

Therapiekonzept

	dönüş Therapieeinrichtung Birnthon 3b 90475 Nürnberg
Telefon:	0911 / 8150 300
Fax:	0911 / 8150 309
E-Mail:	info@doenues-drogentherapie.de
Internet:	www.doenues-drogentherapie.de
Einrichtungsleitung:	Metin Sert, Michael Wehner
Ärztliche Leitung:	Dr. Jörg Voit
Träger:	mudra – Gesellschaft für soziale Dienste und Rehabilitation für Drogenabhängige gGmbH (gemeinnützig)
	Ludwigstr. 61 90402 Nürnberg Tel: 0911 / 8150 150
	Mitglied im Paritätischen Bayern HRB 13263 Geschäftsführer: Bertram Wehner
Stand:	Juli 2012

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	2
Abbildungsverzeichnis.....	4
Tabellenverzeichnis	4
1 Hintergrund	5
1.1 mudra – Drogenhilfe Nürnberg	5
1.2 Zur aktuellen Drogenproblematik und der Situation Drogenabhängiger mit Migrationshintergrund	8
1.3 Notwendigkeit einer kultursensiblen Drogentherapieeinrichtung	9
1.3.1 Soziale und gesellschaftliche Faktoren	9
1.3.2 Unterschiede im psychischen Erleben	11
1.3.3 Die Rolle der Muttersprache	12
1.3.4 Religiöse Rituale	13
1.3.5 Verpflegung	14
1.4 Fazit	14
2 Ansatz und Ziele	15
2.1 Zielgruppe.....	15
2.1.1 Indikation.....	15
2.1.2 Kontraindikation.....	15
2.2 Problematik der Zielgruppe	16
2.2.1 Aufenthaltsstatus	17
2.2.2 Ausländergesetzgebung	17
2.2.3 Co-Abhängigkeit	18
2.3 Behandlungsziele.....	18
2.3.1 Behandlungsziele der psychosozialen Ebene	19
2.3.2 Behandlungsziele der somatischen Ebene.....	20
2.3.3 Behandlungsziele auf der Ebene der Aktivitäten und Partizipation	20
2.4 Behandlungsdauer	20
3 Die Therapieeinrichtung	21
3.1 Lage und Räumlichkeiten.....	21
3.2 Bewerbung, Aufnahmebedingungen, allgemeine Regeln	21
3.3 Freiwilligkeit, Motivation, Einschränkungen der Lebensführung	23
3.4 Interdisziplinäres Fachteam.....	24

4	Therapeutisches Konzept.....	26
4.1	Therapeutischer Gesamtrahmen	26
4.1.1	Medizinische Rehabilitation	26
4.1.2	Therapeutischer Ansatz	26
4.1.3	Therapeutische Gemeinschaft	28
4.2	Therapiephasen.....	29
4.2.1	Aufnahmephase	30
4.2.2	Kernphase	31
4.2.3	Ablösephase.....	32
4.3	Therapeutische Bereiche	33
4.3.1	Medizin.....	33
4.3.2	Psychotherapie.....	34
4.3.3	Arbeitstherapie	35
4.3.4	Sport- und Bewegungstherapie.....	37
4.3.5	Freizeitgestaltung und erlebnispädagogische Aktivitäten	38
4.4	Therapiebausteine	39
4.4.1	Gruppentherapie	39
4.4.2	Einzeltherapie	40
4.4.3	Themenzentrierte Gruppe	41
4.4.4	Indikative Gruppe	41
4.4.5	Musikkurs	43
4.4.6	Qualifizierungsangebote.....	44
4.4.7	Realitätswoche.....	44
4.4.8	Partner- und Angehörigenarbeit	45
4.4.9	Konfrontationstraining	46
5	Adaption	48
6	Qualitätsmanagement	50
	Literaturverzeichnis	51
	Anhang A: Behandlungsvertrag.....	53
	Anhang B: Adaptionskonzept.....	56
	Anhang c: Kurzzeittherapiekonzept	65

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: dönüş-Organigramm	5
Abbildung 2: mudra-Rechtsträger	6
Abbildung 3: mudra-Organigramm	7
Abbildung 4: Biopsychosoziales ICF-Modell mit Wechselwirkung der Komponenten (WHO 2004).....	19
Abbildung 5: Schematische Darstellung der Kerntherapie und Adaption.....	49

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Unterschiedliche Erwartungen und Handlungen in interkulturellen Therapiesettings	11
--	----

1 Hintergrund

1.1 mudra – Drogenhilfe Nürnberg

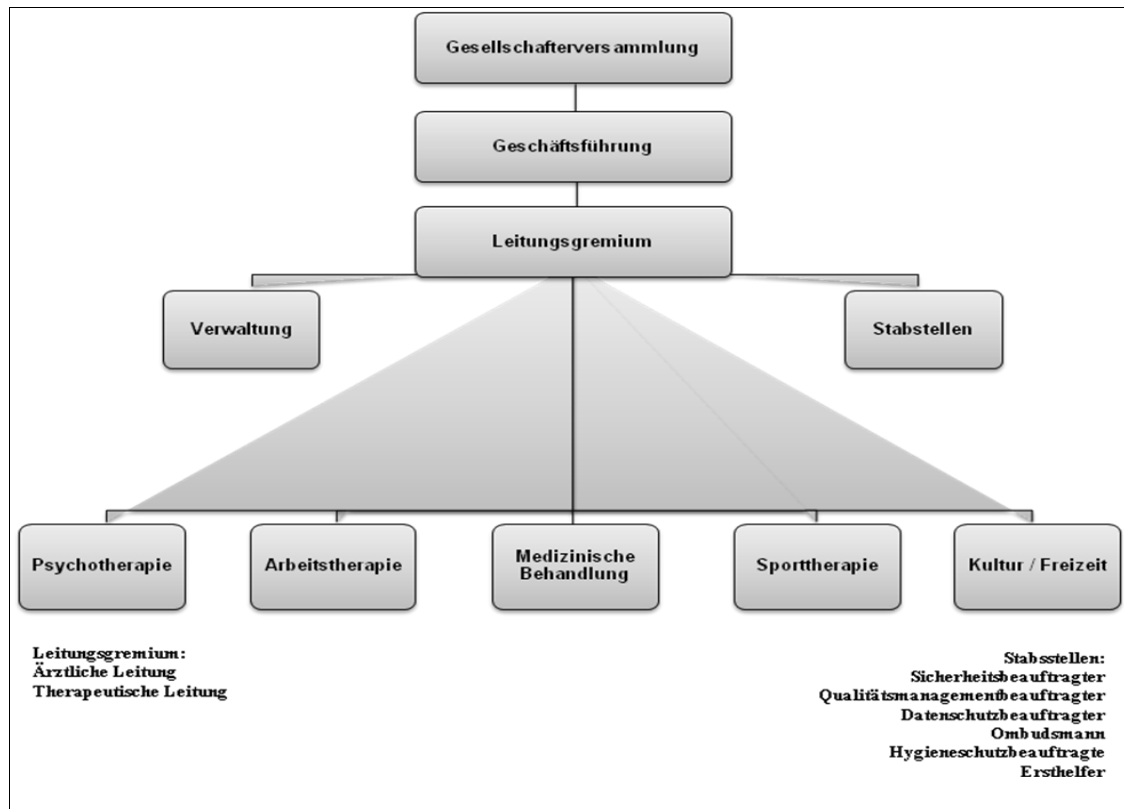


Abbildung 1: dönüş-Organigramm

Träger der dönüş-Therapieeinrichtung (dönüş = Wende, Umkehr) ist die gemeinnützige **mudra Gesellschaft für soziale Dienste und Rehabilitation für Drogenabhängige GmbH**, die aus der Arbeit des Vereins **mudra – Alternative Jugend- und Drogenhilfe e.V. Nürnberg** (kurz: mudra e.V.) heraus konzipiert und gegründet wurde. Die Therapieeinrichtung dönüş ist integrativer Bestandteil des mudra-Gesamtkonzeptes für Drogenarbeit, mudra e.V. ist Gesellschafter der GmbH. Weiterer Gesellschafter ist der gemeinnützige Verein **Förderverein der mudra e.V.**, ein Zusammenschluss von Fachleuten und Interessierten, die das Ziel haben, die verschiedenen mudra-Rechtsträger ideell, finanziell und in Form von Beteiligungen an mudra-Gesellschaften zu unterstützen.

mudra Rechtsträger



Abbildung 2: mudra-Rechtsträger

Der Verein **mudra-Alternative Jugend- und Drogenhilfe e.V. Nürnberg** ist ein gemeinnütziger eingetragener Verein, der folgenden Verbänden angeschlossen ist:

- **Paritätischer Wohlfahrtsverband Bayern**
- **Fachverband Drogen und Suchthilfe (FDR) e.V.**
- **akzept e.V.–Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik**

Der mudra e.V. wurde im Jahre 1980 durch ehemalige DrogenkonsumentInnen und StudentInnen verschiedener Studiengänge (Soziale Arbeit, Psychologie, Medizin) gegründet. Das Ziel der Gründergeneration war, Menschen mit Sucht- und Drogenproblemen durch bedarfs- und lebensweltspezifische Hilfsangebote zu unterstützen. Die Arbeit basiert auf der Anerkennung von gesellschaftlicher Vielfalt und dem wertschätzenden Umgang mit Diversität. Dies beinhaltet bezogen auf die Zielgruppe auch die Akzeptanz von Drogenkonsum als Realität und das Verständnis, dass jeder Mensch für sich und sein Leben selbst verantwortlich ist und in diesem Zusammenhang Entschei-

dungen treffen muss. Dabei können wir unterstützend tätig werden und Hilfestellung leisten. Den entscheidenden Schritt jedoch muss immer der Betroffene tun. Der kontinuierliche Reflexionsprozess über eigene handlungsleitende Normen und Werte und die damit einhergehende Vermeidung von Zuschreibungen und Stereotypisierungen sowie Diskriminierung von „Andersartigkeit“ ist damit selbstverständlicher Bestandteil unserer Arbeit. Ein wertschätzender Umgang mit unseren Klienten ist obligatorisch, erhöht die Compliance und erweist sich als zielführend.

Generalziel der mudra-Arbeit im Hinblick auf die Zielgruppe ist das Erreichen eines zufriedenen, weitgehend selbstbestimmten und gelingenden Lebens.

Seit 1980 arbeitet mudra erfolgreich in verschiedenen Bereichen der Drogenarbeit (Betreutes Wohnen, Beschäftigung und Arbeitsintegration, u.a.).

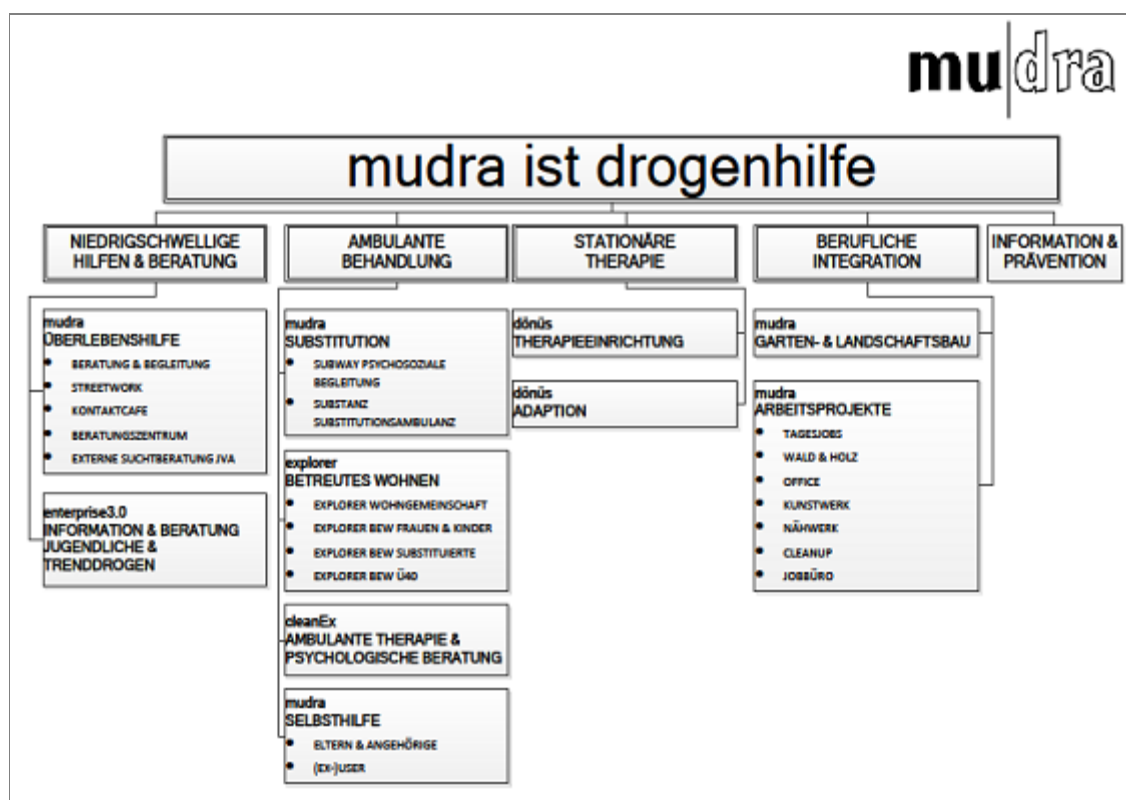


Abbildung 3: mudra-Organigramm

Als Querschnittsaufgabe ist bereits seit 1987 in das mudra-Konzept ein spezifisches Angebot eingebunden, das Migranten und ihren Nachkommen der zweiten und dritten Generation unterschiedlicher Herkunft bei Bedarf auch muttersprachliche Hilfe und Unterstützung in den verschiedenen Arbeitsbereichen ermöglicht. Im Rahmen einer sich immer weiter entwickelnden Kollektivgesellschaft mit transkulturellem Profil ist es unabdingbar, hier entsprechende Angebote vorzuhalten. Dabei stellt der interkulturelle Aspekt eine zentrale Leitlinie der Arbeit bei dönüş dar. Interkulturelle Arbeit bedeutet zunächst die Anerkennung von gesellschaftlicher Vielfalt und den wertschätzenden Umgang mit Diversität. Um hier effektive Arbeit leisten zu können und um leichter das

Vertrauen der anvisierten Zielgruppe zu gewinnen, sind dafür bei mudra MitarbeiterInnen tätig, die selbst über einen Migrationshintergrund sowie über muttersprachliche Kompetenzen verfügen.

