Ausprägung dieser Kompetenzen erwartet, so dass eine zufriedenstellende Bewältigung von Lebensaufgaben wie Ausbildung, Berufstätigkeit und Familienleben gelingt. Ein Mangel dieser Fertigkeiten äußert sich in einer reduzierten sozialen Anpassung und stellt den wichtigsten Begleitfaktor von Abhängigkeitserkrankungen dar.

Als soziale Kompetenz wird die Verfügung und Anwendung von kognitiven, emotionalen und motorischen Verhaltensweisen bezeichnet, die in vielfältigen sozialen Situationen zu einem langfristig günstigen Verhältnis von positiven und negativen Konsequenzen führt. Das Training sozialer Kompetenz richtet sich nach den Beispielen zu Grundlagen, Durchführung und Anwendung von Hinsch, R. und Pflingsten, U. (2002)⁸. Das Training sozialer Kompetenz beinhaltet zunächst eine Verbesserung von Wahrnehmung und Diskriminationsfähigkeit im Hinblick auf: eigene Kognitionen, Emotionen und Motive, situative Bedingungen, Verhaltensweisen und Motive Anderer und Wirkung des eigenen Verhaltens auf Andere. Nachdem Kriterien zur Beurteilung sozialer Situationen und Verhaltensweisen erarbeitet wurden, wird das individuelle Verhaltensrepertoire mit Hilfe von Rollenspielübungen erweitert. Anhand von Videofeedback werden kurz- und langfristige Konsequenzen der gezeigten Verhaltensweisen erörtert.

4.4. Psychoedukative Therapie

Regelmäßig wird in der Aufnahmegruppe mehrmals wöchentlich und in der Therapiegruppe einmal wöchentlich eine themenorientierte Gruppenarbeit in Seminarform durchgeführt, in der psychoedukativ die Zusammenhänge zwischen somatischen, vegetativen und seelischen Besonderheiten bzw. Störungen erklärt und im speziellen die Grundlagen der Entstehung von Suchtmittelabhängigkeit diskutiert werden. Ziel dieser Gruppenaktivität ist die kognitive Erfassung von physiologisch-wissenschaftlichen Grundlagen, die in allgemein verständlicher Form vermittelt, erläutert und an Beispielen und Erfahrungen der Patienten vertieft werden sollen. Auf diese Weise soll bei den einen ein Krankheitsbewusstsein geweckt, bei den anderen die Krankheitseinsicht vertieft und eine Einstellungsänderung vorbereitet werden.

Es werden dabei u. a. folgende Themen besprochen:

- allgemeine Erkrankungsgrundlagen von Abhängigkeit und Sucht,
- Ernährung,
- Gesundheitsrisiko von legalen und illegalen Drogen, unter besonderer Berücksichtigung von Spätschäden,
- Alkoholinduzierte Veränderungen in der Körperwahrnehmung,
- Schwere Formen der Entzugserscheinungen: zerebrale Krampfanfälle und Delirium tremens,
- psychiatrische Begleiterkrankungen wie Persönlichkeitsstörungen, Depressionen etc.,
- Alkohol in Lebensmitteln.

4.5. Sozialtherapie

In diesem Aufgabenbereich sind vor allem Sozialarbeiter tätig. Sie sind dabei bemüht, möglichst rasch zu einer ersten Abklärung der sozialen Situation des Patienten zu kommen. Therapiebegleitend sind sie dem Patienten bei der Abklärung seiner Schuldenregulierung bzw. Straflage und Ordnung der finanziellen Verhältnisse behilflich. Sozialarbeiter üben mit dem Patienten den Umgang mit Behörden, z. B. zur Antragstellung von Beihilfen. Es stehen tägliche Sprechstunden zur Verfügung, in denen die Patienten teils angeleitet, teils eigenverantwortlich Probleme dieser beschriebenen Art angehen und lösen können. Zusätzlich finden in regelmäßigen Abständen Vorträge zu ausgewählten Themen statt, zu denen Vertreter unterschiedlicher Einrichtungen aus Rostock eingeladen werden.

4.6. Ergotherapie

Ausgehend von dem individuellen Ausbildungsgrad der Patienten, sowohl schulischer als auch beruflicher Art, und den persönlichen Fähigkeiten und Möglichkeiten werden Arbeitsaufgaben im Sinne von Gruppenarbeiten oder Einzelarbeiten individuell für den Patienten ausgesucht. Die stufenweise aufbauende Wiederherstellung der körperlichen und psychischen Leistungsfähigkeit hat die Arbeitsfähigkeit und Wiedereingliederungsfähigkeit im Arbeitsprozess zum Ziel und beginnt im Rahmen der Aufnahmegruppe zunächst im kreativ-gestalterischen Bereich.

4.6.1. Gestaltungstherapie

Die Gestaltungstherapie ist ein wichtiger Teil des Gesamtkonzeptes und ein Mittel für den Patienten, sich selbst und seine Welt zu entdecken, um daraus eine Beziehung zwischen Beiden herzustellen. Durch kreative Prozesse können auf der Handlungsebene, Lösungswege gefunden werden, die in anschließenden Reflektionsgesprächen verbalisiert werden. Langfristig können zudem Erfahrungen im kreativ-gestalterischen Bereich zu einer Erweiterung sinnvoller Freizeitmöglichkeiten führen. Es stehen verschiedene Materialien, wie Ton, Peddigrohr, Speckstein, Farben und Emaille zur Verfügung. Oft haben die Patienten wenig Selbstvertrauen und glauben über keinerlei Fähigkeiten und Fertigkeiten zu verfügen. Durch die oben genannten Therapieelemente kann die persönliche Kreativität erfahren und weiter entwickelt werden. Zugrunde liegende seelische Konflikte werden dem Patienten emotional erlebbar gemacht und können im Rahmen der Psychotherapie thematisiert werden. In der Aufnahmephase dienen die Gestaltungstherapie und das Eingangsgespräch zur Indikati-

onsstellung für die späteren Arbeitstherapiebereiche. Kennzeichnend sind die Erfahrungen, einmal mit dem Material selbst und vor allem die Selbsterfahrung der eigenen Verhaltens- und Leistungsmuster. Diese spiegelt sich in den Rubriken "instrumentelle Grundarbeitsfähigkeiten und sozio-emotionale Grundarbeitsfähigkeiten" wieder.

4.6.2. Arbeitstherapie

Die Arbeitstherapie in der Friedrich-Petersen-Klinik ist ein fester Bestandteil des Behandlungskonzeptes und findet ab der 2.-3. Behandlungswoche nach Maßgabe der Indikationsstellung statt. Die Indikationsstellung erfolgt nach sozialmedizinischer Einschätzung durch den/die Arzt/Ärztin in Absprache mit dem Gesamtteam. Grundsätzlich werden dabei Ziele wie Pünktlichkeit, Ausdauer, Sorgfalt, Genauigkeit, Initiative, Selbstvertrauen, Akzeptanz, Integration, Problemlösestrategien und andere verfolgt. Bei den Patienten soll eine Basis-Motivation herausgearbeitet werden, die ihn befähigt, am Ende der Entwöhnungsbehandlung in ausreichendem Maße über emotionale und soziale Standfestigkeit zu verfügen, um im alltäglichen Berufsleben bestehen zu können. Die Patienten sollen bereits früher erworbene Fähigkeiten erweitern und sich ggf. auf neue Lernfelder einstellen. Während der Aufnahmephase führen Ergotherapeuten mit dem Patienten Gespräche, um die arbeits- und berufsanamnestische Datenerhebung zu ergänzen und mit Inhalten und Möglichkeiten der Arbeitstherapie innerhalb der Friedrich-Petersen-Klinik zu verbinden.

Im Verlauf der Therapie bedarf es neben der fachlichen Kompetenz auch einer emotionalen Unterstützung durch die Bezugsergotherapeuten in Kooperation mit dem Bezugstherapeuten der einzelnen Therapiegruppen. Ziel ist es, Misserfolge und Enttäuschungen im Rahmen der Ergo- und Psychotherapie gemeinsam zu bearbeiten.

Arbeitstherapie im Außen- und Gartenbereich und Renovierung:

Dieser Bereich bedeutet Pflege und Instandhaltung der Grün- und Gartenanlagen der Friedrich-Petersen-Klinik. Neben den routinemäßig anfallenden Tätigkeiten werden zusätzlich größere Projekte, wie z. B. Anlage und Pflege des Strandkorbbereiches und notwendige Malerarbeiten in Patientenzimmern und Gemeinschaftsräumen durchgeführt. Es wird verstärkt Wert darauf gelegt, die Patienten bereits in der Planungsphase aktiv mit einzubeziehen, um das Kontakt- und Sozialverhalten zu fördern. Die Arbeitsanforderungen werden für den einzelnen Patienten individuell festgelegt. Es soll die Verbesserung seiner Arbeitsfähigkeit für ihn selbst sichtbar und erlebbar werden.

Arbeitstherapie in der Holzwerkstatt:

In der Holzwerkstatt erhalten die Patienten die Möglichkeit, Arbeitsschritte der Holzbearbeitung kennenzulernen und auszuprobieren. Dies beinhaltet neben rein manueller Arbeit auch maschinelles Arbeiten (Sägen, Hobeln, Drechseln). Es werden kurzfristige und überschaubare Projekte, z. B. das Bauen von Regalen, Bilderrahmen, Spielzeug, Schlüsselbretter, Vogelhäusern, Parkbänken und Laubsägearbeiten realisiert und durchgeführt. Eigene Ideen der Patienten werden durch den zuständigen Arbeitstherapeuten betreut. Sinn ist die Überschaubarkeit und Erlebbarkeit der erbrachten Leistung, die vom Arbeitstherapeuten begleitet wird.

