

# Rehabilitationskonzept

## Therapiezentrum Grafrath

Therapiezentrum Grafrath  
Bahnhofstr. 61  
82284 Grafrath  
Tel: 08144 - 93173  
Fax: 08144 - 931750  
E-mail: [grafrath@deutscher-orden.de](mailto:grafrath@deutscher-orden.de)  
[www.Therapiezentrum-Grafrath.de](http://www.Therapiezentrum-Grafrath.de)

Träger: Deutscher Orden K.d.ö.R.  
Klosterweg 1  
D-83629 Weyarn

**Verantwortlich für die Erstellung dieses Konzeptes:**

Marcus Breuer, psycholog. Psychotherapeut, Klinikleitung  
Andreas Reimer, Leitender Arzt, DO-Suchthilfe

## Inhalt

1	Leitlinien .....	5
2	Einleitung.....	7
3	Behandlungsindikationen .....	8
4	Aufnahmevoraussetzung.....	8
5	Zielgruppen .....	9
6	Behandlungsdauer .....	10
7	Lage und Ausstattung der Einrichtung.....	11
8	Team .....	12
9	Theoretische Grundlagen zum Verständnis der Abhängigkeitsstörungen	13
9.1	Persönlichkeitstheorie und Krankheitsmodell .....	13
9.2	Multimorbidität .....	18
10	Therapeutische Grundfragen.....	19
10.1	Therapeutische Grundhaltung .....	19
10.2	Die Rehabilitationsziele im einzelnen .....	22
11	Diagnostik.....	24
12	Leistungen der medizinischen Rehabilitation .....	27
12.1	Medizinische Behandlung.....	28
12.2	Psychotherapie.....	28
12.2.1	Einzeltherapie.....	29
12.2.2	Gruppentherapie in Bezugsgruppen.....	29
12.2.3	Indikative Gruppen .....	30
12.2.3.1	Psychoedukation .....	30
12.2.3.2	Rückfallprävention .....	31
12.2.3.3	Motivationsgruppe .....	32
12.2.3.4	Geschlechtsspezifische Gruppen .....	32
12.2.4	Weitere Gruppen .....	33
13	Soziale Kompetenzen.....	34
14	Arbeit mit Angehörigen .....	35
15	Arbeitsbezogene Rehabilitation.....	36
15.1	Grundsätzliche Aussagen.....	36
15.2	Ziele der arbeitsbezogenen Rehabilitation .....	37
15.3	Arbeitsbezogene Maßnahmen .....	37
15.4	Vernetzung im Bereich Teilhabe am Arbeitsleben.....	39
16	Bildungsförderung .....	39
17	Berufliche Integration / Reintegration .....	40
17.1	Bewerbungstraining.....	41
18	Vernetzung im Bereich Teilhabe an der Gemeinschaft .....	41
19	Sport- und Bewegungstherapie .....	41
20	Ernährung.....	42
21	Freizeitangebote.....	43
22	Sozialberatung .....	44
23	Schuldnerberatung .....	44
24	Struktur der medizinischen Rehabilitation .....	46
24.1	Kerntherapie (Entwöhnungsbehandlung) .....	46
24.2	Adaptionsbehandlung.....	49
24.3	Nachsorge .....	52

25	Umgang mit Rückfällen / Wiederaufnahme nach Abbruch .....	52
26	Interne Vernetzung .....	53
27	Externe Vernetzung .....	54
28	Qualitätssicherung .....	54
29	Literatur .....	57

## 1 Leitlinien

Die Einrichtungen des Geschäftsbereiches Suchthilfe im Deutschen Orden K.d.ö.R., in der Folge DO-Suchthilfe genannt, unterstützen Menschen bei dem Wunsch, ihre Sucht zu überwinden und alternative, gesunde Bewältigungsstrategien zu erlernen. Die unterschiedlichsten Einrichtungen, von der Beratungsstelle über die Akut- bzw. Entzugsstation zur Übergangseinrichtung und zur Rehabilitationsklinik bzw. zum soziotherapeutischen Heim werden dem individuellen Hilfebedarf süchtiger Menschen gerecht. Das Angebot ambulanter, teilstationärer und stationärer Maßnahmen bietet ein in seiner Betreuungsintensität abgestuftes System, so dass Förderung zielgerichtet dort geleistet wird, wo sie notwendig und sinnvoll ist.

Zentrales Ziel der Behandlungs- bzw. Betreuungsmaßnahmen ist eine durch den fortgesetzten Suchtmittelkonsum drohende oder bereits eingetretene Behinderung zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mindern. Als Ergebnis aller Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen wird die möglichst vollständige Wiederherstellung der funktionalen Gesundheit als Voraussetzung für Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und insbesondere am Arbeitsleben angestrebt.

Der Mensch ist für uns individuell, einmalig, unwiederholbar und unverwechselbar. Als Person verfügt er über sich selbst in Freiheit und Verantwortung.

Suchtmittelkonsum ist in unserem Verständnis für den Suchtkranken eine, wenn auch dysfunktionale, so doch lösungsorientierte Strategie. Die Suchterkrankung ist nur *eine* Facette der Persönlichkeit eines suchtkranken Menschen. Gemeinsam mit uns machen sich unsere Rehabilitanden und Bewohner auf die Suche nach ihren Ressourcen, ihren Kompetenzen und ihren Talenten. Damit diese Suche gelingt, begegnen wir unseren Rehabilitanden und Bewohnern unter dem Ursprungscharisma des Deutschen Orden „Helfen und Heilen“ mit Respekt und Wertschätzung, mit einer sorgenden, partnerschaftlichen, aufrichtigen, empathischen und neugierigen Haltung. In unseren Einrichtungen schaffen wir eine Atmosphäre der Geborgenheit, Solidarität, Zuversicht, Klarheit, Konsequenz, Herausforderung und Lebendigkeit. Ein solches Setting ermutigt unsere Rehabilitanden und Bewohner, ein Lebenskonzept zu entwerfen und zu entwickeln, welches ihnen ein suchtfreies und zufriedenes Leben ermöglicht. Tragende Säulen eines solchen Konzeptes sind die Entdeckung und Entwicklung einer persönlichen, sozialen, beruflichen und spirituellen Identität.

Unsere Mitarbeiter mit ihrem Wissen und ihrer Erfahrung sind unser größtes Kapital. Wir begegnen uns untereinander mit Wertschätzung und Respekt. Transparenz und Vertrauen sind die Basis für einen offenen Umgang miteinander.

Wir verpflichten uns, mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen verantwortlich umzugehen, so dass unter den Prämissen von Wirtschaftlichkeit und qualitätsorientiertem Handeln der größtmögliche Nutzen für unsere Rehabilitanden und Bewohner im Sinne dieses Leitbildes erreicht werden kann.

Wir sind mit unseren Angeboten Teil des regionalen und überregionalen Suchthilfesystems und vernetzen uns eng mit allen Institutionen, die die Teilhabe unserer Rehabilitanden und Bewohner fördern.

## 2 Einleitung

Das Therapiezentrum Grafrath ist eine offene Einrichtung der stationären Rehabilitation für suchtkranke Menschen und besteht seit April 1983.

Die Fachklinik kann bis zu 34 suchtkranke Frauen und Männer ab 18 Jahren aufnehmen. Die Schwerpunktindikation betrifft suchtmittelabhängige Patienten und Patientinnen<sup>1</sup> mit einer Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten, illegalen Drogen sowie polytoxikomaner Suchtmittelabhängigkeit. In der Gruppe der Alkoholabhängigen zählen insbesondere Alkoholabhängige mit Reifungs- und Entwicklungsdefiziten bzw. Strukturproblemen zur Zielgruppe unserer Fachklinik.

Die Einrichtung ist als Fachklinik für Suchtkranke von allen Leistungsträgern, die eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme durchführen, anerkannt (Deutsche Rentenversicherung Bund, Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd, Krankenkassen, Sozialhilfeträger). Der federführende Leistungsträger ist die Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd (früher LVA Oberbayern). Die Fachklinik verfügt über eine Anerkennung nach § 111 SGB V. Vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung liegt außerdem eine Anerkennung gemäß den §§ 35 ff. des Betäubungsmittelgesetzes (BtmG) vor.

Die kontinuierlichen Veränderungen im gesamten Drogenhilfesystem haben seit den 1990er Jahren der abstinenten orientierten medizinischen Rehabilitation einen neuen Charakter gegeben und zu einer Ausdifferenzierung unterschiedlicher Behandlungsformen geführt. Insbesondere die Berücksichtigung der individuellen Krankheitsfolgen und der den Verlauf der Suchterkrankung beeinflussenden positiven und negativen Kontextfaktoren im Sinne des ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit und Gesundheit) haben zur Weiterentwicklung von Konzepten geführt, die den individuellen Rehabilitationsbedarf bei der Erreichung des zentralen Rehabilitationszieles der Teilhabe zum Inhalt haben. So ist es zentrales Ziel der Rehabilitationsbehandlung im Therapiezentrum Grafrath einer drohenden oder bereits eingetretenen Minderung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben zu begegnen, um damit die Teilhabe zu sichern oder wiederherzustellen (Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung). Bei der vorwiegend jüngeren Klientel stellen Einschränkungen in den Bereichen „Erziehung/Bildung“ sowie „Arbeit und Beschäftigung“ (ICF) zentrale Hürden der Teilhabe dar.

Das vorliegende Konzept

- ist verhaltenstherapeutisch orientiert
- integriert humanistische, systemische und tiefenpsychologische Ansätze
- basiert auf dem bio-psycho-sozialen Bedingungsmodell der Suchterkrankungen

---

<sup>1</sup> Aus Gründen der sprachlichen Vereinfachung wird in der Folge immer die männliche Sprachform verwendet. Damit ist in keiner Weise eine - wie auch immer geartete - Benachteiligung unserer weiblichen Patientinnen beabsichtigt.

- integriert neben dem verhaltenstherapeutisch orientierten Ansatz sozialkognitive, systemische und tiefenpsychologisch fundierte Elemente
- bezieht Aspekte der aktuellen Suchtforschung und insbesondere neurobiologische Erkenntnisse mit ein

### **3 Behandlungsindikationen**

#### **Substanzbezogene Indikationen**

- Abhängigkeit von multiplen Substanzen
- Opiatabhängigkeit
- Cannabisabhängigkeit
- Amphetaminabhängigkeit
- Kokainabhängigkeit
- Alkoholabhängigkeit
- Medikamentenabhängigkeit

Mitbehandelt werden in Kooperation alle die Suchterkrankung begleitenden vor allem psychiatrischen, internistischen, neurologischen und orthopädischen Erkrankungen (u.a.m.), so dass als Rehabilitationsergebnis die möglichst weitreichende und nachhaltige Wiederherstellung der körperlichen und seelischen Funktionen erreicht ist, die den Patienten zur Teilhabe an der Gemeinschaft und am Arbeitsleben befähigt.

Auch die verschiedensten komorbiden psychischen Störungen bzw. Doppeldiagnosen (insbesondere Persönlichkeitsstörungen, affektive Störungen, Traumatisierungen etc.) sowie nicht-stoffgebundene Süchte (z.B. pathologisches Spielen, Onlinesucht etc.) werden integrativ mitbehandelt.

#### **Kontraindikationen**

Nicht behandelt werden können Patienten mit

- akuten Psychosen
- schweren hirnorganischen Störungen oder sonstigen, gravierenden Einschränkungen der intellektuellen Fähigkeiten
- akuter Suizidalität
- Pflegebedürftigkeit

### **4 Aufnahmevoraussetzung**

Im Rahmen der Rehabilitationsvorbereitung bieten wir den Patienten ein Informationsgespräch in unserer Einrichtung an, in dem Interessierte unsere Einrichtung kennen lernen können und die Indikation und Eignung zur Rehabilitation überprüft wird. Vor Behandlungsbeginn muss eine gültige Kostenzusage vorliegen. Die Erteilung einer Kostenzusage hängt maßgeblich mit der Rehabilitationsbedürftigkeit im Sinne des SGB



VI § 9 ff. zusammen, d.h. die Erwerbsfähigkeit der Rehabilitanden muss erheblich gefährdet oder gemindert sein.

Folgende Unterlagen sind bei einer Aufnahme erforderlich bzw. wünschenswert:

- Persönliche Bewerbung (Informationsgespräch oder schriftlich mit Lebens- und Suchtverlauf)
- Sozialbericht der vermittelnden Institution
- Krankenversichertenkarte
- Gültiger Personalausweis

Um während der Behandlungsdauer eine effektive Schuldnerberatung durchführen zu können, sollten zur Aufnahme ebenfalls alle diesbezüglichen Unterlagen (Mahn- und Vollstreckungsbescheide, Vertragsunterlagen, Mahnschreiben etc.) mitgebracht werden.

Bei Wartezeiten bis zur Aufnahme ist es sinnvoll, dass ein Briefwechsel zwischen den Bewerbern und der Einrichtung stattfindet. Alternativ kann der Bewerber auch wöchentlich anrufen bzw. eine E-Mail schreiben. Unsere Erfahrungen haben gezeigt, dass eine persönliche Anbindung an unsere Einrichtung das Überbrücken der Wartezeit für die Bewerber bis zur Aufnahme erleichtert.

## **5 Zielgruppen**

Das Behandlungsangebot richtet sich an erwachsene suchtkranke Männer und Frauen ab 18 Jahren. Eine Altersbegrenzung nach oben besteht nicht. Bei Rehabilitanden über 45 Jahren sollte vorab möglichst eine Abklärung der Erwartungen des jeweiligen Bewerbers bzw. der Bewerberin an die Einrichtung erfolgen. Der überwiegende Teil unserer Patienten ist abhängig von Heroin, Kokain, Amphetaminen, Cannabis, Medikamenten, Alkohol sowie polytoxikomaner Suchtmittelleinnahme. In den letzten Jahren hat sich dabei ein Trend weg vom Konsum einzelner Substanzen hin zu polyvalentem Konsum gebildet. Die einzelnen Zielgruppen, die sich früher stark voneinander unterschieden haben, mischen sich zunehmend und eine Unterscheidung allein anhand der konsumierten Substanz ist kaum mehr möglich und sinnvoll. Auch die Behandlung selbst sollte möglichst entlang der Ressourcen und Probleme eines Rehabilitanden (bzw. den Einschränkungen der Funktionsfähigkeit im Sinne der ICF der WHO, 2004) und nicht allein anhand des vorher konsumierten Suchtmittels erfolgen.

Nach der ICD-10 Nomenklatur und Klassifikation sind unsere führenden Behandlungsindikationen somit Abhängigkeitssyndrome von psychotropen Substanzen (ICD-10 F10.2 - F19.2). Neben heroinabhängigen und polytoxikomanen Patienten bilden insbesondere Abhängige von Partydrogen sowie von Cannabis große Zielgruppen unter unseren Rehabilitanden. Aber auch Alkohol als Suchtmittel spielt in unserer Zielgruppe eine verstärkte Rolle und einige unserer Rehabilitanden konsumieren mittlerweile ausschließlich Alkohol.

AusländerInnen sind bei uns willkommen! Unsere Einrichtung hat langjährige Erfahrung im Umgang mit suchtmittelabhängigen Männern und Frauen, die aus anderen Kulturkreisen stammen und andere religiöse Riten beachten. Auch Ernährungsgewohnheiten islamischer PatientInnen werden bei uns beachtet und respektiert. Voraussetzung für eine Aufnahme sind ausreichende Grundkenntnisse in der deutschen Sprache sowie eine (zumindest vorübergehende) Aufenthaltsgenehmigung.

Frauen wohnen bei uns auf einer eigenen Frauenetage im Neubau unserer Klinik. Dies symbolisiert den besonderen Schutzraum, den Frauen während der Behandlung in unserer Klinik genießen.

Wir behandeln auch Paare. Voraussetzung hierfür ist, dass es sich um schon zuvor bestehende, längerfristige Partnerschaften handelt. Paare können gemeinsam oder auch konsekutiv nacheinander aufgenommen werden. Dies richtet sich nicht zuletzt nach den praktischen Möglichkeiten für den Beginn der Rehabilitationsbehandlung. Die Unterbringung in unserer Klinik erfolgt in der Regel in einem gemeinsamen Zimmer. Therapeutisch werden die jeweiligen Partner dagegen immer verschiedenen Kleingruppen und Bezugstherapeuten zugeteilt. Hintergrund für diese Behandlungspraxis ist unser Bestreben, in erster Linie die Suchtmittelproblematik der beiden betroffenen Patienten zu behandeln und diese nicht in der Paardynamik untergehen zu lassen.

Auch suchtkranke PatientInnen, die HIV positiv und/oder Hepatitis C positiv sind, finden bei uns Aufnahme. Ärztliche Versorgung, Hygiene-Standards und Maßnahmen zur Verhinderung einer möglichen Weiterverbreitung einer Infektion sind gewährleistet und werden laufend überprüft.

Alkoholabhängige passen immer dann in unsere Einrichtung, wenn sie Entwicklungs- bzw. Sozialisationsdefizite oder auch Schwierigkeiten bei der Einhaltung von Regeln und Grenzen haben. Dies sind in der Regel eher jüngere Alkoholabhängige mit eingeschränkten Bildungsverläufen und/oder instabilen Sozialkontakten. Bei Alkoholabhängigen dauert die Entwöhnungsbehandlung (Kerntherapie) in der Regel 15 Wochen. Darüber hinaus gibt es natürlich indikativ die Möglichkeit zu einer sich anschließenden Adaptionstherapie.

## **6 Behandlungsdauer**

Die Entwöhnungsbehandlung (Kerntherapie) im Therapiezentrum Grafrath dauert bei Drogenabhängigkeit in der Regel 26 Wochen, bei Alkoholabhängigkeit in der Regel 15 Wochen (vgl. Kapitel 24). Je nach sozialer Situation des einzelnen Rehabilitanden besteht die Möglichkeit bzw. Notwendigkeit, nach der Entwöhnungsbehandlung eine 12- bis 16-wöchige interne Adaptionstherapie anzuschließen. Diese ist immer dann indiziert, wenn Rehabilitanden über keinen stützenden sozialen Kontext verfügen (insbesondere in den Bereichen Wohnung, Arbeit, Freizeit und sozialen Kontakten). Unsere bisherigen Erfahrungen in der stationären Suchtarbeit haben gezeigt, dass

Rehabilitanden diesen Zeitraum benötigen, um die notwendigen Einstellungs- und Verhaltensänderungen für eine dauerhafte Abstinenz zu erlangen.

## **7 Lage und Ausstattung der Einrichtung**

Die Einrichtung befindet sich in Grafrath (NN 567 m, 3500 Einwohner), einem kleinen Ort, der ca. 40 km westlich von München in der Nähe des Ammersees an der Bundesstraße 471 zwischen Fürstenfeldbruck und Inning gelegen ist. Die Fachklinik ist in 35 Minuten mit der S-Bahn (S 4) vom Stadtzentrum München direkt erreichbar. Der S-Bahnhof ist in 5 Minuten von der Fachklinik zu Fuß zu erreichen.

Bei einer Anfahrt mit dem Pkw befindet sich die Klinik 4 km entfernt von der Ausfahrt Grafrath/Inning der Autobahn A 96 (München – Lindau).

Das ursprüngliche Gebäude des Therapiezentrums befindet sich in einem um die Jahrhundertwende erbauten Landhaus, inmitten eines ausgedehnten Geländes mit einem großen Garten, einem Bach und einem Nebengebäude.

Im Sommer 2006 wurde zusätzlich ein neu errichteter Anbau mit 22 Plätzen in Betrieb genommen, die jeweils über separaten Bäder und WC's verfügen. In diesem separaten Gebäudetrakt werden 6 modern ausgestattete Apartments mit Küchenzeilen, Fernseh- und Telefonanschlüssen für Rehabilitanden/innen der Adaption vorgehalten. Im ersten und zweiten Stock des neu errichteten Erweiterungsbaus sind große und komfortable Einzel- und Doppelzimmer für Rehabilitanden der Kerntherapie vorhanden. Im Untergeschoß dieses Anbaus liegen ein DVD-Raum (als Heimkino) und eine große Holz-Werkstätte. Darüber hinaus sind hier ein eigener Computerraum sowie ein großzügiger Fitness- und Freizeitbereich geplant.

Im Untergeschoß des Hauptgebäudes der Fachklinik liegen ein Gruppenraum, die Waschküche sowie ein Fitnessraum. Im Erdgeschoß befinden sich Mitarbeiterbüros, die Küche, die Ess- und Aufenthaltsräume. Im ersten und 2. Stock sind Patientenzimmer als Ein- und Zweibett-Zimmer mit Bädern und WC's vorhanden. Außerdem findet sich hier ein weiterer Gruppenraum. In einem kleinen Nebengebäude sind der Gartenschuppen sowie der Fahrradschuppen untergebracht.