1.2 Zur aktuellen Drogenproblematik und der Situation Drogenabhängiger mit Migrationshintergrund

Breit gefächerte Maßnahmen auf politischer Ebene, größtmögliche Anstrengungen der Ermittlungsbehörden und eine Intensivierung der Drogenarbeit konnten in den letzten Jahren nicht verhindern, dass das Drogenproblem weiter zugenommen hat. Es gibt insgesamt immer mehr DrogenkonsumentInnen und Abhängigkeitserkrankte, die Zahl der festgestellten Erstkonsumenten steigt, das Angebot der Drogen auf dem „Markt“ wird immer vielfältiger und umfangreicher. Während der Konsum des „Klassikers“ Heroin vielleicht eher leicht rückläufig ist, geht der Trend stark in die Richtung von stimulierenden und aufputschenden Substanzen wie z.B. Crystal-Speed (Methamphetamin) oder auch als Legal Highs oder Chemical Research bezeichnete Drogen, hergestellt in illegalen Labors und synthetischer Natur. Allerdings sind auch opiatähnliche Arzneimittel wie z.B. Fentanyl bei Drogenabhängigen zunehmend verbreitet, deren Konsum neben einer kurzfristig entstehenden Abhängigkeit auch weitere massive Risiken in sich bergen (z.B. Gefahr einer Überdosierung). Kreative Produktentwicklung und auch geschickte Marketingstrategien sorgen dafür, dass damit immer wieder neue Konsumentengruppen erschlossen werden und die Zahl der Drogenkonsumenten insgesamt ansteigt. Die Marketingstrategien zeichnen sich insbesondere durch zwei Aspekte aus:

1. Entwicklung von Drogen mit bei den Konsumenten besonders gewünschten Wirkungsweisen (z.B. stimulierend, leistungssteigernd, halluzinogen, beruhigend)
2. Möglichkeiten, Substanzen in einem Graubereich der (Ill)Legalität zu nutzen, aufgrund Gesetzeslücken oder auch fehlender oder unzureichender Testverfahren, um den Konsum nachzuweisen

Auch Migranten sind in dieser Situation vom aktuellen Geschehen auf der Drogenszene betroffen. Die in verschiedenen Städten in Deutschland durchgeführten Untersuchungen weisen auf einen stark zunehmenden Anteil von suchtmittelabhängigen Migranten hin. Nach einem noch nicht veröffentlichten Bericht von „Projekt Laufwerk“ in Hamburg liegt der Anteil der drogenabhängigen Migranten in der Drogenszene bei 33-35%. Dagegen liegt in Hamburg der Anteil derjenigen, die ambulante oder stationäre Suchtkrankenhilfe in Anspruch nehmen, bei ca. 5-10% (Haasen, Toprak, Yagdiran, Kleinemeier, 2001)

Bei einer Auswertung der Angaben aller Drogentherapieeinrichtungen in Baden-Württemberg kommt Baudis (Haasen et al., 2001) zu dem Ergebnis, dass die Belegung mit Migranten im Schnitt etwa bei 15-18 % liegt. Dagegen aber liegt der Anteil in der offenen Gruppenarbeit bei 30%, in der Straßenarbeit auf der Szene sogar bei 50% (Haasen et al., 2001).

In einer in Frankfurt und London durchgeführten Studie von Gaitanides wird festgestellt, dass der Anteil an Migranten in der offene Szene und bei den niedrighschwelligigen Angeboten bei ca. 40% liegt (Haasen et al., 2001).

Laut dem Bericht des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD Drogensituation (2011) liegt der Anteil von Drogenkonsumenten mit Migrationshintergrund in Ballungszentren wie Berlin, Frankfurt, Hannover oder Köln bei ca. 20%.

In der Arbeit der mudra-Beratungsstelle wurden 2011 655 Menschen mit Migrationshintergrund betreut. Dies entspricht einem Anteil von 35% an der Gesamtzahl der Betreuten. Aufgeteilt nach den größten ethnischen Gruppierungen ergibt das eine Betreuungszahl von 322 russischen und 159 türkischen Klienten.

1.3 Notwendigkeit einer kultursensiblen Drogentherapieeinrichtung

1.3.1 Soziale und gesellschaftliche Faktoren

Die Notwendigkeit einer kultursensiblen Drogentherapieeinrichtung wurde durch die Erfahrung der mudra - Alternative Drogen- und Jugendhilfe e.V. ersichtlich. In den Beratungsstellen der mudra stieg die Anzahl der Drogenabhängigen mit Migrationshintergrund an. Gleichzeitig wurde auch festgestellt, dass die Therapieabbruchquote bei Drogenabhängigen mit Migrationshintergrund verglichen mit der Abbruchquote bei Drogenabhängigen ohne Migrationshintergrund höher lag.

Die Therapieabbruchquote bei Migranten ist beeinflusst durch die Wahrnehmung der herkömmlichen Therapieeinrichtungen und durch die Wahrnehmung der Mehrheitsgesellschaft. Gründe für diese veränderte Wahrnehmung sind:

- **Misstrauen:** Negative Vorerfahrungen mit Behörden und Furcht vor Sanktionierungen führen zu einer Skepsis gegenüber herkömmlichen sozialen und therapeutischen Einrichtungen.
- **Zugehörigkeitsgefühl:** Herkömmliche soziale und therapeutische Einrichtungen sind sinnvoller Weise auf die Bedürfnisse der Mehrheitsgesellschaft ausgerichtet. Besonderen Bedürfnissen der Klienten mit Migrationshintergrund kann schwer nachgekommen werden. Dies verringert das Zugehörigkeitsgefühl der Klienten mit Migrationshintergrund in diesen Einrichtungen.

- Kollektivgesellschaft als Herkunftsgesellschaft: Therapeutische Interventionsmaßnahmen werden in der Kollektivgesellschaft der Klienten mit Migrationshintergrund häufig durch Personen, die eine enge Beziehung zu der Familie des Klienten haben, durchgeführt. Diese sind häufig: Bruder, Onkel, jahrelanger Nachbar oder sonstige Verwandte.
- Unkenntnis: Therapeutische Interventions- und Behandlungsmöglichkeiten sind vielen Familien mit Migrationshintergrund fremd. Häufig haben sie noch keine Erfahrungen mit Familien-, Jugend- und Drogenberatungen gesammelt. Die Behandlung durch eine ambulante oder stationäre Therapie ist auch heute vielen Familien mit Migrationshintergrund nicht gegenwärtig.
- Schuld- und Schamgefühle versus Ausgrenzung: In kollektivistisch, islamisch geprägten Ländern wird der eigenen Drogenabhängigkeit mit starken Schuld- und Schamgefühlen entgegengetreten. Gleichzeitig wird ein Suchtkranker in diesen Kulturen ausgegrenzt und ihm werden schwere Strafmaßnahmen auferlegt. Diese Wahrnehmung von Suchterkrankungen und Suchtkranken prägt auch in Deutschland weiterhin das Verständnis von Familien mit Migrationshintergrund.

Die Erwartungshaltung der Klienten mit Migrationshintergrund wirkt sich auf die Therapieabbruchquote aus. Aufgrund kultureller Unterschiede können die Erwartungen von Klient und Therapeut in herkömmlichen Einrichtungen zu Missverständnissen führen, welche einen Abbruch begünstigen (Prof. Dr. W. Pfeiffer zitiert nach Kaya-Henlein, 1999). Dies wird durch Tabelle 1 ersichtlich:

Tabelle 1: Unterschiedliche Erwartungen und Handlungen in interkulturellen Therapie-settings

Thematik	Klient (Migrant)	Therapeuten (deutsch)
Befriedigung des Hilfsbedürfnisses	Umgehende Hilfe durch eine Autorität	Aufschieben, Mobilisierung eigener Ressourcen
(Selbst-)Bewertung und Ort der Identität	Soziale Gruppe als Ort der Identität (soziales Ansehen)	Autonomie, Selbstverantwortlichkeit, innere Bewertung
Therapeutische Beziehung	Familiäres Autoritätsverhältnis	sachliche, kameradschaftliche Arbeitsbeziehung
Lokalisation von Problemen und Konflikten	außen, besonders in zwischenmenschlichen Beziehungen	innerhalb der Person (Psyche)
Körperbezug	Erleben und Ausdruck sehr körperbetont	Körperbeherrschung, Ausdrucksarmut

1.3.2 Unterschiede im psychischen Erleben

Eine kultursensible Suchttherapie erfordert eine genauere Betrachtung der psychischen Prozesse innerhalb einer Kultur. Besonders wichtig erscheint hierbei der Prozess des psychischen Erlebens, also die Art, wie das Wahrgenommene verarbeitet und erlebt wird. In einer Vergleichsstudie von Özelsel (Özelsel 1990, 1994) wurden die kulturellen Unterschiede im Erleben bei türkisch- und deutschstämmigen Klienten untersucht. Die Ergebnisse zeigten, dass sich türkisch- und deutschstämmige Klienten in wesentlichen therapeutischen Variablen signifikant voneinander unterschieden. Diese Variablen waren:

- Stressreagibilität
- Normierungstendenzen
- Kausal- und Kontrollattribution
- Bewältigungsstrategien

Die Stressreagibilität bezieht sich auf die Verarbeitung von Stressfaktoren. Die Ergebnisse der Studie zeigten, dass die türkischstämmigen Klienten gleichermaßen zu somatischen und psychischen Reaktionen neigen, während deutschstämmige Klienten zweimal so häufig zu psychischen Reaktionen neigen. Das bedeutet, dass erlebter Stress bei türkischstämmigen Klienten oft über körperliche Symptome, wie Kopfschmerz und An-

triebslosigkeit, ausgedrückt wird. Im therapeutischen Setting können diese Reaktionen auch zu einer Fehleinschätzung führen. Daher ist es relevant, im therapeutischen Alltag wahrzunehmen, dass nichtakzeptierte Entscheidungen bei türkischstämmigen Klienten häufig über somatische Reaktionen, wie Brust-, Kopf- und Magenschmerzen zum Ausdruck kommen. Diese Symptome sind sicherlich leicht zu simulieren, jedoch ist im Hinblick auf die Herkunftsgesellschaft der Zweck einer externalisierten somatischen Reaktion zu betrachten. In einer Kollektivgesellschaft erscheint eine internalisierte psychische Symptomdarstellung wenig hilfreich, um sein Bedürfnis darzustellen, da es nicht sichtbar bzw. greifbar für das Kollektiv ist. Während eine Individualgesellschaft eine internalisierende Symptomdarstellung eher wahrnimmt, da sie die Bedürfnisse des Individuums erkennt, sind in einer Kollektivgesellschaft die Bedürfnisse des Kollektivs von Bedeutung.

Das Bedürfnis des Kollektivs wird zu dem durch die Variable Normierungstendenz deutlich. Die Normierungstendenz verdeutlicht, wie sehr ein normgerechtes Verhalten in einer Kollektivgesellschaft erwünscht und erlernt ist. Im therapeutischen Alltag ist das normgerechte Verhalten für die Gruppe sehr wichtig. Viele Klienten der dōnüş-Therapieeinrichtung stammen aus einer muslimisch geprägten Kollektivgesellschaft. Das normgerechte Verhalten ist am ehesten an den Essgewohnheiten erkennbar. Normgerechtes Verhalten sieht vor, bei der Vorbereitung von Speisen kein Schweinefleisch zu verwenden. Dieses Verhalten wird von allen Klienten akzeptiert, auch wenn es Klienten geben sollte, die durchaus Schweinefleisch essen. Auch Klienten aus nichtmuslimischen Kollektivgesellschaften halten sich an diese Norm, da der Status des Kollektivs bzw. im therapeutischen Alltag die Therapiegruppe wichtiger ist als der Status des Einzelnen.

Das psychische Erleben wird wesentlich von der Kausal- und Kontrollattribution beeinflusst. Klienten aus einer Kollektivgesellschaft neigen zu externalisierenden Kausal- und Kontrollattributionen, d. h. sie benennen häufiger situative Faktoren, um einen Verstoß gegen die allgemeinen Verhaltensnormen zu erläutern. Im therapeutischen Alltag wird z.B. bei Verstößen gegen die Ausgangsregeln häufig der Busfahrer verantwortlich gemacht, und nicht die eigene mangelnde Zeitplanung.

Die Art der Bewältigungsstrategien einer Kollektivgesellschaft unterscheidet sich von den Bewältigungsstrategien einer Individualgesellschaft.

1.3.3 Die Rolle der Muttersprache

Eine kultursensible Suchttherapieeinrichtung zeichnet sich durch ein interkulturelles Fachteam aus. Hierbei spielt die Muttersprache eine besondere Rolle. Die Identitätsentwicklung und die Entwicklung von Normen und Werten finden in der Muttersprache statt. Atabay (1994) schreibt der Muttersprache folgende Funktionen zu:

1. Die Muttersprache spielt bei der Herausbildung und Stabilisierung der individuellen Identität eine wichtige Rolle, über die Muttersprache wird sozusagen die Basispersönlichkeit jedes Kindes geprägt.
2. In der Muttersprache erfolgen das Benennen und die Versprachlichung des Wahrnehmungsfeldes.
3. Die Muttersprache ermöglicht dem Kind das Erfassen, das Wiedergeben und das Verstehen der Welt.
4. Die Muttersprache ist Träger gesellschaftlichen Wissens.
5. Die Muttersprache bewirkt insgesamt die Übernahme und Aneignung gesellschaftlicher Muster des Handelns und Sprechens.
6. Die Muttersprache ist familien- und gruppeninternes Kommunikationsmittel, sie dient der Mitteilung und Überlieferung wichtiger Geschichten, der Herstellung der Identität.
7. Die Muttersprache stellt ein starkes Band zum Heimatland dar und ist unabdingbare Voraussetzung für eine erfolgreiche Reintegration im Falle der Rückkehr.

Der Einsatz von muttersprachlichen Mitarbeitern erhöht den erfolgreichen Abschluss einer Therapie (vgl. Tuna, 1999). Daher ist für die Behandlung von Klienten mit Migrationshintergrund ein zweisprachiges Therapieangebot sinnvoll. Die Muttersprache ist das erstgenutzte Kommunikationsmittel, um seine Wahrnehmung von Gefühlen und Gedanken darzustellen. Gleichzeitig ist aber auch die Zweisprachigkeit für Klienten mit Migrationshintergrund eine alltägliche Realität. Unsere kultursensible Suchttherapie greift diese Realität auf, indem sie das vertraute Bild der Zweisprachigkeit im möglichen Rahmen widerspiegelt.

Dabei soll nicht aus dem Auge verloren werden, dass gute Deutschkenntnisse Voraussetzung für die Partizipation in der Gesellschaft darstellen. Dem trägt unsere kultursensible Suchttherapieeinrichtung durch Unterricht in der deutschen Sprache Rechnung. Wichtig ist hierbei, dass Klienten mit Migrationshintergrund die deutsche Sprache nutzen, um Themen anzusprechen, welche in ihrer Herkunftsgesellschaft tabuisiert sind (Gaitanides 1998).