Arbeitstherapie in der Metallwerkstatt:

Die Patienten erhalten die Möglichkeit, sich mit der Bearbeitung von verschiedenen Metallen vertraut zu machen. Folgende Fähigkeiten wie Bohren, Gewindeschneiden, Schleifen, Sägen, Nieten sowie E- und Gasschweißen stehen dabei im Vordergrund. Das Ergebnis dieser Arbeiten sind Emaillearbeiten, Kerzenständer, Blumenampeln und andere Dekorationsgegenstände. Die Aufgaben werden individuell und in Abhängigkeit von Belastung des Patienten und Dauer der Arbeit geplant. Ebenso wird im Rahmen der Metallwerkstatt die Reparatur von Fahrrädern für den Eigenbedarf der Klinik durchgeführt. Zum Leistungsumfang der Metallwerkstatt gehört es, soweit wie möglich, Reparaturen der technischen Anlagen der Klinik unter Anleitung durchzuführen.

Arbeitstherapie im Bereich Hauswirtschaft:

Zu diesem Einsatzbereich gehören Reinigung und Pflege der Wohn-, Gemeinschafts- und einiger Therapieräume. Ebenso die Reinigung von Zimmern sowie die Vor- und Nachbereitung der Mahlzeiten. Ziel ist es, durch Training von Ordnung und Sauberkeit eine gepflegte Umgebung und Atmosphäre zu schaffen. Es soll dabei die notwendige Struktur entstehen, die dem Patienten dabei hilft, nach der Entlassung den eigenen Alltag besser zu organisieren. Unter sozialen Gesichtspunkten ist zu bemerken, dass Patienten dabei lernen, mit Vorstellungen und Ansprüchen der Mitpatienten umzugehen und Verantwortung zu übernehmen, sowohl für sich als auch für Andere.

Computertraining:

Für einen Wiedereinstieg in das Arbeitsleben sind Computerkenntnisse in vielen Fällen heute eine Voraussetzung. Deshalb werden, bei entsprechender Indikation, Patienten in einer Gruppe Grundlagen im Umgang mit Computern und grundlegender Programme (z. B. Textverarbeitung, Tabellenkalkulation) erlernen. Außerdem sollen sich die Patienten bei Notwendigkeit Bewerbungsmappen erstellen. Seit dem Sommer 2006 besteht die Möglichkeit, Patienten gezielt im Umgang mit dem Internet zu schulen. Auch dieses ist ein Baustein der essentiell für die moderne Kommunikation und Orientierung im Alltag und Arbeitsleben ist.

4.6.3. Eine Besonderheit: Die Projektwoche

Jedes Quartal findet eine Projektwoche statt. Alle Bezugsgruppen erhalten eine oder mehrere komplexe Arbeitsaufgaben. Diese Arbeitsaufgaben wurden vorher durch die Verwaltung bzw. Klinikleitung festgelegt, und können z. B. Sanierungsaufgaben oder Arbeiten zur Verschönerung und Verbesserung der Klinik sein. Die Projekte werden dann unter Betreuung durch den entsprechenden Arbeits- bzw. Ergotherapeuten von den Gruppen fertiggestellt. Die Gruppe plant und teilt die notwendigen Arbeitsschritte ein, führt die Arbeiten entsprechend ihren Möglichkeiten aus. In der Projektwoche finden, bis auf Ausnahmen aus wichtigem Grund, keine weiteren Therapien statt. Dadurch erleben die Patienten eine Woche mit fünf vollständigen Arbeitstagen, in denen sich Fähigkeiten verbessern und Patienten und Therapeuten Erkenntnisse über die Leistungsfähigkeit gewinnen können.

4.7. Körpertherapie

In den körpertherapeutischen Verfahren wird der engen Beziehung zwischen seelischen und körperlichen Prozessen Rechnung getragen. Ziel ist der positive Einfluss auf psychogene körperliche Fehlfunktionen, körperliche Folgeschäden bzw. das verbesserte Körpererleben und ein gesünderer Umgang mit dem Körper. Dadurch kommt es wiederum zu positiven Rückwirkungen auf die Psyche. Andere körpertherapeutische Verfahren nutzen dem Körper zur Wahrnehmung oder zum Ausdruck innerhalb psychotherapeutischer Prozesse.

Kommunikative Bewegungstherapie:

Die Kommunikative Bewegungstherapie ist eine handlungsorientierte, komplementäre Methode in der Psychotherapie. Sie ergänzt den tiefenpsychologisch orientierten Ansatz der Gruppengespräche. Sie soll als Zugang zu der nonverbalen bzw. vorsprachlichen und präsymbolischen Ebene der Persönlichkeit verstanden werden. Sie wird in der gleichen Gruppenzusammensetzung wie die Psychotherapie durchgeführt. In der therapeutischen Situation wird auf Sprache als kommunikatives Medium bewusst verzichtet. Es handelt sich also um eine zwischenmenschliche Begegnung mehrerer Personen einer Gruppe mit den Mitteln der Bewegung, des Ausdrucks und der gemeinsamen Handlung. Die Kommunikative Bewegungstherapie bietet einen Schutzraum, in dem Patienten ausprobieren können, sich in Form von Mimik und Gestik zu verständigen. Dabei wird jedem Patienten freigestellt, wie er seine vorhandenen Bewegungsfähigkeiten und –fertigkeiten zur Lösung der durch den Gruppentherapeuten vorgegebenen Aufgaben nutzen. Die Bewegungsaufgaben werden nicht gestellt um die Bewegungsfähigkeiten in ihrem funktionalen Ablauf zu verbessern, sondern sie dienen der Herstellung zwischenmenschlicher Kontakte. Zielstellung dieser Behandlungsmethode ist, sich Aufgabenstellungen bzw. Übungen gestörter zwischenmenschlicher Beziehungen, die auf der nonverbalen Ebene sichtbar werden, ins Bewusstsein zu bringen und sie dem Patienten selbst erlebbar und damit beeinflussbar zu machen.

Sporttherapie:

Die Sporttherapie wird von einer/m ausgebildeten Sporttherapeutin/en geleitet. Auf der Grundlage der in der medizinischen Diagnostik festgestellten Defizite/Störungen werden Angebote mit differenzierter Indikation erstellt. Darüber hinaus erfolgt eine Anamnese in den Bereichen Sporterfahrung, Körperwahrnehmung, Bewegungsfähigkeit etc. Die Ziele der Sporttherapie liegen im physischen Bereich in der Verbesserung der körperlichen Konstitution, der Koordination, der sportmotorischen Fertigkeiten und der Konzentration. Im psychosozialen Bereich liegen ihre Ziele in der realistischen Eigen- und Fremdwahrnehmung, Erhöhen der Frustrationstoleranz, Erlernen von Entspannungstechniken, Verbesserung der Selbstkontrolle, Förderung des Selbstwertgefühls, Steigerung der Therapiemotivation, etc. Über die inhaltliche Differenzierung in den Sportangeboten werden Lernfelder geboten, die es zum einen erleichtern, Emotionen zu zeigen und hervorzurufen, zum anderen über gruppenspezifische Prozesse soziale Lernprozesse initiieren und so zur Verbesserung der sozialen Kompetenz beitragen. Das Kennenlernen neuer Erlebnisinhalte eröffnet den Patienten neue Perspektiven ihrer Freizeitstrukturierung.

Schwimmtherapie:

Hier ergeben sich ähnliche Ansätze wie in der Sporttherapie. Durch das spezifische Medium Wasser sind aber in der Schwimmtherapie besonders intensive Erfahrungen und Erlebnisse möglich. Die Friedrich-Petersen-Klinik bietet allen Patienten regelmäßige Schwimmtherapie.

Entspannungstherapie:

Auf der Grundlage der Progressiven Muskelrelaxation von Jacobsen werden verschiedene Entspannungstechniken vorgestellt. Die Patienten erlernen eine ausgewählte Form der Entspannung, die sie bereits während der Therapie und später in Eigenregie durchführen können.

Wirbelsäulengymnastik:

Patienten mit Wirbelsäulenproblemen erlernen rückschonende Techniken. Durch Funktionsgymnastik werden die muskulären Dysbalancen bearbeitet.

Sauna:

Die Sauna dient der allgemeinen Gesundheitspflege und wird auch im Sinne eines Kreislauftrainings eingesetzt.

Allgemeiner Breitensport und Freizeitsport:

Den Patienten wird eine Vielzahl von verschiedenen Sportmöglichkeiten im Hinblick auf die Verbesserung der Freizeitstrukturierung, des Körpererlebens und der Lebensqualität angeboten. Dabei wird Eigenverantwortung und –initiative gefördert. In jeder Gruppe gibt es einen Sportverantwortlichen. Eine große Rolle spielt der Patientenrat.

Am Abend finden regelmäßig Breitensportaktivitäten in der Sporthalle oder je nach Jahreszeit im Freien statt, wie Volleyball, Basketball, Fußball, Badminton, Schwimmen.

Indikativgruppe Nordic Walking:

Viele Patienten der Friedrich-Petersen-Klinik sind übergewichtig oder körperlich untrainiert und profitieren insgesamt von sportlicher Aktivität. Jahrelang haben sie keinen Sport gemacht und sich stattdessen z. B. ungesund ernährt oder geraucht. Ziel ist es, diese Patienten schonend an eine sportliche Belastung heranzuführen, kleine körperliche Erfolge nahe zu bringen. Hierzu eignet sich auch nach medizinischer Evaluation das Nordic Walking besonders gut. Es ist gelenkschonend und kann ein guter Einstieg in einen Sport sein. Hierzu werden Patienten aufgrund medizinischer Indikation ausgewählt, die dann an dem neuen Kurs, der je zehnmal stattfindet, teilnehmen.