Direkt hinter der Einrichtung befindet sich eine mit einem Tartan-Belag ausgestattete Mehrzweck-Sport- und Spielfläche.

Die Fachklinik Grafrath ist eine der zahlreichen Therapieeinrichtungen für Suchtkranke, die der Deutsche Orden unterhält. Der Deutsche Orden, seit 1.1.1999 eine Körperschaft des öffentlichen Rechtes mit Sitz in Weyarn (Bayern), verfolgt in diesem Bereich ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige und karitative Zwecke. Gegenstand und Ziele der Körperschaft im Bereich des Gesundheitswesens sind unter anderem der Betrieb von teil- und vollstationären Einrichtungen der Behinderten- und Altenhilfe, sowie der Suchtkrankenhilfe.

Unsere Einrichtung sieht sich dem Leitbild des Deutschen Ordens verpflichtet und ist in

ihrer fachlichen Kompetenz eingebunden in das Rahmenkonzept der Suchthilfe des Deutschen Ordens.

Die Fachklinik ist dem Caritasverband (Diözese München-Freising) als Dachverband angeschlossen, sowie Mitglied im Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. („buss“).

## **8 Team**

Ein interdisziplinäres Mitarbeitererteam ermöglicht eine breite Basis therapeutischen Handelns. Zum Mitarbeitererteam gehören:

- Psychologischer Psychotherapeut (Klinikleiter)
- Leitende Ärztin (Fachärztin für Psychiatrie)
- Diplom-Psychologen/innen, psychologische Psychotherapeuten/innen
- Diplom-Sozialpädagogen/innen (FH) mit therapeutischer Zusatzausbildung
- Diplom-Sozialpädagogen/innen (FH)
- Ergotherapeut/in bzw. Koch mit pädagogischer Weiterbildung
- Schreinermeister mit pädagogischer Weiterbildung
- Sozialbetreuer (FDR)
- Sporttherapeut (Diplom-Sportlehrer)
- Diätassistent/in
- Krankenschwestern im Nachtdienst
- Verwaltungskraft
- Bundesfreiwilligendienstler bzw. FSJ'ler oder Praktikant/in
- zusätzliche Honorarkräfte für den Bereitschaftsdienst

Das Leitungsteam bilden der Klinikleiter (psycholog. Psychotherapeut), die leitende Ärztin (Fachärztin für Psychiatrie, Diplom-Psychologin) sowie die stellvertretende Leiterin (Diplom-Psychologin mit therapeutischer Zusatzausbildung). Der Klinikleiter ist außerdem Mitglied in der Bayerischen Akademie für Suchtfragen (BAS e.V.), im AK Sucht (dem Gesundheitsbeirat der Stadt München) sowie der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG Sucht).

Examierte Krankenschwestern (als Bereitschaftsdienste) sind über Nacht und an Sonn- und Feiertagen präsent. Diese werden ergänzt durch zusätzliche angelernte Bereitschaftsdienste. Es besteht ein entsprechender Dienstplan, der monatlich neu festgelegt wird. Zusätzlich besteht eine ständige ärztliche Hintergrundbereitschaft sowie zusätzlich eine turnusmäßig wechselnde Rufbereitschaft durch das therapeutische Mitarbeitererteam.

## 9 Theoretische Grundlagen zum Verständnis der Abhängigkeitsstörungen

“Psychoaktive Drogen beeinflussen das Belohnungssystem des Gehirns, auch wenn sich das Gehirn nicht evolutionär entwickelt hat, um auf Drogen zu reagieren, sondern auf natürliche Verstärker wie Essen und Sex. Adäquate Antworten auf natürliche Verstärker waren evolutionär wichtig für das Überleben, den Fortbestand und die Fitness. In einer Schulle evolutionären Schicksals entdeckten Menschen, wie sie dieses System künstlich mit Drogen stimulieren konnten.“ Diese prägnante Formulierung von Kelley & Berridge (2002; eigene Übersetzung) bringt den neurobiologischen Anteil der Sucht präzise auf den Punkt.

So prägnant diese Formulierung allerdings auch ist – sie umfasst nur einen Teil der Sucht-Phänomenologie. Die Entwicklung einer Sucht liegt nämlich nicht nur an physiologischen Erfahrungen bzw. an der Biologie, sondern sie ist mindestens ebenso sehr von sozialen und sogar gesellschaftlichen Randbedingungen geprägt. Daher greift eine Theorie der Sucht, die sich ausschließlich an (neuro)biologischen Befunden orientiert, grundsätzlich zu kurz, um die mit dem Begriff „Sucht“ assoziierten Phänomene zu erfassen.

### Krankheitsdefinition

Wie bereits oben erwähnt sind die führenden Behandlungsindikationen unserer Fachklinik Abhängigkeitssyndrome von psychotropen Substanzen (ICD10: F10-F19).

Entsprechend der WHO-Definition ist die Abhängigkeit von psychotropen Substanzen durch eine Reihe körperlicher und psychischer Phänomene gekennzeichnet:

- Unwiderstehlicher Drang, die jeweilige Substanz zu konsumieren
- Verminderung oder Verlust der Konsumkontrolle
- Konsumzwang zur Verminderung von Entzugssymptomen
- Toleranzentwicklung
- Einengung von Wahrnehmung und Verhalten auf Substanzbeschaffung und den Substanzkonsum
- Vernachlässigung anderer Tätigkeiten, Interessen und Pflichten
- Fortsetzung des Suchtmittelkonsums trotz offensichtlicher schädlicher Folgen auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene

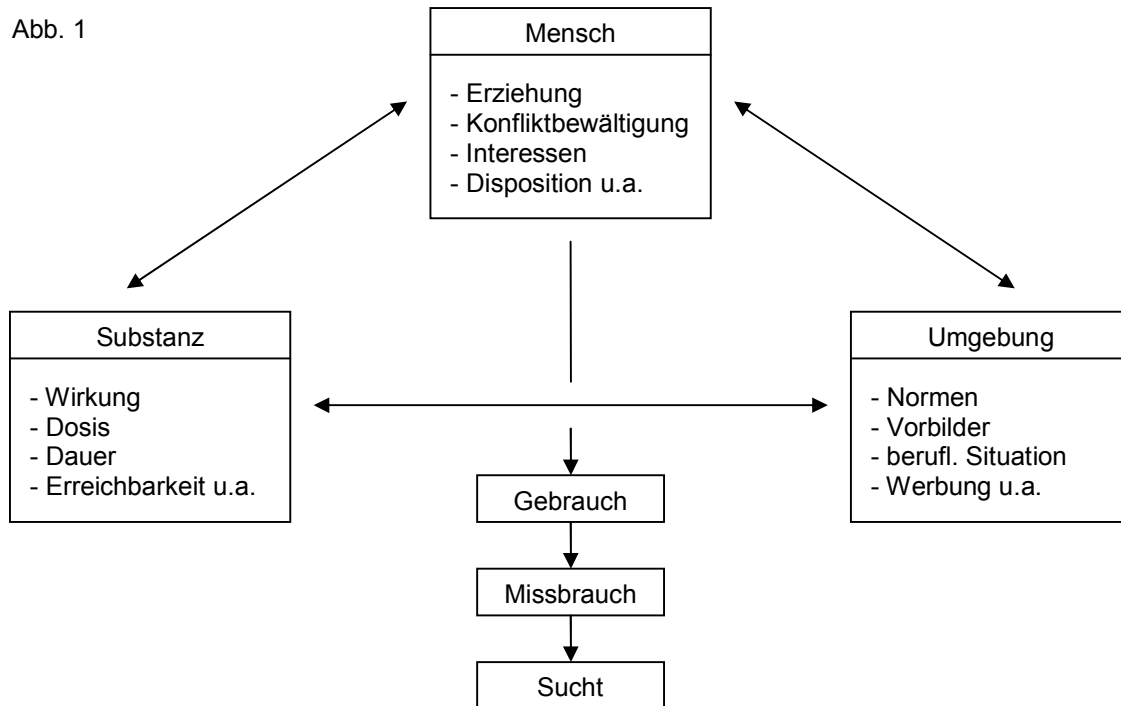
### 9.1 Persönlichkeitstheorie und Krankheitsmodell

Obwohl viele Autoren nach einer für Abhängigkeitserkrankungen typischen „Suchtpersönlichkeitsstruktur“ forschten, konnte diese Annahme nicht bestätigt werden (Wanke, 1987; Ellgring, 1991). In neueren Studien wurde auf den Zusammenhang zwischen Persönlichkeitsstörung und Suchtmittelkrankheit hingewiesen, wobei eine überproportionale Häufung von Suchterkrankungen und antisozialen und Borderline-Persönlichkeitsstörungen auffällt (Driessen et al., 1994; Thomasius, 1998; Moggi, 2002). Unter dem Strich ist bis heute keine in sich konsistente Theorie zur Entstehung einer Suchterkrankung entwickelt. Aus dynamischer Sicht handelt es sich bei der Genese einer Abhängigkeit um ein prozesshaftes Geschehen vielschichtigen Ursprungs (Welz, 1987; Soellner, 2000). Bezüglich der Ursachen von Sucht gehen wir von einem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell aus. Die Entwicklung von süchtigem Verhalten hängt

von der Befindlichkeit eines Individuums im Rahmen eines wechselseitigen multifaktoriellen Bedingungsgefüges ab, in dem genetische, biologische, psychische und soziale Faktoren eine wichtige, im Einzelfall jedoch unterschiedliche Rolle spielen.

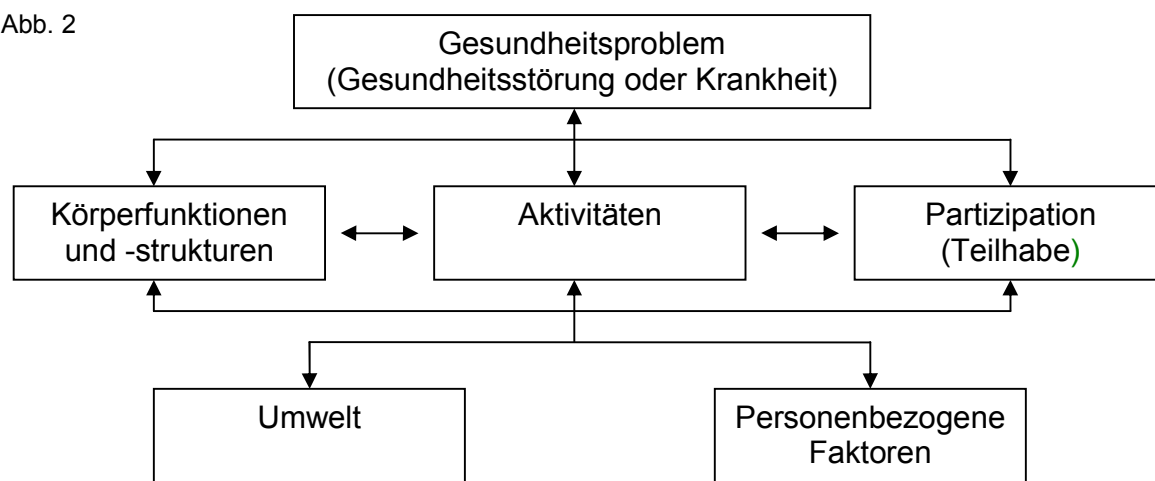
Das Modell des Suchtdreiecks nach Feuerlein (Feuerlein, 1989) spiegelt das mehrdimensionale Bedingungsgefüge zwischen Mensch, Umgebung und der Substanz wieder.

Abb. 1



Ein ähnliches Bedingungsgefüge beschreibt auch die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF, 2005), das ebenfalls Wechselwirkungen zwischen verschiedenen Komponenten beschreibt, sich aber eher mit den Krankheitsfolgen als mit der Krankheitsentstehung auseinandersetzt.

Abb. 2



Die Konzeption des Therapiezenters Grafrath wird der Vielschichtigkeit von Suchterkrankungen gerecht, indem es zentrale Aussagen verschiedener Blickwinkel in ein Gesamtkonzept integriert.

Die meisten Suchttheorien gehen, teils immanent, teils explizit von einer gemeinsamen Grundvoraussetzung aus, nämlich von der Zielgerichtetheit menschlichen Handelns, wobei wesentliches Ziel menschlichen Handelns das subjektiv erlebte Gefühl des Wohlbefindens ist (Prinzip der Homöostase, bzw. Homöorhese). Auch die ICF benutzt den Begriff des Wohlbefindens als einen allgemeinen Begriff, der die „Gesamtheit menschlicher Lebensbereiche einschließlich physischer, mentaler und sozialer Aspekte umfasst.“ (WHO, 2005).

Jede Handlung des Menschen wird ursprünglich getragen von diesem Streben nach Wohlbefinden. Dieser Ansatz bildet eine der Grundlagen unserer Arbeit, die sich durch Wertschätzung, Respekt und Achtung der Andersartigkeit des Gegenübers auszeichnet.

Auch im psychoanalytischen Denkmodell wird Sucht als missglückter Heilungsversuch, und damit als zielgerichtete Handlung gewertet (Senf und Broda, 2000). Psychoanalytische Theorien gehen davon aus, dass sich Sucht auf dem Boden von schweren Persönlichkeitsstörungen entwickelt. Hier sind vor allem die narzisstische Persönlichkeitsstörung und das Borderline-Syndrom (emotional-instabile Persönlichkeitsstörung) zu nennen. In neuerer Zeit wurde diese Sichtweise durch eine Traumatheorie der schweren Persönlichkeitsstörungen relativiert. Es zeigt sich nämlich, dass sehr viele Patienten, die unter sogenannten frühen Störungen leiden, in ihrer Kindheit und Jugend schwer körperlich misshandelt und/oder sexuell missbraucht wurden, oder die durch Nahrungsentzug oder Versagung anderer elementarer Bedürfnisse traumatisiert wurden (Saunders & Arnold, 1993). Die Folgen können gestörte Umweltbeziehungen wie stark gesteigerte Furchtsamkeit, Reizbarkeit, Mißtrauen, Aggressivität etc sein. Der Konsum von psychotropen Substanzen kann zu der Erfahrung führen, dass hierdurch Affekte besser kontrolliert und die psychisch und physisch erlebten Spannungen reduziert werden können.

Auch in lerntheoretischen Ansätzen findet sich diese Haltung wieder. Verhalten wird vor allem am Modell der Umgebungspersonen (z. Bsp. der Eltern oder der Peer Group) gelernt (Bandura, 1997), sowie durch Verstärkung von Verhalten. Wird aus dem nachahmenden Verhalten Genuss (bzw. Wohlbefinden, Entspannung) gezogen, spricht einiges dafür, dass es in ähnlichen Situationen wiederholt wird. So können bestimmte Schlüsselsituationen den Konsum auslösen. Der Gebrauch kann allmählich zur Gewöhnung und schließlich zur Abhängigkeit führen. Sucht ist in dieser Lesart die Fixierung auf ein Verhaltensmuster und damit Ausdruck unbefriedigter elementarer materieller und psychosozialer Lebensbedürfnisse (Perlwitz, 1995). Aus Sicht der neueren kognitiv orientierten VT spielen zudem schon in Kindheit und Jugend erworbene Einstellungen (z.B. Selbstwirksamkeitserwartungen), Werte und Verhaltensweisen eine die Abhängigkeit prädisponierende Rolle (Suhler, 2000; Bühringer, 2003).

Systemische Ansätze gehen darüber hinaus davon aus, dass es sich bei Suchtphänomenen nicht um die Erkrankung eines einzelnen Individuums, sondern um eine Beziehungsstörung handelt, deren Genese nur im Kontext des sozialen Umfeldes, insbesondere der Familie und der Gesellschaft verstanden und behandelt werden kann. Der Konsum von Suchtmitteln ist aus systemischer Sicht als sinnvolles Verhalten innerhalb des biographischen und aktuellen Kontextes zu verstehen. Wesentlicher Aspekt der Behandlung ist demnach auch die Fokussierung auf den situativen und den Beziehungskontext süchtigen Verhaltens.

Sozialpsychologische Theorien betonen ebenfalls die Einflüsse der Umgebung auf die Ausprägung süchtigen Verhaltens. Viele Faktoren wurden auf ihre Wirksamkeit bzgl. einer Suchtentwicklung untersucht, z.B. häusliches Milieu, sozioökonomische Bedingungen, Sozialisation, Schichtzugehörigkeit, Schulleistungen, Zukunftsperspektiven, gesellschaftliche Strukturen etc.. Für die soziale Schichtzugehörigkeit wurde z.B. festgestellt, dass Opiatkonsum im Gegensatz zu Cannabiskonsum häufiger bei Angehörigen der Unterschicht zu beobachten sei. Als Erklärung wird vermutet, dass hier eine niedrigere Frustrationstoleranz herrscht, bei gleichzeitig stärkerer Gegenwartsorientierung und Neigung zu sofortiger Bedürfnisbefriedigung im Gegensatz zu aufgeschobener, zukünftiger Bedürfnisbefriedigung (Wöbcke, 1995).

Interessante neue Beiträge zum Verständnis der Abhängigkeitserkrankungen kommen aus der Hirnforschung. Alle Suchtmittel wirken in spezifischer Form auf die verschiedenen Neurotransmittersysteme (Beck, 2000) und führen bei chronischem Missbrauch zu Verschiebungen der Dichte verschiedener Rezeptoren im Gehirn. Dieser Vorgang wird als Gegenregulationsversuch des Organismus verstanden und führt in der weiteren Folge zum Gewöhnungseffekt, der wiederum eine Steigerung der Dosis nach sich zieht, um den gleichen Effekt zu erzielen. Gut untersucht ist dieses Phänomen am körpereigenen Belohnungssystem. Dopamin als wichtiger Transmitter des Belohnungssystems wird ausgeschüttet, um lebensnotwendige Handlungen mit einem angenehmen Gefühl zu versehen. Die Wahrnehmung eines angenehmen Gefühls führt zur Wiederholung der Handlung. Hierdurch wird gewährleistet, dass notwendige Handlungen wie z.B. Essen, Trinken, Sexualität, also selbst- oder arterhaltende Handlungen ausgeführt werden. Das Belohnungssystem reagiert immer dann mit



Dopaminausschüttung, wenn ein Verhalten von der Großhirnrinde als erfolgreich bewertet wird (z.B. auch Handlungen im beruflichen oder sozialen Bereich), was wiederum zur Wahrnehmung eines angenehmen Gefühles (Wohlbefinden) führt (Schlöpfer und Burri, 2000). Suchtmittel wirken als starker Aktivator des Belohnungssystems, d.h. es kommt über eine Dopaminausschüttung zur Induzierung angenehmer Gefühle, wie es sonst nur bei überlebensnotwendigen, erfolgreichen und gelungenen Handlungen der Fall ist. Suchtmittel werden zum stärksten Aktivator des Belohnungssystems und drängen andere überlebensnotwendige, gelungene, sozial und beruflich wichtige Handlungen in den Hintergrund.

Zusammenfassend wird Suchtmittelkonsum von uns als zielgerichtetes, auf dem Hintergrund sozialer und individueller Faktoren erlerntes Verhalten verstanden. Die Funktionalität des Suchtmittels sowie prädisponierende, auslösende und aufrechterhaltende Faktoren spielen eine zentrale Rolle im Verständnis des Suchtmittelkonsums und des daraus resultierenden Behandlungsregimes (Kanfer & Goldstein, 1991; Meermann, 1991; Reinecker, 2003).

### **Drogengebrauch und Kriminalität**

Eine Besonderheit ist die enge Verzahnung zwischen dem Gebrauch illegaler Drogen und kriminellem Verhalten. Verschiedenste Studien belegen den engen Zusammenhang zwischen Drogenabhängigkeit und Kriminalität.

In einer Übersichtsarbeit über den Stand der internationalen Forschung in diesem Gebiet kommt Klär (2002) zu den folgenden möglichen Zusammenhängen zwischen Drogengebrauch und Kriminalität:

<b>These</b>	<b>Erläuterung</b>
„drug use leads to crime“	Drogenkonsum führt zu Kriminalität: Danach steigen Kriminalitätsraten bei Drogengerauchern in aktiven Konsumphasen deutlich an und sinken in Abstinenzperioden ebenso ab.
“crime leads to drug use”	Drogenkonsum ist das Resultat krimineller Orientierung: Diese These wird durch Beobachtungen gestützt, dass dem Drogengebrauch oft kleine sowie schwere Kriminalität vorangeht.
“common-cause-model”	Drogenkonsum und Kriminalität sind gemeinsamer Ausdruck devianter Orientierung: Danach wurzeln Drogenkonsum und Kriminalität in einer gemeinsamen Orientierung zu deviantem Verhalten. Der Zusammenhang von Kriminalität und Drogengebrauch ist über soziale und psychologische Faktoren oder subkulturelle Orientierungen vermittelt.