1.3.4 Religiöse Rituale

Die religiösen Hintergründe unserer Klienten werden in unserer Einrichtung wertgeschätzt. Die Klienten bekommen die Möglichkeit, ihre religiösen Rituale täglich auszuüben, ohne dabei Schwierigkeiten im Tagesablauf zu bekommen. Zu besonderen Feiertagen und Anlässen können unsere Klienten die zehn Kilometer entfernte Moschee besuchen. Während des Fastenmonats Ramadan besteht die Möglichkeit, die religiösen Vorschriften des Islams einzuhalten. Das bedeutet, dass sie vor dem Sonnenaufgang

aufstehen, kochen, essen und wieder ins Bett gehen können. Ansonsten sind sie in den Tagesablauf integriert. Nach Sonnenuntergang nehmen unsere Klienten die vom Küchenteam vorbereiteten Speisen zu sich. Die Klienten, die fasten wollen, müssen am Vortag in der Morgenrunde ihre Absicht mitteilen.

1.3.5 Verpflegung

Um der religiösen Vielfalt unserer Einrichtung gerecht zu werden, wird gezielt auf die Zubereitung von Schweinefleisch verzichtet, obgleich es Klienten gibt, die Schweinefleisch verzehren. Ansonsten werden internationale Gerichte von unseren Klienten zubereitet. Zu allen Mahlzeiten wird Brot und Schwarzer Tee gereicht. Zusätzlich gibt es vormittags und nachmittags eine Teepause.

1.4 Fazit

Für die stationäre Therapie von Drogenabhängigen mit Migrationshintergrund erscheint es notwendig und sinnvoll, zielgruppenspezifische Einrichtungen zu schaffen, deren therapeutisches Gesamtkonzept Wissen über Migrations- und Integrationsprozesse, die speziellen sozialen und gesellschaftspolitischen Rahmenbedingungen der Zielgruppe, Unterschiede im psychischen Erleben und Therapieverständnis, sowie Zweisprachigkeit in besonderer Weise berücksichtigt.

Ein interkulturelles Fachteam sollte mit der Kultur und den Gewohnheiten der Klienten vertraut sein, diese achten und wertschätzen und im Umgang mit den therapeutischen Möglichkeiten besondere Flexibilität zeigen. Das Setting der Einrichtung sollte den kulturellen Hintergründen entsprechend durch familiären Charakter geprägt und von der Platzzahl her überschaubar sein. Das therapeutische Konzept und die therapeutischen Regeln sollten für die Klienten transparent, nachvollziehbar und akzeptabel sein (Domenig, 2001).

2 Ansatz und Ziele

2.1 Zielgruppe

2.1.1 Indikation

Die dönüş-Therapieeinrichtung richtet sich mit ihrem Therapieangebot an Männer mit orientalischem Kulturkreis. Dabei definieren wir den orientalischen Kulturkreis durch die Herkunftsgesellschaft und lösen uns von dem Bild, dass der Orient gleichzusetzen ist mit der arabisch-muslimischen Landkarte.

Dies bedeutet, dass die kultursensible Suchttherapie bei dönüş sich auf Klienten aus Kollektivgesellschaften bezieht. Kollektivgesellschaften sind geprägt durch ein anderes Verständnis zwischen Individuum und Gesellschaft. Die Gesellschaft steht hierbei im Vordergrund und das Individuum richtet sich nach den Bedürfnissen der Gesellschaft bzw. des Kollektivs. Diese Herkunftsgesellschaft findet sich nicht nur im arabisch-muslimischen Raum, sondern definiert viele Bereiche auch innerhalb Europas. So spricht unsere Therapieeinrichtung grundsätzlich diejenigen Klienten an, bei denen zu erwarten ist, dass sie sich mit einer herkömmlichen Entwöhnungstherapie, orientiert an deutschen Wertvorstellungen und eher ausgerichtet auf die Probleme deutscher Abhängiger, nicht oder nur schwer zurechtfinden können.

Das therapeutische Programm bezieht sich auf die Behandlung von substanzgebundenen Abhängigkeitserkrankungen als Erstdiagnose. Klienten mit dieser Erstdiagnose können ab dem 18. Lebensjahr aufgenommen werden.

Zusätzlich bieten wir spezifische Angebote für nicht-substanzgebundene Süchte (Glücks- und Internetsucht) als Zweitdiagnose an.

2.1.2 Kontraindikation

Eine Aufnahme ist nicht möglich, wenn folgende Krankheiten, Störungen oder Gefährdungen vorliegen:

- besondere und/oder ständige körperliche Pflegebedürftigkeit
- akute Psychosen
- akute Suizidgefährdung
- höherer medizinischer Betreuungsaufwand (z.B. instabiler Diabetes mellitus, dialysepflichtige Nierenerkrankung)

Bei Vorliegen erheblicher Erkrankungen wird jeweils im Einzelfall von der ärztlichen Leitung und dem therapeutischen Team über eine Aufnahme entschieden.

2.2 Problematik der Zielgruppe

Wir verstehen den Menschen als ganzheitliches, selbst verantwortliches Wesen mit seinem eigenen Körper, seinem eigenen Geist, seiner eigenen Seele. Hierzu gehören in unseren Augen auch die jeweils eigenen Glaubenssätze sowie die jeweils eigenen zwischenmenschlichen Beziehungen, in denen der Einzelne sich bewegt. Dahingegen führt die Sucht oftmals zwangsläufig in eine zunehmende Isolation und Verzweiflung, zu einem Verlust von Beziehungen, Vertrauen und Hoffnung. Wir verstehen insofern unsere Suchtarbeit zu großen Teilen als Beziehungsarbeit.

Sucht ist aus unserer Sicht eine den gesamten Menschen erfassende Erkrankung im körperlichen, psychischen und sozialen Bereich, also im Sinne eines multikonditionalen psycho-physiologisch-sozialen Bedingungsgefüges (WHO 1982). Von der Krankheit erfasst wird insbesondere auch das nähere und weitere soziale Umfeld der Betroffenen, also Ursprungs- und eigene Familie, Arbeitsplatz, Freundeskreis.

Der in der Gesellschaft verbreiteten Sichtweise von Sucht als Willensschwäche oder moralischem Mangel arbeiten wir aktiv entgegen. Der Konsum von Suchtmitteln ist in unseren Augen oftmals eine zum Überleben wichtige Verhaltensstrategie, die sich in einer Zeit entwickelt hat, in der keine anderen Strategien für den Betroffenen erkennbar waren. Hieraus hat sich dann eine lebensbedrohliche Erkrankung entwickelt und verselbständigt. Dabei hat diese Erkrankung in fortgeschrittenen Entwicklungsstadien von dem Menschen mit seinen Einstellungen, Denkweisen, Vorstellungen von sich und der Welt und seinen zwischenmenschlichen Beziehungen zunehmend Besitz ergriffen.

Dabei versuchen wir in erster Linie nicht darauf zu fokussieren, wo der Betroffene herkommt, sondern darauf, wohin er geht, wohin er möchte und wie wir ihn auf diesem jeweils eigenen Weg unterstützen können. Das heißt keineswegs, dass wir bei unserer Arbeit den biographischen und sozialen Hintergrund aus den Augen verlieren. Vielmehr ist die Kenntnis derselben erforderlich, um die Erlebnis- und Verhaltensweisen der Betroffenen verstehen und nachvollziehen zu können. Wir halten es allerdings für den Rehabilitationsprozess für ganz entscheidend, den Klienten eine lösungsorientierte Sicht- und Lebensweise zu vermitteln, damit die Abwendung von einer fatalistischen und den positiven Reha-Verlauf störenden Opferhaltung gelingt. Wir sehen uns dabei im Einklang zum internationalen Verständnis von Abhängigkeiten nach ICD 10 bzw. DSM IV mit allen gegebenen Kriterien und grenzen Abhängigkeit klar von Missbrauch ab. Wir gehen jedoch davon aus, dass das alleinige Vorliegen eines pathologischen Missbrauches in der Regel nicht zu der Inanspruchnahme einer stationären Entwöhnungsbehand-

lung führt und üblicherweise auch unter Zuhilfenahme von ambulanten Versorgungseinrichtungen bewältigt werden kann.

Weiter möchten wir in diesem Zusammenhang darauf hinweisen, dass Sucht auch nicht ohne das Vorliegen von genetischen Faktoren oder sozialen Risikokonstellationen verstanden werden kann. Dabei kommt naturgemäß den genetischen Faktoren, entsprechend ihrer Unabänderlichkeit, innerhalb der Behandlung eine untergeordnete Rolle zu. Dahingegen werden Risikokonstellationen im sozialen Umfeld regelhaft im Laufe der Therapie thematisiert.

Sucht ist nach unseren Erfahrungen oft und grundlegend mit niedrigem und unbeständig schwankendem Selbstwertgefühl verbunden, das die Betroffenen auf die Bestätigung von außen und durch äußere Dinge angewiesen macht. Hieraus ergeben sich erste therapeutische Implikationen, um den Teufelskreis der Selbstzerstörung zu durchbrechen.

2.2.1 Aufenthaltsstatus

Besondere Schwierigkeiten ergeben sich aus den Bestimmungen des Ausländergesetzes, der Notwendigkeit der Wiederbeschaffung von verloren gegangenen Reisepässen und damit in Zusammenhang stehender Visa und Aufenthaltsberechtigungen. Da ein bestimmter Anteil unserer Klienten keine gültige Aufenthaltsberechtigung besitzen, besteht ein großer Bedarf an der Regelung des Aufenthaltsstatus. Die Beschaffung dieser Urkunden, die den Aufenthaltsstatus und damit auch eine Arbeitserlaubnis sichern, ist für eine Integration ins Arbeits- und Erwerbsleben dringend erforderlich. Die neuen Regelungen bei Verstößen von Ausländern gegen das Betäubungsmittelgesetz und die höheren Haftstrafen erschweren die Wiedereingliederung dieser Klienten allerdings enorm.

2.2.2 Ausländergesetzgebung

Die Ausländergesetzgebung stellt eine nicht zu vernachlässigende Rahmenbedingung unserer Arbeit dar. In unserem Team sind spezifische Fachkenntnisse hierzu vorhanden.

Eine Abschiebung ist besonders dramatisch für die Klienten, die in Deutschland geboren und aufgewachsen sind und ihr Herkunftsland, beispielsweise die Türkei, nur aus dem Urlaub kennen. Von einer Abschiebung in das Heimatland kann unseres Erachtens nach nicht gesprochen werden, da die Klienten die so genannte Heimat nicht wirklich kennen. Für die therapeutische Arbeit ist eine Mitteilung über die Abschiebung besonders gravierend, da die betroffenen Klienten häufig resignieren. Ihnen stellt sich in diesen Fällen immer wieder die Frage, warum sie sich eigentlich um Wohnung, Arbeit und Abstinenz bemühen sollen, da sie bei drohender Abschiebung darin keinen Sinn erkennen können. Die Hoffnungslosigkeit, die sich dann stimmungsbestimmend bildet, hat sehr negative Auswirkungen auf die Behandlung. Da wir durch die Therapie eine Ab-

schiebung nicht abwenden können, kommt es innerhalb der Behandlung manchmal zu einer Verschiebung der Ziele. Es geht dann um die Bearbeitung ausländerspezifischer, existentieller Probleme.

2.2.3 Co-Abhängigkeit

Unter Co-Abhängigkeit verstehen wir ein Verhalten der Umgebung, insbesondere der näheren Angehörigen, das den Süchtigen scheinbar schützt und das süchtige Verhalten (vergeblich) zu kontrollieren versucht, letztlich aber aus eigenen Ängsten heraus gespeist wird und dabei das süchtige Verhalten aufrecht erhält. Wir halten hier die regelmäßigen Angehörigenseminare zur Aufklärung der Angehörigen für einen unverzichtbaren Bestandteil der Therapie. Weiterhin setzen wir bei unseren Klienten die Bereitschaft voraus, Angehörigengespräche in der Klinik zu führen, in denen wesentliche Themen wie z. B. ihr Stand in der Familie, die Rolle des Suchtmittels in der Familie oder aber eine neue Positionierung des Betroffenen geklärt werden können.

Unter Migranten ist co-abhängiges Verhalten kulturbedingt häufig zu beobachten, die Zahl der Co-Abhängigen ist vergleichsweise hoch, da die kollektive Gesellschaftsform nicht nur die Kernfamilie beinhaltet. Das Bedürfnis, die Suchterkrankung zu verheimlichen und den Status der gesamten Familie aufrecht zu erhalten ist in der kollektiven Gesellschaftsform sehr groß. Dieses Bedürfnis ist vor allem bei den Frauen in einer Kollektivgesellschaft stark ausgeprägt, so dass wir häufig nicht nur mit den Ehefrauen, sondern auch mit den Müttern, Schwestern, Tanten usw. Gespräche über die Suchterkrankung und vor allem über Co-Abhängigkeit führen.

Die Frauen in einer Kollektivgesellschaft merken oft früher die Abhängigkeit eines Familienmitgliedes. Meist sind sie dieser Erkrankung hilflos ausgeliefert, da ihnen spezielle Angebote und Informationen zum Thema Abhängigkeit fehlen (Yüksel, 1999). Häufig kommt es zur Abgrenzung der Familie nach außen und somit auch zu einer Ablehnung von Hilfe- und Therapiemaßnahmen. Diese Form der Kompensation führt zu einem starken Drang, die Abhängigkeitserkrankung zu tabuisieren. Zudem ist zu vermerken, dass co-abhängige Strukturen häufig bei den Familienmitgliedern selbst zu psychischen und somatischen Beschwerden (chronische Schmerzen, Herz-Kreislaufstörungen, Depressionen) führen (Schaeff, 1986). Diesen Kreislauf zu durchbrechen und die Familien einer Kollektivgesellschaft für die Abhängigkeitserkrankung ihres Familienmitgliedes und ihrer co-abhängigen Strukturen zu sensibilisieren, ist eine verantwortungsvolle, sensible und notwendige Arbeit unserer Therapieeinrichtung.

2.3 Behandlungsziele

Das Ziel unserer therapeutischen Arbeit ist es, dem Klienten ein zufriedenes, selbstbestimmtes, gelingendes und nach Möglichkeit drogenfreies Leben dauerhaft zu ermögli-

chen. Das bedeutet, dass wir den Klienten dabei unterstützen, ein sozial und wirtschaftlich aktiv selbstbestimmtes Leben zu führen. Dies entspricht dem Rehabilitationsverständnis der Deutschen Rentenversicherung, welche die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und die damit verbundene Wiedereingliederung in das Erwerbsleben als Ziel für eine Rehabilitationsmaßnahme setzt.