4.8. Mediatives Malen

Beim Mediativen Malen werden Zeichnen, Malen und farbiges Gestalten für Auslösung und Abreaktion affektiver Prozesse genutzt. Es sind dabei auch kommunikative Aspekte, z. B. bei der klärenden Auseinandersetzung und nonverbalen Mitteilung im therapeutischen Sinne, möglich. Die Patienten setzen sich beim mediativen Malen nonverbal mit Inhalten auseinander. Sie bearbeiten freie oder vorgegebene Themen, welche selbstreflexive Prozesse auslösen und deren Bearbeitung kognitive Prozesse sowie kreatives Potential erforderlich macht. Im Ergebnis der Therapieeinheiten erleben viele Patienten neben der intensiven Selbstwahrnehmung auch eine Selbstwertstärkung und in vielen Fällen eine verbesserte Problemwahrnehmung.

4.9. Kognitives Training

Unter Anleitung von einem erfahrenen Therapeuten werden bei Patienten, die aufgrund der Eingangsuntersuchung erkennbare kognitive Defizite haben (ärztliche Indikation), Trainingseinheiten nach unterschiedlichen Methoden und Schwierigkeitsgraden durchgeführt. Je nach Eingangsdiagnose wird die Intensität der Trainingsaufgaben festgelegt. Es kann einfaches Hirnjogging, im Sinne von Förderung der Gedächtnisleistung, bis zu komplexem kognitivem Training (COCPAC) am PC durchgeführt werden. Das Cocpac-Trainingsprogramm bietet statistisch signifikante und praktisch relevante Übungserfolge aufgrund kurzer Übungssequenzen. Dabei sollten kognitive Grundfunktionen wie Aufmerksamkeit, Wahrnehmung, Ausdauer und Qualität mit dem Ziel trainiert werden, Leistungsdefizite auszugleichen und zu verbessern.

4.10. Erlebnis- und Freizeittherapie

Um mehr Erlebnisnähe und Motivation zu vermitteln, wird besonderer Wert auf das freizeitpädagogische Angebot gelegt, das vor allem am Wochenende wahrgenommen werden kann. Es werden Unternehmungen mit Gruppen unterschiedlicher Größe durchgeführt, z. B. Angeln, Kanufreizeiten etc. Aktivitäten werden von den Patienten/innen in Abstimmung mit dem Bezugstherapeuten geplant, organisiert und durchgeführt. Besonders interessant ist dieses Angebot durch die zahlreichen landschaftlichen Reize der Umgebung und die vielfältigen touristischen Angebote Rostocks und Mecklenburgs.

Die Klinik ist in der glücklichen Lage, unregelmäßig Kurse zum Erlangen des Fischereischeines anbieten zu können. Bei Interesse können sich die Patienten erkundigen, ob diese Möglichkeit während ihres Aufenthaltes gegeben ist. Im Rahmen des Kurses machen die teilnehmenden Patienten Ausflüge z. B. zum Sildemower See zur Gewässerpflege oder zum Angeln.

4.11. Medizinisch-somatische Behandlung

Die medizinische Sprechstunde durch erfahrene Fachärzte gewährleistet eine fortlaufende allgemeinmedizinische, psychiatrische und neurologische Versorgung sowie die Hinzuziehung und Koordination externer medizinischer Dienste. Ebenso gehören zum medizinischen Ansatz die Erziehung zu gesundheitsbewusstem Verhalten und Infektionsverhütung, die Aufklärung über Suchtentwicklung und Suchtfolgen sowie die angemessene Handhabung funktioneller und psychosomatischer Beschwerden. Die medizinischen Aufgaben konzentrieren sich in der Aufnahmephase auf eine detaillierte klinische medizi-

nische Diagnostik und die Einleitung notwendiger Behandlungsmaßnahmen sowie die Erstellung des medizinischen Aufnahmeberichtes. Im weiteren Verlauf verlagert sich der Schwerpunkt auf die alltägliche Begleitung, d. h. tägliche Sprechstunde für ein gesundheitsförderliches Verhalten und für die Differenzierung und Nutzbarmachung von funktionellen Symptomen. Den Rahmen hierfür bieten die ärztliche Sprechstunde sowie zusätzliche Konsultationen bei Bedarf.

Über die fachärztliche Sprechstunde erfolgt auch die Planung, Koordination und Ausführung der Therapie von psychiatrischen oder neurologischen Erkrankungen oder Folgeerkrankungen. Vor allem nicht-akute affektive Störungen mit endogenem Anteil, psychotische Störungen in der Vorgeschichte oder manifeste Zwangsstörungen bedürfen häufig einer medikamentösen Behandlung. Bei entsprechender Indikation erhalten die Patienten im Einzelfall am Ende der stationären Behandlung unterstützend Acamprosat als Anti-Craving-Substanz, ggf. auch Disulfiram als pharmakologische Abstinenzstütze.

Die Friedrich-Petersen-Klinik liegt in der Südstadt der Hansestadt Rostock. In unmittelbarer Nähe befinden sich verschiedene Facharztpraxen, in denen sich bei Bedarf unsere Patienten auch behandeln lassen können. Für den Bedarfsfall ist somit für eine gute gerätemedizinische Versorgung unserer Patienten gesorgt.

4.12 Notfallmanagement/medizinische Betreuung

In die Friedrich-Petersen-Klinik können nur rehabilitationsfähige Patienten aufgenommen werden. Selbstverständlich ist es aber erforderlich, dass eine Entwöhnungsklinik auch in angemessenem Maße auf Notfälle reagieren kann. Der Notfallplan der Friedrich-Petersen-Klinik bietet hierbei einige deutliche Vorteile. Die Klinik ist nur 1,5 km von der Südstadt-Klinik Rostock entfernt, in der eine breite intensivmedizinische Betreuung möglich ist. Die Universitätsklinik Rostock ist lediglich 3,5 km entfernt. Mehrere Rettungsleitstellen sind in der Nähe der Klinik, die nächste in 1.500 m Entfernung, angegliedert an das Südstadt-Klinikum der Hansestadt Rostock. Im Notfall sind also in unserer Klinik längere Transporte über Landstraßen nicht erforderlich. In kürzester Zeit können Patienten im Notfall in eine intensivmedizinische Behandlung gebracht werden. Für den akuten Notfall gibt in unserem Haus ein Alarmsystem. Jeder Patient kann aus seinem Zimmer einen Alarm auslösen. Die Klinik ist rund um die Uhr mit Personal besetzt: Es besteht eine ärztliche Rufbereitschaft, 24 Stunden am Tag, inklusive Wochenende, die durch examinierte Krankenschwestern oder Krankenpfleger, die außerhalb der regulären Dienstzeiten, auch nachts, in der Friedrich-Petersen-Klinik präsent sind, ergänzt wird.

5. Möglichkeiten der Therapie in der Friedrich-Petersen-Klinik

5.1. Vollstationäre Entwöhnungsbehandlung von Alkohol und/oder Medikamenten

Die vollstationäre Entwöhnungsbehandlung von Alkohol und/oder Medikamenten wird in der Regel in einem Zeitraum von 12 bis 16 Wochen in der Friedrich-Petersen-Klinik durchgeführt. Zunächst werden die Patienten in der Aufnahmegruppe für einen Zeitraum von circa 14 Tagen therapiert. Die Psychotherapie hat hierbei einen psychoedukativen motivationalen Schwerpunkt. Nach der Zeit in der Aufnahmegruppe folgt die Therapie in der halboffenen Therapiegruppe, in der tiefenpsychologische und verhaltenstherapeutische Aspekte der Entwöhnungsbehandlung im Vordergrund stehen (siehe hierzu auch weiter oben Punkt 4.2; 4.3).

Die Behandlung hat einen integrativen Ansatz, in dem alle oben im Behandlungsprogramm dargestellten Elemente zum Tragen kommen.

5.2. Tiefenpsychologisch-integrative Psychotherapie (TIP) in geschlossener Gruppe

Die Besonderheit dieses Behandlungssettings liegt darin, dass alle Patienten dieser Gruppe ihre Therapie zum gleichen Zeitpunkt beginnen und beenden. Dies bedeutet auch, dass die Dauer der Behandlung auf 12 Wochen ohne Möglichkeit einer Verlängerung festgelegt ist. Aufgenommen werden können sowohl Männer als auch Frauen. Durch die Konstanz innerhalb der Gruppe werden in besonderer Weise gruppenspezifische Prozesse initiiert, deren Förderung und Bearbeitung einen wesentlichen Schwerpunkt in der Behandlung darstellen. In der Gruppenpsychotherapie wird nach einem tiefenpsychologisch-integrativen Ansatz unter Anwendung dynamisch-intendierter und interaktioneller Interventionen gearbeitet. Das Setting der geschlossenen Gruppe unterstützt die Entwicklung einer vertrauensvollen und Sicherheit gewährenden Atmosphäre, die eine intensive Auseinandersetzung mit interpersonellen Konflikten, die Erprobung neuer Verhaltensweisen und alternative Beziehungserfahrungen ermöglicht. Zusätzlich zu den üblichen Therapiebausteinen ist für die geschlossene Gruppe die Kommunikative Bewegungstherapie und das Führen eines Therapietagebuches Bestandteil des Therapieprogramms.

Die Zuweisung durch Beratungsstellen in diese Gruppe verlangt eine besonders gründliche Indikationsstellung bezüglich Motivation, Belastbarkeit und Komorbidität des Patienten. Außerdem findet vor Beginn der geschlossenen Gruppe jeweils ein ambulantes Vorgespräch statt. Damit soll gewährleistet werden, dass die Persönlichkeitsstile innerhalb einer Gruppe möglichst inhomogen sind, nicht die Mehrheit der Patienten auf desintegriertem Strukturniveau organisiert ist und zumindest der überwiegende Teil über eine Krankheitseinsicht und Abstinenzmotivation verfügt.