Eine empirische Klärung, welches dieser Modelle am ehesten zutrifft, ist auf Grund der Komplexität der Zusammenhänge kaum möglich. Insgesamt spricht jedoch einiges für das letztgenannte „common-cause-model“, wonach sowohl der Drogenkonsum als auch

das kriminelle Verhalten Ausdruck eines insgesamt devianten Lebensstiles der betroffenen Person sind. Dies hat für die Therapie von Abhängigen illegaler Drogen insofern eine besondere Bedeutung, als es zumeist nicht ausreicht, allein den Drogenkonsum in den Fokus der Behandlung zu stellen. Stattdessen gilt es, im Verlauf der Therapie auch das sonstige deviante Verhalten bzw. den entsprechenden Lebensstil zu thematisieren und zu problematisieren.

## 9.2 Multimorbidität

Das Krankheitsverständnis der Abhängigkeit kann sich nicht allein auf Theorien und empirische Befunde zur Suchtkrankheit stützen, da Abhängige in zunehmendem Maß unter zusätzlichen schweren psychiatrischen, internistischen, orthopädischen, neurologischen etc. Krankheiten leiden.

Psychische Komorbidität meint zunächst das gleichzeitige Vorkommen von mehr als einer psychischen Störung, d.h. in unserem Fall: Es liegt neben der Suchterkrankung noch (mindestens) eine weitere psychische Erkrankung vor. Dies ist bei Suchtmittelabhängigen sehr häufig der Fall. Bei Abhängigen von illegalen Drogen finden sich dabei generell höhere Komorbiditäten als bei Alkoholabhängigen; die höchsten Komorbiditäten finden sich jedoch bei Mehrfachabhängigen (Kandel et al., 2001).

Im Überblick betrachtet sehen die Zahlen bei Abhängigen von illegalen Drogen in etwa so aus (Behrendt et al., 2006):

50-60 % der Abhängigen haben eine weitere psychische Störung der ICD-10 Achse I  
 50 % haben eine komorbide Persönlichkeitsstörung.

Grundsätzlich stellt sich die Frage, inwieweit diese Erkrankungen auslösenden oder aufrechterhaltenden Charakter für die Suchterkrankung haben. Dies gilt insbesondere für psychiatrische Erkrankungen, die die Sucht begleiten. Ätiologisch könnte hierbei (chronischer) Stress einer der wichtigen moderierenden Faktoren für die Entwicklung der jeweiligen Erkrankungen sein (Brady & Sinha, 2005). Es gibt - insgesamt betrachtet - unterschiedliche mögliche Zusammenhänge zwischen einer Suchterkrankung und der jeweils anderen psychischen Störung. Gouzoulis-Mayfrank (2008) unterscheidet die folgenden Modelle bzw. Möglichkeiten für Zusammenhänge der Komorbidität:

<b>Modelle der sekundären Suchtentwicklung</b>	<b>Modelle der sekundären psychischen Störung</b>	<b>Bidirektionale Modelle</b>	<b>Modelle gemeinsamer ätiologischer Faktoren</b>
Psychische Störung ↓ Sucht	Sucht ↓ Psychische Störung	Sucht ↕ Psychische Störung	Gemeinsame Vulnerabilität ↓                      ↓ Psychische Störung    Sucht

Wenn ein Rehabilitand eine komorbide psychische Störung neben der Suchterkrankung hat, ist die entsprechende therapeutische Behandlung in der Regel an beiden Erkrankungen auszurichten. Die einzelnen Behandlungsbausteine bzw.

Therapieelemente sind dabei aufeinander abzustimmen. Alternativ bietet sich in einzelnen Fällen auch die konsekutive (nacheinander folgende) Behandlung der Störungen an. Häufig benötigen komorbid erkrankte Patienten außerdem eine intensivere therapeutische Betreuung, und auch die Schwere der Erkrankung ist bei diesen Rehabilitanden oft stärker ausgeprägt.

Es zeigt sich, dass Suchtkranke mit einer komorbiden psychischen Erkrankung in der Regel zur Gruppe der Schwerstabhängigen zählen. Sie missbrauchen länger und exzessiver Rauschmittel, wurden häufiger behandelt und leiden häufiger unter den diversen Folgen des Suchtmittelmissbrauchs (Toneatto et al., 2000). Die Kombination von Suchtmittelmissbrauch und zusätzlichen psychiatrischen Störungen findet sich besonders häufig bei arbeitslosen oder dauerhaft unterbeschäftigten Suchtkranken (Swartz et al., 2000). So missbrauchen z.B. 50 % der Schizophrenen Rauschmittel (illegale Drogen und/oder Alkohol) (Batel, 2000). Patienten mit einem frühem Beginn der Drogenkarriere (unter 18 J.) leiden dabei überzufällig häufiger an antisozialen, passiv-aggressiven bzw. Borderline-Persönlichkeitsstörungen als Abhängige mit späterem Beginn des Rauschmittelmissbrauchs (mit 18 J. oder später) (Franken, 2000).

Zudem gilt es in der medizinischen Rehabilitation, auch andere komorbide Störungen, z.B. internistische, neurologische oder orthopädische Erkrankungen, konsequent zu diagnostizieren und soweit wie möglich zu behandeln, da diese ebenfalls entscheidenden Einfluss auf das Gesamtrehabilitationsergebnis haben können, wenn sie die Teilhabe am Arbeitsleben und am gesellschaftlichen Leben behindern oder zu beeinträchtigen drohen.

Dabei kommt den Infektionskrankheiten wie Hepatitis B und C sowie HIV besondere Bedeutung zu. Die Rehabilitanden werden im Rahmen der Gesundheitsinformationen ausführlich über diese Erkrankungen, deren Behandlungsmöglichkeiten und die Infektionsprophylaxe informiert.

## **10 Therapeutische Grundfragen**

### **10.1 Therapeutische Grundhaltung**

In der praktischen Umsetzung unseres Konzepts orientieren wir uns an einem humanistischen Menschenbild, am Abstinenzgedanken und der Hilfe zur Selbsthilfe unter Anleitung professioneller Therapeuten. Dabei ist uns, neben der fachlichen Aufklärung über die Suchterkrankung, das Erlernen neuer Verhaltensweisen mittels praktischer Trainingseinheiten besonders wichtig. Hat in der Suchtentwicklung der Missbrauch von Substanzen auch dazu gedient, Befindlichkeiten zu steuern, Affekte abzuwehren, z.B. die Abwehr von Schamgefühlen, so kann Therapie nicht nur den Verzicht auf Suchtmittelkonsum meinen. An die Stelle, an der zuvor die Suchtmittelaufnahme stand, ist für die Zukunft das Ausfüllen dieses Vakuums lebensnotwendig. Daher ist sowohl auf psychotherapeutischer Seite eine Aufarbeitung persönlicher Defizite notwendig als auch das Angebot, im Arbeits- und Freizeitverhalten sowie im Sozial- und Beziehungsverhalten sinnvolle Alternativen zu entwickeln.

Menschliches Verhalten repräsentiert sich in neuronalen Erregungsmustern. Häufig wiederholtes Verhalten - und Suchtmittelmissbrauch oder -abhängigkeit ist ein Beispiel dafür - führt zu sich immer stärker und stabiler ausbildenden Verbindungen zwischen den an der neuronalen Repräsentation beteiligten Nervenzellen und deren Synapsen (Spitzer, 2004). Deshalb muss das Ziel einer jeden suchttherapeutischen Behandlung die positive Veränderung der sich z.B. in Suchtmittelkonsum ausdrückenden gesundheitsgefährdenden neuronalen Erregungsmuster sein. Durch das Erlernen und Trainieren erfolgreicherer Bewältigungsstrategien bzw. durch die Entwicklung positiver, gesundheitsfördernder Gedanken, Verhaltensweisen und Emotionen bilden sich neue Bahnungen aus, die sich nach entsprechend häufigen Wiederholungen ebenfalls durch eine hohe Stabilität auszeichnen (Grawe, 2004).

„Von zentraler Bedeutung für die Psychotherapie ist die Ziel-Werte-Klärung in der Interaktion mit den Patienten. Diese führt zu einer erheblichen Zieldifferenziertheit im Therapieprozess und bestimmt das therapeutische Handlungsfeld entscheidend“ (Klein, 2001). Diese These wird auch durch Beobachtungen der neueren Hirnforschung bestätigt. Die Ausbildung neuer neuronaler Erregungsmuster wird unter Mitwirkung von Dopaminrezeptoren deutlich begünstigt, wenn die Behandlung mit wichtigen motivationalen Zielen des Patienten verbunden ist. Zielgerichtetes Handeln ist motiviertes Handeln (Grawe, 2004). Dabei sollen die in Abstimmung mit den Rehabilitanden formulierten Ziele entsprechend der lösungsorientierten Therapie (Berg & Miller, 1993):

- bedeutsam für den Patienten sein
- überschaubar sein
- konkret, präzise und verhaltensbezogen sein
- eher das Vorhandensein als die Abwesenheit von etwas zum Ausdruck bringen.

Ziele sollen eher einen Anfang als ein Ende beschreiben. Ziele sollen im Lebenskontext des Rehabilitanden realistisch und erreichbar sein. Daraus lässt sich ein wünschenswertes Vorgehen in der Behandlung ableiten, wie es vor allem in der Selbstmanagement-Therapie deutlich wird. Dort werden folgende sechs Therapieprinzipien benannt (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1991):

- verhaltensorientiert denken
- lösungsorientiert denken
- positiv denken
- in kleinen Schritten denken
- flexibel denken
- zukunftsorientiert denken.

Neben der zentral wichtigen Klärung der Behandlungsziele setzt sich die Wirkungsweise effizienter Psychotherapie aus den Elementen Klärung und Bewältigung zusammen (Grawe, 1996). Zur Klärung gehören die Elemente verbesserte Selbstwahrnehmung, Motivierung, Reflexion und Akzeptanz. Zur Bewältigung gehören das Erlernen neuer Verhaltensweisen, die erfolgreiche Bewältigung („coping“) von Herausforderungen und

Stresssituationen, sowie die Aneignung neuer Kompetenzen („skills“) zur Bewältigung schwieriger Zukunftsaufgaben (Klein, 2001). „Dauerhafte Veränderungen im Erleben und Verhalten können vor allem dadurch herbeigeführt werden, dass der Patient positive Bewältigungserfahrungen macht und/oder dadurch, dass er größere Klarheit über sich selbst gewinnt. Diese beiden wichtigen Erfahrungen können auf sehr unterschiedliche Weise herbeigeführt werden“ (Grawe, 1996).

Nach Grawe (1995) lässt sich ein großer Teil empirisch festgestellter Wirkungen der verschiedensten therapeutischen Vorgehensweisen als Ergebnis von vier therapeutischen Wirkprinzipien erklären. Diese Wirkprinzipien sind:

- Ressourcenaktivierung
- Problemaktualisierung
- Aktive Hilfe zur Problembewältigung
- Klärungsperspektive.

Wirksame Psychotherapie verändert Bedeutungen, in denen sich der Patient im Verhältnis zu sich selbst und seiner Umwelt erfährt (Grawe, 1995). Es geht um ein verändertes Wollen, Wissen und Können zugleich (Klein, 2001). Dabei ist die Erfahrung von Selbstwirksamkeit, „definiert als die Erwartung, ein gefordertes Verhalten erfolgreich ausführen zu können“ (Bandura, 1997) von großer Bedeutung.

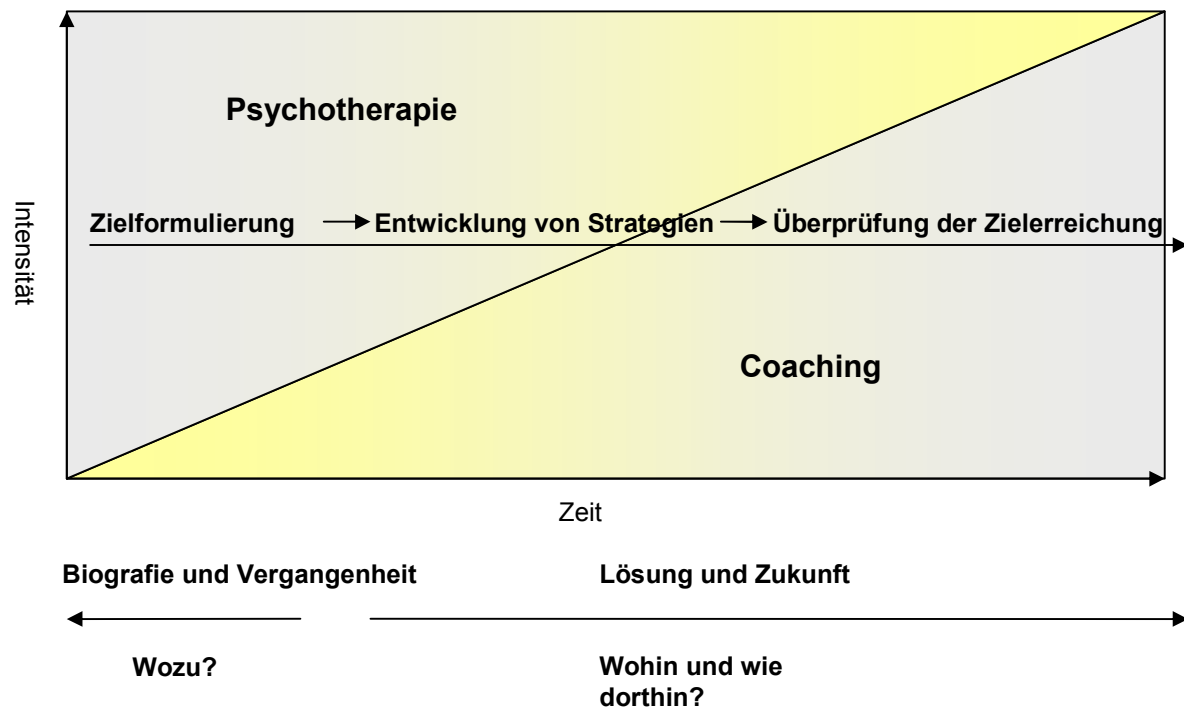
Unser Ziel für die Therapie ist es zunächst, dass sich die Rehabilitanden mit ihrer Geschichte, dem, was sie sind und was sie nicht sind, mit ihren Stärken und Schwächen angenommen und willkommen fühlen. Am Beginn der Psychotherapie steht die Auseinandersetzung mit der Funktion des Suchtmittelkonsums, die in der Regel die Reflexion der Biografie einbezieht:

- Welche Ziele wurden mit dem Suchtmittelkonsum ursprünglich verfolgt?
- Haben diese Ziele heute noch Gültigkeit?
- Was ist die Funktion des Suchtmittelkonsums?
- Welches sind die aktuellen Behandlungsziele?
- Gibt es bereits erfolgreiche Strategien zur Zielerreichung?
- Welche Strategien kommen für die Zielerreichung in Frage?
- Woran wird die Zielerreichung festgestellt?  
(Festlegen von Zielerreichungskriterien)

Die Intensität der psychotherapeutischen Interventionen (biographiebezogen) nimmt im Behandlungsverlauf zu Gunsten von Training der erarbeiteten Strategien in realitätsnahen Kontexten ab. Dabei dominieren zunächst biographiebezogene Inhalte und später im Bereich des Coachings Inhalte, die die möglichst dauerhafte Teilhabe am Erwerbsleben und am Leben in der Gemeinschaft fokussieren (SGB VI § 9 und SGB IX).

Aus den o.g. Ausführungen ergibt sich für uns ein Vorgehen, das sich in folgender Grafik verdeutlichen lässt:

Abb. 3



Der Begriff Coaching soll in diesem Zusammenhang die Auslösung und Begleitung einer gewollten Zukunft bedeuten. Dabei geht es um Standortbestimmung (Ressourcen) sowie die Entwicklung neuer Denk- und vor allem Handlungsoptionen, wobei Patient und Therapeut eine kreative Experimentierhaltung einnehmen. Im Zentrum des Coachings stehen die Lösungsorientierung und die Zukunft des Patienten.

Ein ähnliches Vorgehen lässt sich aus Peter Fiedlers Ansatz einer ressourcenorientierten Psychotherapie bei schwierigen und persönlichkeitsgestörten Menschen ableiten (Fiedler 2000, 2004).

Das Therapiezentrum Grafrath arbeitet entsprechend dem vorgelegten Konzept einerseits verhaltenstherapeutisch orientiert und integriert außerdem Verfahren weiterer Therapieschulen (u.a. humanistische Verfahren, Gesprächspsychotherapie, systemische Therapie). Dabei liegt der Fokus auf den oben erwähnten nachgewiesenen Wirkprinzipien, gepaart mit einer konsequent auf die Bedürfnisse des einzelnen Individuums gerichteten ressourcenorientierten Haltung der Therapeuten.

## 10.2 Die Rehabilitationsziele im einzelnen

Wesentliche Aufgabe der medizinischen Rehabilitation besteht darin, „die Betroffenen zu befähigen, mit Ihrer Krankheit adäquat und selbstbestimmt umzugehen und trotz Einschränkungen vor allem ihre Funktionen im Beruf wahrzunehmen sowie ihre Rollen

in Familie und Gesellschaft so weit wie möglich auszuüben.“ (Rahmenkonzept der medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung). Zentrale Behandlungsziele betreffen den Aufbau von Fähigkeiten zur Teilhabe am Arbeitsleben und an der Gemeinschaft und damit die Förderung der Funktionsfähigkeit. „Funktionsfähigkeit“ umfasst dabei alle Aspekte der funktionalen Gesundheit (ICF).

Eine Person ist funktional gesund, wenn – vor dem Hintergrund ihrer Kontextfaktoren –

- ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des mentalen Bereichs) und Körperstrukturen denen eines gesunden Menschen entsprechen (Konzept der Körperfunktionen und –strukturen).
- sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem (ICD) erwartet wird (Konzept der Aktivität).
- sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und in dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne gesundheitsbedingte Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder –strukturen erwartet wird (Konzept der Partizipation [Teilhabe] an Lebensbereichen)“ (ICF, 2004, Seite 4)

Die hierfür relevanten Lernziele und Entwicklungsschritte sind u.a. der Erwerb lebenspraktischer und sozialer Kompetenzen, die Befähigung zur verbesserten Stressbewältigung, Selbstsicherheit und Selbstvertrauen, Kommunikations- und Konfliktfähigkeit (Bühringer, 1999).

### **Primäre Rehabilitationsziele sind somit:**

- Die Förderung der funktionalen Gesundheit zur Befähigung der möglichst uneingeschränkten
  - Teilhabe am Arbeitsleben und
  - Teilhabe an der Gemeinschaft.
- Der konstruktive Umgang mit legalen und illegalen Suchtmitteln, was für die meisten Menschen die Notwendigkeit einer dauerhaften abstinenten Lebensweise bedeutet.