Die therapeutische Arbeit bezieht sich auf die psychosoziale, somatische Ebene und die Ebene der Aktivitäten und Partizipation. Das bio-psycho-soziale Modell der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der WHO, 2004) ist dabei Grundlage unseres Therapiekonzeptes.

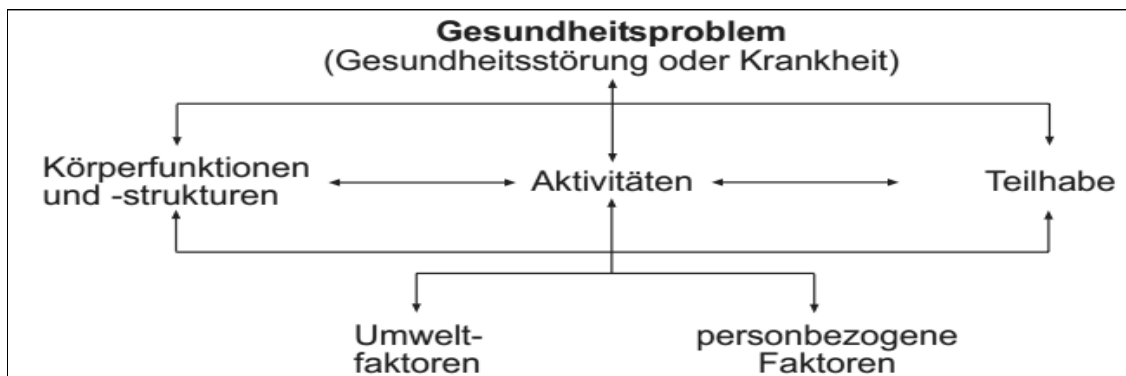


Abbildung 4: Biopsychosoziales ICF-Modell mit Wechselwirkung der Komponenten (WHO 2004)

2.3.1 Behandlungsziele der psychosozialen Ebene

- Motivation zur aktiven Teilnahme und Änderungsbereitschaft
- Klärung der Konsummuster
- Kompetenzen zur Stabilisierung der Einstellungsänderung
- Psychische Stabilisierung
- Integration in das soziale Umfeld
- Bearbeiten und Verarbeiten emotionaler und kognitiver Aspekte
- Erweitern der sozialen Kompetenz
- Wahrnehmung der intrapsychischen Aspekte wie Konfliktbewältigungsmuster
- Wahrnehmung des Selbstbildes/ Selbstverantwortung
- Akzeptieren der eigenen Rolle und des Migrationshintergrund
- Akzeptanz und Krankheitseinsicht
- Verbesserung der Stresswahrnehmung und -verarbeitung

- Bearbeiten biographisch relevanter Ereignisse
- Wahrnehmung des Zusammenhangs zwischen Konsum und Sexualität
- Reduktion und Änderung anderer psychosozialer Störungen

2.3.2 Behandlungsziele der somatischen Ebene

- Verbesserung des Gesundheitszustandes, Behandlung vorliegender Erkrankungen
- Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit
- Vermittlung eines gesunden Lebensstils

2.3.3 Behandlungsziele auf der Ebene der Aktivitäten und Partizipation

- Wiederherstellung bzw. Erhalt der Arbeitsfähigkeit
- Verbesserung und Stabilisierung der Wohnsituation
- Erarbeitung von Zukunftsperspektiven
- Verbesserung der Freizeitgestaltung
- Reintegration in das Erwerbsleben

2.4 Behandlungsdauer

Der Aufenthalt in unserer Einrichtung ist abhängig von der Indikation der Maßnahme. Wir bieten verschieden Therapiemöglichkeiten an:

1. Langzeittherapie von sechs Monaten
2. Kurzzeittherapie i. S. einer Auffangtherapie von vier Monaten

3 Die Therapieeinrichtung

3.1 Lage und Räumlichkeiten

Unsere Therapieeinrichtung liegt in ländlicher Umgebung im Nürnberger Vorort Birnthon, etwa 18 km vom Zentrum Nürnberg entfernt.

Unser Haus umfasst 20 Therapieplätze. Dabei werden die Klienten in Einzel-, Zweibett- und Mehrbettzimmern untergebracht, je nachdem wie weit ihre Therapie fortgeschritten ist.

3.2 Bewerbung, Aufnahmebedingungen, allgemeine Regeln

Um eine Entwöhnungsbehandlung in der dönüş-Therapieeinrichtung durchführen zu können, muss der Klient einen Antrag auf eine Kostenübernahme beim zuständigen Kostenträger stellen. Dabei kann er sich z.B. bei einem Drogenberater in einer Suchtberatungsstelle und dem Sozialdienst in der JVA beraten und unterstützen lassen.

Weiterhin ist uns eine persönliche Kontaktaufnahme telefonischer und schriftlicher Art wichtig, damit wir einen ersten Eindruck gewinnen. Bei Bedarf wird mit dem Klienten ein Vorstellungsgespräch vereinbart. Dabei werden Informationen ausgetauscht sowie offene Fragen besprochen.

Zusammenfassend gelten folgende Bedingungen für eine Aufnahme in unserem Haus:

1. Freiwillige Teilnahme an der Therapiemaßnahme und die Bereitschaft zur aktiven Mitarbeit
2. Schriftliche Bewerbung mit Lebenslauf, Beschreibung der eigenen Drogenkarriere, der momentanen Situation und der Motivation für eine Entwöhnungsbehandlung
3. Regelmäßiger Briefkontakt und Telefonate vor der Aufnahme, gegebenenfalls Durchführung eines Vorstellungsgesprächs
4. Vorliegen des Sozialberichts durch eine Suchtberatungsstelle und einer gültigen Kostenzusage des zuständigen Kostenträgers
5. Vorheriger erfolgreich abgeschlossener körperlicher Suchtmittelentzug (Entgiftung). Ein Entgiftungsplatz kann gegebenenfalls von unserer Therapieeinrichtung vermittelt werden. Zumindest sollte Drogenfreiheit mit Hilfe einer bei der Aufnahme durchgeführten Urinkontrolle feststellbar sein.

Mögliche Kostenträger für eine Therapie in unserem Haus (je nach Zuständigkeit):

- Deutsche Rentenversicherung (außer DRV Bund)
- Gesetzliche und private Krankenkassen
- Sozialhilfeträger

Jedoch ist es auch Selbstzahlern möglich, eine Therapie in unserer Einrichtung zu absolvieren.

Die dōnüş-Therapieeinrichtung kann durch die staatliche Anerkennung Therapiemaßnahmen nach den § 35/36 BtMG durchführen. Wiederaufnahmen (etwa nach Abbruch, Behandlungspause wegen interkurrenter Erkrankungen oder disziplinarischen Entlassungen) sind nach Absprache und Entscheidung im Einzelfall möglich.

Es sollte zudem vor Antritt der Therapie eine ärztliche und zahnärztliche Untersuchung bzw. Behandlung durchgeführt worden sein (Feststellung der Therapietauglichkeit, Zahnsanierung). Auszuschließen sind insbesondere die unter 2.1 aufgeführten Kontraindikationen. Des Weiteren sollte in den Beratungsgesprächen in der Suchtberatungsstelle eine Abklärung erfolgen, welche Behördengänge ggf. zuvor noch zu erledigen sind. Beispielsweise gehören dazu:

- Passverlängerung, Verlängerung der Aufenthaltsgenehmigung bzw. Duldungszusage
- Abschluss einer Krankenversicherung, Aushändigung von Krankenscheinen oder Versicherungskarte, Beantragung der Befreiung von der Zuzahlung bei Vorliegen der Voraussetzungen (Einkommen)
- Antrag auf Übergangsgeld oder Taschengeld, Meldung bei der ARGE/Agentur für Arbeit, Arbeitgeber usw.

Für das Zusammenleben in unserer Therapieeinrichtung gibt es vier wichtige Grundregeln, die von den Klienten während des gesamten Aufenthaltes einzuhalten sind:

- 1. Kein Drogen- und Alkoholkonsum, kein An- und Verkauf oder Abgabe von Rauschmitteln**
- 2. Keine Medikamente ohne ärztliche Verordnung**
- 3. Keine Form von Androhung oder Ausübung von Gewalt**
- 4. Keine Äußerungen, die die Würde des Menschen verletzen**

Ein Verstoß gegen eine dieser Grundregeln kann die Beendigung der Therapiemaßnahme und den sofortigen Ausschluss aus der Hausgemeinschaft zur Folge haben. Daneben gibt es bestimmte Hausordnungs- und Gemeinschaftsregeln sowie Therapievereinbarungen, die einzuhalten sind; auch hier werden Verstöße geahndet und können im

Wiederholungsfall ebenfalls zur disziplinarischen Entlassung führen (vgl. auch Gemeinschaftsregeln im Anhang).

3.3 Freiwilligkeit, Motivation, Einschränkungen der Lebensführung

Die stationäre Therapie in unserer Einrichtung soll und kann nur auf freiwilliger Basis erfolgen. Die Entscheidung zur Teilnahme an einer Therapie sollte deshalb der Klient selbst treffen. Dennoch spielen auch äußere Faktoren wie die Erwartungshaltung der Familie, ein drohender Haftaufenthalt oder eine gerichtliche Auflage eine nicht zu unterschätzende Rolle. Fällt ein solcher äußerer Druck weg oder verliert an Bedeutung, ziehen manche Klienten einen Therapieabbruch in Erwägung.

Freiwilligkeit und die Offenheit, sich auf Therapie einzulassen, sind daher situations- und zeitgebundene Größen, die stetigen Veränderungen unterworfen sind. Sie sind ein häufig wiederkehrendes Thema während der Therapiezeit und bedürfen immer wieder dem Aufbau und Erhalt der Motivation der Klienten. Voraussetzung für die freiwillige Teilnahme an einer Therapie ist jedoch zunächst einmal ein gewisses Maß an Krankheitseinsicht. Nicht selten wird den Klienten das gesamte Ausmaß ihrer Erkrankung erst im Laufe der Therapie bewusst.

Zu Beginn sowie im weiteren Verlauf der Therapie ist die Motivationsarbeit mit den Klienten ein wichtiger Bestandteil der Therapie. Die Sucht ist eine den ganzen Menschen erfassende Erkrankung im körperlichen, psychischen und sozialen Bereich. Sie hat zu vielfältigen Veränderungen geführt und das alltägliche Leben bestimmt. Mit einer Therapie begeben sich die Klienten in eine krisenhafte Situation, welche einen starken Gegensatz zum vergangenen Leben darstellt. Die Klienten sehen sich konfrontiert mit gesellschaftlichen Denkweisen, dass Sucht eine Willensschwäche sei oder ein moralischer Mangel. Gleichzeitig können sie zunehmend erkennen, dass die eigenen Einstellungen, Denkweisen, Vorstellungen von sich und der Welt sowie die zwischenmenschlichen Beziehungen vom Drogenkonsum eingenommen worden sind. Therapie soll die aufkommenden Ambivalenzen thematisieren, einem überstürzten Therapieabbruch entgegenwirken und im Bedarfsfall motivierende Schritte einleiten. Voraussetzung wäre hierbei immer die fortdauernde Bereitwilligkeit des Klienten, seine Therapie weiter absolvieren zu wollen.

Eine moderate Einschränkung der Lebensführung der Klienten zu Beginn der Therapie ist eine wichtige Schutzmaßnahme gegenüber (noch) nicht allein zu bewältigenden Gefahrensituationen. Weitere Einzelheiten hierzu werden im Behandlungsvertrag festgelegt (s. Anlage A).

Weiterhin sollen diese Einschränkungen den Klienten ermöglichen, sich erst einmal in der Therapieeinrichtung einzuleben, sich einzugewöhnen, ihren Platz in der Gemeinschaft sowie Ruhe und den nötigen Abstand zur Drogenszene zu finden.

Bei immer wiederkehrenden bzw. gravierenden Regelverstößen oder bei Rückfällen kann es auch zum Wiederaufleben einer Ausgangs- und Kontaktsperre kommen. Dabei sollen die Betroffenen die Gelegenheit bekommen, sich und ihr Verhalten intensiv zu reflektieren, ohne äußeren Einflüssen ausgesetzt bzw. von ihnen abgelenkt zu werden. Bei Rückfälligkeit dient die Ausgangs- und Kontaktsperre dem Schutz vor erneutem Konsum.

3.4 Interdisziplinäres Fachteam

Zum interdisziplinären, multikulturellen Fachteam unserer Einrichtung gehören:

- Ärztin
- Dipl.-Psychologin
- SozialpädagogInnen
- therapeutische Mitarbeiter mit muttersprachlichem Hintergrund
- ArbeitsanleiterInnen (Handwerker, Hauswirtschafterin)
- Verwaltungsfachkräfte
- Pädagogisch geschulte Mitarbeiter (Sport- und Freizeitbereich)
- Aushilfen/Honorarkräfte (Musikkurs und Qualifizierungsangebote, Deutschkurs)
- Praktikanten
- Nachtdienste
- Ehrenamtliche Mitarbeiter
- Bundesfreiwilligendienstleistende (Bufdis)

Die Mitarbeiter verfügen über langjährige Erfahrungen in der Suchttherapie. Bei der Auswahl des Personals spielen Akzeptanz, Toleranz und Wertschätzung unseres Klientels sowie die Bereitschaft zur aktiven, interessierten und akzeptierenden Auseinandersetzung mit deren kulturellen Werten und Wertvorstellungen eine wesentliche Rolle. Es gelang uns, türkische (bzw. kurdische) Fachkräfte der ersten und zweiten Migrantengeneration in unser Team zu holen, somit haben wir ein ausgewogenes Verhältnis unserer Fachkräfte erlangt. Dabei ist es uns ausdrücklich wichtig, auch weibliche Fachkräfte im Haus zu haben, um bereits mit der Teamzusammensetzung dem oftmals

einseitigen oder sogar negativ gefärbten Frauenbild unserer Klienten entgegenwirken zu können.

Die Einrichtung wird geleitet von

- einem Dipl. Sozialpädagogen/Suchttherapeuten
- einer Ärztin

4 Therapeutisches Konzept

4.1 Therapeutischer Gesamtrahmen

4.1.1 Medizinische Rehabilitation

Rehabilitation heißt Wiederherstellung und Wiedereingliederung. Die Rehabilitationsbehandlung, hier also die Entwöhnungsbehandlung, hilft Menschen mit chronischen Krankheiten oder Behinderungen ihre Krankheit und deren Auswirkung zu bewältigen bzw. mit ihnen leben zu lernen. Mithilfe der Rehabilitationsmaßnahme soll im Sinne der Deutschen Rentenversicherung die Leistungsfähigkeit wiederhergestellt bzw. verbessert und so dem Verlust der Erwerbsfähigkeit vorgebeugt werden. Die Klienten sollen in die Lage versetzt werden, möglichst selbständig am normalen Leben in Familie, Beruf und Gesellschaft teilzunehmen. Das Individuum, seine Funktionsfähigkeit im privaten Alltag, seine berufliche Leistungsfähigkeit und nicht zuletzt seine Lebensqualität stehen somit im Mittelpunkt unserer rehabilitativen Bemühungen.