5.3. Ganztägig ambulante Behandlung

In den letzten Jahren kam es zu einem Ausbau tagesklinischer Angebote. Hintergrund ist neben ökonomischen Aspekten die Differenzierung und individuelle Abstimmung des Behandlungsangebotes auf die aktuellen Bedingungen und Notwendigkeiten des Einzelfalles.

Eine Reihe von Patienten bedarf einer rehabilitativen Entwöhnungsbehandlung, bei der sie im familiären Umfeld bleiben und sich den täglichen Anforderungen innerhalb der Familie stellen können. Der Bedarf an solchen Behandlungsplätzen ist eventuell in den nächsten Jahren noch steigend.

Voraussetzungen für eine solche Behandlungsform sind:

- die schnelle Erreichbarkeit der Klinik in maximal 40 Minuten Fahrzeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln,
- ein stabiles und unterstützendes soziales Umfeld (verheiratet oder in fester Partnerschaft lebend, Partner/in unterstützt Therapie),
- eine ausreichende Abstinenzfähigkeit, um die therapiefreie Zeit allein ohne Suchtmittel zu bewältigen,
- gesicherte Wohnverhältnisse.

Die einzelnen Bedingungen sind von unterschiedlichem Gewicht, es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass die Fähigkeit des Patienten trotz krankheitsbedingter Defizite das tagesklinische Angebot regelmäßig wahrzunehmen, die Belastbarkeit der Angehörigen, die Einstellung der zuweisenden Stellen und die Erreichbarkeit der Tagesklinik von immanenter Bedeutung sind.

Indikationsaspekte für die tagesklinische Behandlung sind:

- Der Patient zeigt größere Schwierigkeiten, sich auf eine notwendige vollstationäre Behandlung einzulassen und gewinnt über einen ersten tagesklinischen Schritt Vertrauen in die Therapie.
- Der Patient ist durch eine erfolgreiche, schnellere, erste, vollstationäre Phase in der Lage, die Therapie tagesklinisch fortzuführen. Dadurch erfolgt eine intensivere Belastungserprobung und bessere Anpassung an die Alltagsbedingungen.
- Durch individuelle Gegebenheiten ist bei dem Patienten gleichzeitig mit dem klinischen Behandlungsprozess ein stetiges Selbstbeobachtungs- und Erprobungsfeld in den bestehenden familiären Beziehungen notwendig.

Vor Aufnahme zur tagesklinischen Entwöhnungsbehandlung wird von therapeutischer Seite in Abstimmung mit der zuständigen Suchtberatungsstelle geprüft, ob die individuellen Voraussetzungen der Patienten für eine tagesklinische Behandlung vorliegen. Bestehen keine ausreichenden Voraussetzungen, werden andere Behandlungsmöglichkeiten mit dem Patienten erörtert.

Die Friedrich-Petersen-Klinik hat acht tagesklinische Behandlungsplätze. Es gibt keine eigene tagesklinische Gruppe. Es erfolgt eine Anbindung an die Bezugsgruppen, wobei auch hier die besonderen indikativen Aspekte bei der Einordnung in die Gruppen eine Rolle spielen. Im Übrigen gilt das Behandlungsprogramm der Friedrich-Petersen-Klinik auch für die tagesklinischen Patienten.

Die Patienten nehmen wochentags von 7:30 bis 16:30 Uhr an den Behandlungen teil.

5.4. Festigungstherapie

Alle abhängigen Patienten mit erfolgter Rehabilitationsbehandlung können prinzipiell eine Festigungstherapie machen. Die Behandlung dauert entsprechend der Kostenzusage des Kostenträgers. Indikationskriterien sind:

- der Patient befindet sich in einer kritischen Lebensphase,
- in der Rückfallgefahr besteht oder
- in der ein Rückfall geschehen ist.

Der Rückfall ist demnach nicht Bedingung für die Festigungstherapie. Abzugrenzen ist die Festigungstherapie von einer Wiederholungsbehandlung. Während die Festigungstherapie der Krisenbewältigung bei ansonsten relativ stabiler Abstinenzfähigkeit dient, ist eine Wiederholungsbehandlung als weiterführender Therapieschritt im Rahmen eines langfristigen Entwicklungsprozesses zu sehen. Die Festigungstherapie ist deshalb in der Regel kürzer als eine Wiederholungsbehandlung. Die Patienten werden für die Festigungstherapie in einer Bezugsgruppe aufgenommen, nehmen also nicht am Programm der Aufnahmegruppe teil. In der Bezugsgruppe geht es in erster Linie um Krisenbewältigung und Erarbeitung von Bewältigungsstrategien. Somit bleibt die Therapieebene überwiegend in der Gegenwart, regressionsfördernde Behandlungselemente sind nicht vorgesehen. Entsprechend dem Gesamtkonzept werden alle psychotherapeutischen, ergotherapeutischen, sozialtherapeutischen und medizinischen Behandlungsangebote im Sinne der Problembewältigung und Auffrischung bereits erreichter Schritte individuell eingesetzt. Entscheidend ist dazu eine kurze effektive Diagnostikphase am Beginn der Festigungstherapie, in der die individuellen Therapieziele und die Erstellung des Behandlungsplanes erfolgen. Es wird auf wenige konkrete Zielstellungen zur Krisenbewältigung fokussiert.

5.5. Kombinationsbehandlung für Abhängigkeitserkrankungen in Norddeutschland „Kombi-Nord“

Für abhängigkeitserkrankte Menschen kann bei entsprechender Indikation und Motivation ein 52-wöchiger modularer Behandlungsplan von der Deutschen Rentenversicherung Nord bewilligt werden. Bestimmte Behandlungsmodule (z. B. ambulante, stationäre oder ganztägig ambulante Rehabilitationsbehandlung) und weiter unten erläuterte Sondermodule können dabei individuell auf den Patienten abgestimmt werden.

Eine flexiblere Gestaltung der Therapiemöglichkeiten soll hierdurch ermöglicht werden. Ein besonderes Ziel ist die Senkung der Quote derjenigen, die nach dem Abschluss der Therapie recht schnell wieder instabil werden. Die Optimierung der „Schnittstellenarbeit“ wird ebenfalls verfolgt. Eine bessere Berücksichtigung aller Kontextfaktoren, der Lebenswirklichkeit der Versicherten wie auch die Realisierung einer möglichst wohnortnahen Gesamtbehandlung werden angestrebt. Das Antrags- und Verwaltungsverfahren soll vereinfacht werden. Eine höhere Qualität der Zusammenarbeit zwischen den ambulant, ganztägig ambulant und stationär arbeitenden Einrichtungen sowie mit den Leistungsträgern soll realisiert werden. Nicht zuletzt steht die Vermeidung von Tendenzen zur Diskriminierung von Suchtkranken mit komplexen Krankheits- und Rehabilitationsverläufen im Fokus der Kombinati-

onsbehandlung. Auf der Grundlage der auch bisher vorhandenen Möglichkeiten der ambulanten, ganztägig ambulanten, stationären und adaptiven Formen der Rehabilitation soll für den individuellen Bedarf des Patienten der größtmögliche Effekt im Sinne der gesetzlichen Ziele erreicht werden.

In der Friedrich-Petersen-Klinik werden zwei verschiedene Module der Kombinationsbehandlung für Abhängigkeitserkrankungen in Norddeutschland „Kombi-Nord“ angeboten:

- die vollstationäre Entwöhnungsbehandlung
- die ganztägig ambulante Entwöhnungsbehandlung

Diese beiden Behandlungsformen können auch unabhängig von der Teilnahme an der Kombinationsbehandlung für Abhängigkeitserkrankungen in Norddeutschland „Kombi-Nord“ von unseren Patienten wahrgenommen werden. Entsprechende Konzepte liegen dem Rentenversicherungsträger DRV Nord vor und wurden von der DRV Nord bestätigt.

Indikationen

Die Indikationen zur Kombinationsbehandlung für Abhängigkeitserkrankungen in der Friedrich-Petersen-Klinik in Rostock lehnen sich an die formulierten Indikationen der Maßgaben zur „Konzeption Kombinationsbehandlung für Abhängigkeitserkrankungen in Norddeutschland Kombi-Nord“ der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover, der Deutschen Rentenversicherung Nord und der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen aus dem Monat März 2009 an.

Indikation zur Teilnahme an der Konzeption Kombinationsbehandlung für Abhängigkeitserkrankungen in der Friedrich-Petersen-Klinik ist zum einen die Motivation des Patienten an dem weiter unten erläuterten 52-wöchigen modularen Behandlungsplan. Als Primärindikation zur Behandlung zählen wir die Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit sowie weitere Mehrfachabhängigkeiten, bei denen die Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit deutlich im Vordergrund stehen. Vor dem Hintergrund der therapeutischen Ausrichtung der Friedrich-Petersen-Klinik und des dementsprechenden Personalschlüssels können zudem psychiatrische Erkrankungen (z. B. insbesondere Depressionen, Angst- und Panikstörungen, Persönlichkeitsstörungen, Neurosen) sowie internistische und neurologische Suchtfolgeerkrankungen mitbehandelt werden. Zu den Sekundärindikationen zählen somit eine Reihe von Krankheitsbildern, die allerdings in ihrer Ausprägung die Rehabilitationsfähigkeit nicht beeinträchtigen dürfen: begleitende psychiatrische Krankheitsbilder, begleitende neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen, begleitende Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und anderen Faktoren, begleitende Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen. Bezüglich weiterer klinisch-phänomenologischer Indikationen scheint das Modell der Kombinationsbehandlung insbesondere geeignet zu sein für institutionserfahrene Patienten, Behandlungswiederholer, sich selbstüberschätzende Patienten, therapieerfahrene Patienten, lange Entwicklungszeiten benötigende Patienten, scham- und schuldbelastete Patienten, Patienten mit selbstunsicherer Persönlichkeit, Patienten mit sozialstrukturellen Besonderheiten. Ebenfalls bietet sich das Modell für die Patienten an, die zunächst eine ambulante Behandlung für sich erproben möchten, obwohl diese von therapeutischer Seite nicht zu empfehlen ist. Liegt jedoch die Überzeugungsfixierung beim Patienten vor,

dass lediglich der ambulante Weg entscheidend ist, so könnte das Kombi-Modell die spätere Möglichkeit eines schnellen Wechsels in eine stationäre oder ganztägig ambulante Form der Rehabilitation ohne größeren Aufwand ermöglichen.