Diese übergeordneten Ziele lassen sich in verschiedenen Bereichen weiter konkretisieren:

### **Sucht:**

- Entwicklung von Krankheitseinsicht
- Entwicklung und Förderung von Eigenmotivation zum drogenfreien Leben
- Kenntnis der Auslöser, Genese und Mechanismen der Drogenabhängigkeit
- Kenntnis der Funktionen des Drogenkonsums und Aufbau alternativer Bewältigungsstrategien
- Einsicht in und ggf. Lösen von anderen Abhängigkeitsstrukturen (z. B. in Beziehungen)
- Aufbau einer rauschmittelfreien Genussfähigkeit
- Motivation zur Teilnahme an Nachsorge- bzw. Selbsthilfegruppen

**Psychosozialer Bereich:**

- Entwicklung einer realistischen Selbsteinschätzung
- Erarbeitung von Copingstrategien
- Aufbau und Stabilisierung von Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen durch Selbstwirksamkeitserfahrungen
- Erkennen eigener Grenzen und Bedürfnisse
- Verbesserung sozialer und emotionaler Kompetenzen
- Aufbau eines suchtfreien sozialen Umfeldes
- Klärung und Weiterentwicklung der Beziehungen zu den wichtigen Angehörigen
- Förderung von Selbstorganisation und Selbstversorgung
- Entwicklung einer aktiven Freizeitgestaltung
- Schuldenregulierung

**Arbeit:**

- Förderung vorhandener beruflicher Ressourcen und berufsbezogener Erfahrungen
- Realistische Einschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit
- Entwicklung oder Förderung von Grundfähigkeiten wie Ausdauer, Belastungsfähigkeit, Flexibilität, Konzentration, Antizipation, Lernfähigkeit, Problemlösefähigkeit, Konfliktfähigkeit und Zuverlässigkeit
- Entwicklung sozialer Kompetenzen im Feld Arbeit (Teamarbeit, Umgang mit Autoritäten, Frustration und Konflikten, Organisation von Unterstützung)
- Selbstwirksamkeitserfahrung
- Entwicklung einer realistischen Ausbildungs- bzw. Berufsperspektive

**Gesundheit:**

- Wissen über alle begleitenden Erkrankungen, insbesondere Infektionskrankheiten
- Wissen über die Folgen des Nikotinkonsums
- Erkennung von Zusammenhängen zwischen körperlich erlebten Symptomen und psychischen Konflikten
- Verbesserung des Ernährungsverhaltens
- Verbesserung der Körperwahrnehmung
- Steigerung von körperlicher Belastbarkeit und Ausdauer, sowie Stressbelastbarkeit

**11 Diagnostik**

Um die vorstehend angestrebten Ziele mit den Patienten zu erreichen, ist eine differenzierte und prozessbegleitende Diagnostik unerlässlich.

Die diagnostische Klassifizierung auf der Ebene der Körperfunktionen und –strukturen bedient sich der ICD-10-GM (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision – German Modification)



Die ICD-10 liefert einen Rahmen, in dem Gesundheitsprobleme (Krankheiten, Gesundheitsstörungen, Verletzungen) klassifiziert werden. Zur Erreichung der im SGB IX formulierten zentralen Ziele „Teilhabe am Arbeitsleben“ und „Teilhabe an der Gemeinschaft“ müssen neben der ätiologischen Diagnose vor allem die Folgen der Erkrankung, d.h. die sich aus dem Gesundheitsproblem ergebenden Beeinträchtigungen für die Teilhabe betrachtet werden. Grundlage hierfür ist die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF, 2004). In der ICF werden Krankheitsfolgen, also die Funktionsfähigkeit und die Behinderung in Verbindung mit einem Gesundheitsproblem klassifiziert.

Schwerpunkt der Diagnostik ist die Erfassung der vorhandenen bzw. beeinträchtigten Funktionen und Aktivitäten und ihre Auswirkungen auf das individuelle Leistungsvermögen. So werden im therapeutischen Aufnahmegespräch Einschränkungen der Aktivitäten im täglichen Leben (Berufs- und Alltagsleben) erfragt.

Grundsätzlich gilt, dass die Ergebnisse der diagnostischen Verfahren mit dem Rehabilitanden besprochen werden, um ihm zu einer möglichst realistischen Selbstbetrachtung und Selbstbewertung zu verhelfen.

Aus den Ergebnissen der Diagnostik, und hier insbesondere aus der Betrachtung der Beeinträchtigungen der Teilhabe, ergibt sich das für die sozialmedizinische Beurteilung wichtige positive und negative Leistungsbild.

Angelehnt an die AWMF-Leitlinien für die Postakutbehandlung von Opiatabhängigen (Havemann-Reinecke et al., 2004) sind folgende Bereiche abzudecken:

### **Somatische Diagnostik**

Im Rahmen der medizinischen Diagnostik erfolgt die körperliche Untersuchung, die Erhebung der Anamnese, die Bestimmung des Infektionsstatus, insbesondere Hepatitis B, C und HIV, falls indiziert und noch nicht erhoben, und die entsprechende Information des Patienten über die erhobenen Befunde. Unklare Befunde werden in Zusammenarbeit mit anderen niedergelassenen oder Klinikärzten im Rahmen von Konsiliaruntersuchungen geklärt.

### **Psychiatrische Diagnostik**

Die psychiatrische Diagnostik beinhaltet die Erfragung der Krankheitsanamnese und die Erhebung des psychopathologischen Befundes.

Inhalte der Krankheitsanamnese sind:

- Suchtanamnese
- aktuelle psychiatrische Anamnese
- frühere psychiatrische Erkrankungen
- sonstige relevante frühere Erkrankungen
- Erfassung der Persönlichkeitsstruktur
- Biografie und Familienanamnese

Im weiteren Verlauf wird der psychopathologische Befund erhoben, in den auch Hinweise auf neuropsychologische und neurophysiologische Störungen einfließen. Der zu erhebende psychopathologische Befund umfasst im Wesentlichen die nachstehend genannten Eckpunkte der Symptomexploration, welche im Folgenden kurz dargestellt werden.

- Bewusstseinsstörungen
- Orientierungsstörungen
- Störungen der Aufmerksamkeit und Konzentration
- Auffassungsstörungen
- Gedächtnisstörungen
- Störungen der Intelligenz
- Formale Denkstörungen
- Inhaltliche Denkstörungen: Wahn
- Wahrnehmungsstörungen: Halluzinationen, sonstige Wahrnehmungsveränderungen
- Ich-Störungen
- Affektivität
- Zwänge, Phobien, Ängste
- Störungen des Antriebs und der Psychomotorik
- Suizidalität, Selbstverletzungen

Aus den erhobenen Informationen und den Beobachtungen des Verhaltens im weiteren Verlauf ergeben sich Rückschlüsse auf eventuell vorhandene psychiatrische Begleiterkrankungen. Psychiatrisch behandlungsbedürftige Rehabilitanden werden im Rahmen einer Konsiliarkooperation in einer psychiatrischen Facharztpraxis vorgestellt.

### **Psychosoziale Diagnostik**

- ausführliche, tiefenpsychologisch fundierte biographische Anamnese (Herkunftsfamilie, psychosoziale Entwicklung)
- Suchtanamnese
- Erarbeitung eines funktionalen Bedingungsmodells
- Erhebung von Ressourcen

Im Rahmen der psychosozialen Diagnostik werden u.a. Aspekte der sozialen Integration beleuchtet. Psychosoziale Belastungen können Ursache für soziale Desintegration und damit ein wichtiger die Suchterkrankung aufrecht erhaltender Aspekt sein.

Hinsichtlich der Diagnostik psychischer Störungen wird, wie im Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung empfohlen, zweistufig vorgegangen. Ergeben sich bei der orientierenden psychologischen bzw. psychiatrischen Exploration Hinweise auf eine zusätzlich zur Suchterkrankung bestehende behandlungsbedürftige psychische Störung, so wird eine vertiefende psychologische Diagnostik durchgeführt oder die Rehabilitanden werden im Rahmen einer Konsiliarkooperation in einer psychiatrischen Facharztpraxis vorgestellt.

## **Psychologische Testdiagnostik**

Seit dem Erscheinen 2014 verwenden im Bereich der psychologischen Testdiagnostik wir das Diagnostik-Paket aus dem Rehabilitanden-Management-Kategorien-Projekt (RMK-Projekt; Müller-Fahnow & Spyra, 2006). Diese Diagnostik kommt routinemäßig für sämtliche unsere Rehabilitanden zur Anwendung. Alle Tests werden von mit entsprechender Kompetenz und Erfahrung ausgestatteten Mitarbeitern ausgewertet.

## **Arbeitsbezogene Diagnostik**

Zur arbeitsbezogenen Diagnostik werden Anamnesegespräche zum schulischen und beruflichen Werdegang von den zuständigen Arbeits- und Ergotherapeuten durchgeführt. Die Ergebnisse werden u.a. in einem entsprechenden arbeitsbezogenen Anamnesebogen dokumentiert.

Wir konzentrieren uns nicht nur auf die formalen Qualifikationen und die objektiven Parameter der Entwicklung in diesen Bereichen, sondern gleichermaßen einerseits auf charakteristische Konflikte und Barrieren in Schule und Beruf und andererseits auf die Ressourcen, Fähigkeiten, Potentiale und Wünsche bzw. Pläne des Rehabilitanden. Die allgemeine Berufsanamnese wird ergänzt durch eine umfassende Diagnostik und Problemanalyse, die sich nicht nur auf die Beurteilung der physischen und psychischen Leistungsfähigkeit beschränkt, sondern Einstellungen, Fähigkeiten, Interessen und die Bedingungen des realen sozialen Umfeldes einbezieht (s. a. ICF, 2004). Die arbeitsbezogene Diagnostik bedient sich des standardisierten Assessment-Instrumentes MELBA.

Die Zuweisung in arbeitstherapeutische Bereiche erfolgt nach dem ermittelten Rehabilitationsbedarf, wobei Wünsche und Neigungen der Rehabilitanden berücksichtigt werden. Während des gesamten Rehabilitationsverlaufs wird mehrfach in Zusammenarbeit mit dem Rehabilitanden der bisherige Verlauf reflektiert und ggf. werden Rehabilitationsziele modifiziert bzw. neu formuliert.

## **Rehabilitationsbegleitende Prozessdiagnostik**

Diese informelle, kontinuierliche Form der Diagnostik setzt sich mit den Fort- und Rückschritten, dem Verhalten und Konflikten in der Patientengruppe, den Einstellungen gegenüber dem Team und der Einrichtung, der Entwicklung der Therapiemotivation und Krankheitseinsicht, den Veränderungen der Leistungsfähigkeit und Anpassungsbereitschaft usw. auseinander und wird durch den die wichtigen Informationen sammelnden und bündelnden verantwortlichen Mitarbeiter im Austausch mit den Kollegen fortgeschrieben.

## **12 Leistungen der medizinischen Rehabilitation**

## **12.1 Medizinische Behandlung**

Die medizinische Diagnostik und Behandlung ist integrativer Bestandteil des Rehabilitationsplanes. Ergebnisse der medizinischen Eingangs- und Verlaufsdiagnostik fließen in die regelmäßigen Fallbesprechungen mit ein, so dass die Rehabilitationsziele sich auch an den körperlichen und psychischen Leistungsmerkmalen des Rehabilitanden orientieren.

Im Rahmen der Erstuntersuchung werden die Untersuchungsergebnisse des vorgeschalteten ärztlichen Gutachtens besprochen. Sind die gesamten Laborergebnisse in den genannten Gutachten oder aus der Entzugsbehandlung unauffällig, kann die routinemäßige Laboruntersuchung auf einen späteren Zeitpunkt verlegt werden.

Die medizinische Diagnostik umfasst neben der Suchterkrankung auch alle körperlichen und psychischen Begleiterkrankungen, die Einfluss auf das Rehabilitationsergebnis haben. Insbesondere andere psychiatrische Erkrankungen (z.B. Persönlichkeitsstörungen, Angsterkrankungen, Depressionen, Psychosen) müssen erkannt werden, um entweder eine spezifische Behandlung einzuleiten oder um zu prüfen, ob der Rahmen der Einrichtung dem Störungsbild des Patienten gerecht wird. Letztlich gehen alle erhobenen Befunde, wie auch die Ergebnisse der Verlaufsdiagnostik, in die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung am Ende der Behandlung ein.

Alle erhobenen relevanten Befunde werden mit den Rehabilitanden in Einzelgesprächen ausführlich besprochen und etwaige Konsequenzen bzw. Möglichkeiten der Behandlung aufgezeigt und bei entsprechender Indikation eingeleitet. Dabei besteht eine enge Kooperation mit niedergelassenen Fachärzten und Kliniken der Region.

Weiteres Ziel der medizinischen Behandlung ist es, den Rehabilitanden zu einem bewussteren Umgang mit körperlichen und auch psychischen Symptomen zu erziehen und ihm alternative Strategien zum Substanzgebrauch aufzuzeigen. Bei der Behandlung interkurrenter Erkrankungen kommen neben klassischen schulmedizinischen Therapieverfahren auch Methoden der Naturheilkunde zur Anwendung. Die wöchentliche Arztvisite, eine tägliche Sprechstunde und im Bedarfsfall auch zusätzliche Termine sichern die kontinuierliche medizinische Versorgung der Patienten.

## **12.2 Psychotherapie**

Die psychotherapeutische Behandlung findet in Einzel- und Gruppengesprächen statt. Dabei steht den Patienten während der Behandlung ein fester Bezugstherapeut zur Verfügung. Die psychotherapeutische Behandlung orientiert sich an den mit dem Patienten vereinbarten Rehabilitationszielen.

Wie bereits weiter oben beschrieben sind zentrale Bestandteile der Psychotherapie die Ressourcenaktivierung, die Problemaktualisierung, die aktive Hilfe zur Problembewältigung sowie die Erarbeitung einer Klärungsperspektive. Wichtige Anhaltspunkte für die o.g. Aspekte ergeben sich aus dem Erstinterview bzw. aus dem

## Rehabilitationsverlauf.

Vorhandene Ressourcen bzw. bereits erfolgreiche Bewältigungsstrategien werden mit dem Rehabilitanden herausgearbeitet. Im Rahmen der Problemaktualisierung werden die mit dem süchtigen Verhalten zusammenhängenden Einstellungen und Überzeugungen erfragt. Der Patient wird mit seinen bisherigen, wenn auch gescheiterten, Lösungsversuchen wertgeschätzt, die im Verlauf der Behandlung aktivierten problematischen Verhaltensmuster werden ebenfalls als zielgerichtete Handlungen verstanden und deren Funktionalität mit dem Patienten reflektiert. Wichtig ist aber in diesem Zusammenhang, dass nicht zu viel Zeit auf die Thematisierung und Aktivierung von Problemen verwandt werden darf, sondern dass der überwiegende Teil der Behandlung der Erarbeitung und Einübung von erfolgreicheren Bewältigungsstrategien und damit der Ausbildung neuer, positiver neuronaler Erregungsmuster gewidmet wird (Grawe, 2004). Das bedeutet, dass sich die psychotherapeutische Behandlung im Therapiezentrum Grafrath eindeutig durch Ressourcen- und Zukunftsorientierung auszeichnet und regressives Verhalten nach Möglichkeit verhindert wird.

### **12.2.1 Einzeltherapie**

Jeder Rehabilitand erhält das Angebot eines einmal wöchentlichen Einzelgespräches. In den Einzelgesprächen wird zunächst eine tragfähige therapeutische Beziehung aufgebaut. Der Patient erfährt Wertschätzung gegenüber seiner Person und seiner Geschichte. Insbesondere werden seine Versuche, sein Problem zu lösen, ob erfolgreich oder nicht, gewürdigt. Den Patienten stark belastende Themen, wie z. Bsp. sexueller Missbrauch, Gewalterfahrungen usw. können der Einzeltherapie vorbehalten bleiben. Die psychotherapeutische Arbeit bezieht die Angehörigen und Partner soweit möglich und indiziert ein. Unterstützt wird die Angehörigenarbeit durch eine offene Regelung der Besuchsmöglichkeiten, so dass hierdurch Vertrauen und Stabilität der Beziehungen sich auch durch direkte Kontakte weiterentwickeln können, in Richtung auf nicht abhängige, eigenständige Beziehungen. Im Rehabilitationsverlauf nimmt die Frequenz des psychotherapeutischen Angebotes ab. Die Themen wechseln von zunächst stärkerer biografischer Prägung zu Schwerpunkten, die die Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben und an der Gemeinschaft zum Inhalt haben.

### **12.2.2 Gruppentherapie in Bezugsgruppen**

Die Therapie in den Bezugsgruppen findet zweimal wöchentlich für 90 Minuten statt. Die Teilnehmerzahl beträgt 8 – 10 Patienten. Die Gruppenpsychotherapie hat in der Gesamtbehandlung einen hohen Stellenwert. Sie dient der Reflexion der eigenen Erfahrungen und Einstellungen und der dadurch geprägten Handlungsmuster und Bewältigungsstrategien sowie deren Auswirkungen im interaktionellen Raum. Die Patientengruppe insgesamt ist ein soziales Lernfeld, ein Kontext, in dem früher erlernte Bewältigungsstrategien auf ihre Aktualität und Nützlichkeit überprüft werden und in der Gruppentherapie thematisiert werden können. Durch die in früheren Kontexten erlernten Handlungsmuster entstehen vielfältige Spannungen und Konflikte unter den Patienten (Problemaktualisierung). Die Gruppentherapie dient hier als Lernfeld zur

Konfliktbewältigung. Soziales Handeln, Verbindlichkeit und Zuverlässigkeit kann unter kontinuierlichem Feedback der Gruppe erlernt bzw. gefördert werden. Auch hier kommt dem Aspekt der Selbstwirksamkeit eine zentrale Rolle zu. Sucht resultiert u.a. auch aus gestörten Beziehungsmustern und führt in der Folge auch zu vielfältigen Problemen in Beziehungen zur Umwelt. Die Gruppe bietet einen idealen Erfahrungsraum, in dem unter professioneller Anleitung neue Strategien entwickelt, eingeübt und deren positive Auswirkungen auf die Beziehungen erfahrbar gemacht werden können. Die Gruppe dient hierbei insgesamt als Lernfeld, auch im Hinblick auf eine gemeinsame Lösungssuche sowie durch das Lernen an Lösungsmodellen anderer Gruppenmitglieder.

Die Therapeuten geben durch ihre konsequent wertschätzende Haltung gegenüber den Patienten ein positives Modell und prägen damit die Atmosphäre und die Dynamik in der Patientengruppe.

### **12.2.3 Indikative Gruppen**

Neben den Bezugsgruppen werden themenzentrierte Gruppen angeboten, die indikationsgeleitet und themenzentriert Patienten ansprechen. Es handelt sich dabei um halboffene Gruppen, die ein- bzw. zweimal wöchentlich stattfinden. Der Zeitraum der einzelnen Gruppen ist unterschiedlich. Die Gruppenstärke beträgt ca. 8 – 12 Patienten. Folgende Indikativgruppen werden angeboten (Zeiträume in Klammern):

- Psychoedukation (12 Wochen)
- Rückfallprävention (ab der 5. Woche; 12 Wochen)
- Motivationsgruppe (während der ersten 4 Wochen)
- Männer-/Frauengruppe (Beziehung/Sexualität, Kriminalität, Aggressivität) (durchgängig)
- Ausgängerbesprechung (ab der 7. Aufenthaltswoche)
- Bewerbungstraining (ab der 5. Woche)

#### **12.2.3.1 Psychoedukation**

Die Rehabilitanden eignen sich während ihrer Therapiezeit einen großen „Wissensinput“ über ihre Krankheit und damit verbundene Verhaltensdefizite an. Durch die Psychoedukation soll den Patienten geholfen werden, die wichtigsten Informationen über ihre Probleme und die erforderlichen Behandlungsmaßnahmen zu verstehen. Das Verstehen der eigenen Problematik ist die Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Bewältigung jeder längerfristigen Suchtentwicklung. Das Verstehen vertieft die Krankheitseinsicht, ist der erste Schritt für die Wahrnehmung eigenen Fehlverhaltens und als Folge Einleitung der notwendigen Veränderungsprozesse im suchtttherapeutischen Prozess.

Bei der Psychoedukation geht es um die Vermittlung von Informationen über die Suchtproblematik und die daraus resultierenden notwendigen Veränderungsprozesse, die bessere Bewältigung von Stress und die Anleitung zu einem gesundheitsförderlichen Lebensstil.

Die Psychoedukation umfasst 12 Sitzungen und ist in Seminarform aufgebaut. Die Rehabilitanden durchlaufen bis zum Ende der Therapie alle Themenbereiche und weisen dies durch ein Formblatt, auf dem die Teilnahme vom Seminarleiter bestätigt wird, nach.

Themen der Psychoedukation sind u.a.:

- Was ist Sucht? - Merkmale einer Suchtmittelabhängigkeit
- Grundlagen der Erkrankung
- Gefühle
- Das Verhaltensdreieck: Gefühle – Gedanken - Verhalten
- Das Suchtgedächtnis – Neurobiologie von Suchterkrankungen
- Belohnungsaufschub & Suchtverlagerung
- Grundlagen der Rückfallprävention
- Moral und Gewissen
- Persönlichkeitsstile - Persönlichkeitsstörungen
- Ressourcen – Selbstbild / Fremdbild
- Ressourcen – Familie, Partnerschaft und Freunde
- Sinnvolles Freizeitverhalten / Teilhabe an der Gemeinschaft
- Informationen über Adaption und Nachsorge

### **12.2.3.2 Rückfallprävention**

Die indikative Gruppe Rückfallprävention findet einmal wöchentlich in insgesamt 12 Sitzungen statt. Suchtmittel-Rückfälle und die Prävention von Rückfällen sind *die* zentralen Themen der Behandlung von Suchtmittelabhängigkeiten. Daher verdient die Entwicklung individueller Rückfall-Gefahrenmodelle und die Vermittlung der notwendigen Kompetenzen zur Rückfallverhinderung einen besonderen Raum innerhalb der Therapie.