Rehabilitation stellt primär Hilfe zur Selbsthilfe dar. Von den Klienten wird erwartet, dass sie sich unter therapeutischer Anleitung intensiv mit sich und ihrer Erkrankung und deren möglicher Bewältigung sowie den Grenzen derselben auseinandersetzen. Mit der Aufnahme in unsere Einrichtung und insbesondere mit Unterschrift des Therapievertrages bekundet der Klient, dass er nicht nur sein Recht auf Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch nehmen möchte, sondern auch bereit ist, seiner Verpflichtung zu aktiver Mitarbeit nachzukommen. Diese im Sozialgesetzbuch verankerte Mitwirkungspflicht ist in unserer Einrichtung eine der grundlegenden Leitlinien der gemeinsamen Arbeit. Sie wird durch den zur Bewältigung der Suchterkrankungen wesentlichen Gedanken der Selbsthilfe gestützt

4.1.2 Therapeutischer Ansatz

Die Einrichtung ist hinsichtlich der Therapieplätze bewusst klein konzipiert, um eine familiäre Atmosphäre zu schaffen, in der sich unsere Klienten wohlfühlen und jeder in seiner Individualität Beachtung findet. Insbesondere familiäre Elemente sind aus unserer Sicht in der therapeutischen Arbeit mit der Zielgruppe von Bedeutung. Die gesamte Therapieeinrichtung mit allen organisatorischen Strukturen und Abläufen ist für den einzelnen Klienten überschaubar. Es wird ihm erleichtert, sich mit dem Haus zu identifizieren und sich hier zugehörig, möglichst sogar „zu Hause“ zu fühlen.

Wir verfolgen in unserer Einrichtung dōnüş ein ganzheitliches Therapiekonzept, welches den Menschen in seiner Erkrankung und dessen Auswirkungen auf der körperlichen, psychischen und sozialen Ebene betrachtet. Insbesondere das nähere und weitere soziale Umfeld, also die Ursprungs- sowie die eigene Familie, der Arbeitsplatz und der Freundeskreis werden von der Suchterkrankung beeinflusst. Oftmals geht eine zunehmende Isolation und Verzweiflung einher mit dem Verlust von Beziehungen, Vertrauen und Hoffnung. Aus diesem Grund verstehen wir unsere Suchttherapie als Beziehungsarbeit.

Suchtmittelkonsum der Klienten stellt oftmals eine zum Überleben wichtige Verhaltensstrategie dar, mit welcher derjenige versucht hat, seine Probleme zu lösen. Andere Strategien waren zu dem Zeitpunkt entweder nicht verfügbar oder nicht erkennbar. Jedoch ist es aus unserer Sicht für den Rehabilitationsprozess wichtig bzw. entscheidend, dass der Klient sich nicht in die Opferrolle der widrigen Umstände begibt, sondern eine lösungsorientierte Sicht- und Lebensweise vermittelt bekommt. Damit soll der Klient die Perspektive der eigenen Handlungsfähigkeit sowie der Selbstwirksamkeit einnehmen bzw. entwickeln.

Unsere therapeutische Arbeit gründet auf einem Konzept der Humanistischen Psychologie, d.h., wir gehen aus von einer dem Individuum innewohnenden Kraft und einem Drang zur konstruktiven Veränderung, zur Selbstaktualisierung und Selbstverwirklichung. Damit im Einklang steht unser grundsätzliches und generelles Bemühen nach einfühlerndem Verständnis, positiver Wertschätzung und Respekt für unsere Klienten. Des Weiteren ist Bestandteil unserer Arbeit, deren persönlichen Normen, Werte und Glaubenssätze wertzuschätzen sowie Toleranz gegenüber verschiedenen Religionen zu leben und gegebenenfalls bei den Mitklienten zu entwickeln. Wir orientieren uns an der Förderung und Aktivierung der Fähigkeiten, Ressourcen und Möglichkeiten der Klienten.

Wichtig ist uns zudem die Vermittlung und Wahrung gegenseitiger Toleranz in allen Bereichen des Zusammenlebens in unserer Einrichtung. Zu diesem Konzept gehört auch das stetige Bemühen, den Klienten nach Möglichkeit Sinn, Zweck, Inhalte und Methoden allen therapeutischen Vorgehens, Handelns und Geschehens transparent und verständlich zu machen und ihre Einwilligung und Zustimmung dazu einzuholen.

Das Diagnosemanual ICD 10 beschreibt, dass Suchtmittelabhängige im Laufe der Entwicklung ihrer Abhängigkeit einen Kontrollverlust über das Suchtmittel erleben können. Aus diesem Grunde ist die Abklärung einer Abstinenzmotivation unabdingbar. Damit dies verständlich wird, legen wir während der Behandlung großen Wert auf die Auseinandersetzung mit der Abhängigkeit und ihren Folgen. Der Klient sollte hier Funktion und Wirkung der jeweiligen Suchtmittel, wie auch Funktion und Wirkung, unabhängig von der Art des Suchtmittels und den damit verbundenen Verhaltensweisen kennen ler-

nen. Erst wenn er auf diese Weise seine eigene Abhängigkeit erkannt hat, kann er davon ausgehend eine gewisse Krankheitseinsicht entwickeln und sich in einem nächsten Schritt für den Abschied vom Suchtmittel entscheiden. Hieraus folgt gemein hin die Erkenntnis, dass es mit dem Unterlassen des Konsums nicht getan ist, sondern weitreichende Änderungen des Lebensstiles erforderlich sind. Als wichtigen bzw. entscheidenden Schritt sehen wir dann die Entwicklung von Krankheitsakzeptanz, also der Akzeptanz eines Lebens mit einer chronischen Erkrankung.

Die Regeln des Zusammenlebens in der Gemeinschaft und alle einzelnen therapeutischen Maßnahmen sind aufeinander bezogen und stellen eine Wirkungseinheit dar, in dessen Zentrum die Behandlung der Abhängigkeitserkennung steht. Dieses Gesamtkonzept gliedert sich in einzelne therapeutische Bereiche sowie Maßnahmen und Angebote, die den Tages- und Wochenablauf der Klienten und des therapeutischen Fachteams bestimmen. Diese sind weiter unten näher beschrieben.

Dem humanistischen Grundkonzept entsprechen auch Auswahl und Anwendung der einzelnen therapeutischen Verfahren. Im allgemeinen Umgang mit den Klienten und in Einzel- und Gruppengesprächen eignet sich dazu etwa die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie, ergänzt um andere therapeutische Einzelverfahren (etwa Rollenspiele, Vorstellungstraining, Entspannungsverfahren, Psychodrama, bioenergetische und andere körperzentrierte Verfahren, aber auch spezifische Methoden aus der Verhaltens- und systemischen Therapie). Im Zusammenhang mit der Suchtproblematik lehnen wir uns hinsichtlich möglicher Erklärungen (theoretischer Modelle) der Suchtentstehung und Aufarbeitung der individuellen Funktionalität des Drogengebrauchs sowie des Aufbaus geeigneter alternativer Verhaltensweisen an die Erkenntnisse, Methoden und Sprache der kognitiven Therapie an. Psychoanalytische Ansätze und Erkenntnisse spielen eine Rolle bei der Erklärung und Bearbeitung von Phänomenen der Abwehr und Verdrängung, Übertragung/Gegenübertragung in Beziehungen und Gruppenprozessen. Das Vorgehen entspricht unserem eigenen Selbstverständnis und Handlungskonzept sowie den therapeutischen Ausbildungen und Erfahrungen der Mitarbeiter. Es kommt aber unseres Erachtens auch den spezifischen Eigenschaften und Möglichkeiten unserer Zielgruppe entgegen, bei der besondere Schwierigkeiten hinsichtlich des Therapieverständnisses zu erwarten sind.

4.1.3 Therapeutische Gemeinschaft

Im Zentrum des Aufenthaltes in unserem Haus stehen der Aufbau sozialer Bindungen und Beziehungen und das – gerade für Angehörige unserer Zielgruppe so wichtige – Zusammenleben in der Gemeinschaft. Dabei spielen Phänomene und Prozesse der Selbsterfahrung, des sozialen Kontaktes und Austausches, der Reflektion sozialer Beziehungen und des sozialen Handelns, der Selbst- und Fremdwahrnehmung, der sozialen Nähe und Abgrenzung, des Mit- und Gegeneinanders, von Gemeinsamkeit und

Konkurrenz, von Konflikt und Konfliktbewältigung und des Einlassens auf die Gemeinschaftsregeln eine große Rolle. In diesen Bereichen besitzen Abhängige aufgrund des chronischen Drogenmissbrauchs und der damit einhergehenden Folgen zumeist erhebliche Defizite. Die im Gemeinschaftsleben auftretenden Erfahrungen und Schwierigkeiten gilt es im therapeutischen Geschehen, in Einzel- und Gruppengesprächen aufzugreifen, zu bearbeiten und im Sinne der therapeutischen Zielvorstellungen positiv zu nutzen.

Der einzelne Klient soll lernen, wieder für sich selbst und andere sorgen zu können. Er soll an die Gemeinschaft herangeführt und befähigt werden, sich möglichst mit ihr und mit der Hausgemeinschaft zu identifizieren und Verantwortung dafür zu übernehmen. Dazu gehört auch, dass er sich in den Dienst der Gemeinschaft stellt und erforderliche Aufgaben übernimmt, so etwa Zimmerdienste, Aufräum- und Putzarbeiten, Reparaturarbeiten am Haus, Gartenarbeiten usw.. Im Zusammenhang mit der gemeinschaftlichen Selbstverpflegung kann der Einzelne seinen Beitrag zum Einkaufs-, Koch-, Küchen-, und Wirtschaftsdienst leisten. Unter Anleitung einer Fachkraft erfolgt hier die Einweisung in gesunde Ernährung, das Hauswirtschaften und das gemeinsame Kochen für die gesamte Gemeinschaft.

4.2 Therapiephasen

Die Dauer der stationären Therapiemaßnahme in unserem Haus beträgt in der Regel sechs Monate. Sollte sich die therapeutische Notwendigkeit einer Verlängerung zeigen, ist jedoch auch ein längerer Zeitraum möglich.

Unter bestimmten Voraussetzungen kann aber auch eine Kurzzeittherapie von drei bzw. vier Monaten erfolgen. Nähere Ausführungen sind dem Kurzzeitkonzept im Anhang zu entnehmen. Entsprechend verkürzen sich dann die unten aufgeführten Abschnitte.

Eine Entwöhnungsbehandlung von sechs Monaten gliedert sich in drei Abschnitte:

- | | |
|-------------------------|----------|
| 1. Aufnahmephase | 1 Monat |
| 2. Kernphase | 4 Monate |
| 3. Ablösephase | 1 Monate |

Die einzelnen Phasen bauen aufeinander auf und sind integrale Bestandteile des therapeutischen Gesamtprozesses. Es liegt im Ermessen des therapeutischen Teams, die Zeitspannen der einzelnen Phasen zu variieren. Entscheidend dafür sind die Einschätzung der Entwicklung des Klienten durch das Team ergänzt durch die Klientenselbsteinschätzung.

In allen Phasen müssen die Klienten Wochenberichte schreiben, in denen sie die zurückliegende Woche aus ihrer Sicht noch einmal reflektieren und die wichtige Grundlage und Spiegelbild für die therapeutische Entwicklung sind.

4.2.1 Aufnahmephase

In der Aufnahmephase lernt der Klient das Haus, die Umgebung, die Mitbewohner und Mitarbeiter sowie die Regelungen des Gemeinschaftslebens und die in der Anfangsphase geltenden Einschränkungen kennen. Die prägenden Aspekte dieser Phase sind Ruhe, Besinnung, Kontaktaufnahme, Orientierung, Einweisung in die Regeln im Haus. Von Anfang an stehen dem neuen Klienten eine feste Bezugsperson aus dem therapeutischen Team und eine feste Bezugsperson, ein sog. Pate, aus der Gruppe der Klienten zur Seite. Der Pate hat dabei die Aufgabe, ihn in die Gemeinschaft und die Gegebenheiten der Einrichtung einzuführen.

Die Einführung in die Hausgemeinschaft ist dabei sehr wichtig. Wie bereits beschrieben, ist es für die meisten unserer Klienten von großer Bedeutung, Teil einer Gruppe bzw. Gemeinschaft zu sein. In dieser Phase erfolgen außerdem diagnostische Gespräche sowie Einzelgespräche zur Abklärung individueller Probleme und zur sukzessiven Eingliederung in die Therapiegruppe, sowie zur Heranführung an das therapeutische Programm. Es ist besonders zu berücksichtigen, dass der Begriff „Therapie“ für Klienten aus Kollektivgesellschaften oftmals unbekannt ist und sie verunsichert sind im Hinblick auf das, was sie erwartet. Dabei ist gerade auch die Funktion von Mitarbeitern, die eigene Migrationserfahrungen haben, als wichtig anzusehen, da sie den Klienten ein Gefühl der Geborgenheit und Vertrautheit vermitteln.

Inhalt und Ziele in der Aufnahmephase:

- Kennen lernen des Gemeinschaftslebens und der Gemeinschaftsregeln
- Kontaktaufnahme zu den Mit Klienten sowie Erleben der eigenen Kontaktfähigkeit
- Aufbau einer Vertrauensbasis zu Mit Klienten und Therapeuten
- Kennenlernen und Eingliederung in die therapeutische Stammgruppe und in das gesamte therapeutische Programm
- Vermittlung der therapeutischen Regeln
- Aufbau einer therapeutischen Beziehung zwischen Klient und Bezugstherapeut
- Vermittlung von Therapieinhalten und zur Verfügung stehenden Hilfeangeboten der Einrichtung
- Stärkung von Therapiebereitschaft und Motivation
- Vermittlung von Kenntnissen der körperlichen und seelischen Folgen des Drogenmissbrauchs
- Beginn der körperlichen Gesundung und Stabilisierung

Weiterhin sollen in dieser Zeit individuelle Behandlungsziele erarbeitet werden. Am Ende der Aufnahmephase trifft der Klient zusammen mit dem Team die Entscheidung über den Fortgang der Entwöhnungsbehandlung. Dabei spielt die Eigenmotivation des Klienten die wichtigste Rolle. Im Fall einer positiven Entscheidung wird hierfür zur Bewusstmachung der Eigenverantwortlichkeit ein Therapievertrag unterschrieben.