Kontraindikationen

Es gelten die üblichen Kontraindikationen, die auch für die anderen Formen der Therapie in der Friedrich-Petersen-Klinik gelten. Hierzu zählen eine nicht vorhandene Rehabilitationsfähigkeit, insbesondere Psychosen im akuten Stadium, akute Suizidalität, Demenz und erhebliche Intelligenzmin- derung. Hinweise auf eine vorhandene Kontraindikation zur ganztägig ambulanten Behandlung werden im weiteren Verlauf der Konzeption erörtert.

Behandlungsrahmen in der Friedrich-Petersen-Klinik

Der Behandlungsrahmen orientiert sich an den Vorgaben der Konzeption der Kombinationsbehand- lung für Abhängigkeitserkrankungen in Norddeutschland, „Kombi-Nord“. Dieser sieht einen Zeitrah- men von 12 Monaten bzw. 52 Wochen der Gesamtbehandlungsdauer vor. Innerhalb dieser Gesamt- behandlungszeit können konzeptionell abgestimmte ambulante, ganztägig ambulante, stationäre und adaptive Interventionsformen nach Maßgabe des individuellen Verlaufs des Therapieprozesses ziel- orientiert eingesetzt werden. Für jede Interventionsform oder auch jedes Modul besteht ein eigenes Zeitbudget. So dürfen während des ambulanten Moduls bis zu 80 Therapieeinheiten für den Versi- cherten und 12 Bezugspersonentermine genutzt werden. Für die ganztägig ambulanten, stationären und adaptiven Interventionsformen gilt die Maßgabe, dass die Behandlungszeit bestimmte Zeiten nicht überschreiten darf. Bei der Kombination von stationären und tagesklinischen Leistungen darf die Gesamtwochenzeit von 20 (Alkohol- Medikamentenabhängigkeit) nicht überschritten werden. Die Therapiedauer bei stationären und ganztägig ambulanten Suchtbehandlungen von Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit besteht im Einzelnen bei 13 Wochen +2 Wochen der Verlängerungs- möglichkeit. Um eine möglichst optimale Vernetzung der Behandler, der verschiedenen Module so- wie eine Abstimmung der Diagnostik und Dokumentation zu erreichen sowie um die Nichtantrittsquo- te möglichst gering zu halten sind zudem von der Deutschen Rentenversicherung Nord sogenannte „Sondermodule“ vorgeschlagen worden: das Übergabemanagement, die Belastungserprobung für ambulante Therapie, die Qualitätszirkel im regionalen Therapeutenteam sowie das Ablaufcontrolling. Die Sondermodule werden im Konzept der Friedrich-Petersen-Klinik zur Geltung kommen und wer- den im Einzelnen später erklärt.

Behandlungsplanung „Kombi-Nord“

Zu Beginn der Behandlung eines Patienten, der an der Kombinationsbehandlung teilnimmt, erfolgt die Behandlungsplanung. Sollte zum Zeitpunkt dieser Planung bereits absehbar sein, dass der Pati- ent in den zu bewilligenden 52 Wochen an den Modulen „vollstationäre Behandlung“ und/oder „ganz- tägig ambulante Behandlung“ teilnehmen wird, so erscheint es als sinnvoll, dass die Ansprechpart- ner für „Kombi-Nord“ der Friedrich-Petersen-Klinik am initialen Planungsprozess teilhaben.

Für den Fall, dass in der Friedrich-Petersen-Klinik das erste Modul der Kombi-Nord-Therapie statt findet, ist in der Regel vorgesehen, dass der Ablaufcontroller von der Friedrich-Petersen-Klinik gestellt wird.

Sollte der Therapiebeginn in einem anderen Modul stattfinden, sollte der Ablaufcontroller entweder von der entsprechenden Einrichtung des ersten Moduls des Behandlungsplanes gestellt werden oder eine andere Lösung diesbezüglich in Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern der Friedrich-Petersen-Klinik gefunden werden.

Therapeutisches Vorgehen

Das therapeutische Vorgehen orientiert sich an den Leitlinien, die in diesem Therapiekonzept verankert sind. Das Modell der Kombinationstherapie verlangt jedoch einige Modifikationen, die mit dem modularen Behandlungsvorgehen im Rahmen der Kombinationstherapie zu erklären sind. Diese werden im Folgenden dargestellt:

Modul der vollstationären Rehabilitationsbehandlung im Rahmen des Kombi-Nord-Projektes in der Friedrich-Petersen-Klinik

Die vollstationäre Rehabilitationsbehandlung im Rahmen des Kombi-Nord-Projektes in der Friedrich-Petersen-Klinik stützt sich auf das therapeutische Vorgehen, das weiter oben in den Leitlinien des Therapiekonzeptes für die 12-wöchige Alkohol- und Medikamentenentwöhnungsbehandlung der Friedrich-Petersen-Klinik beschrieben wird. Einzelne Elemente, wie z. B. die Dauer der Teilnahme am psychoedukativen Programm, wie auch die Dauer der Teilnahme an bestimmten Indikativgruppen, werden einen Einfluss auf die Gesamtdauer des stationären Aufenthaltes in der Friedrich-Petersen-Klinik haben. Für die Teilnahme an den Indikativgruppen Angstgruppe und Depressionsgruppe sind so z. B. mindestens sechs Wochen der kontinuierlichen Therapiezeit erforderlich.

Vom Rentenversicherungsträger wird gegen Ende der Behandlung ein ärztlicher Bericht verlangt, der eine sozialmedizinische Einschätzung bezüglich des Patienten beinhaltet. Erfahrungsgemäß bietet die vollstationäre, aber auch die ganztägig ambulante Rehabilitationsbehandlung ein Beobachtungsfeld, in dem in mehreren Bereichen eine diesbezügliche Beobachtung und daraus resultierend die sozialmedizinische Einschätzung erfolgen kann. Hierfür ist eine individuell zu definierende Mindesttherapiedauer erforderlich. Mit Beendigung des Aufenthaltes in der Friedrich-Petersen-Klinik wird eine sozialmedizinische Beurteilung erfolgen, schriftlich festgehalten und entsprechend an die Therapeuten des nächsten Behandlungsmoduls weitergegeben. Sollte die Friedrich-Petersen-Klinik nicht das letzte Modul der Kombi-Behandlung sein, so sind die sozialmedizinischen Beurteilungen durch die Ärzte zu modifizieren und zu aktualisieren, die für die nachfolgenden Module verantwortlich sind.

Da für eine nachhaltige Therapie nicht nur eine optimierte Schnittstellenarbeit sondern auch eine effektive Beziehungsarbeit mit dem Patienten innerhalb der Therapiemodule nötig ist, kann die Entwöhnungstherapie in der Friedrich-Petersen-Klinik nur in einem bestimmten ausreichenden zeitli-

chen Rahmen stattfinden, der nicht zu kurz sein sollte. Dieses ist individuell bei der Planung der Therapie und der Dauer der jeweiligen Module zu berücksichtigen um einem therapeutischen „Dreh-türeffekt“ entgegen zu wirken.

Im Rahmen der halboffenen Gruppe spielt die Teilnahme an der Aufnahmegruppe in den ersten zwei Wochen eine Rolle. Für Patienten, die am Kombi-Nord-Modell teilnehmen, muss möglicherweise die Teilnahmedauer an der Aufnahmegruppe modifiziert werden:

Teilnahme an der Aufnahmegruppe

Die Teilnahme an der 2-wöchigen psychoedukativen Aufnahmegruppe mit motivationalem Ansatz ist im Rahmen der Kombitherapie individuell zu planen. Bei Patienten, die diese Einheit im Rahmen ihrer 52-wöchigen Therapie noch nicht durchlaufen haben, ist die Teilnahme an dem 2-wöchigen Programm erforderlich, bei Patienten, die diesen Block bereits absolvieren konnten oder ein entsprechendes Programm in der Beratungsstelle oder einem anderen Modul absolvieren konnten, wird die Zeit individuell reduziert. Die Einschätzung liegt zum einen an dem individuellen Behandlungsplan, zum anderen an der Internalisierung der behandelten Punkte seitens des Patienten. Dieses kann im Rahmen des Übergabegesprächs eingeschätzt werden.

Teilnahme an der geschlossenen Gruppe

Mit 12-wöchigem Abstand beginnt in der Friedrich-Petersen-Klinik jeweils die geschlossene Gruppe neu. Jeweils werden zu diesem Termin 12 Patienten an einem Tag aufgenommen. Nach den 12 Wochen werden diese Patienten geschlossen an einem Tag entlassen. Das Modell der geschlossenen Gruppe bietet für bestimmte Patienten therapeutische Vorteile.