Thematisch dienen uns u.a. die Manuale von Klos & Görgen (2009) „Rückfallprophylaxe bei Drogenabhängigkeit: Ein Trainingsprogramm“ sowie von Körkel & Schindler (2003) „Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen. Das strukturierte Trainingsprogramm S.T.A.R.“ als Vorlage. Weitere Materialien und Methoden wurden zusammen gesammelt bzw. individuell von uns entwickelt und an die Bedürfnisse der Rehabilitanden unserer Fachklinik angepasst.

Themen der Rückfallprävention sind:

- Allgemeine Informationen zu Rückfall und Rückfallhäufigkeit
- Pro und Contra von Abstinenz
- Externe Auslöser – Umgang mit möglichen Gefährdungssituationen, zwischenmenschlichen Konflikten, Konsumaufforderungen
- Interne Auslöser - Umgang mit unangenehmen/angenehmen Gefühlen,

Drogenverlangen

- Meine persönlichen Rückfallvorläufer und Gefahrensignale
- Ablehnungstraining – Nein-Sagen lernen
- Schutzfaktoren
- Kriminalität und Konsum
- Umgang mit einzelnen Rückfallereignissen – Wiedererlangung von Abstinenz
- Gespräche mit Angehörigen über das Thema Rückfall
- Notfallplan

In dieser indikativen Gruppe wird u.a. mit den folgenden Methoden gearbeitet:

- Rollenspielen
- Arbeitsblättern
- Moderationskarten
- Gruppendiskussionen.

### **12.2.3.3 Motivationsgruppe**

Die Motivationsgruppe findet während der ersten vier Wochen der Rehabilitation jeweils zweimal pro Woche für je 60 Minuten statt. Die Motivationsgruppe hat verschiedene Themen und Inhalte:

- Die Erleichterung der Eingewöhnung in die Rehabilitation
- Das Regelwerk des Therapiezentrum Grafrath – über den Sinn und die Notwendigkeit von Grenzen
- Die Förderung einer positiven Haltung gegenüber der Behandlung
- Die Verbesserung der intrinsischen Motivation
- Die Förderung eines positiv besetzten Entschlusses zu zukünftiger Suchtmittelabstinenz
- Die Förderung von aktiver Mitarbeit an der Behandlung

Neben der Vermittlung von Informationen über die Merkmale der stationären Therapie in unserer Fachklinik spielen Elemente und Methoden aus dem Motivational Interviewing (Miller & Rollnick, 2004) hierbei eine besondere Rolle.

### **12.2.3.4 geschlechtsspezifische Gruppen**

#### **Frauengruppe**

Erfahrungsgemäß sind Frauen in gemischtgeschlechtlichen Einrichtungen gegenüber den Männern in geringerer Zahl vertreten. Daher ist es uns besonders wichtig, für Frauen einen eigenen Raum zu schaffen, in dem Annäherung, Begegnung und Auseinandersetzung nur von Frau zu Frau möglich ist. Diese Wertschätzung unserer Patientinnen zeigt sich im äußeren Rahmen u.a. in Form einer eigenen Frauentage im Neubau unserer Klinik.

Themenbereiche der Frauengruppe:



- individuelle, geschlechtsspezifische Sozialisation
- Konkurrenzängste
- Beziehung-/Partnerschaftsproblematik/Sexualität
- Mutterrolle
- Gewalterfahrungen
- Missbrauchserfahrungen
- zukunftsbezogenes Rollenverständnis als Frau in Bezug auf Arbeit und Freizeit

## **Männergruppe**

Das Alleinsein unter Männern führt häufig zu einer anderen Gruppendynamik und anderen Themen als in gemischtgeschlechtlichen Gruppen. Um Themen wie Aggression, Kriminalität, den männlichen Umgang mit Gefühlen, Sexualität etc. nicht zu tabuisieren, sondern ihnen einen angemessenen Platz innerhalb der Therapie einzuräumen, findet wöchentlich eine Männergruppe statt.

Themenbereiche der Männergruppe:

- individuelle, geschlechtsspezifische Sozialisation
- Aggressionsverhalten/Gewalt
- Umgang mit Gefühlen
- Offenheit in Beziehungen; Gefühle und Bedürfnisse wahrnehmen und äußern
- Beziehung- bzw. Partnerschaftsproblematik / Sexualität
- Eifersucht, Treue
- Trennungserlebnisse
- Vaterrolle
- zukunftsbezogenes Rollenverständnis als Mann in Bezug auf Arbeit und Freizeit

In den geschlechtsspezifischen Gruppen wird hauptsächlich mit verhaltenstherapeutischen und systemischen Ansätzen gearbeitet, unter Einbezug von Gesprächsrunden, Rollenspielen und Interaktionsübungen.

### **12.2.4 Weitere Gruppen**

#### **Meeting**

Das Meeting findet einmal wöchentlich montags statt und ist eine klassische Großgruppe / Patientenvollversammlung. Alle anwesenden Patienten der Kerntherapie nehmen daran teil.

Therapeutische Schwerpunkte der Gruppenarbeit sind:

- Förderung des Realitätsbezugs
- Treffen und Einhalten verbindlicher Absprachen
- Sensibilisierung der Selbst- und Fremdwahrnehmung
- Klärung aktueller Konflikte
- Aufbau einer der Situation angemessenen Selbstkontrolle
- Aufbau von adäquaten Problembewältigungsstrategien

- Verbesserung der Konfliktbewältigung
- Stärkung der sozialen Kommunikations- und Interaktionsfähigkeit

### **Ausgängerbesprechungen / Gestaltung von Freizeit**

Der Suchtmittelkonsum und die hierfür notwendigen Beschaffungsaktivitäten haben im Leben der Patienten vor der Therapie eine große Rolle gespielt und viel Zeit benötigt. Auch deswegen sind Defizite in der Freizeitgestaltung bei unseren Rehabilitanden eher die Regel als die Ausnahme.

Darüber hinaus haben viele unserer Rehabilitanden erhebliche Sozialisations- und Entwicklungsdefizite. Eine sinnvolle Lebens- und Freizeitgestaltung konnte daher oft gar nicht erlernt werden. Bei anderen Rehabilitanden ist sinnvolles Freizeitverhalten im Verlauf der Suchtentwicklung verloren gegangen. Viele Patienten erleben Langeweile und wissen nur wenig mit sich selbst anzufangen. Sinnvolles Freizeitverhalten muss daher erst (wieder) eingeübt werden. Neben den Freizeitaktivitäten in der Klinik bzw. innerhalb der Behandlung (siehe Kapitel 17, 18 und 20) sind uns daher die Vorbereitung und Begleitung der einzelnen Freizeitaktivitäten unserer Patienten ein besonderes Anliegen.

Wir legen Wert auf eine konkrete Planung der Ausgänge, geben Hinweise und Informationen, machen Verbesserungsvorschläge und unterstützen sinnvolle Aktivitäten auch direkt. Neben der Planung der beruflichen Zukunft ist der Freizeitbereich wesentlich für eine günstige Prognose im Hinblick auf eine zukünftige Suchtmittelabstinenz.

### **Begrüßungs- und Abschiedsrunden**

In den Begrüßungsrunden werden neue Patienten in die Gemeinschaft aufgenommen. In den Abschiedsrunden wird der Rehabilitationsverlauf reflektiert und die erfolgreiche Rehabilitationsbeendigung gewürdigt.

### **Sondergruppen**

Größere Krisen innerhalb der Patientengruppe, substantielle Regelverstöße, Fehlentwicklungen und Rückfälle behandeln wir z.T. in Sondergruppen. Ziel ist eine Auseinandersetzung mit der Bedeutung der jeweiligen Vorfälle und Dynamiken für den Einzelnen und die gesamte Gruppe.

## **13 Soziale Kompetenzen**

Die bei Patienten unserer Klinik in der Regel gestörten Sozialisationsbedingungen haben zu vielfältigen Defiziten im Sozialverhalten geführt, die sich sowohl im beruflichen, wie auch im privaten Lebensbereich problematisch auswirken und z.B. zu Arbeitsplatzverlust, sozialer Isolation und allgemeiner Lebensunzufriedenheit führen können. Dabei stellen soziale Kompetenzdefizite zum Einen eine Ursache für späteren Suchtmittelkonsum dar, sie sind aber ebenso eine Folge eines süchtigen Lebensstils.

Aufgrund des durchschnittlich relativ jungen Alters und der meist nicht dem Alter entsprechenden Persönlichkeits- und Reifeentwicklung unserer Patienten sind insbesondere klare Strukturen, Regeln und Grenzen in unserer Arbeit wichtig. Zusätzlich profitieren die Patienten von dem reichhaltigen Sport- und Freizeitangebot (z. Bsp. Fußball- und Volleyballturniere, Theaterprojekt usw.).

### **Aktive Beteiligung an der Behandlung / Förderung von Teilhabekompetenz**

Um das gemeinschaftliche Anliegen der Patienten nach suchtmittelfreier Lebensführung zu stärken und zu fördern, ist eine aktive Mitwirkung der Rehabilitanden an der Behandlung notwendig und unabdingbar. Nicht zuletzt werden damit elementare Fähigkeiten zur Teilhabe an der Gemeinschaft und dem Arbeitsleben eingeübt.

Die Organisation des Alltagslebens, wöchentliche Treffen der Patienten untereinander und verschiedene gemeinsame Freizeitaktivitäten fallen in diesen Bereich der Patienten-Selbstverwaltung. Die entsprechenden Bereiche werden durch Mitarbeiter der Einrichtung professionell angeleitet und gecoacht.

### **Patienten-Meeting**

Das Patienten-Meeting dient einerseits der Aktivierung von Selbsthilfe und aktiver Beteiligung, andererseits finden hier Absprachen in Bezug auf bestimmte Freizeitaktivitäten und auch das Zusammenleben in der Gemeinschaft statt. Es findet zweimal wöchentlich (Dauer: je 60 Minuten) statt. Hier erhalten die Patienten außerdem ausführliche Rückmeldungen von ihren Mitpatienten über ihre Therapiefortschritte oder noch zu bearbeitende Problembereiche. Jedes Patienten-Meeting wird mit einem therapeutischen Mitarbeiter ausführlich vor- und nachbesprochen.

## **14 Arbeit mit Angehörigen**

Angehörige stellen im Sinne der ICF gerade bei jüngeren Rehabilitanden wichtige, die Sucherkrankung beeinflussende Kontextfaktoren dar. Häufig sind die familiären Beziehungen belastet. Die Einbeziehung der Angehörigen in den Rehabilitationsprozess trägt dazu bei, das Beziehungsgefüge zwischen dem Süchtigen und seinen wichtigsten Bezugspersonen wahrzunehmen und gegebenenfalls zu verändern. Im Vordergrund steht das gemeinsame Verstehen-Lernen der Erkrankung, die Klärung der Art und Funktion der Beziehungen und die Entwicklung angemessener Formen des Kontaktes.

Die Arbeit mit Angehörigen findet in Form von Familien-, Angehörigen- und Paargesprächen statt.

Themenschwerpunkte sind:

- Erfahrungsaustausch über die Erlebnisse und Erfahrungen mit den Suchtkranken bzw. der Sucht

- Informationsvermittlung über Entstehung und Verlauf der Suchterkrankung und Förderung des Krankheitsverständnisses
- Funktionen und Auswirkungen der Drogenabhängigkeit innerhalb der Familie
- Möglichkeiten der Unterstützung durch Angehörige
- Co-Abhängigkeit (Bewusstmachung und Veränderung von Sucht unterstützenden Verhaltensweisen von Angehörigen)
- Offenheit und Austausch über Gefühle, Bedürfnisse und Erwartungen innerhalb des Familiensystems
- Kommunikation und Umgang miteinander
- Entwicklung von Zukunftsperspektiven für das Familiensystem

Methodisch wird - neben Gesprächen – vor allem auch mit Methoden der systemischen Therapie (z.B. Genogramm, Familienskulptur) gearbeitet.

Für viele Paare, von denen ein oder auch beide Partner drogenabhängig ist/sind, zeigen sich nochmals gesonderte Fragestellungen und Problembereiche, die in diesen Gesprächen aufgearbeitet werden können. Bei Bedarf und Indikation können diese Gespräche über den gesamten Rehabilitationszeitraum verteilt stattfinden.

Alle Familienheimfahrten werden im Übrigen mit dem/der Bezugstherapeuten/in intensiv vor- und nachbereitet.

## **15 Arbeitsbezogene Rehabilitation**

Auf die schulische und berufliche Entwicklung wird im Therapiezentrum Grafrath ein besonderer Focus gelegt.

### **15.1 Grundsätzliche Aussagen**

Aus der empirischen Forschung ist bekannt, dass eine Erwerbstätigkeit die Gesundheit fördert,

- wenn der Arbeitsplatz sicher ist
- wenn die berufliche Leistungsfähigkeit ausgeschöpft werden kann
- wenn der Betroffene realistische Chancen im Wettbewerb der Arbeitswelt hat
- wenn die beruflichen Anforderungen zum beruflichen Leistungsvermögen, der Qualifikation und den Neigungen des Betroffenen passen
- wenn Leistungsanreize wirksam sind
- wenn der berufliche Erfolg eintreten kann.

Eine erfolgreiche Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben durch Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation verbessert die Gesundheit, verbessert die subjektive und objektive Lebensqualität und erhöht letztendlich die Lebenserwartung (Murray & Lopez, 1996). Für die Stabilisierung des Genesungserfolges ist die Teilhabe am Erwerbsleben eine wichtige Voraussetzung. Deshalb muss der Steigerung des individuellen Leistungsvermögens und damit der Reduzierung der Beeinträchtigungen an der Teilhabe am Arbeitsleben besondere Aufmerksamkeit zukommen.

## 15.2 Ziele der arbeitsbezogenen Rehabilitation

Im Rahmen der medizinischen Rehabilitation werden im interdisziplinären Team im Hinblick auf die Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben folgende Ziele mit dem Rehabilitanden verfolgt:

- Entwicklung einer realistischen und langfristig tragfähigen beruflichen Perspektive unter Berücksichtigung der Bedingungen des Arbeitsmarktes
- Kennen lernen unterschiedlicher Arbeitsbereiche; Entwicklung eigener beruflicher Fähigkeiten und Interessen
- Förderung einer realistischen Selbsteinschätzung bzgl. der eigenen Leistungsfähigkeit
- Förderung der Grundarbeitsfähigkeiten (Ausdauer; Belastungsfähigkeit; Flexibilität; Konzentration; Lernfähigkeit; Problemlösefähigkeit und Zuverlässigkeit)
- Förderung sozialer Kompetenzen im Arbeitsbereich (Teamarbeit; Umgang mit Autoritäten; Umgang mit Frustration und Konflikten; Fähigkeit, andere anzuleiten)
- Förderung von Verantwortungsbewusstsein bezüglich der zur Verfügung gestellten Werkzeuge, Materialien etc.
- Förderung der sozialen Kompetenz vor allem unter den Aspekten des Umgangs mit Autoritäten, Frustrationen, Konflikten, Teamarbeit und Anleitung
- Unterstützung beruflicher Neuorientierung durch Arbeitstrainings und Arbeitserprobungen, ab der Adaptionsphase insbesondere durch externe Praktika, Arbeits- und Schulerprobungen.

## 15.3 Arbeitsbezogene Maßnahmen

Die konkrete Auseinandersetzung mit dem Lebensfeld Arbeit wird durch verschiedene Lern- und Praxisfelder ermöglicht. Hierzu gehören zunächst innerhalb der Einrichtung der Umgang mit verschiedenen Anforderungen im handwerklichen Bereich oder z.B. mit dem PC, um den Rehabilitanden Erfahrungen zu vermitteln, in denen sie ihre Ressourcen und ihre Eignungen entdecken und diese weiter fördern bzw. verbessern zu können. Grundfähigkeiten wie Ausdauer, Zuverlässigkeit, Pünktlichkeit und Teamarbeit werden vermittelt und eingeübt. Ziel ist zudem die Vermittlung von alltagspraktischen Fähigkeiten wie Kochen, Putzen, Waschen, Einkaufen, Umgang mit Geld usw. Die durchschnittliche Verweildauer der Rehabilitanden in den einzelnen Arbeitsbereichen beträgt - je nach individueller Therapieplanung - ein bis zwei Monate.

Dafür stehen folgende Arbeitstherapiebereiche zur Verfügung:

a) Küche, Hauswirtschaft und Einkauf, Abfallentsorgung, Wäsche und Reinigung

In der Küche werden den Rehabilitanden/innen wichtige theoretische und praktische Kenntnisse wie Kochen, Backen, Vorratshaltung, Umgang mit Lebensmitteln und deren Lagerung vermittelt, die grundlegend für eine zukünftig eigenständige Haushaltsführung

oder auch eine entsprechende Berufsausbildung sind. Darüber hinaus führen die Patienten/innen in den hauswirtschaftlichen Arbeitsbereichen elementare Reinigungsarbeiten aus und lernen, wie sie ihre Wäsche selbstständig waschen und pflegen können. Darüber hinaus werden notwendige Grundlagen der Abfallbeseitigung und –entsorgung vermittelt.

#### b) Werkstatt

Unterschiedliche Projekte, wie das Planen und Erstellen von Furnierarbeiten (z.B. Schachbrettern), die Herstellung von Kleinmöbeln sowie die Instandsetzung sind Tätigkeiten, die im Arbeitsbereich der Werkstatt anfallen. Die gut ausgestattete Schreinerwerkstatt bietet Möglichkeiten für das differenzierte Erlernen und Ausüben von Arbeitsgrundfertigkeiten wie Sorgfalt, Konzentration, Selbstständigkeit, Kontinuität und auch Kreativität. Gleichzeitig können hier Patienten/innen entscheidende Erfahrungen für etwaige Zielberufe, z. B. als Schreiner oder im Innenausbau sammeln.

#### c) Garten (Pflege des Geländes, Pflanzenpflege, Gemüseanbau)

Ein kleiner Teil des Geländes der Einrichtung ist als Nutzgarten mit Kräutern und Gemüse für den Eigenbedarf angelegt. Arbeitsanforderungen, die im Garten anfallen, sind: Pflanzen, Ernten und Gartenpflege. Darüber hinaus werden Informationen über gestalterische Aspekte und ökologische Fragen vermittelt.

#### d) Empfang / Rezeption

In diesem Arbeitsbereich erlernen unsere Patienten typische Aufgaben und Tätigkeiten, die mit diesem Tätigkeitsfeld verbunden sind. Neben grundlegenden Arbeitsfertigkeiten wie Pünktlichkeit, Zuverlässigkeit und Höflichkeit werden hier die angemessene Kontaktaufnahme sowie sozial-kompetentes Verhalten am Telefon und am Empfang eingeübt.

#### e) Patientenselbstverwaltung

Die Klinik verfügt über Büroarbeitsplätze mit EDV-Ausstattung im Rahmen der Selbstverwaltung. In diesem Arbeitsbereich tragen Patienten besondere Verantwortung für die Gemeinschaft und erlernen auch Grundkenntnisse mit dem Computer (vgl. Kapitel 13).