4.2.2 Kernphase

In dieser Phase nimmt die dreimal wöchentlich stattfindende Gruppentherapie in der Psychotherapie eine zentrale Rolle ein. Hierbei geht es um eine intensive Auseinandersetzung mit der eigenen Lebensgeschichte, den eigenen Erfahrungen und Zusammenhängen zum Suchtgeschehen.

Die Klienten durchlaufen dafür verschiedene Phasen. Diese Phasen beinhalten die Auseinandersetzung mit dem Lebenslauf, dem Suchtverlauf sowie Veränderungen diesbezüglich im emotionalen, kognitiven und sozialen Bereich. Insbesondere werden die familiären Bindungen und Strukturen oder auch Probleme wie die Co - Abhängigkeit reflektiert und in Familienseminaren bearbeitet. Nicht selten zeigt sich hierbei die Tendenz zur Tabuisierung der Probleme sowie der Aufrechterhaltung einer idealisierten Sicht. Aus diesem Grund sind die Familienseminare ein Pflichtbaustein der Therapie und dienen der Vorbereitung auf die Heimfahrten ins familiäre Umfeld.

Zunehmend sollen die Klienten Eigenverantwortung erlernen, indem sie verschiedene Funktionen im Haus übernehmen. Darunter zählt zum Beispiel die Funktion des Hausrates, des Koordinators, des Küchendienstes usw.. Dabei sollen sie sich im Durchhaltevermögen, in der Durchsetzungsfähigkeit sowie in der Kritikfähigkeit erproben.

Des Weiteren ist die Arbeitstherapie ein wichtiger Baustein für die Prüfung sowie für den Aufbau der beruflichen Belastungsfähigkeit.

Inhalte und Ziele in der Kernphase:

- Erkennen und Akzeptieren eigener Stärken und Schwächen
- Entwicklung vorhandener Ressourcen
- Aufarbeitung vorhandener Defizite
- Abbau von Schuld-, Scham- und Minderwertigkeitsgefühlen
- Aufbau von positivem Selbstwertgefühl und Steigerung der Selbstakzeptanz
- Bewusstmachen eigener Emotionen, Wahrnehmungen, Denkmuster und Bedürfnisse

- Auseinandersetzung mit neuen Erfahrungen und Beziehungen im Gemeinschaftsleben
- Erkennen und Aufarbeiten der Funktionalität des eigenen Suchtverhaltens und Bearbeitung damit zusammenhängender Hintergrundprobleme
- Analyse und Bearbeitung von Abwehrmechanismen/Widerständen
- Übernahme von Selbstverantwortung
- Aufbau von und Identifikation mit neuen sozialen Verhaltensweisen
- Aufbau und Training von Konfliktlösungsstrategien
- Reflektieren eigener (kultureller) Wertvorstellungen und Vergleich mit den Wertvorstellungen des Elternhauses
- Kontaktaufnahme und/oder Auseinandersetzung mit der Familie
- Klärung und Aufarbeitung familiärer Probleme (ggf. im Familienseminar)
- Reflexion der Erwartungen der Aufnahmegesellschaft
- positive Identifikation mit dem eigenen Migrationshintergrund
- Entwicklung realistischer Zukunftsperspektiven sowie beruflicher Zukunftspläne
- selbständige Erledigung erforderlicher Behördengänge

4.2.3 Ablösephase

Zur Entlassungsvorbereitung wird eine sog. Realitätswoche durchgeführt. Das Ziel dieser Realitätswoche ist u.a. der Kontaktaufbau zu Nachsorgeeinrichtungen (z.B. betreutes Wohnen, Selbsthilfegruppen sowie zur ambulanten Suchtberatungsstelle vor Ort). Damit soll sich jeder ein Netz aus Hilfemöglichkeiten für die Zeit nach der Therapie schaffen. Die meisten Rückfälle finden gemeinhin in den ersten Wochen, wenn nicht Tagen nach der Entlassung statt, offenbar als Reaktion auf die neuen Lebensbedingungen und dem Wegfall einer zuvor umfassenden Versorgung.

Weiterhin dient diese Realitätswoche der Klärung von offenen rechtlichen Angelegenheiten. Darunter zählen z. B. Wohnungsangelegenheiten, die Beantragung von Arbeitslosengeld II, die Schuldenregulierung oder weitere Absprachen mit dem Bewährungshelfer. Alle diese Kontakte müssen dokumentiert werden, d.h. die Klienten bringen von den jeweiligen Stellen eine Bestätigung der Kontaktaufnahme mit. Welche Dinge tatsächlich stattfinden sollen, bespricht der jeweilige Bezugstherapeut mit dem Klienten im Vorfeld.

Am Ende dieser Ablösephase erfolgt die persönliche Therapiebilanz. Die Klienten reflektieren dabei ihren gesamten Therapiezeitraum und ziehen Bilanz über ihre Fort-

schritte, Erfolge sowie offen gebliebene Angelegenheiten bzw. Probleme. Zudem berichten sie über ihre Zukunftspläne und deren Umsetzungsmöglichkeiten.

Am letzten Tag wird der Klient von seinen Mitklienten und dem Team in einer Großgruppe verabschiedet und erhält von allen eine Rückmeldung zum Therapieverlauf und beobachteten Entwicklungen und Veränderungen.

4.3 Therapeutische Bereiche

4.3.1 Medizin

Zu Beginn der Behandlung erfolgt eine umfassende medizinische Eingangsuntersuchung des Klienten durch die Ärztin unseres Hauses. Die Ergebnisse der medizinischen Anamnese und die Befunde der Aufnahmeuntersuchung werden dokumentiert und zusammen mit anderen, bereits vorliegenden medizinischen Befunden, dem Klienten ausführlich und verständlich erläutert. Dies findet statt insbesondere im Hinblick auf die Wiederherstellung seiner Gesundheit, der weiteren Gesundheitsvorsorge, einer angemessenen Ernährung, dem adäquaten Umgang mit Medikamenten, der zumutbaren Belastbarkeit im Zusammenhang mit Sportaktivitäten und Arbeitsmaßnahmen.

Die Klienten stehen während der gesamten Entwöhnungsbehandlung unter ärztlicher Betreuung. Im Rahmen regelmäßiger Sprechstunden können sie die Ärztin im Haus aufsuchen, sich untersuchen und ärztlich beraten lassen. Bei Vorliegen körperlicher oder psychosomatischer Erkrankungen werden sie in der Regel ebenfalls von unserem Arzt behandelt. Gegebenenfalls leitet dieser eine weiterführende Diagnostik, Mit- oder Weiterbehandlung bei niedergelassenen Fachärzten, Fachambulanzen oder Kliniken in der Umgebung ein.

Bei einer indizierten Pharmakotherapie wird darauf geachtet, dass keine Medikamente mit Suchtpotential oder für den Abhängigen riskante Inhaltsstoffe verabreicht oder eingenommen werden. Nach Möglichkeit werden auch natürliche Heilverfahren eingesetzt. Zu den weiteren Aufgaben der Ärztin gehören die Vermittlung von Kenntnissen über allgemeine Gesundheitsfragen, zum Wesen, den Folgen und der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen, zu allgemeinen Hygienefragen und in diesem Zusammenhang interessierende Krankheiten (z.B. Übertragungsrisiken bei HIV oder Hepatitis).

Am Ende der Entwöhnungsbehandlung erfolgt wieder eine ärztliche Untersuchung. Die Ergebnisse geben Aufschluss über den aktuellen Gesundheitszustand vor der Entlassung und werden in einem Abschlussgutachten dokumentiert. Dieses enthält außerdem Aussagen über den gesamten Verlauf der Behandlung aus medizinischer und therapeutischer Sicht, prognostische Einschätzungen, sowie Empfehlungen für Weiterbehandlungen oder Nachsorgemaßnahmen (Epikrise).

4.3.2 Psychotherapie

Im Rahmen der Entwöhnungstherapie arbeitet das therapeutische Team im Gruppen- und Einzelsetting.

Psychotherapeutische Angebote:

- Gruppentherapie
- Einzeltherapie
- Diagnostik

Weitere spezifische Angebote:

- Thematische Interaktionsgruppen
- Indikative Gruppen
- Informationsgespräche
- Krisenintervention
- Beratungsgespräche
- Angehörigengespräche
- Familienseminare
- Nachsorgegespräche

Im Zentrum der Entwöhnungstherapie steht die Gruppentherapie, die im Rahmen von zwei therapeutischen Stammgruppen mit jeweils bis zu neun Klienten, einem Therapeuten und einem Co-Therapeuten stattfindet. In den gruppentherapeutischen Sitzungen werden überwiegend solche Probleme und Themenkreise bearbeitet, die den Teilnehmern gleichermaßen eigen sind, oder von deren Bearbeitung sie gleichermaßen profitieren können, wie z.B.

- Lebenslauf
- Drogenkarriere
- Vorhandene Ressourcen
- Migrationshintergrund
- Ausgrenzungserfahrungen
- Familiäre Situation
- Unterschiedliche kulturelle Bezugssysteme
- Berufliche Situation und Zukunftsperspektive

Für die Behandlung individueller Schwierigkeiten und Hintergrundprobleme ist eher ein einzeltherapeutisches Vorgehen angezeigt.

Wie bereits erwähnt, kommt den familiären Bindungen und Beziehungen bei unserer Zielgruppe im Zusammenhang mit der Entstehung, Bearbeitung und Bewältigung der Drogenproblematik eine ganz wesentliche Bedeutung zu. Von daher wird die Familie des Klienten in die Therapie einbezogen. Dies findet bereits in gemeinsamen Gesprächen mit Familienmitgliedern und dem Klienten, etwa bei Besuchen der Angehörigen, statt. Außerdem findet vor der ersten Heimfahrt verpflichtend ein Angehörigengespräch statt. Hieran nehmen die wichtigsten familiären Bezugspersonen des Klienten teil. Dies können neben der Partnerin/Ehefrau und den Kindern auch die Eltern oder Schwiegereltern sein. Dabei ist uns die ambivalente Haltung der Familie gegenüber Therapie durchaus bewusst.

4.3.3 Arbeitstherapie

Die Arbeitstherapie ist ein weiterer wichtiger Grundpfeiler des therapeutischen Instrumentariums. Sie ist ausgerichtet auf die späteren Lebensanforderungen der Klienten, an die sie sukzessive wieder herangeführt und gewöhnt werden sollen. Das bedeutet, dass der Rahmen, in dem die Therapie stattfindet, berufs- und alltagsähnlichen Situationen angeglichen wird. In den Bereich der Arbeitstherapie fallen einmal die Erledigungen des täglichen Lebens, etwa die Zimmer und das Haus in Ordnung zu halten, Renovierungs- und Instandhaltungsarbeiten am Anwesen durchzuführen, den Garten zu bestellen, die Mahlzeiten zuzubereiten, den Bereich Küche und Hauswirtschaft zu organisieren, Gemeinschaftseinkäufe zu tätigen, in der Wäscherei tätig zu sein und anderes mehr. Arbeiten in diesem Bereich sollen nach entsprechender Anleitung und Einarbeitung in der Regel selbständig ausgeführt werden.

Die Arbeitstherapie soll zudem Erfahrungen über regelmäßiges und verantwortungsvolles Arbeiten im beruflichen bzw. berufsähnlichen Bereich vermitteln und dient der Heranführung an spätere reale Arbeitstätigkeiten sowie der Vermittlung beruflicher Orientierung und der Vorbereitung auf eine spätere Ausbildung oder Beschäftigung. Innerhalb des Bereiches der Arbeitstherapie werden unter fachlich und pädagogisch kompetenter Anleitung verschiedene aufwändigere und längerfristige Projekte mit hohem Arbeitswert vorbereitet und durchgeführt. Als Betätigungsfelder für diesen Bereich stehen verschiedene Alternativen zur Verfügung.

So verfügt das Haus über eine Schreinerei/Holzwerkstatt, in der eine Fachkraft als Arbeitsanleiter tätig ist. Von hier aus können Arbeiten für den eigenen Bereich durchgeführt werden (Herstellung von Möbeln, Ausstattung der Räume und Klientenzimmer mit selbstentworfenen und selbstgebaute Einrichtung, Reparaturarbeiten an Fenstern und Türen, Planung und Anlage gewünschter Sporteinrichtungen, Ausbau und Einrich-

tung eines Krafttrainingsraumes). Es können aber auch Auftragsarbeiten konzipiert und übernommen werden. Eine Zusammenarbeit mit den mudra-Arbeitsprojekten ist in diesem Rahmen ebenfalls möglich.

Daneben können und sollen auch individuell abgestimmte Betriebspraktika außerhalb der bisher aufgeführten Arbeitsbereiche ermöglicht werden (etwa in umliegenden Handwerks- und Industriebetrieben oder bei Beschäftigungsgesellschaften).

Da jeder Klient verschiedene Voraussetzungen mitbringt (z.B. schulisch-berufliche Vorbildung, Arbeitserfahrungen, Schlüsselqualifikationen für den Arbeitsmarkt), müssen Ziele jeweils individuell gesteckt werden. Zielsetzung ist, dass sich der Klient nach Abschluss seiner Therapie dauerhaft in das Arbeitsleben integrieren kann.

Zielsetzungen sind:

- Pünktlichkeit und Gewissenhaftigkeit im Arbeitsalltag (sog. Primärtugenden)
- Motivationserhöhung im Arbeitsbereich
- Förderung der Frustrationstoleranz
- Verbesserung der Kooperations- und Teamfähigkeit
- Verbesserung der Ausdauerfähigkeit bei der Erreichung gesteckter Ziele
- Erlernen des Umgangs mit eigenen Schwächen und Stärken
- Aufbau bzw. Verbesserung handwerklicher Fähigkeiten
- Aufbau eines Planungsvermögens (eigener Kreativitätsansatz)
- Entwicklung einer beruflichen Vorstellung bzw. Perspektive
- realistischer Abgleich der eigenen Ressourcen mit den Anforderungen des Arbeitsmarktes

Neben der täglichen stattfindenden Arbeitstherapie, die jeweils Vormittags und Nachmittags zwei Stunden andauert, gibt es ergänzend das Belastungstraining.

4.3.3.1 Kreative Werktherapie

Im Gegensatz zur Arbeitstherapie, die auf den beruflichen Bereich abzielt, betrifft die Werktherapie eher den Hobby- und Freizeitbereich. Zwar gibt es auch hier (insbesondere zur Initiierung, Motivierung und anfänglichen Einweisungen) zuerst feste Termine und Zeiten für die Klienten, doch dieser Bereich geht dann mehr und mehr in die betreute oder offene Freizeitgestaltung über. Im Rahmen der Werktherapie lernen die Klienten, ihre Freizeit schöpferisch, sinnvoll und produktiv zu gestalten. Im Vordergrund stehen hier planerische, entwerfende und gestaltende Tätigkeiten zum Kennenlernen unterschiedlicher Materialien und zugehöriger Bearbeitungsverfahren – zum Erproben

und Erfahren eigenen Schaffens und zum Erleben der Umsetzung eigener Ideen und der eigenen Kreativität.