Generell spricht nichts dagegen, die 12 Wochen der geschlossenen Gruppe im Rahmen eines 52 Wochen währenden Behandlungsplans einzubetten. Ein Vorstellungsgespräch, welches im Vorfeld des Beginns der geschlossenen Gruppe stattfindet, sollte auch von den Patienten der Kombinationsbehandlung für Abhängigkeitserkrankungen in Norddeutschland „Kombi-Nord“ wahrgenommen werden. Die Verlängerung der 12-wöchigen stationären Therapie in geschlossener Gruppe ist per Konzept nicht vorgesehen. Auch wird es nicht möglich sein, unmittelbar im Anschluss an die 12 Wochen der geschlossenen Gruppe das Modul der ganztägig ambulanten (tagesklinischen) Behandlung in der Friedrich-Petersen-Klinik wahrzunehmen. Sollte die geschlossene Gruppe in das 52 Wochen währende Behandlungsmodul eingebettet werden, sollte zumindest von Anfang an nicht eine erneute Zeit der ganztägig ambulanten, oder stationären Behandlung in der Friedrich-Petersen-Klinik vorgesehen sein. In einzelnen Ausnahmefällen könnte diese Möglichkeit nach Abschluss der geschlossenen Gruppe diskutiert werden, sollte es in einem sich anschließenden ambulanten Modul zu einer Destabilisierung kommen, die möglicherweise eine erneute kurzzeitige stationäre, oder ganztägig ambulante Behandlung mit sich bringt. Ggf. wäre diese Problematik dann in einem Qualitätszirkel, oder einer patientenbezogenen Fallbesprechung zu diskutieren.

Modul der ganztägig ambulanten Rehabilitationsbehandlung (tagesklinische Behandlung) im Rahmen der Kombinationsbehandlung für Abhängigkeitserkrankungen in Norddeutschland „Kombi-Nord“ in der Friedrich-Petersen-Klinik

Optimaler Weise bestehen die bereits unter 5.3. erwähnten Indikationen für die ganztägig ambulante Entwöhnungsbehandlung.

Die einzelnen Bedingungen sind von unterschiedlichem Gewicht, es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass die Fähigkeit des Patienten trotz krankheitsbedingter Defizite das ganztägig ambulante Angebot regelmäßig wahrzunehmen, die Belastbarkeit der Angehörigen und die Erreichbarkeit der Tagesklinik von immanenter Bedeutung sind. Im Rahmen der Kombinationsbehandlung für Abhängigkeitserkrankungen in Norddeutschland „Kombi-Nord“ sind ggf. Abweichungen von den Voraussetzungen möglich, da der Patient über 52 Wochen in einem Gesamtkonzept behandelt wird. Die Entscheidung zum ganztägig ambulanten Modul muss allerdings fundiert und in Absprache mit dem Therapeuten der Friedrich-Petersen-Klinik erfolgen. Vor Aufnahme zur ganztägig ambulanten Entwöhnungsbehandlung oder vor dem Beginn des ganztägig ambulanten Moduls wird von therapeutischer Seite in Abstimmung mit der zuständigen Suchtberatungsstelle oder dem vorbehandelnden Modul geprüft, ob die individuellen Voraussetzungen der Patienten für eine ganztägig ambulante Behandlung vorliegen. Bestehen keine ausreichenden Voraussetzungen, werden andere Behandlungsmöglichkeiten mit dem Patienten erörtert. Sehr vorteilhaft wird sich erweisen, dass sowohl die Module der vollstationären Behandlung wie auch der ganztägig ambulanten Behandlung in der Friedrich-Petersen-Klinik angeboten werden und somit eine optimale Schnittstellenarbeit bei der Übergabe von einem Modul zum nächsten erfolgen können wird.

Hausordnung

Die Hausordnung gilt in gleicher Weise für die Patienten, die an der Kombinationsbehandlung für Abhängigkeitserkrankungen in Norddeutschland „Kombi-Nord“ teilnehmen. Ausgangs- und Urlaubsregelungen müssen bei einem ggf. kürzeren Aufenthalt in der Friedrich-Petersen-Klinik entsprechend der Verfassung des Patienten adaptiert werden.

Ergo- und Arbeitstherapie

Die Teilnahme an Ergo- und Arbeitstherapie erfolgt ebenfalls wie im Therapiekonzept der Klinik festgelegt. Hierbei ist bei den Patienten der „Kombi-Nord“ darauf zu achten, dass der Therapieverlauf so gestaltet wird, dass eine aussagefähige sozialmedizinische Beurteilung des Patienten am Ende der Therapie erfolgen kann. Da sich möglicherweise noch weitere Module an die Behandlungszeit in der Friedrich-Petersen-Klinik anschließen, soll eine zumindest vorübergehende sozialmedizinische Beurteilung für den Zeitraum in der Friedrich-Petersen-Klinik erstellt werden. Die abschließende Beurteilung wird dann voraussichtlich mit Beendigung des letzten Moduls durch den für das letzte Modul verantwortlichen Arzt erfolgen.

Dokumentation und Berichterstattung

Die Dokumentation wird aktuell und fortlaufend im Rahmen der Friedrich-Petersen-Klinik durchgeführt. Sie ist so zu organisieren, dass sie unmittelbar der Ablaufberichterstattung dienen kann. Ein Behandlungsbericht über die Behandlung im Rahmen eines Moduls in der Friedrich-Petersen-Klinik wird bis zum Ende des Moduls erstellt und in Folge an die Therapeuten des nächsten Moduls unter Wahrung des Datenschutzes weitergeleitet. Der Bericht stützt sich dabei auf die Kriterien des „Peer-Review“-Verfahrens der DRV und ähnelt dem Entlassbericht. Wird mit der Friedrich-Petersen-Klinik die 52-wöchige Behandlungsdauer nicht abgeschlossen, so sind der Abschlussbericht und die sozialmedizinische Epikrise von der zuletzt behandelnden Einrichtung zu aktualisieren.

Sondermodule

Die Sondermodule Übergabegespräch, Belastungserprobung für ambulante Therapie, Qualitätszirkel und Ablaufcontrolling sollen auch im Rahmen der Friedrich-Petersen-Klinik durchgeführt werden.

Übergabegespräch

Das Übergabegespräch wird in einer Dreierkonferenz (Vor- und Weiterbehandler sowie Rehabilitand) durchgeführt. Ziel ist es die Zusammenarbeit der einzelnen Leistungsanbieter zu optimieren.

Gewisse Vorarbeiten sind für das Übergabegespräch zu leisten. Ein Behandlungsbericht über den bisherigen Verlauf (Patientendaten), erreichte und angestrebte Therapieziele, zeitliche Planung, wird von der bisherigen, abgebenden Einrichtung zusammengestellt und in digitalisierter Form an die aufnehmende Institution weitergeleitet. Die genaue Form, wie die digitalisierte Form weitergegeben wird, wird sich an den noch zu formulierenden Richtlinien der Rentenversicherungsträger orientieren. Die weiterbehandelnde Einrichtung wird sich im Vorfeld der Aufnahme mit den Behandlungsergebnissen der zunächst behandelnden Einrichtung auseinandersetzen und den erreichten Stand definieren. Im Einzelnen ist für die nahtlose Übergabe hierbei erforderlich: eine konsequente, umfassende, fortlaufende Dokumentation des Therapiestandes (möglichst bereits in dem fortzuschreibenden, einheitlichen Entlassbericht), die Operationalisierung der Therapieziele auf allen Ebenen (psychotherapeutisch, somatisch, edukativ, arbeitsbezogen) sowie die Besprechung geplanter Interventionen. Das Übergabegespräch soll bei jedem Wechsel eines Behandlungsmoduls durchgeführt werden. Vorgaben über den genauen Modus der Übergabe werden vom Rentenversicherungsträger formuliert. Wünschenswert wäre hierbei, eine den regionalen Verhältnissen im Flächenland Mecklenburg-Vorpommern angemessene und ökonomisch und ökologisch zu vertretene Form der Übergabe.

Ablaufcontrolling

Für die Patienten der Kombi-Nord-Therapie wird ein Einrichtungsmitarbeiter (nicht Bezugstherapeut) als Ablaufcontroller/in bereitgestellt. Dieser wird aus dem Kreise der Anbieter der verschiedenen Module des Behandlungsplanes benannt. Der/die Ablaufcontroller/in steht als Ansprechpartner für den Rehabilitanden zur Verfügung.

Im Rahmen des Ablaufcontrollings erscheint es schon zu Beginn bei der Planung der entsprechenden Module für die kommenden 52 Wochen sinnvoll, so gut es geht, die einzelnen Behandlungsmodule zu formulieren. In diesem Rahmen sollten bereits die entsprechenden Institutionen kontaktiert werden zu einem initialen, planerischen, patientenbezogenen Erfahrungsaustausch.

Qualitätszirkel

Einmal pro Quartal soll ein patientenorientierter Qualitätszirkel durchgeführt werden. Dieser dient der Abstimmung, Besprechung und Behebung von Schnittstellenproblemen insbesondere bei Verwaltungs- und Behandlungsprozessen.

Belastungserprobung für die ambulante Therapie („BEAT“)

Der Rehabilitand soll einen krisenarmen Übergang vom stationären in das ambulante Behandlungsetting erfahren. Hierzu soll der Patient bereits im Vorfeld in der ambulanten Suchtberatungsstelle an einer Gruppentherapie teilnehmen können. Mit der Kontaktaufnahme in das nachfolgende Modul bietet sich die Möglichkeit, Ängste vor dem bevorstehenden Therapieformwechsel bereits im Vorfeld durch das Kennenlernen der ambulanten Einrichtung und der neuen Gruppenteilnehmer und Therapeuten abzubauen.

Die „BEAT“ wird als indikatives, optionales Behandlungsmodul verstanden. Eine Teilnahmeverpflichtung besteht nicht. Im Rahmen der 52 Wochen währenden Gesamtbehandlungsdauer können bis zu drei „BEAT“ abgerechnet werden. Eine relative Abstinenzfähigkeit wird zur Teilnahme an einer „BEAT“ angenommen.