#### f) weitere Einsatzmöglichkeiten im Behandlungsverlauf

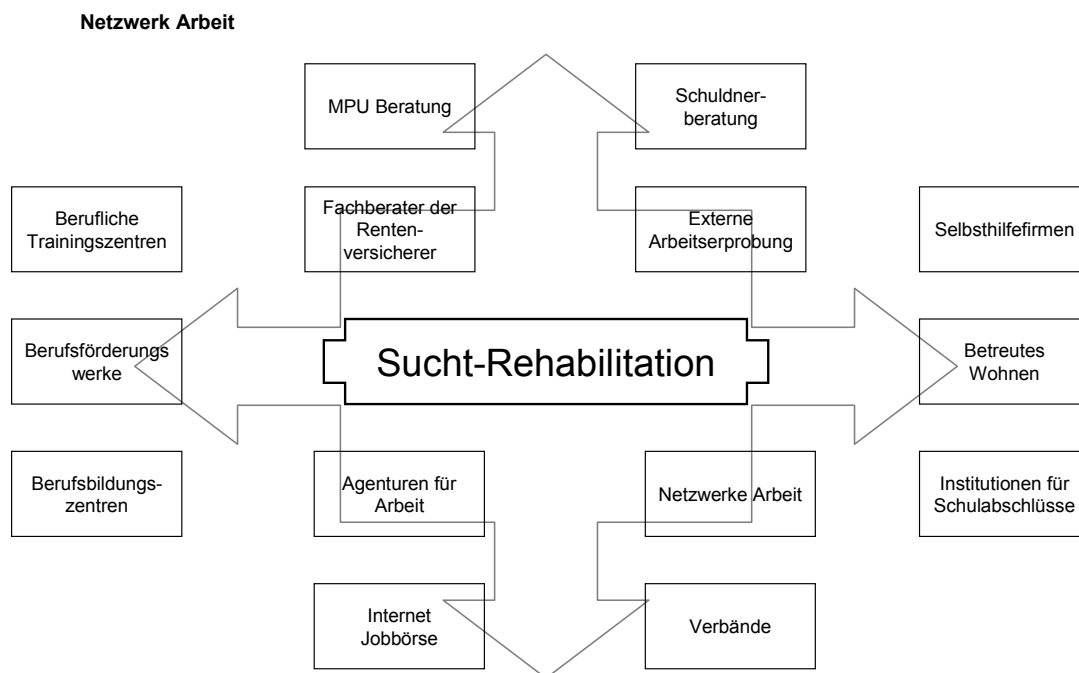
Externe Belastungserprobungen dienen der Überprüfung der Leistungsfähigkeit in einem realistischen Umfeld und können das Selbstvertrauen sowie die Sicherheit, den Anforderungen der Arbeitswelt gewachsen zu sein, sehr viel mehr fördern, als dies eine ausschließliche Erprobung innerhalb der Einrichtung kann. Für in der Therapie

fortgeschrittene Rehabilitanden und natürlich insbesondere in der Adaptionphase werden daher vielfältige externe Arbeitspraktika angeboten. So bestehen z.B. Kooperationen mit Altenheimen, Behindertenwerkstätten, Kindergärten, Gartenbaubetrieben, Schreinereien und Baufirmen in der Umgebung. Diesen Pool an Kooperationen mit externen Betrieben bauen wir ständig aus.

#### 15.4 Vernetzung im Bereich Teilhabe am Arbeitsleben

Die Grundsätze der interdisziplinären Zusammenarbeit innerhalb der Rehabilitationseinrichtung sind auch auf die Zusammenarbeit mit vorbehandelnden und nachbehandelnden bzw. betreuenden Personen und Institutionen anzuwenden. Ein optimaler Informationsfluss unter Berücksichtigung des informellen Selbstbestimmungsrechtes des Betroffenen fordert die Zusammenarbeit. Ziele, Rehabilitationspläne und Ergebnisse sind zwischen den Beteiligten auf der Grundlage eines gemeinsamen Rehabilitationsverständnisses so zu kommunizieren, dass sie von allen Beteiligten verstanden werden, so dass die Aktivitäten der weiter betreuenden Personen bzw. Institutionen auf den Erfolgen der Vorbehandler aufbauen können.

Abb. 4



#### 16 Bildungsförderung

In den „Eckpunkten arbeitsbezogener Strategien bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ (DRV Bund, 2007) werden indikationsspezifische und problemorientierte Rehabilitationsmodule gefordert. Rehabilitationsziele sollen individuell, erwerbsbezogen und realitätsgerecht formuliert werden. Fehlende Schulbildung stellt im Sinne des ICF

eine wichtige Barriere zur Teilhabe dar. Ohne Schulabschluss ist die Vermittlung in einen Ausbildungsberuf deutlich erschwert.

## **17 Berufliche Integration / Reintegration**

„Die Wiederherstellung oder wesentliche Besserung der Funktionsfähigkeit insbesondere auf der Ebene der Aktivitäten (Leistungsfähigkeit, Leistung) bei bedrohter oder eingeschränkter Teilhabe an Lebensbereichen einer Person ist eine zentrale Aufgabe der Rehabilitation.“ (BAR, Praxisleitfaden ICF, 2006)

Erfahrungsgemäß bringt die Mehrzahl unserer Rehabilitanden vielfältige berufliche Defizite mit. Wir testen daher sämtliche Rehabilitanden mit dem Würzburger Screening (Löffler, Wolf, Gerlich und Vogel, 2008). Hiermit identifizieren wir Rehabilitanden mit sog. besonderen beruflichen Problemlagen (BBPL). Für diese Rehabilitanden mit BBPL wird dann die Teilnahme am Bewerbungstraining sowie an weiteren berufsbezogenen Maßnahmen verpflichtend (MBOR bzw. BORA).

Wegen des hohen Anteils an Rehabilitanden mit BBPL nimmt die berufliche Wiedereingliederung als wesentlicher stabilisierender Faktor einen hohen Stellenwert im therapeutischen Gesamtkonzept unserer Einrichtung ein. Bekanntermaßen besteht eine hohe Korrelation zwischen Arbeitslosigkeit und Rückfällen nach Behandlungsende. Ziel ist daher, dass jeder Rehabilitand eine möglichst realistische berufliche Perspektive entwickelt. Dazu wird von seinem individuellen beruflichen Entwicklungsstand unter Berücksichtigung seiner sozialen Ressourcen ausgegangen. Außerdem soll der Rehabilitand die Möglichkeit haben, erste aktive Schritte in das Berufsleben hinein zu unternehmen. Von der anfänglichen Planung bis zur Aufnahme einer Praktikums- oder einer Ausbildungs-/Arbeitsstelle stehen wir unseren Rehabilitanden therapeutisch sowie durch Beratung und die Vermittlung von Informationen zur Seite.

Durch unsere langjährige Tätigkeit haben sich in der Region vielfältige Kontakte zu hiesigen Firmen entwickelt. Mittlerweile ist ein Pool von Firmen aus verschiedenen Wirtschaftsbereichen entstanden, die unseren Patienten Praktikums-, Ausbildungs- und auch Arbeitsplätze anbieten und in der Betreuung mit uns zusammenarbeiten.

Viele Rehabilitanden haben keine oder nur sehr eingeschränkte berufliche Vorerfahrungen und sind in keiner Weise beruflich qualifiziert. Andere sind in ihrer Belastbarkeit noch eingeschränkt oder waren schon lange nicht mehr in ihrem Beruf tätig. Deswegen besteht ab der Adaptionsphase für unsere Rehabilitanden die Möglichkeit und auch Notwendigkeit, externe Praktika zu absolvieren (über 4 bis 6 Wochen). Dazu wird gemeinsam überlegt, in welchem Betrieb ein die Berufsfindung bzw. –ausübung unterstützendes Praktikum absolviert werden soll. Am Ende eines Praktikums erhält ein Rehabilitand als Feedback schriftlich eine detaillierte Beurteilung des Praktikumsgebers (Praktikumsbeurteilung), die wir mit ihm besprechen und u.U. in seine weitere Berufsplanung mit einfließen lassen.



## **17.1 Bewerbungstraining**

Zur Förderung der Chancen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt führen wir indikativ Bewerbungstrainings durch. Die Bewerbungstrainings sind für Rehabilitanden mit BBPL verpflichtend. In den Bewerbungstrainings vermitteln wir Kenntnisse und Fertigkeiten für die Erstellung von Bewerbungsunterlagen sowie für das Verhalten in Bewerbungsgesprächen und am Arbeitsplatz. So werden im Rollenspiel Bewerbungs- und Vorstellungsgespräche eingeübt. Weitere Inhalte bestehen auch in dem Zusammentragen der noch fehlenden Bewerbungsunterlagen, der Information über Berufsmöglichkeiten sowie Klärung von Qualifizierungsvoraussetzungen, Information über weitere Schritte und Motivierung. Unsere Rehabilitanden werden außerdem angeleitet, eine schriftliche Bewerbung am Computer zu erstellen.

Methodisch arbeiten wir mit einer Vielfalt von Medien: mit Rollenspielen, Interaktionsübungen, Diskussionen, aber auch Wissensvermittlung per Flipchart und Video-Beamer. Dabei bemühen wir uns grundsätzlich um eine abwechslungsreiche Darstellung der gebotenen Inhalte. Die einzelnen Module sind dabei so ausgestaltet, dass jeder interessierte Rehabilitand während seiner Therapie an jedem Modul mindestens einmal teilnehmen kann.

## **18 Vernetzung im Bereich Teilhabe an der Gemeinschaft**

Wie bereits weiter oben ausgeführt, hat die Suchterkrankung bei vielen Menschen zu ausgeprägten Störungen in den sozialen Beziehungen geführt, so dass das Leben süchtiger Menschen häufig durch Rückzug und soziale Desintegration gekennzeichnet ist. Es ist deshalb wichtig, gemeinsam mit den Patienten, die aufrechterhaltenden Bedingungen für die jeweilige Lebenssituation zu erkennen, diesbezügliche Ziele zu formulieren, die die Bedürfnisse des Rehabilitanden widerspiegeln, und entsprechende Strategien zu entwickeln und einzuüben. Das Therapiezentrum Grafrath unterhält daher Kontakte zu Vereinen, Selbsthilfegruppen und Institutionen, die bei der gesellschaftlichen Reintegration der Rehabilitanden hilfreich sein können.

## **19 Sport- und Bewegungstherapie**

Sport und Bewegung nehmen in unserer Einrichtung einen hohen Stellenwert ein. Das Sportangebot hat die Ausbildung und Förderung der konditionellen Fähigkeiten der Rehabilitanden (Beweglichkeit, Schnelligkeit, Kraft und Ausdauer) zum Ziel. Dabei soll einerseits die regenerative Kapazität des Körpers erhöht werden und andererseits sollen Lösungsstrategien vermittelt werden, „den Kopf frei zu bekommen“.

Das Sportprogramm ist dabei individuell gestaltet, um den unterschiedlichen Bedürfnissen und Leistungsvermögen gerecht zu werden. Folgende Einzelziele stehen dabei im Vordergrund:

- Steigerung von Ausdauer, Koordination, Flexibilität und Kraft zur Erhaltung bzw. Verbesserung der Leistungsfähigkeit

- Verbesserung des körperlichen Allgemeinzustandes
- Verbesserte Eigen- und Fremdwahrnehmung
- Verbesserung des Selbstvertrauens bei gesteigerter Belastungs- und Selbststeuerungsfähigkeit
- Positives verbales und nonverbales kommunikatives Erleben
- Soziale Sensibilisierung und dadurch verbessertes Interaktionsverhalten
- Zunahme von Frustrationstoleranz und Konfliktfähigkeit
- Umgang mit Sieg und Niederlage
- Lernen, selbständig zu handeln und dadurch die Freizeit sinnvoll zu gestalten

Die Teilnahme am Sport ist verbindlich. Durch die ärztliche Leitung wird eine somatische Diagnostik im Vorfeld durchgeführt. Zweimal pro Woche wird morgens in Selbstorganisation der Patienten gewalkt oder gejoggt. Darüber hinaus können Patienten auf schriftlichen Antrag hin zusätzlich in 3er oder 2er Gruppen bzw. bei Einzelausgängern auch allein während vorgegebener Zeiten zum Joggen gehen. Die Spielzeiten für Volleyball sind in der Hausordnung festgelegt. Der Krafraum der Klinik kann von den Patienten nach ärztlicher Abklärung, sportanthropometrischer Vermessung und Einweisung durch den Sportlehrer benutzt werden. Im Krafttraining können Rehabilitanden lernen, sich und ihren Körper besser einschätzen.

Durch Körperwahrnehmungseinheiten werden ein differenzierteres Körperbild sowie eine bessere Beweglichkeit erzielt. Im Sinne des Embodiment-Konzepts dienen all diese Maßnahmen besonders der Stimmungsregulation und der Entwicklung eines gesunden Körperempfindens.

Im Rahmen des Sportunterrichts werden auch Mannschaftssportarten unterrichtet, die das Miteinander und die Kooperation der Rehabilitanden untereinander verbessern sollen und einen Anreiz zum späteren Beitritt zu einem Sportverein darstellen. Diagnostisch unterstützend werden anthropometrische Messungen durchgeführt, um den Patienten ihre körperlichen Fortschritte motivierend vor Augen zu führen. Des Weiteren besteht die Möglichkeit, Sportverletzungen unterstützend zu behandeln, wobei die Sportmassage als regenerationsbeschleunigendes Mittel eingesetzt wird. Diese Maßnahme unterstützt den Trainingsprozess.

Weiterhin streben wir an, die Rehabilitanden zu regelmäßigen, langfristigen sportlichen Aktivitäten zu motivieren, da der Sport dazu beitragen kann, den Tagesablauf umzuorientieren und soziale Kontakte außerhalb der Klinik aufzubauen. Insgesamt sind alle diese Ziele in ihrer Kombination darauf angelegt, den Rehabilitanden zur Bewältigung der verschiedenen Bereiche des Alltagslebens, der Arbeit und der Freizeit (work-life-Balance) zu verhelfen, um den Prozess der Wiedereingliederung zu realisieren.

## **20 Ernährung**

Eine große Aufmerksamkeit wird auch der Ernährung und den Essgewohnheiten geschenkt – beides wurde in der Regel während der Zeit des Suchtmittelkonsums stark vernachlässigt. Viele unserer Rehabilitanden haben vor der Rehabilitation entweder noch niemals eigenständig gelebt oder sie haben alternativ in den letzten Jahren ihres

Lebens erhebliche Defizite in Bezug auf eine gesunde Lebensführung entwickelt. „Die konkrete Erfahrung mit einem in der Rehabilitationseinrichtung angebotenen gesunden vollwertigen Essen kann eine günstige Voraussetzung zur Umstellung des Ernährungsverhaltens sein“ (Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung). Wir legen daher Wert auf eine gesunde und ausgewogene Ernährung. Auch das Besprechen der Speisepläne und die Aufklärung über gesunde Ernährung gehören zum diesem Themenbereich. Neben unserem Koch, der den Küchenbereich betreut, beschäftigt unsere Fachklinik stundenweise auch eine Diätassistentin. Unser Fachpersonal unterstützt eine ausgewogene und gesunde Ernährung während und nach der Rehabilitation. Wir bieten in diesem Zusammenhang regelmässig Kochkurse sowie Unterstützung rund um das Thema „gesunde Ernährung“ an. Im Rahmen dieser Kochkurse soll dieses Thema möglichst alltags- und praxisnah erlebbar werden. Es geht um eine Sensibilisierung für ausgewogenes und gesundes Essen, welches auch noch gut schmeckt. Ergänzend bieten wir indikativ auch diätetische Ernährungsberatung an.

## **21 Freizeitangebote**

Die meisten Rehabilitanden haben aufgrund des langjährigen Drogenkonsums kaum sinnvollen und Sinn gebenden Umgang mit ihrer Freizeit gelernt. Darum bieten wir, neben den in Kapitel 18 „Sport- und Bewegungstherapie“ genannten sportlichen Angeboten den Patienten die Möglichkeit, sich im Rahmen von Freizeitprojekten mit ihrem Freizeitverhalten - ihren Wünschen und Fähigkeiten - auseinanderzusetzen.

Aus diesem Grund finden regelmäßig verschiedene Freizeitprojekte statt. Zu diesen Freizeitangeboten gehören:

- Verschiedene sportliche Freizeitangebote, z.B. Bergtouren
- Malen
- Speckstein
- Kino
- verschiedene Ausflüge

Die dabei angewandten ergotherapeutischen Methoden sind ausdrucks- (z.B. Malen, künstlerisches Arbeiten mit Speckstein) oder auch kompetenzzentriert (z.B. Herstellen von Gebrauchsobjekten bzw. Spielen).

Alle Freizeitangebote werden von fachlich versierten Kräften angeleitet und begleitet. Weiterhin können die Patienten in ihrer Freizeit den Fitnessraum, einen großen Platz, auf dem Basketball, Volleyball, Tennis und Badminton gespielt werden können, eine große Wiese und die vor der Tür beginnenden Wald- und Feldwege zur Freizeitgestaltung nutzen (z.B. Mountainbike). Auch die klinikeigene Bibliothek steht unseren Patienten jederzeit zur Verfügung und unterstützt die Möglichkeiten zu einer sinnvollen Freizeitgestaltung.

All diese Aktivitäten dienen der Förderung der Teilhabe an der Gemeinschaft, dem „Einbezogen-Sein einer Person in einen Lebensbereich, der für sie von Bedeutung ist“

(vgl. BAR: Praxisleitfaden ICF 2006, S. 15).

## **22 Sozialberatung**

Die Neuordnung des eigenen Lebens ist für die Rehabilitanden mit einer Vielzahl konkreter Aufgaben und Anforderungen verbunden. Es gilt, die neue Lebenssituation im gesellschaftlichen Rahmen zu verankern, sowie - nicht selten - eine Fülle von „Altlasten“ zu bewältigen, die sich aus dem bisherigen Leben und der Vernachlässigung sozialer Notwendigkeiten entwickelt haben. Verstöße gegen das Gesetz, eine hohe Verschuldung, Schwierigkeiten mit der Krankenversicherung oder Vermietern, Langzeitarbeitslosigkeit oder auch unvollständige Schul- und Arbeitspapiere sind hier häufige Probleme. Erschwerend kommen oftmals erhebliche Unerfahrenheit und Unsicherheit im Umgang mit Institutionen, Behörden und Ämtern hinzu.

Ständige Unsicherheiten und Überfordert-Sein mit der Bewältigung dieser Aufgaben können zu Destabilisierung und Resignation führen. Deswegen bieten wir unseren Patienten von Anfang an sozialarbeiterische Betreuung an. Ziel ist es, sie in eine so weit wie möglich entlastete und vorweg geordnete Situation entlassen zu können. Andererseits sollen ihnen Wege und Formen zur Bewältigung dieses Lebensbereiches aufgezeigt werden, die sie dann selbst anwenden können.

In folgenden Bereichen bieten wir unseren Patienten Sozialberatung an:

- Berufliche Integration / Reintegration
- Schuldnerberatung
- Wiederherstellung des Krankenversicherungsschutzes
- Beratung bei Mietangelegenheiten
- Sozialhilfebedarf
- straf-, sozial- und zivilrechtliche Angelegenheiten
- Freizeitgestaltung

Am Anfang des Rehabilitationsprozesses steht bei jedem Rehabilitanden eine detaillierte Befund- und Ressourcenerhebung, in der die spezifischen Notwendigkeiten und Stärken herausgearbeitet und ein flexibler Sozialberatungsplan erstellt wird. Dieser Sozialberatungsplan wird mit dem Sozialdienst erarbeitet.

## **23 Schuldnerberatung**

Durch den hohen Kostenaufwand für die Drogenbeschaffung und der häufig kriminellen Aktivitäten der Drogenabhängigen entstehen bei vielen Patienten über die Jahre ihrer Abhängigkeit mehr oder weniger große Schuldenberge. Neben dem möglichen negativen Einfluss hoher Schulden auf die Motivation, sich ein normales, legales Leben aufzubauen, wachsen bei Nichtregulierung die Schulden und die Schwierigkeiten, sich finanziell zu konsolidieren. Ziel der Schuldnerberatung ist es, die Patienten durch die

Schuldenregulierung so weit abzusichern, dass der Rehabilitationserfolg nicht gefährdet wird (vgl. Berner, 1995).

Unser Schuldnerberatungsangebot umfasst folgende Bereiche:

### **Krisenintervention (ab Tag der Aufnahme)**

- Hilfestellung bei der Prüfung aktueller Mahn- bzw. Vollstreckungsbescheide
- Formulierung von Anpassungsanträgen bei vorhandener Unterhaltsverpflichtung
- Hilfe bei der Auflösung der alten Wohnung, um Mietrückstände und Räumungsklagen zu vermeiden

### **Schadensanamnese (ab Tag der Aufnahme)**

- Unterlagen zu den Zahlungsverpflichtungen anfordern, zusammenstellen und ordnen
- Anleitung der Kontaktaufnahme zum Gläubiger
- Bewertung und Überprüfung der aktuellen Forderungsaufstellung

### **Einkommen absichern**

- Pfändungsschutzmaßnahmen
- Gläubiger durch Anschreiben auf Zahlungsunfähigkeit und Pfandlosigkeit hinweisen

### **Schuldenregulierung**

- Ggf. Anträge auf Erlass etc. stellen
- Aushandeln von Ratenzahlungsmodellen

### **Vermittlung an eine weiterbetreuende Schuldnerberatungsstelle**

- Übergabegespräch unter dem Aspekt der Zukunftsplanung, Einkommensverhältnisse, evtl. angesparte Tilgungsmittel etc.