In Frage kommen hier Materialien wie Holz, Papier, Glas, Gips, Ton, Stein, Metall, aber auch Arbeiten wie Schmuckherstellung, Bleiverglasung usw. und Tätigkeiten im Umgang mit verschiedenen darstellerischen Medien wie z.B. Fotoarbeiten, Bildung einer Theatergruppe oder das Erstellen einer Hauszeitung. Bei letzterem können auch verschiedene kulturelle oder mehrsprachige Erfahrungen genutzt werden. In diesem Bereich werden möglichst alle Anregungen und Vorschläge der Klienten aufgegriffen und unterstützt.

4.3.3.2 Belastungstraining

Ein mehrwöchiges Belastungstraining wird in der Schreinerei, im Hauswirtschaftsbe- reich und in den externen Arbeitsprojekten durchgeführt. Die Klienten müssen sich nach Absprache mit dem jeweiligen Arbeitsanleiter für einen dieser Bereiche entschei- den. Im Belastungstraining sollen folgende Fähigkeiten trainiert werden:

- Übernahme von Verantwortung
- Selbstorganisation
- Planerische Fähigkeiten
- Organisation von Abläufen
- Umgang mit Kritik
- Gruppenfähigkeit und Kooperationsbereitschaft
- Konzentration
- Durchhaltevermögen
- Verarbeitung von Misserfolgen, Frustrationstoleranz

4.3.4 Sport- und Bewegungstherapie

Es gehört mit zum Wesen der Abhängigkeitserkrankung, dass Betroffene häufig die positive Beziehung zum eigenen Körper und zur eigenen Körperlichkeit verloren oder sogar ins Gegenteil verkehrt haben. Im Bereich der körperlichen Betätigung gibt es einen großen Nachholbedarf, im Bereich des Körperbewusstseins sind Einstellungsände- rungen erforderlich. Zum Therapieangebot gehören deshalb pädagogisch betreute Sport- und Bewegungsprogramme zur Steigerung von Aktivität, Fitness und körper- lich/geistigem Wohlbefinden und zur Erprobung körperlicher Belastbarkeit. Gleichzei- tig können durch Mannschafts- und Gemeinschaftssport alle therapeutischen Ziele im Hinblick auf soziale Beziehungen, sozialen Austausch und soziale Integration ange-

strebt und erreicht werden, wie sie etwa in Zusammenhang mit der Gruppen- und Soziotherapie beschrieben wurden. Dazu bieten wir an: Lauftraining, Radfahren, Wandern, Volleyball, Fußball, Street-/Basketball, Klettern und Bergsteigen, Gymnastik, Krafttraining, Badminton, Tischtennis, usw. Es können Begegnungen mit anderen Freizeitmannschaften organisiert werden. So besteht eine Kooperation mit dem TSV Fischbach, einem Fußballsportverein im Nachbarort sowie mit einem türkischen Sportverein. Dort haben unsere Klienten die Möglichkeit, regelmäßig mit zu trainieren und in den Mannschaften zu spielen. Sportmöglichkeiten können in der organisierten und offenen Freizeit genutzt werden.

Die Lauftherapie (langsames Joggen mit Gehpausen, je nach Trainingszustand der Teilnehmer) spielt im Rahmen des Therapieplans eine wichtige Rolle. Die walddreiche Umgebung Birnthons bietet sich dazu an. Von der Aufnahme an, soweit der gesundheitliche Zustand des Klienten es erlaubt, wird zweimal wöchentlich unter Anleitung eines Mitarbeiters gelaufen.

Neben den körperlichen Auswirkungen, wie z.B. die kontinuierliche Steigerung der Leistungsfähigkeit, ggf. Reduktion von Übergewicht, Stärkung des Immunsystems usw., bietet der langsame Dauerlauf auch Möglichkeiten zum Stressabbau, zur Steigerung des Selbstwertgefühls, zum Abbau von Ängsten oder einfach nur, um nachher „einen klaren Kopf“ und bessere Laune zu haben. Da unsere Laufgruppe sehr heterogen zusammengesetzt ist - es kommen immer wieder neue, untrainierte Klienten dazu - müssen die „Besseren“ auch lernen, auf die „Schwächeren“ Rücksicht zu nehmen, was oft ein schwieriger, aber wichtiger Prozess ist. Auch den eigenen Körper sorgsam zu behandeln, kann bei der Lauftherapie geübt werden.

4.3.5 Freizeitgestaltung und erlebnispädagogische Aktivitäten

Das (Wieder-)Erlernen eines sinnerfüllten Umgangs mit der eigenen Freizeit ist ebenfalls ein wichtiges Therapieziel. Drogenabhängige haben oftmals kaum oder keine (drogen-)freien Zeiten und kennen häufig kaum Möglichkeiten einer sinnvollen Freizeitgestaltung mehr. Trotz umfangreichen Programms soll es bewusst auch therapiefreie Zeiten geben, deren Gestaltung dem Einzelnen überlassen bleibt. Welche Klienten in ihrer Freizeit welche Aktivitäten entwickeln, wird beachtet und ggf. im Gruppengespräch thematisiert.

Insgesamt soll ausreichend freie Zeit zur Reflektion, zum Entspannen, Musik hören, Bücher lesen, Gespräche führen, Spiele spielen usw. zur Verfügung stehen, denn auch das muss z.T. wieder erlernt werden. Allerdings werden auch Angebote für Einzel- und Gruppenaktivitäten unterbreitet oder aufgegriffen, um eine mögliche anhaltende Inaktivität der Klienten zu unterbinden. Neben den bereits beschriebenen Bereichen Sport und kreatives Werken werden dazu auch gemeinsame Aktivitäten wie (Rad-)Wanderungen,

Kajak fahren, Ausflugsfahrten, Besichtigungen, Theater-, Kino- oder Konzertbesuche angeboten. Angebote dieser Art sollten sich möglichst aus der Eigeninitiative und Selbstorganisation der Klienten heraus entwickeln, indem beispielsweise Vorschläge für die sog. Aktivtage gemacht werden. Diese Aktivtage finden regelmäßig in Begleitung der Therapeuten statt. Dazu zählen neben den bereits erwähnten Aktivitäten auch Teilnahme an Volleyball- und Fußballturnieren und erlebnispädagogischen Aktivitäten.

4.4 Therapiebausteine

Das therapeutische Konzept enthält eine Vielzahl von einzelnen Bausteinen, die aufeinander abgestimmt sind und sich gegenseitig ergänzen.

4.4.1 Gruppentherapie

Therapeutische Gruppen finden dreimal wöchentlich statt. In den Therapiesitzungen sind die Klienten in zwei Kleingruppen von maximal neun Teilnehmern aufgeteilt. Sie finden im Wechsel mit der Arbeitstherapie vormittags statt.

In der Gruppe wird Wert darauf gelegt, dass sich die Klienten an die Gruppenregeln (wie u.a. den anderen ausreden lassen, von sich sprechen, usw.) halten. In der Gruppe werden Elemente der Gesprächstherapie, der kognitiven Therapie, der systemischen Therapie und der Gestalttherapie eingesetzt. Die Klienten erhalten in der Gruppentherapie die Möglichkeit, die Drogenabhängigkeit vor dem Hintergrund ihrer Biographie zu beschreiben und über ihre Gefühle und Bedürfnisse zu reflektieren.

In angeleiteten Gesprächen werden mit den Klienten alternative Problemlösungsstrategien erarbeitet und Ressourcen mobilisiert. Rollenspiele dienen der Erprobung von alternativen Verhaltensweisen, die es den Klienten ermöglichen sollen, den Anforderungen der Realität ohne Drogen gerecht zu werden. Ein Hauptaugenmerk liegt in der Aufarbeitung der Funktionalität des Suchtmittelgebrauchs und damit in Zusammenhang stehender Hintergrundprobleme. Die Klienten sollen erkennen, wozu sie Drogen eingesetzt haben. Dies wird insbesondere dann Thema, wenn ein Klient von der ersten in die zweite Behandlungsphase wechseln möchte. Zum Phasenwechsel müssen sich die Klienten auf verschiedene Aufgaben vorbereiten und tragen in der Kleingruppe u.a. ihren Lebenslauf, ihre Drogenkarriere sowie ihre Therapiebilanz vor.

Montags findet das Hausplenum statt, an welchem alle Klienten teilnehmen. Zentrale Themen dieser Hausversammlung sind die Organisation des Gemeinschaftslebens und das Mitteilen gegenseitiger Rückmeldungen in Form von Lob und Kritik. Hierbei übernehmen immer zwei Klienten Verantwortung für den Ablauf und achten z.B. auf das Einhalten der Gruppenregeln, während der Gruppensprecher die Moderation übernimmt.

Bei besonderen Anlässen (z.B. akute Konflikte zwischen den Klienten, schwere Regelverstöße, Rückfälle) werden alle Klienten zu einer sofortigen Großgruppensitzung zusammengerufen.

In der Großgruppe finden auch die Vorstellung neuer Klienten, Verabschiedungen und Informationsveranstaltungen statt.

4.4.2 Einzeltherapie

Einzeltherapie findet mindestens einmal wöchentlich mit dem zuständigen Bezugstherapeuten statt. Bei Bedarf sind weitere Termine möglich. Dies beinhaltet zunächst den Aufbau einer vertrauensvollen Klient – Therapeuten – Beziehung. In Anlehnung an das FRAMES-Konzept des motivational interviewing und die klientenzentrierte Gesprächstherapie (Rogers, 2002, 2004.) werden die Drogenabhängigkeit auslösenden und aufrechterhaltenden Faktoren sowie verschiedene Beziehungskonstellationen zu den Bezugspersonen des Klienten herausgearbeitet. Des Weiteren geht es in den Einzelgesprächen darum, die bestehenden Gedankenkreisläufe, Überzeugungen, Verhaltensweisen und Gefühle des Klienten bewusst zum Vorschein zu bringen, zu überprüfen und gegebenenfalls korrigierende Erfahrungen zu ermöglichen.

Hinter einer, bei dem Klientel häufig zu beobachtenden externalisierenden Symptomatik mit Aggressivität, oppositionellem Verhalten oder Dissozialität, verbirgt sich oftmals eine internalisierende Problematik (z.B. Depressivität), die erst im Kontakt zum Bezugstherapeuten deutlich wird. Die Einzeltherapie bietet insbesondere Raum für Themen, die im Gruppenkontext oftmals beispielsweise aus Scham vermieden werden (soziale Phobien, traumatisierende Erfahrungen wie Gewalt oder Missbrauch, Eheprobleme).

Häufig wird in den Einzelgesprächen der Grundstein dafür gelegt, bestimmte besprochene Themen auch in die Kleingruppe einzubringen. Dabei sollen die Klienten die Möglichkeit erhalten, den Erfahrungsaustausch für sich zu nutzen, Ratschläge einzuholen oder Rückmeldungen zu erhalten. Gleichzeitig soll die Gruppe, ähnlich wie bei Selbsthilfegruppen, ein stützender Faktor sein und dem Klienten aufzeigen, dass er mit seiner Problematik nicht alleine ist. Insbesondere bezieht sich dies häufig auf Problemstellungen innerhalb der Familie.

Darüber hinaus werden im Einzelgespräch Themen vertieft, die in der Gruppe besprochen wurden. Darunter fallen beispielsweise individuelle Persönlichkeitszüge, Verhaltensweisen oder auch eine individuelle Rückfallaufarbeitung.

Inhalte und Häufigkeiten der Therapiegespräche ergeben sich individuell nach Bedarf. Kriseninterventionen sind im Bedarfsfall ebenso Bestandteil der Einzelgespräche.

4.4.3 Themenzentrierte Gruppe

Einmal wöchentlich findet eine themenzentrierte Gruppe statt, in der schwerpunktmäßig einzelne Themen aufgegriffen werden. Darunter zählen z.B.:

- Informationen zum Arbeitslosengeld II
- Ausländergesetzgebung
- Migration
- Ambulant betreutes Wohnen
- Nachsorge
- Adaption
- Sucht und Sexualität
- Infektionskrankheiten
- Raucherentwöhnung
- Gesundheitsbewusste Ernährung
- Führerscheinverlust und –wiedererlangung

Ebenso findet vierzehntägig ein Seminar nach den Modulen des GAMOA-Konzepts (Gruppentherapie zur Abstinenz und Motivationsstärkung bei opiatabhängigen Patienten) statt. Dabei handelt es sich um Themen wie den Aufbau von Veränderungsmotivation, den Umgang mit Suchtdruck, die Betrachtung des sozialen Umfeldes oder die abstinenten Zielaufrechterhaltung

4.4.4 Indikative Gruppe

4.4.4.1 Rückfallprävention

Rückfälligkeit sehen wir als eine wichtige Erfahrung beim Herauswachsen aus der Sucht. Die Klienten sollen bei dieser Gruppe lernen, dass ein Rückfall zwar ernst zu nehmen ist, aber nicht zwangsläufig eine Katastrophe darstellt, insofern frühzeitig Hilfen in Anspruch genommen werden. Jeder Rückfall sagt sozusagen etwas darüber aus, bei welchen Problemstellungen der Klient noch keinen adäquaten Umgang bzw. keine ausreichenden Lösungsstrategien gefunden hat. Gleichzeitig sind viele drogenabhängige Menschen nur unzureichend über den Verlauf und die Phänomene ihrer Erkrankung informiert.

Das Rückfallprophylaxetraining (RPT) nach Klos und Görden (2009) stellt somit ein strukturiertes Trainingsprogramm dar, „das durch Frühzeitigkeit, ein systematisches Vorgehen, seinen therapeutisch, psychoedukativen Ansatz und seine Lifespan – Deve-

lopment – Perspektive sowie durch die explizite Einbeziehung von Rückfallmanagement gekennzeichnet ist.“. Zentrale Aspekte des Rückfallgeschehens wie persönliche Risikoprofile, Bewältigungsstrategien und Ressourcen werden in verschiedenen Modulen zusammen mit den Klienten erarbeitet und im Bedarfsfall in den Einzelgesprächen fortführend beleuchtet. Aber auch für die Drogenabhängigkeit spezifische Thematiken wie z.B. Drogenabhängigkeit und Alkohol sowie Kriminalität und Rückfälligkeit finden hier ihre Beachtung.