Strukturelle Umsetzung der Kombinationsbehandlung für Abhängigkeitserkrankungen in Norddeutschland „Kombi-Nord“

Die Friedrich-Petersen-Klinik wird die Kombinationsbehandlung für Abhängigkeitserkrankungen in Norddeutschland „Kombi-Nord“ mit allen Einrichtungen durchführen, die von der DRV Nord dafür zugelassen worden sind.

Ab Januar des Jahres 2010 ist mit einem Umsetzen der Konzepte der Kombi-Nord zu rechnen. Bereits am 1.4.2009 hat sich in der Friedrich-Petersen-Klinik in Rostock eine Arbeitsgruppe zur Planung der Kombinationsbehandlung für Abhängigkeitserkrankungen in Norddeutschland „Kombi-Nord“ gegründet. Die Arbeitsgruppe versteht sich als einrichtungs- und trägerübergreifend. Vor dem Hintergrund des Flächenlandes Mecklenburg-Vorpommern, in dem Adaptionseinrichtungen zum Beispiel nicht in Rostock aber in Schwerin zu finden sind, geht die Arbeitsgruppe über einen regionalen Radius hinaus und gruppierte sich auch überregional.

Die folgenden Einrichtungen nehmen derzeit (Stand November 2009) an der Arbeitsgruppe teil:

1. Suchtberatungsstelle der Caritas, August-Bebel-Straße 2 in 18057 Rostock,
2. Suchtberatungsstelle der Volkssolidarität, Goethestraße 16 in 18055 Rostock,
3. Evangelische Suchtberatung Rostock gGmbH, Dalwitzhofer Weg 1 in 18055 Rostock
4. Suchtberatungsstelle SHZ, Stegemannstraße 11 in 19370 Parchim
5. Suchtberatungsstelle der Ev. Suchtkrankenhilfe, F.-Schulz-Straße 12 in 19055 Schwerin,
6. Sucht- und Drogenberatungsstelle des Diakonievereins Güstrow, Eisenbahnstraße 18 in 19370 Güstrow,
7. Adaptionshaus „Am Ostorfer See“, Rogahner Straße 20 in 19061 Schwerin,
8. Suchtberatungsstelle des Diakoniewerks, Mecklenburger Straße 36A in 23966 Wismar.
9. Carl-Friedrich-Flemming-Klinik, Wismarsche Straße 393-397, 19055 Schwerin
10. Suchtberatungsstelle Gadebusch
11. Suchtberatungsstelle Waren/Müritz
12. Friedrich-Petersen-Klinik, Rostock

Die Arbeitsgruppe wird sich in regelmäßigen Abständen treffen.

Abschließende Bemerkung

Im Vorfeld der Implementierung von „Kombi-Nord“ und in den ersten Monaten nach Einführung von „Kombi-Nord“ werden einzelne Punkte des Konzeptes gemäß den gemachten Erfahrungen überarbeitet und angepasst werden. Das vorliegende Konzept wird daher nicht als fixiert gesehen. Änderungen werden in regelmäßigen Abständen ergänzt und mit dem Kostenträger erörtert.

6. Spezielle Therapieaspekte

6.1. Die indikative Gruppe „Angst und Phobie“

Negative Gefühlsqualitäten wie Angst und die häufig damit einhergehende Depressivität haben eine Schlüsselfunktion bei Entstehung und Verlauf von Abhängigkeitserkrankungen. Ein nicht unbedeutender Anteil von Alkoholkranken leidet unter Symptomen von Angst-, Panik- und phobischen Störungen. Speziell für diese Patienten wird eine kognitiv-verhaltenstherapeutische Therapie durchgeführt. Die Inhalte dieser Therapie orientieren sich an entsprechenden erprobten Therapiekonzepten (Dengler W. und Selbmann H.-K., 2000)⁹, welche prinzipiell unabhängig von einer Substanzabhängigkeit durchgeführt werden können.

Darüber hinaus ist es für Abhängige von besonderer Bedeutung, den Zusammenhang zwischen emotionalen Problemen einerseits sowie dem fortgesetzten oder wiederholten Konsum andererseits zu erkennen. Die allgemeinen Therapieelemente zur Behandlung von Angst und Phobie werden daher ergänzt durch die Erarbeitung von Lösungsstrategien, welche auf die Entkopplung dieser wechselseitigen dysfunktionalen Zusammenhänge abzielen.

Nach entsprechender klinischer Diagnostik und einem Screening-Test mit dem SCL-90-R werden bereits in der Aufnahmegruppe die Patienten identifiziert, mit denen eine genauere klinische Diagnostik bezüglich Angst und Phobie durchgeführt wird. Bei entsprechender Indikation und Behandlungsbereitschaft nehmen diese Patienten dann zusätzlich zum allgemeinen Therapieprogramm an einer wöchentlichen indikationsbezogenen Gruppentherapie teil. Ergänzt wird die Behandlung durch Einzelgespräche. Bestandteil des Konzeptes sind Informationsvermittlung, Abklärung von Angsthierarchien, Kriseninterventionen, Durchbrechen pathogener Verstärkermechanismen, Ressourcenerarbeitung und Entwicklung von Copingstrategien. Weitgehend selbstständig exponieren sich die Patienten entsprechenden Situationen, was dann in den Therapien bearbeitet wird. Hierbei dienen die Erfahrungen der Einzelnen als Modell für den Anderen. Es wird ein Angsttagebuch zu Situationen, physiologischen Reaktionen, Emotionen, Kognitionen und Verhalten geführt.

6.2. Indikative Gruppe „Kognitive Verhaltenstherapie bei Depression und Sucht“

Ziel der kognitiven Therapie ist es, in Gruppensitzungen zunächst ein Verständnis für die wechselseitige Beeinflussung von Kognition und Emotion zu schaffen. Im nächsten Schritt wird die Wahrnehmung für diese negativen Gedanken geschärft. Zwischen den Therapiesitzungen helfen hierbei die Selbstbeobachtungsprotokolle und gezielte Übungen. Zunächst in den Gruppengesprächen, dann selbstständig, werden diese negativen Kognitionen analysiert und rationalere Denkalternativen erarbeitet. Die Wechselwirkung von Alkohol und Depression wird vermittelt. Die kognitive Therapie nach Beck, A. T. und Mitarbeitern (1986)¹⁰ sowie die Emotive Therapie nach Ellis, A. und Hoellen, B. (1997)¹¹ bieten für dieses Therapiemodul die theoretischen verhaltenstherapeutischen Grundlagen. Das Gruppentherapieprogramm findet manualisiert statt und ist begrenzt auf 6 Doppelstunden. Die Eingangsdagnostik wird durch die psychologischen Psychotherapeuten oder den Chefarzt durchge-

führt. Voraussetzung für die Teilnahme an der Gruppe sind entweder eine Diagnose einer Erkrankung aus dem depressiven Formenkreis oder ausgeprägte neurotisch-depressive Verhaltensweisen, das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung mit depressiven Zügen, depressive Denkmuster oder Kognitionen.

6.3. Indikativgruppe „Stressbewältigung“

Das Angebot „Stressbewältigung“ richtet sich an Patienten, mit einem hohen Belastungsaufkommen und Belastungsempfinden. Ziel ist es, neue Möglichkeiten aufzuzeigen und dem Patienten die Unterstützung im Umgang mit Alltagsbelastungen zu geben. Verständnis über die Genese von Stress, wie auch über physiologische Zusammenhänge werden angestrebt. Eigenbeobachtung und das Erkennen von individuellen Stresssituationen stehen dabei im Fokus. Den Teilnehmern sollen Methoden vermittelt werden, wie belastende Situationen angemessener eingestuft und angegangen werden können. Die Methoden setzen sowohl auf der kognitiven wie auch auf der emotionalen Ebene an: Gedankenstopptechnik, Genusstraining, Entkatastrophisieren und Aufdecken und Vermeiden logischer Fehler werden angewandt. Die Gruppe findet 6-malig über 6 Wochen für je 90 Minuten statt. Durch das Einüben und Wiederholen von bekannten Beispielen und Situationen, soll ein erster Grundstein an Kompetenzen gelegt werden, der den Teilnehmern die eine oder andere Erleichterung im Umgang mit belastenden Situationen im Alltag bietet.

6.4. Initiativgruppe „Frauengruppe“

Die Sozialisation von Mädchen und Frauen führt in vielen Fällen zur Entwicklung eines konfliktbelasteten Rollenverständnisses. Die Bewältigung dieser Konflikte ist bei den Patientinnen unserer Klinik in der Regel deutlich erschwert. In der Folge sind häufig folgende Bewältigungsstile entstanden:

- eine überverantwortliche Haltung mit hohem Engagement,
- die überangepasste und abhängige Beziehungsgestaltung,
- die Ablehnung der eigenen Weiblichkeit mit Vermeidung von Beziehungen sowie
- eher depressive Muster mit sozialem Rückzug.

Dabei entstehen Defizite hinsichtlich der Wahrnehmung und Befriedigung eigener Bedürfnisse. Frauen geraten in einen Spannungs- und Mangelzustand, den sie kaum wahrnehmen, bzw. nach Wahrnehmung ungenügend analysieren und durch schnell verfügbare und zunächst entlastende Mittel und Methoden reduzieren, um ihren Versorgungsaufgaben weiterhin gerecht werden zu können. Die sich hieraus ergebenden Abhängigkeiten werden lange Zeit verleugnet oder rationalisiert, so dass sich Abhängigkeitserkrankungen manifestieren.