### **Haushaltsführung (ab Tag der Aufnahme)**

- Hilfestellung bei der Einteilung des monatlichen Barbetrags (bei Bedarf)
- Bewusstsein schaffen für die Kausalität vom Umgang mit Geld und der Verschuldung

### **Anträge bei finanzieller Bedürftigkeit**

Viele Patienten sind aufgrund ihrer Drogenvergangenheit mittellos und bedürfen der finanziellen Unterstützung nach dem SGB II bzw. dem SGB XII. Wir helfen bei der Antragstellung und bieten individuelle Unterstützung an. Ziel ist hierbei die Autonomie im Umgang mit Behörden und die finanzielle Eigenverantwortlichkeit.

## **Rechtliche Angelegenheiten**

Für einen Teil der Patienten sind noch während der Rehabilitationszeit strafrechtliche Verfahren anhängig. Aufgabe der Sozialberatung ist die Kontaktaufnahme zu Bewährungshelfern, Verteidigern, Staatsanwaltschaften und Richtern, zur Absprache des weiteren Vorgehens. Es wird angestrebt, Gerichtstermine – gegebenenfalls durch einen Antrag auf Verschiebung – möglichst so zu terminieren, dass der Rehabilitationsverlauf nicht ungünstig beeinflusst wird.

Weiterhin bieten wir Hilfe und Begleitungen zu Gerichtsterminen sowie für die Kostenübernahme der Fahrkosten an.

## **24 Struktur der medizinischen Rehabilitation**

Die Entwöhnungsbehandlung im Therapiezentrum Grafrath („Phase I der medizinischen Rehabilitation“) dauert bei Alkoholabhängigen in der Regel 15 Wochen, bei Drogenabhängigen in der Regel 26 Wochen. Die zweite Gruppe stellt insoweit erhöhte Anforderungen an die Therapiezeit, als durchschnittlich wesentlich größere Defizite vorliegen, die einer längeren Bearbeitung bedürfen. Es fehlen vor allem Sozialisationsprozesse, die zumeist während der Pubertät ausgeblieben sind wie ein Schul- oder Berufsabschluß oder die Erfahrung von tragfähigen Beziehungen sowie eigenen Erfolges. Alkoholranke haben im Gegensatz dazu häufig eher schon größere Teile dieses Entwicklungsprozesses durchlaufen oder eine persönliche Grundausstattung erfahren, bevor sie dann eine Suchtmittelabhängigkeit entwickeln. Darüber hinaus spielen natürlich die verschiedenen Bewilligungszeiträume der Kostenträger eine wesentliche Rolle für diese unterschiedlichen Behandlungsdauern.

Sowohl bei Alkoholabhängigen als auch bei Drogenabhängigen kann sich an die Kerntherapie indikativ eine 12- bzw. 16-wöchige Adaptionsbehandlung („Phase II der medizinischen Rehabilitation“) anschließen.

### **24.1 Kerntherapie (Entwöhnungsbehandlung)**

In den ersten Wochen geht es um die Eingewöhnung und das Einleben in die Abläufe der Klinik, wobei die Vermittlung von emotionaler Geborgenheit, Schutz und Akzeptanz von wesentlicher Bedeutung sind. Zentraler Inhalt dieser Phase ist auch die Entscheidungsfindung. Von Seiten des Patienten geht es darum, sich zu entscheiden, ob er die Behandlung in unserer Klinik durchführen möchte und von therapeutischer Seite, ob der Patient geeignet und motiviert dafür erscheint. Weiterhin soll der Patient das Haus, seine Mitpatienten sowie die Regeln und Strukturen der Klinik kennen lernen und sich damit vertraut machen. Zur Seite steht ihm dabei ein erfahrener Patient, der als Coach die „Patenschaft“ übernimmt.

### **Psychotherapeutische Arbeit zu Beginn der Behandlung**

Die psychotherapeutische Arbeit zu Beginn der Behandlung bezieht sich hauptsächlich auf den Aufbau einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung, das Erkennen und Akzeptieren der eigenen Abhängigkeitserkrankung und die Verbesserung der intrinsischen Therapie- und Veränderungsmotivation.

Diese Zielsetzungen werden vor allem in der Motivationsgruppe (zweimal wöchentlich je 60 Min.) und durch die stattfindenden einzeltherapeutischen Sitzungen aufgegriffen. Gemeinsam mit dem Bezugstherapeuten werden außerdem eine ausführliche Anamnese erstellt und die individuellen Therapieziele festgelegt.

### **Arbeitsbezogene Angebote zu Beginn der Behandlung**

Während der ersten Wochen werden in der Arbeits- und Beschäftigungstherapie eine individuelle berufliche Anamnese erhoben und entsprechende arbeitstherapeutische Maßnahmen geplant. Zu Beginn der Rehabilitation wählt jeder Rehabilitand einen Arbeitsbereich (Küche, Garten, Holzwerkstatt, Schreinerei) entsprechend seinen Vorlieben, Möglichkeiten und Interessen.

### **Außenkontakte**

Brieflicher Kontakt zu drogenfreien Freunden und Angehörigen ist von Beginn der Rehabilitation an möglich, ebenso Telefonate mit Angehörigen und Partnern, Drogenberatungsstellen und Behörden.

### **Psychotherapeutische Angebote während der Kerntherapie**

Psychotherapeutischer Schwerpunkt dieser Phase ist die Aufarbeitung der Suchterkrankung vor dem Hintergrund der spezifischen Lebensgeschichte.

Dazu gehört die Auseinandersetzung mit der Genese, den Auslösern und den Mechanismen der Suchterkrankung sowie die Funktion und Bedeutung der Drogenabhängigkeit im familiären Kontext. Weitere zentrale Themen sind die Entwicklung von Selbstwertgefühl und Ich-Stärke, d.h. die Förderung der Selbst- und Fremdwahrnehmung, der Frustrationstoleranz, der Impuls- und Affektkontrolle und des Urteilens. Die daraus resultierende Neuorientierung beinhaltet die Entwicklung alternativer Problemlösestrategien auf der Basis vorhandener Ressourcen und Fähigkeiten.

Zu diesem Zweck finden zweimal wöchentlich 90-minütige psychotherapeutische Gruppen (s. Kap. 12.2.2) und einmal wöchentlich einzeltherapeutische Sitzungen (s. 12.2.1) statt. Zusätzlich nimmt jeder Rehabilitand an verschiedenen Indikativgruppen (s. Kap. 12.2.3) teil.

Weiterhin bieten wir dem Patienten die Möglichkeit, Familien- und/oder Paargespräche in unserem Haus wahrzunehmen (s. Kap. 14).

### **Arbeitsbezogene Angebote während der Kerntherapie**

Es wird darauf geachtet, dass jeder Patient während der Rehabilitation verschiedene Funktionen und Aufgaben übernimmt und sich in verschiedenen Arbeitsbereichen erprobt. Im Verlauf der Rehabilitation nimmt die Verantwortung in den Arbeitsbereichen und im Gruppenalltag zu. Die Möglichkeiten reichen dabei von der eigenständigen Ausführung einfacher Arbeitsaufträge, die Übernahme von Patenschaften für neue Patienten, die Mitverantwortlichkeit für bestimmte Arbeitsbereiche. Der Rehabilitand kann so eigene Fähigkeiten und Potentiale kennen lernen, seine Fähigkeiten hinsichtlich Verantwortungsübernahme, Organisation, Durchsetzungsvermögen, Umgang mit Kritik und Sympathieverlust entwickeln und dabei sein Selbstwertgefühl steigern.

### **Sozialtherapeutische Angebote**

Im sozialtherapeutischen Bereich geht es in dieser Phase insbesondere um:

- Schuldenaufstellung und ggf. –regulierung
- Unterstützung bei behördlichen Angelegenheiten
- Planung und Reflexion von Außenkontakten
- berufliche Orientierung
- Suchen geeigneter Freizeitaktivitäten
- Erste Planung von und Kontaktaufnahme mit weitergehenden Maßnahmen im Anschluss an die Rehabilitation (z.B. Adaption in anderer Einrichtung, ambulante Nachsorge, betreutes Wohnen, Selbsthilfegruppen, u.ä.)
- Planung und Orientierung bzgl. des zukünftigen Lebensumfeldes (z.B. Heimfahrten)

Weiterhin können die Patienten Einzelberatungsgespräche mit dem Sozialdienst, einem Mitarbeiter der Arbeits- bzw. Ergotherapie wahrnehmen sowie das Berufsinformationszentrum in München besuchen. Zusätzlich bieten wir allen Rehabilitanden die Möglichkeit, an einem Bewerbertraining teilzunehmen (s. Kap. 17.1).

### **Außenkontakte während der Kerntherapie**

Ab der vierten Behandlungswoche kann nach Antrag in regelmäßigen Abständen am Wochenende Besuch empfangen werden (zusätzliche Ausnahmeregelung für eigene Kinder). Heimfahrten sind in der Regel erst in der zweiten Hälfte der Kerntherapie möglich (bei 26 Wochen Behandlungsdauer z.B. frühestens nach der 12. Behandlungswoche).

Auch das Maß an Außenorientierung in Form von Ausgängen wird sukzessive gesteigert. Die Patienten beginnen mit kürzeren Ausgängen in die nähere Umgebung, die im weiteren Verlauf zeitlich und räumlich ausgedehnt werden.

### **Realitätstraining**

Neben Familienheimfahrten, die in aller Regel am Wochenende stattfinden, bieten wir für geeignete Patienten die Möglichkeit eines bis zu 5-tägigen Realitätstrainings (zzgl. zweier Reisetage).



Mögliche Inhalte von Realitätstrainings sind:

- Überprüfung neu erworbener Strategien und Übertragung auf den realen Lebenskontext
- Vorsprache bei Arbeitgebern zur Sicherung des Arbeitsplatzes
- Behördengänge
- Arbeitssuche
- Wohnungssuche
- In Einzelfällen: Praktikum bzw. Arbeitsversuch

## **24.2 Adaptionenbehandlung**

Das Angebot der Adaptionenbehandlung richtet sich an Rehabilitanden, die keine eigene Wohnung haben und/oder bei denen kein Arbeits- oder Ausbildungsplatz sowie kein stabiles soziales Umfeld vorhanden sind.

Zielsetzung der Adaptionenbehandlung ist neben der Stabilisierung der erreichten Entwicklungsschritte die Überleitung, Erprobung und Anpassung an die Bedingungen der Außenwelt. Insbesondere geht es um die Integration in die Arbeitswelt, soziale Bezüge (Teilhabe an der Gemeinschaft) und eine sinnvolle Freizeitgestaltung. Adaptionenbehandlungen enden spätestens sechs Wochen nach Arbeitsantritt.

Besonders wichtige Voraussetzungen für einen erfolgreichen Abschluss der Adaptionenmaßnahme sind hierbei folgende Punkte:

- ein fester Arbeitsplatz ist vorhanden oder mindestens absehbar
- etwaige berufliche Rehabilitationsmaßnahmen sind beim zuständigen Leistungsträger beantragt
- ein eigener Wohnsitz bzw. ein Platz im betreuten Wohnen ist vorhanden
- die Frage einer geeigneten Nachsorge ist geklärt
- es bestehen Kontakte zu einem neuen sozialen Umfeld
- ein sinnvolles Freizeitverhalten sollte durch Einbindung in entsprechende Strukturen etabliert sein.

### **Behandlungsziele während der Adaption**

Während der Adaptionenbehandlung werden – individuell abgesprochen und gewichtet – folgende Therapieziele bzw. Schwerpunkte gesetzt:

- Klärung der beruflichen Situation
- Entwicklung von konkreten realistischen Perspektiven und deren Erprobung in Berufspraktika
- Vermittlung einer Arbeits- bzw. Ausbildungsstelle (Wiedereingliederung ins Erwerbsleben)
- Stabilisierung der Wohnsituation (Finden einer eigenen Wohnung bzw. Vermittlung in eine betreute WG)

- Medizinische sowie therapeutische Begleitung als Fortführung der vorhergehenden fachklinischen Behandlung
- Reintegration in ein gesundes soziales Umfeld
- Entwicklung von Fähigkeiten zur Selbstorganisation und Selbstversorgung
- Erhöhen der Frustrationstoleranz und des Durchhaltevermögens in möglichst realistischen Arbeitssituationen
- Aufbauen auf bereits erlernter sozialer und emotionaler Kompetenz
- Erlernen neuer Problemlösungsstrategien im realitätsnahen Setting
- Klärung der wirtschaftlichen Verhältnisse (Schuldenberatung)
- Aktive und sinnvolle Freizeitgestaltung

Die Adaptionenplanung wird während der Maßnahme an sich eventuell verändernde Gegebenheiten angepasst.

### **Psychotherapeutische Angebote während der Adaptionenphase**

Die therapeutischen Sitzungen während der Adaptionenphase dienen insbesondere der intensiven Klärung und Bearbeitung der in dieser Phase auftretenden individuellen Schwierigkeiten, beispielsweise Ängste, Unsicherheiten, Kontakt- und Beziehungsschwierigkeiten und Ablöseproblematiken. Ferner dienen sie der Rückfallprophylaxe.

### **Gruppentherapie in der Adaption**

Die Gruppentherapie ist fester Bestandteil der Adaptionenmaßnahme und begleitet alle Patienten während der gesamten Zeit ihrer Adaptionenbehandlung.

Sie bietet das Forum für:

- Rückfallprophylaxe
- Konfliktbewältigung
- Erfahrungsaustausch
- Fragen der Organisation des Zusammenlebens
- Reflektion des eigenen Verhaltens
- Schwierigkeiten im Umgang mit Arbeitgebern, Behörden etc.
- Unterstützung beim Aufbau eines abstinenten Freizeitverhaltens

Weiterhin dienen die Gruppensitzungen als Mittel zur Förderung der Gruppenkohäsion. Wöchentlich findet verpflichtend eine 90-minütige gruppentherapeutische Sitzung mit psychotherapeutischem Fokus sowie zwei 60-minütige Sitzungen mit dem Schwerpunkt Organisation und Freizeitgestaltung statt.

### **Einzelgespräche während der Adaptionenbehandlung**

Wir arbeiten auch in der Adaptionenphase mit einem Bezugstherapeutesystem, d.h. die psychotherapeutische Behandlung unterliegt durchgängig der gleichen Therapeutin. Diese fungiert als erste Ansprechpartnerin. Ebenso wird die sozialpädagogische Begleitung bei der abstinenten Lebensführung von einer Mitarbeiterin übernommen. Spätestens innerhalb von einer Woche nach Beginn der Adaption findet eine alle

Behandlungsschwerpunkte umfassende, individualisierte Adaptionenplanung mit der Bezugstherapeutin statt. In diesem Gespräch werden die individuellen Ziele festgelegt und der jeweilige Hilfebedarf in den einzelnen Bereichen konkretisiert. Bei internen Übergängen von Kerntherapie in Adaption findet darüber hinaus ca. zwei Wochen vor Adaptionenbeginn eine detaillierte Vorbesprechung der Adaption statt.

Zunächst werden mit den Patientinnen und Patienten unter Berücksichtigung der Anamnese und individueller Besonderheiten Inhalte und Ziele der Adaptionenmaßnahme, sowie die hierfür notwendigen Strategien und Maßnahmen festgelegt (individualisierte Adaptionenplanung). Das Umsetzen und Erreichen der Adaptionenziele wird durch regelmäßige Einzelgespräche unterstützt, überprüft und gegebenenfalls korrigiert. Das individuell benötigte Ausmaß an Einzelgesprächen reicht dabei von mehreren Beratungsgesprächen bis hin zu einer zusätzlichen Kurzzeit-Begleitpsychotherapie (z.B. bei Vorliegen einer ausgeprägten Doppeldiagnose). Des Weiteren dienen die Einzelgespräche als Mittel der Krisenintervention. Jenseits aller Individualisierung der einzelnen Adaptionenbestandteile findet im Durchschnitt mit jedem Patienten mindestens ein sozialpädagogisches bzw. therapeutisches Einzelgespräch pro Woche statt.

### **Sozialtherapeutische Angebote während der Adaption**

Es geht in der Adaptionenphase gezielt um die Planung und Organisation von nachfolgenden Betreuungsmaßnahmen, z.B. ambulante Nachsorge, betreutes Wohnen, ambulante Rehabilitation, Kontakte zu einer Nachsorgestelle und/oder Selbsthilfegruppe, sowie um die Wohnungssuche. Für Patienten der Adaptionenphase ist die Teilnahme am Bewerbungstraining (s. Kap. 17.1) verpflichtend, solange sie nicht über vollständige Bewerbungsunterlagen und einen zukünftigen Arbeitsplatz verfügen.

### **Berufliche Reintegration während der Adaptionenbehandlung**

Um eine möglichst gelungene Reintegration in das Berufsleben oder einen Neubeginn einzuleiten, werden weiterhin in enger Zusammenarbeit mit den zuständigen externen Institutionen (Bundesagentur für Arbeit, zuständige ARGE, Rentenversicherung) die in Frage kommenden Möglichkeiten des Patienten erörtert, geprüft und eingeleitet.

### **Schulische Maßnahmen**

Wird bei der Erstellung und Vereinbarung des Rehabilitationsplanes deutlich, dass eine schulische Maßnahme in Angriff genommen werden soll, so wird diese so gewählt, dass sie den persönlichen Voraussetzungen des Betroffenen gerecht wird und dass sie von Aufwand und Beanspruchung her in einem angemessenen Verhältnis zu den übrigen Lebensanforderungen steht.

### **Praktikum**

Um Erfahrungen im Hinblick auf die Anforderungen eines geregelten Arbeitslebens zu sammeln bzw. die Arbeitsbelastbarkeit zu überprüfen und zu trainieren, absolvieren die Patienten ein oder mehrere Berufspraktika bei möglichst ortsnahen Firmen, mit denen wir zusammenarbeiten.

Jeder Rehabilitand erhält Rückmeldung von seinem Praktikumsanleiter bezüglich seines Arbeitsverhaltens und seiner Leistung (Praktikumsbeurteilung). Vor oder nach den Berufspraktika etc. werden die Rehabilitanden nach Möglichkeit und Indikation in Arbeitsprojekte der Fachklinik eingebunden, die im Hinblick auf Zeit-, Leistungs- und Zuverlässigkeitsvorgaben so realitätsnah wie möglich gestaltet werden.

Im Verlauf der Adaption werden die Rehabilitanden möglichst in ein festes Arbeits- oder Ausbildungsverhältnis (auch eine Umschulung) vermittelt, welches sie direkt im Anschluss an die Rehabilitation, oder schon während der letzten sechs Wochen der Adoptionsbehandlung beginnen können.

### **Außenkontakte während der Adaption**

Um die soziale Stabilisierung und Eingliederung zu ermöglichen, wird der Aufbau eines drogenfreien sozialen Umfeldes der Patienten unterstützt. Zentral in der Adoptionsphase ist die vermehrt eigenverantwortliche Außenorientierung mit begleitender therapeutischer Unterstützung. Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen sollen hiermit gefördert, eine Rückkehr in das soziale und staatsbürgerliche Leben (z.B. Gemeinschaftsleben, Erholung und Freizeit, Religion) ermöglicht werden (vgl.: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR): Praxisleitfaden ICF, 2006, S.16).

### **24.3 Nachsorge**

Die weitere Nachsorge stellt einen wichtigen Baustein zur Sicherung des Behandlungserfolges dar und wird deshalb von uns befürwortet und aktiv unterstützt. Alle Patienten und Patientinnen werden während des Aufenthalts über verschiedene Möglichkeiten der ambulanten bzw. stationären Nachsorge informiert. Nach Möglichkeit wird eine geeignete Nachsorge auch schon eingeleitet. Alle Fragen über Zuständigkeit und Gewährung von Nachsorgeleistungen werden im Vorfeld durch uns geklärt.

Neben Kontakten zu den verschiedensten Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen sei an dieser Stelle besonders die intensive Zusammenarbeit mit dem Nachsorgeprojekt „Stay-Clean/Tal 19“ des Therapieverbundes Oberbayern der DO-Suchthilfe erwähnt.

## **25 Umgang mit Rückfällen / Wiederaufnahme nach Abbruch**

Im Gegensatz zu fast allen anderen psychischen Störungen zeichnen sich substanzbedingte Störungen dadurch aus, dass allein mit dem Symptomverzicht, d.h. mit dem Substanz-Verzicht, die Wende zum Besseren eingeleitet ist. Rückfälle in den Substanzgebrauch gehören zum Prozess der Suchterkrankung und auch zum Prozess des „Clean“-werdens.

Ein Rückfall kann immer sowohl als Beendigung des therapeutischen Vertrags, aber auch als Ausdruck und Symptom der vorliegenden Krankheit verstanden werden. Im zweiten Fall ist ein Beziehungsabbruch methodisch fragwürdig und oft auch unmenschlich. Deshalb erfordern beide Sachverhalte eine gründliche und individuelle

Würdigung des Einzelfalls, wobei die Persönlichkeit des Patienten, seine Ressourcen und Grenzen, die Genese seiner Suchterkrankung und ihr bisheriger Verlauf, der bisherige Rehabilitationsverlauf und die Umstände des Rückfalls etc. berücksichtigt werden müssen (Körkel, 1992).

Auf diese Weise kann die Basis für eine sinnvolle Entscheidung gefunden werden, die ermöglicht abzuschätzen, ob es zum jetzigen Zeitpunkt adäquat ist, die Behandlung fortzuführen. Deshalb wird jeder Rückfall mit dem Patienten einzelfallbezogen erörtert und im Anschluss eine individuelle Entscheidung durch die Klinikleitung getroffen. Möglich sind hierbei sowohl die Entlassung als auch eine Weiterbehandlung.

Ein Rückfallklärungsprozess setzt dann ein, wenn der Patient signalisiert, dass er weiterhin unsere Hilfe in Anspruch nehmen möchte. In diesen Fällen besprechen wir zunächst mit dem jeweiligen Patienten Verlauf und therapeutische Konsequenzen des Rückfalls. In der Klärungszeit geht es zunächst um eine möglichst genaue Rekonstruktion des Rückfalls und seiner Hintergründe. Wenn die Kooperationsbereitschaft des Patienten dies erlaubt, wird versucht, den Rückfall zu „bearbeiten“ und somit die Behandlung fortzusetzen.

Unser Vorgehen sieht jedoch unter den folgenden Bedingungen eine vorzeitige Entlassung des Patienten vor:

- Fortbestehende massive Verleugnung oder Bagatellisierung des Rückfalls
- Keine zur Zeit entwicklungsfähig erscheinende Abstinenzmotivation
- Negative oder destruktive Einstellung zur Behandlung
- Offenkundige und fortgesetzte Unehrllichkeit
- Überwiegen dissozialer Impulse (z.B. mit massiver Gefährdung anderer Patienten oder durch Einschmuggeln von Suchtmitteln in die Einrichtung)

Die Kriterien für die Fortführung oder Entlassung aus der Einrichtung folgen einer einheitlichen Grundrichtung und sollten transparent und nachvollziehbar sein. Die Behandler halten sich - von therapeutischen Erwägungen ausgehend - offen, einzelfallbezogene Entscheidungen zu treffen (vgl. Breuer, 2007). Hintergrund unserer Arbeit ist ein für diese Situation entwickeltes Rückfallkonzept (vgl. Körkel, 1995).

### **Wiederaufnahme nach Abbruch**

Im Falle eines Abbruches und nachfolgenden Wiederaufnahmewunsches des Patienten wird zunächst ein Wiederaufnahmegespräch geführt, in dem die Hintergründe des Abbruches, die Behandlungsmotivation und Rehabilitationsfähigkeit des Patienten geprüft werden. Nach Abstimmung mit dem Kosten- und Leistungsträger wird über die Wiederaufnahme und Fortsetzung der Behandlung im Einzelfall entschieden.

## **26 Interne Vernetzung**

Tägliche Besprechungen gewährleisten den Informationsfluss zwischen den

Mitarbeitern. Behandlungsinterventionen müssen unter den verschiedenen Berufsgruppen abgestimmt sein, damit sie ihre volle Wirkung entfalten können. Die enge Abstimmung unter den Mitarbeitern verhindert, dass Patienten von verschiedenen Mitarbeitern unterschiedliche Signale bekommen. Jeden Morgen findet mit allen anwesenden Mitarbeitern eine Besprechung statt, in der alle relevanten aktuellen Informationen ausgetauscht werden. In morgendlichen und abendlichen Übergaben mit den nächtlichen Bereitschaftsdiensten werden die Vorkommnisse aus den jeweiligen Zeiträumen berichtet. Die regelmäßigen internen Fallbesprechungen und externen Supervisionen dienen ebenfalls der Entwicklung und Abstimmung der Rehabilitationsmaßnahmen.

## **27 Externe Vernetzung**

Das Therapiezentrum Grafrath ist integrierter Bestandteil des regionalen und überregionalen Suchthilfesystems. Die - auch trägerübergreifende - Zusammenarbeit mit anderen Partnern wie z.B. Akut- bzw. Entzugsabteilungen, Krankenhäusern, Drogen- und Suchtberatungsstellen, Selbsthilfegruppen, Arbeitgebern und Firmen, Bildungsträgern, der Sozial-, Wohnungs- und Arbeitsverwaltung, Vereinen und kulturellen Initiativen, sowie den Leistungsträgern, der kommunalen Administration und den maßgeblichen politischen Organisationen, erfolgt zum Nutzen der Rehabilitation der Patienten, der kontinuierlichen Fortführung der Rehabilitationspläne und -ziele sowie dem Informations- und Erfahrungsaustausch. Auch die Teilnahme an diversen Arbeitskreisen und Qualitätszirkeln (z.B. AK Sucht der Stadt München, ständiger Ausschuss Praxis der bayerischen Akademie für Suchtfragen (BAS e.V.), AK Justiz und Therapeuten in Bayern, QZ Adaption des buss e.V. etc.) belegen diese enge Vernetzung. Darüber hinaus bestehen selbstverständlich besonders enge Kontakte zu den übrigen Suchthilfeeinrichtungen des Deutschen Ordens (und hier insbesondere zum Adaptionshaus Kieferngarten sowie zur Würmtalklinik Gräfelfing).

## **28 Qualitätssicherung**

Im § 20 SGB IX sind die medizinischen Einrichtungen aufgefordert, sich an externen Qualitätssicherungsmaßnahmen zu beteiligen sowie ein internes Qualitätsmanagement zu implementieren. Hierin sind die zentralen Prozesse der Einrichtung beschrieben und mit den Mitarbeitern verbindlich vereinbart. Weiterer zentraler Aspekt eines Qualitätsmanagementsystems ist die Erarbeitung von Zielen für einen bestimmten Zeitraum (in der Regel ein Jahr) und entsprechenden Strategien und Maßnahmen zur Zielerreichung. Regelmäßige unterjährige Überprüfungen des Grades der Zielerreichung geben Informationen über die Zweckmäßigkeit der Strategien und Maßnahmen. Ein funktionierendes Verbesserungssystem, welches sicherstellen soll, dass bei aufgetretenen Fehlern oder Problemen kontinuierlich Lösungen gesucht werden, trägt dazu bei, so dass sich die Einrichtung mit all ihren Prozessen zu einem selbst lernenden System entwickelt. In das Verbesserungssystem fließen auch die Ergebnisse externer Qualitätssicherungsprogramme ein. Ein hoher Qualitätsstandard der Behandlung ist Voraussetzung dafür, dass deren Effektivität gewährleistet werden kann. Das gleiche Ziel verfolgt das Reha-Qualitätssicherungsprogramm (Reha-QS) der deutschen

Rentenversicherung, das „eine am Patienten orientierte generelle Qualitätsverbesserung in der medizinischen Rehabilitation, die Erhöhung der Transparenz des Leistungsgeschehens, mehr Ergebnisorientierung und, beim Thema Weiterentwicklung der Behandlungsqualität besonders wichtig, die Förderung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagement“ fordert (Egner, 2003).

Wichtige Voraussetzung für die Überprüfbarkeit der Behandlungsqualität ist die Dokumentation von Behandlungsprozess und -ergebnissen durch die Mitarbeiter der verschiedenen Fachabteilungen.

Während des gesamten Klinikaufenthaltes wird der Rehabilitationsverlauf regelmäßig in Form von Kurzprotokollen zu den Einzel- und Gruppensitzungen und allen wichtigen Ereignissen und Fortschritten dokumentiert. Diese Dokumentationen bilden die Grundlage für die Planung des weiteren therapeutischen Vorgehens, die Teamsitzungen sowie für die Fallsupervisionen.

Sämtliche therapeutischen Leistungen werden nach der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) der Deutschen Rentenversicherung Bund dokumentiert.

### **Konzeptqualität**

- fundiertes theoretisch-wissenschaftliches Konzept
- einheitliches Störungs- und Behandlungsmodell
- Differenzierung der Behandlungsangebote
- spezielle Programme zur beruflichen und sozialen Reintegration
- regelmäßige Fortschreibung des Rehabilitationskonzeptes gemäß wissenschaftlicher Erkenntnisse und sozialpolitisch und gesellschaftlich veränderter Rahmenbedingungen

### **Strukturqualität**

- angemessene räumliche und materielle Ausstattung der Einrichtung
- adäquate personelle Ausstattung und Qualifikation der Mitarbeiter

### **Prozessqualität**

- Entwicklung von Rehabilitationszielen
- regelmäßige Überprüfung der Zielerreichungskriterien
- Verfahren der Therapiesteuerung
- Supervision
- Einsatz einer Routinebasisdokumentation (PATFAK)

### **Ergebnisqualität**

- empirische Absicherung der Wirksamkeit
- Nachweis des sozialmedizinischen Rehabilitationserfolges

### **Internes Qualitätsmanagementsystem**

- gemeinsames Qualitätsverständnis
- Organisationsentwicklung
- QM-System nach den Vorgaben der BAR

Als Maßnahmen werden durchgeführt bzw. sind dafür vorgesehen

- interne Qualitätszirkel und interne Audits
- Teilnahme am einheitlichen Zertifizierungsverfahren nach den Vorgaben der BAR
- Peer Review Verfahren
- Patientenzufriedenheit halbjährlich
- Mitarbeiterzufriedenheit halbjährlich
- Patientendokumentation und Auswertung (PATFAK)



## 29 Literatur

- Bandura, A. (1997). Self-efficacy. The exercise of control, W.H. Freeman & Company
- Batel, P. (2000). Addiction and Schizophrenia. In: European Psychiatry, Mar; 15(2)
- Beck, T. (2000). Neurobiologische Grundlagen der Sucht, Abhängigkeiten, 3
- Behrendt, K., Bühringer, G., Heinemann, A. & Rommelspacher, H. (2006). Drogenabhängigkeit. (Suchtmedizinische Reihe, Band 4). Hamm: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen.
- Berg, I.K. & Miller, S.D. (2000). Kurztherapie bei Alkoholproblemen. Ein lösungsorientierter Ansatz, Auer.
- Berner, W. (1995). Schuldnerhilfe. Ein Handbuch für die soziale Arbeit. Neuwied, AG der Verbraucherverbände
- Bonet, U. et al. (2004). AWMF-Leitlinie Cannabis-bezogene Störungen. Fortschr Neurol Psychiat. 72, Thieme
- Brady, K.T. & Sinha, R. (2005). Co-Occurring Mental and Substance Use Disorders: The Neurobiological Effects of chronic stress. Am J Psychiatry, 162, 1483-1493
- Breuer, M. (2007). Alle Rückfälle sind gleich? – Entwurf einer Typologie. Konturen, 2, 36-37
- Bühringer, G. (2003). Störungen durch den Gebrauch von illegalen Drogen und psychotropen Arzneimitteln. In: Reinecker, H., Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie, Hogrefe
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (2006). Praxisleitfaden ICF 2
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (2004): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2004. Teilband Illegale Drogen
- Derogatis, L.R. (1986). SCL-90-R. Self-Report Symptom Inventory. In Collegium Internationale Psychiatriae Sclorum (Hrsg.), Internationale Skalen der Psychiatrie (S. SCL-90-R). Weinheim: Beltz
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) (2004). Cannabis, Basisinformationen
- Driessen, M., Veltrup, C., Weber, J., John, U., Wetterling, T. & Dilling, H. (1998). Psychiatric comorbidity, suicidal behaviour and suicidal ideation in alcoholics seeking treatment. Addiction, 93
- DRV Bund (2007). Eckpunkte arbeitsbezogener Strategien bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
- DRV Bund (2007). Klassifikation Therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation.
- DRV Bund (2007). Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung
- Egner, U. (2003). Das Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherung und die Berichte zur Qualitätssicherung der BfA: Weiterentwicklung der Behandlungsqualität. In: Qualität ist, wenn....., Qualitätsentwicklung in der Suchtbehandlung. Schriftenreihe des Fachverband Sucht e.V., Neuland
- Ellgring, H. & Vollmer, H. C. (1991). Veränderungen von Persönlichkeitsfaktoren in der Therapie. In: Heigl-Evers A. et al. (Hrsg.): Suchttherapie, psychoanalytisch, verhaltenstherapeutisch, Vandenhoeck & Ruprecht

- Feuerlein, W., Küfner, H. & Soyka M. (1989). Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit. Thieme
- Fiedler, P. (1999). Dissoziative Störungen und Konversion. Psychologie Verlags Union
- Fiedler, P. (2000). Integrative Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen. Göttingen: Hogrefe
- Fiedler P. (2004). Ressourcenorientierte Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen. In: Psychotherapeutenjournal 1/2004
- Franke, G.H. (2002). SCL-90-R. Symptomcheckliste von L. R. Derogatis – Deutsche Version. 2., vollständig überarbeitete und neu normierte Auflage. Göttingen: Beltz Test GmbH
- Franken, I. H. & Hendriks, V. M. (2000). Early-onset of illicit substance use is associated with greater axis-II comorbidity, not with axis-I comorbidity. In: Drug and Alcohol Dependence, Jun 1; 59(3)
- Geschwinde, Th. (1990). Rauschdrogen. Springer
- Gouzoulis-Mayfrank, E. (2008). Komorbidität von Sucht und anderen psychischen Störungen – Grundlagen und evidenzbasierte Therapie. Fortschr Neurol Psychiat, 76, 263-271
- Grawe, K. (1995). Grundriß einer Allgemeinen Psychotherapie. Psychotherapeut 40
- Grawe, K. (1996). Klärung und Bewältigung. Zum Verhältnis der beiden wichtigsten therapeutischen Veränderungsprinzipien. In: Reinecker, H.S. & Schmelzer, D. (Hrsg.). Verhaltenstherapie, Selbstregulation, Selbstmanagement. Göttingen, Hogrefe
- Grawe K. (2004). Neuropsychotherapie. Hogrefe
- Havemann-Reinecke, U., Küfner, H., Schneider, U., Günthner, A., Schalast, N. & Vollmer, H.C. (2004). AWMF-Leitlinien: Postakutbehandlung bei Störungen durch Opioid. Sucht, 50 (4), 226-257
- Kandel, D.B., Huang, F.Y. & Davies, M. (2001). Comorbidity between patterns of substance use dependence and psychiatric syndromes. Drug Alcohol Depend, 64, 233-241
- Kanfer, F.H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (1991). Selbstmanagement-Therapie, Ein Lehrbuch für die klinische Praxis. Springer.
- Kanfer, F. & Goldstein, A. (1991). Helping people change. A textbook of methods. Pergamon
- Kelley, A. & Berridge, K. (2002). The Neuroscience of Natural Rewards: Relevance to Addictive Drugs. The Journal of Neuroscience, May 1, 22(9), 3306–3311
- Klär, I.I. (2002). Die Validität und Reliabilität von Studien zur Delinquenz bei Drogenkonsumenten. In: Rihs-Middel, M., Jacobsagen, N. & Seidenberg, A. (Hrsg.). Ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Bern: Huber
- Klein M. (2001). Die Bedeutung der Psychotherapie für die Drogenhilfe. In: Arbeitsgemeinschaft Drogenarbeit und Drogenpolitik in NRW e.V. (Hrsg.). Drogenhilfe: Sozialarbeit, Psychotherapie und Medizin. Der Stellenwert der verschiedenen Professionen. Tagungsbericht 2000. Niederkrüchten: Arbeitsgemeinschaft Drogenarbeit und Drogenpolitik in NRW e.V. (2001)
- Klos, H. & Görge, W. (2009), Rückfallprophylaxe bei Drogenabhängigkeit: Ein Trainingsprogramm. Göttingen, Hogrefe

- Körkel, J. (1992). Der Rückfall des Suchtkranken. Springer
- Körkel, J. (1995). Stationärer Rückfall – Ende der Therapie. Neuland
- Körkel, J. & Schindler, Chr. (2003). Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen. Das strukturierte Trainingsprogramm S.T.A.R. Berlin: Springer
- Kraus, L., Augustin, R. & Orth, B. (2005). Illegale Drogen, Einstiegsalter und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2003, Sucht 51 (Sonderheft 1) (2005)
- Krystal, H. & Raskin, H. A. (1983). Drogensucht. Aspekte der Ich-Funktion. Vandenhoeck u. Ruprecht
- Löffler, S., Wolf, H.-D., Gerlich, Chr. und Vogel, H. (2008). Das Würzburger Screening. Manual zur Identifikation von beruflichen Problemlagen und dem Bedarf an berufsorientierten und beruflichen Rehabilitationsleistungen. Würzburg: Eigenverlag
- Meermann, R. & Vandereyken, W. (1991). Verhaltenstherapeutische Psychosomatik in Klinik und Praxis. Schattauer
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2004). Motivierende Gesprächsführung. Freiburg: Lambertus (2. Auflage)
- Moggi, F. (Hrsg.) (2002). Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht. Huber
- Müller-Fahrnow, W. & Spyra, K. (2006). RMK – Sucht. Rehabilitanden - Management - Kategorien in der Suchtrehabilitation. Ein neuer Ansatz zur Leistungs- und Qualitätsbeurteilung in der medizinischen Rehabilitation. Berlin: Charité, Oktober 2004 – Oktober 2006
- Murray, C.J.L. & Lopez A. (1996). The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, injuries and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020. Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organisation and the World Bank.
- Perlwitz, E. (1995). Psychologie süchtigen Verhaltens. In: Bartsch N. & Knigge- Illner H., (Hrsg.). Sucht und Erziehung, Band 1
- Potreck-Rose, F. & Jacob, G. (2004). Selbstzuwendung, Selbstakzeptanz, Selbstvertrauen, Leben lernen, Klett-Cotta
- Reinecker, H. (2003). Lehrbuch der klinischen Psychologie und Psychotherapie. Hogrefe
- Saunders, E. & Arnold, F (1993). A Critique of Conceptual and Treatment Approaches to Borderline Psychopathology in Light of Findings about Childhood Abuse. Psychiatry, Vol. 56 (May 1993)
- Schläpfer, E. & Burri, R. (2000). Das Gehirn und die Wirkung von Drogen. Abhängigkeiten, 6
- Senf, W. & Broda, M. (Hrsg.) (2000). Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch. Thieme
- Smith, N.T. (2002). A review of the published literature into cannabis withdrawal symptoms in human users. 97 (2002)
- Soellner, R. (2000). Abhängig von Haschisch? Cannabiskonsum und psychosoziale Gesundheit. Huber
- Spitzer, M. (2004). Selbstbestimmen. Spektrum
- Suhler, P. (2000). Verhaltenstherapie. In: Senf W. & Broda M. (Hrsg.), Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch. Thieme

- Swartz, J. A. (2000). Severe mental illness and substance use disorders among former Supplemental Security Income beneficiaries for drug addiction and alcoholism. *Archive of General Psychiatry*, Jul; 57(7)
- Thomasius, R. (1998). Persönlichkeitsstörungen bei Konsumenten illegaler Drogen - Komorbidität, Entwicklungspfade und Auswirkungen auf die Behandlung. *Persönlichkeitsstörungen*, PTT 3
- Toneatto, T. et al. (2000). Diagnostic subgroups within a sample of comorbid substance abusers: correlates and characteristics. In: *American Journal of Addiction*, 93(3):253-264
- Topel, H. (1991). Euphorie und Dysphorie - Zur Neurobiologie der Stimmungen und des Suchtverhaltens
- Wanke, K. (1987). Zur Psychologie der Sucht. In: Kisper K. P. et al. (Hrsg.): *Psychiatrie der Gegenwart*, Bd. 3: Abhängigkeit durch Sucht. Springer
- Welz, R. (1987). Epidemiologie des Drogenmissbrauchs. In Kisker, K.P., Lauter, H., Meyer, J.E., Müller, C. & Strömgen, E.. *Abhängigkeit und Sucht (Psychiatrie der Gegenwart 3)*. Springer
- WHO (2004). Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
- WHO (2009). Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision – German Modification
- Wöbcke, M. (1995). Rauschmittelmisbrauch, Prävention und Therapie, Kösel