Wenn Frauen sich für die Abstinenz entscheiden, setzen sie sich in der Regel auch mit ihrer Frauenrolle auseinander. Gleichzeitig wird das bisherige Lebenskonzept kritisch hinterfragt und Distanz zum eigenen bisherigen Handeln eingenommen. Ergebnis dieser Prozesse sind die Überarbeitung von Lebensentwürfen oder der Entwurf von neuen Lebenskonzepten, welche die eigene Bedürfnislage besser berücksichtigen.

Voraussetzung für kritisches Bilanzieren und Neuorientierung auf Abstinenz und größere Autonomie ist die Bereitschaft der Frauen, ihre Fähigkeiten hinsichtlich der Autonomie ihres Denkens, Fühlens und Handelns zu entwickeln und dabei gleichzeitig auf die Erfüllung eigener Bedürfnisse zu achten. In diesem Zusammenhang ergeben sich Kollisionen mit dem traditionellen Frauenbild, die erfasst und bearbeitet werden, um eine Korrektur des Rollenverständnisses zu erreichen.

In unserer Einrichtung behandeln wir abhängigkeitskranke Frauen durch die Integration in zwei gemischtgeschlechtliche Bezugsgruppen sowie die Integration aller Frauen in eine Frauengruppe.

In den *gemischtgeschlechtlichen Gruppen* erfolgt vorwiegend die Auseinandersetzung mit der Abhängigkeitsproblematik. In der Bearbeitung zahlreicher Fragen und Probleme können die Patientinnen Zusammenhänge und Funktion ihrer Abhängigkeit erkennen und verstehen. Dabei werden beispielsweise Trauerarbeit, Abbau von Schuld- und Schamgefühlen, Verbesserung der Selbst- und Fremdwahrnehmung sowie der Beziehungsfähigkeit initiiert. Des Weiteren können korrigierende Beziehungserfahrungen erlebt werden, da sich Frauen und Männer in ihren jeweiligen Rollen begegnen und der Austausch zum Rollenverständnis auf die eigene familiäre Konstellation übertragen werden kann und ein besseres Erkennen und Verstehen ermöglicht.

Die *Frauengruppe* verstehen wir als Forum, welches einen geschützten Rahmen für unsere Patientinnen darstellt. Hier gelingt es den Patientinnen eher, traumatisierende Lebensereignisse wie sexuellen Missbrauch und Gewalt in den Beziehungen zu reflektieren. So erfahren die Patientinnen (oft erstmalig) Anteilnahme und Verständnis, so dass Trauer, Wut, Scham und Hass erlebt und gezeigt sowie partiell bearbeitet werden können. Das ist Voraussetzung für das Erlernen zufriedenstellender Beziehungsmuster und eines selbstbewussten Rollenverständnisses als Frau.

Auch alle anderen abhängigkeitsrelevanten Themen werden in der Frauengruppe mit dem Ziel der Entwicklung von Autonomie und Selbstachtung, Verbesserung des Selbstwertgefühles und Aufbau eines positiven Selbstbildes, Erweiterung der sozialen Kompetenz, Abgrenzungs- und Durchsetzungsfähigkeit sowie von Fähigkeiten zur Befriedigung emotionaler und triebgenerierter Bedürfnisse bearbeitet.

Die methodische Arbeit in der Frauengruppe besteht hauptsächlich aus psychoanalytisch-interaktionell geführten Gruppengesprächen. Im Kontakt mit den Therapeutinnen erleben die Patientinnen Beziehungen, die von Präsenz, Respekt, Akzeptanz und Authentizität geprägt sind. Interpersonelle Konflikte, die sich, resultierend aus den Ich-strukturellen Störungen vieler Patientinnen, rasch abbilden, werden Gegenstand der Auseinandersetzungen und Lernfeld für neue Beziehungserfahrungen, die Klärung und Partnerschaftlichkeit beinhalten. Diese Vorgänge verinnerlichen die Patientinnen während der Behandlungswochen und können so ihre Beziehungsfähigkeit schrittweise verbessern.

Ergänzende Methoden in der Frauengruppe sind das mediative Malen, meditatives Tanzen sowie Psychodrama.

Die Frauengruppe findet einmal wöchentlich für 90 Minuten statt. Die therapeutische Begleitung erfolgt im Co-System, so dass jede Patientin die Frauengruppe entsprechend der Anzahl ihrer Therapiewochen in Anspruch nimmt.

6.5. Ernährungsschulung und –beratung, Lehrküche

Einmal wöchentlich wird eine Ernährungsschulung und –beratung für eine entsprechend ausgewählte Gruppe Patienten angeboten. Die Auswahl der Patientengruppe erfolgt in der interdisziplinären Teambesprechung in Rücksprache mit dem Chefarzt und der medizinischen Abteilung. Der Kurs für eine festgelegte Gruppe umfasst 5 Einheiten mit je 2,5 Stunden. Der Kurs findet in der klinikeigenen Lehrküche statt. Das Angebot richtet sich an Patienten, die keinerlei Erfahrungen in der Vorbereitung und Zubereitung von Lebensmitteln haben oder dieses seit Jahren vernachlässigt haben. Hierzu zählt auch die Küchenhygiene, die Lagerung von Lebensmitteln und nicht zuletzt auch das Servieren und Anrichten von Speisen, ergänzt durch eine Diätberatung und eine medizinische Beratung.

6.6. Nichtrauchertraining

Die Friedrich-Petersen-Klinik versteht sich als „Rauchfreies Krankenhaus“. Im Rahmen der „rauchfreien Politik“ wird es allen Patienten ermöglicht, freiwillig vom Rauchen zu entwöhnen. Hierzu findet bereits bei Aufnahme ein informatives Gespräch statt. Zudem erhalten alle Patienten Informationen zur Raucherentwöhnung in der Friedrich-Petersen-Klinik. Beinhaltet ist dabei auch ein Beurteilungsbogen, der Aufschluss über den täglichen Nikotinkonsum der Patienten gibt. Dieser kann als Selbstbeobachtungsinstrument auch im Therapieverlauf eingesetzt werden. Nicht nur während der Aufnahmesituation, sondern auch intermittierend während des Therapieverlaufes werden die Patienten motiviert, an den Nichtrauchermaßnahmen teilzunehmen.

Das von einem Arzt durchgeführte Training erfolgt bei entsprechender Interessentenzahl in der Gruppe, ansonsten als Einzeltherapie ein- bis zweimal pro Woche. Hierbei stützen sich die Therapieeinheiten auf verhaltenstherapeutische Elemente. Als unterstützende Maßnahmen werden Akupunktur und Entspannungstechniken angeboten.

6.7. Angehörigenarbeit

Suchterkrankungen gehen häufig mit Beziehungsstörungen einher. Deshalb beziehen wir Angehörige in die Behandlung mit ein, wenn der Patient das wünscht und eine konstruktive Klärung von Konflikten möglich erscheint. Angehörige werden dann von dem zuständigen Bezugstherapeuten durch den Patienten zu einem Paargespräch eingeladen. Außerdem findet jedes Quartal ein Angehörigentag statt. Das Programm dieses Tages besteht aus Seminaren sowie Gruppengesprächen mit den Bezugstherapeuten.

6.8. Die Hausordnung

Die Hausordnung regelt nicht nur das Zusammenleben und -arbeiten, sondern ist auf Grund der spezifischen Problematik von abhängigkeitskranken Menschen eine therapeutische Matrix. Dabei ist nicht nur der Umgang mit Rückfällen entscheidend. Die Strukturierung der Patienten über den Tagesablauf und auch über das Regelwerk hat in der Behandlung eine sehr große Bedeutung. Gefragt ist hierbei ein konsequenter und gleichzeitig flexibler Umgang mit den Regeln durch die Mitarbeiter. Regelverstöße müssen grundsätzlich aufgegriffen und die Folgen mit dem Patienten besprochen werden. Der Umgang mit Regelverstößen gehört zur Therapie.

Literaturliste:

1. Batra, A., Köhnke, M. (2002): Suchterkrankungen. In: Neurogenetik. Herausgeber: Ries, O., Schölz, L., 2. Auflage; Kohlhammerverlag, Stuttgart
2. Prohaska, J. O., DiClemente, C. C. (1983): Stages and processes of self-change of smoking: Towards a more integrative model of change. *Consult Clin Psychol* 51, 390-395
3. Miller, W. R., Rollnick, S. (2004): Motivierende Gesprächsführung, Lambertusverlag Freyburg i. Breisgau
4. Mann, K., Buchkremer, G. (1998), Herausgeber: Sucht Grundlagen, Diagnostik und Therapie, Gustav Fischer Verlag Ulm, Stuttgart, Jena, Lübeck
5. Loeber, S., Mann, K. (2006): Entwicklung einer evidenzbasierten Psychotherapie bei Alkoholumismus, *Nervenarzt* 77: 558 – 556
6. MacKenzie, K. R. (2001): Techniken der Gruppenleitung in Zuschke, Volker, Praxis der Gruppenpsychotherapie, Georg Tieme Verlag, Stuttgart
7. Yalom, I. D. (1996): Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie: ein Lehrbuch 4. völlig überarbeitete und erweiterte Auflage, Pfeifferverlag, München
8. Hinsch, R., Pfingsten, U. (2002): Gruppentraining sozialer Kompetenz (GSK), Grundlagen, Durchführungs- und Anwendungsbeispiele, 4. völlig neu bearbeitete Auflage, Verlag PVU, Weinheim
9. Dengler, W., Selbmann, H.-K. (2000): Herausgeber: Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von Angsterkrankungen. Steinkopff, Darmstadt
10. Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., Emery G. (1996): Kognitive Therapie der Depression, 5. Auflage, Psychologie Verlags Union, Weinheim
11. Ellis, A., Hoellen, B. (1997): Die rational-emotive Verhaltenstherapie: Reflexionen und Neubestimmungen, Pfeifferverlag, München