4.4.4.2 Soziales Kompetenztraining

Das Problem von Suchtklienten sind oftmals ihre suchtspezifischen Gedanken bzw. Grundannahmen. Beispielsweise gehört dazu, dass sie sich hilflos, ungeliebt und schwach fühlen. „Aktiviert durch Stressoren erzeugen diese Grundannahmen Angst, Dysphorie oder Ärger. Diese stress- oder suchtspezifischen Auslösesituationen lösen nicht direkt Verlangen aus, sondern sie aktivieren die suchtspezifischen Gedanken, die zu Verlangen führen.“ Hat der Klient nun das Gefühl, bestimmte emotionale Zustände bzw. negative Affekte nicht aushalten zu können, greift er bevorzugt zu Drogen, um der Situation zu entfliehen (Beck, Wright, Newman, Liese, 1997). Man kann an dieser Stelle auch von einem Problem der Affekt- und Emotionskontrolle sprechen.

Das Skillstraining nach der Dialektisch – Behavioralen Therapie (DBT) zielt deshalb auf die Bearbeitung und den Aufbau von Fähigkeiten bei Stress- und Krisensituationen ab. Dabei handelt es sich um kognitive, emotionale und handlungsbezogene Fähigkeiten, welche Störungen der Emotionsregulation und des Selbstwertes verbessern sollen. Hierfür gibt es folgende Module:

- Achtsamkeit
- Stresstoleranz
- Umgang mit Gefühlen
- Zwischenmenschliche Fertigkeiten
- Selbstwert

Sie sollen die Klienten u.a. dazu befähigen, sich selbst aus der Metaebene zu beobachten, um eine Relativierung von aktivierten Emotionen und Kognitionen zu ermöglichen (Bohus M., Wolf M., 2009).

4.4.4.3 Emotionstraining

Im Emotionstraining geht es darum, wieder Zugang zu Gefühlen zu bekommen, die durch den langjährigen Drogengebrauch unterdrückt oder verändert worden sind. Unangenehme Gefühle wie Ärger, Traurigkeit, Langeweile oder Wut, jedoch auch angenehme wie Freude oder Lust, werden bei Abhängigkeit in unterschiedlich starker Weise

betäubt und unterdrückt. In der Abstinenz sind diese Gefühle zum Teil wieder -schmerzhaft - bewusst zu spüren oder auch nur sehr unklar und schwer einzuordnen. Durch Wahrnehmungsübungen, Übungen in der Phantasie und praktische Übungen zum direkten und angemessenen Ausdruck von Gefühlen soll gelernt werden, wieder einen Zugang und eine hilfreiche Einstellung zu Gefühlen zu entwickeln und damit umzugehen.

4.4.4.4 Entspannungstraining

Die progressive Muskelrelaxation nach Jacobsen (Brandt, Grose, 2007) wird in unserer Einrichtung als unterstützendes Hilfsmittel in der Orientierungsphase eingesetzt. Das Ziel hierbei ist, die körperliche Anspannung, die auch eine langfristige Folge von Entzugserscheinungen sein kann, hin zu einem Entspannungszustand ohne Drogen oder Medikamente zu führen. Dabei ist es wichtig, den Klienten zu vermitteln, dass Entspannungstechniken erlernbar und jederzeit anwendbar sind.

Dieses Training wird in den ersten sechs Wochen jeweils verpflichtend einmal wöchentlich angeboten. Dabei erhalten die Klienten ein Infoblatt, mit dem sie täglich selbst üben können. Nach sechs Wochen können die Klienten freiwillig weiter an den angeleiteten Entspannungsübungen teilnehmen. Neben der Verbesserung der Entspannungsfähigkeit wird eine Sensibilisierung und Differenzierung der Körperwahrnehmung erreicht

4.4.5 Musikkurs

Regelmäßig kommt ein türkischer Musiklehrer und gibt unseren Klienten Unterricht im „Saz“ spielen. Aber auch das Spielen anderer türkischer Instrumente wie Ney („Dervisflöte“) ist möglich. Da die „Saz“ das Instrument in der Türkei ist, erfreut sich dieses Angebot großer Beliebtheit. Neben dem Spaß, ein Instrument zu spielen und damit auch Interesse für eine sinnvolle Freizeitbeschäftigung zu wecken, zeigt die Erfahrung, dass die Klienten über das Spielen von Volksliedern an diesem Instrument auch ihren (traditionellen) Sehnsüchten und Phantasien nachgehen können. Die oft melancholischen Lieder lösen sowohl Trauer, als auch Hoffnung aus. Diese Emotionen sind häufig Anknüpfungspunkt für therapeutische Gespräche und die Klienten können sich auf einer nonverbalen Ebene „ausleben“ und so Entlastung erfahren.

Des Weiteren können die Klienten im Gitarre spielen unterrichtet werden.

4.4.6 Qualifizierungsangebote

4.4.6.1 Deutschunterricht und Orientierungskurs

Klienten, die deutliche Defizite in der deutschen Sprache aufweisen, nehmen während ihres Aufenthaltes am Deutschkurs teil. Hier sollen die Grundlagen der deutschen Sprache sowie die Grundregeln der Rechtschreibung erworben, sowie Versagensängste und Vermeidungsverhalten abgebaut werden. Die Klienten erhalten hier individuell zugeschnittene Aufgaben, welche sie während des Kurses lösen sollen. Dabei besteht kein Zeit- oder Leistungsdruck. Des Weiteren sind Hausaufgaben ein fester Bestandteil, um die erworbenen Kenntnisse zu festigen.

In unserem Konzept ist zudem ein Orientierungskurs integriert, um den Klienten das Grundwissen aus den Bereichen Rechtsordnung, Geschichte und Kultur Deutschlands zu vermitteln. Dabei berücksichtigen wir das offizielle Konzept für Orientierungskurse des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge (BAMF). Ziel hierbei ist der Erwerb von Grundkenntnissen, die nach der Therapie beispielsweise im Rahmen von Kursen an Schulen oder bei Bildungsträgern vertieft werden können oder auch bei einem Einbürgerungstest nützlich sein könnten.

4.4.6.2 Grundkenntnisse EDV

Wöchentlich findet ein Grundkurs EDV statt. Hierbei erhalten die Klienten die Möglichkeit, sich Grundkenntnisse im Umgang mit dem PC anzueignen. Dies bezieht sich z.B. auf das Textverarbeitungsprogramm Word. Ziel ist es, dass die Klienten das Verfassen eigenständiger Texte lernen, diese weiter bearbeiten und speichern können. Im Laufe des Kurses soll möglichst jeder Klient eine Bewerbungsmappe erstellen (Deckblatt, Lebenslauf, Bewerbungsschreiben), welche er nach der Therapie als Vorlage für die Stellensuche verwenden kann.

Ein weiterer Kursschwerpunkt ist der Umgang mit dem Internet. Dabei sollen die Klienten befähigt werden, Suchmaschinen zu bedienen und sich zielgerichtet Informationen einzuholen.

4.4.7 Realitätswoche

Im Rahmen eines eine Woche andauernden Realitätstrainings gegen Ende der Therapie soll es dem Klient ermöglicht werden, sich intensiv um familiäre und behördliche Angelegenheiten zu kümmern. Hierzu gehören Arbeits- und Wohnungssuche, Behördengänge (z.B. Arbeitsagentur, Konsulat, Ausländeramt, Bewährungshilfe, Jobcenter usw.). Weiterhin soll der Kontakt zur Suchtberatungsstelle vor Ort (wieder)hergestellt werden.

Darüber hinaus soll der Klient seine bisher erreichten Ziele überprüfen und in der Realität erproben. Anfangs waren nur Ausgänge und Wochenendheimfahrten möglich, wobei

die Heimfahrten an den Wochenenden zur Familie eher einen Besuchscharakter haben. Die Belastungen sowie Erwartungshaltungen innerhalb der Familie sind geringer, so dass die Klienten ihre Belastungsfähigkeit noch unzureichend überprüfen konnten. Für die Dauer einer ganzen Woche werden andere, meist höhere Anforderungen und Erwartungen von den Angehörigen an den Klienten gestellt, die zu mehr Stress und belastenden Gefühlen führen können.

Diese Belastungen, die in der Realität zu Tage treten, werden anschließend in der Therapie reflektiert und aufgearbeitet. In der Nachbesprechung ist es möglich, eine distanzierte Analyse der aufgetretenen Probleme, aber auch der verwendeten Lösungsstrategien vorzunehmen. Hierbei entdecken die Klienten häufig neue Ziele, die für ihre Abstinenz wichtig sind. Diese Aufarbeitung mit einer Anpassung der bereits erlernten Bewältigungsmöglichkeiten soll den Klienten weiter stärken und die Selbstwirksamkeitserwartung erhöhen. Zudem bietet die Realitätswoche die Gelegenheit, eigene Ziele für die Zeit nach der Therapie oder einer eventuell anschließenden Adaptionsphase zu definieren bzw. die ursprünglichen zu überprüfen.

4.4.8 Partner- und Angehörigenarbeit

In unserem Behandlungskonzept werden die Partner bzw. die Angehörigen (Eltern, Geschwister) der Klienten ebenfalls miteinbezogen, da das Familiensystem hinsichtlich der Interpretation der Drogenkarriere eine sehr wichtige Rolle spielt. Nach der 10. Behandlungswoche wird mit dem Klienten ein Partner- bzw. Angehörigenseminar durchgeführt. Dieses Gespräch bietet die Gelegenheit, Probleme der Vergangenheit (z.B. Kränkungen, Enttäuschungen, gegenseitige unrealistische Erwartungen) anzusprechen und eine bessere Kommunikationsbasis zueinander zu finden.

Ziel des Seminars ist es außerdem, die Partner bzw. die Angehörigen des Klienten kennen zu lernen, sie über die Ursachen und Folgen von Suchtmittelabhängigkeit aufzuklären sowie die bevorstehende erste Heimfahrt, die ab der 12. Behandlungswoche stattfindet, durchzusprechen.

Erfahrungsgemäß können alle Beteiligten von diesem Angebot profitieren. Den Therapeuten kommt dabei die wichtige Rolle zu, zwischen den meist unterschiedlichen Denk- und Handlungssystemen der Beteiligten zu vermitteln. Teilweise findet sogar eine rein sprachliche Übersetzung statt, wenn sich ein Klient in seiner Emotionalität besser in der deutschen Sprache ausdrücken kann und dies beispielsweise seine Eltern nicht verstehen können und umgekehrt.

Ziele der Partner- und Angehörigenarbeit sind:

- Kommunikation zwischen beiden Seiten wieder zu stärken und gegenseitiges Verständnis zu fördern

- Mit Gefühlen innerhalb der Partnerschaft konstruktiv umzugehen, besonders mit denen, die durch die Abhängigkeit entstanden sind
- Lösungsmöglichkeiten für auftretende Probleme selbständig zu erarbeiten
- Mit Krisensituationen, vor allem dem Rückfall, umgehen zu können
- Co-abhängige Verhaltensweisen thematisieren

Bei Bedarf und Bereitschaft der Beteiligten können für die weitere Bearbeitung der partnerschaftlichen oder der familiären Beziehungen und Konflikte Folgetermine vereinbart werden.

4.4.9 Konfrontationstraining

4.4.9.1 Szenebesuch

Ab der 14. Woche ist es den Klienten möglich, einmal in der Woche für fünf Stunden alleine Ausgang nach Nürnberg zu machen. Ausgänge sind am Wochenende möglich. Bevor die Klienten einen Einzelausgang nach Nürnberg durchführen dürfen, wird mit ihnen in therapeutischer Begleitung ein Szenebesuch unternommen (in vivo-Übung). Das bedeutet, dass gemeinsam Plätze der offenen Drogenszene in Nürnberg aufgesucht werden. Gleichzeitig wird der Kontakt zur Beratungsstelle der mudra hergestellt, als spätere mögliche Anlaufstelle zur Nachsorge.

Bei diesem Szenebesuch sollen die Klienten bewusst einer realen Risikosituation ausgesetzt werden, um für die Zukunft Bewältigungsstrategien für beispielsweise aufkommenden Suchtdruck zu erarbeiten. Die Klienten erhalten die Aufgabe, sich bei dieser Übung genau zu beobachten und ihre aufkommenden Gedanken und Gefühle wahrzunehmen. „Für die Klienten und ihre Therapeuten kommt es ... darauf an, gemeinsam die Übungssituationen durch die absichtliche Konfrontation mit persönlich relevanten Auslösebedingungen (z.B. unmittelbare Konfrontation mit alkoholischen Getränken, Stimmungsinduktion durch Musik, Erinnerungen oder Aufsuchen bestimmter Örtlichkeiten) so zu gestalten, dass tatsächlich deutliches Verlangen nach Alkohol oder Medikamenten entsteht, dessen Bewältigung dann geübt werden kann.“ (Grabbe,1995). Dabei ist eine intensive Vor- und Nachbereitung des Szenebesuches durch den Bezugstherapeuten mit dem betreffenden Klienten von großer Bedeutung.

Neben dem therapeutischen Zweck dient der Szenebesuch auch dazu, den Klienten die Plätze Nürnbergs zu zeigen, die sie während ihres Ausgangs vermeiden sollten, um sich so vor unvorhergesehenen Kontakten mit der Szene zu schützen.

4.4.9.2 Discobesuch

Viele Klienten verbinden ihren Suchtmittelkonsum mit bestimmten Orten. Dazu gehören beispielsweise Diskotheken. Sie haben in der Zeit des aktiven Konsums den Eindruck gewonnen, nur mit Hilfe von Suchtmitteln Spaß haben zu können. Aus diesem Grund erfolgt während des Therapieaufenthaltes ein Diskobesuch unter therapeutischer Begleitung. Dabei sollen die Klienten die Erfahrung machen, dass sie sich auch ohne Suchtmittel amüsieren können. Gleichzeitig werden die Klienten mit der evtl. vorhandenen Angst konfrontiert, bei einem solchen Besuch den Suchtmitteln nicht standhalten zu können. Das Ziel ist das Gewinnen von Selbstvertrauen und Sicherheit. Zudem sollen sie ihre Angst vor Situationen und Orten, an denen Suchtmittel konsumiert werden, minimieren.

5 Adaption

Haben die Klienten die Phasen der Therapie durchlaufen, stellt sich am Ende der Kernphase, spätestens jedoch in der Ablösephase die Frage nach weiterführenden Hilfen. Als erfolgversprechende Maßnahme hat sich der Übergang in die sog. Adaptionphase erwiesen. Hier geht es verstärkt um die Wiedereingliederung in das Arbeitsleben und um den Aufbau eines selbstverantwortlichen Lebens. Entscheidet sich ein Klient für den Verbleib in der Region, besteht die Möglichkeit der Vermittlung in die interne Adaption der mudra. Ansonsten ist auch eine Weitervermittlung in eine andere Adaptionseinrichtung möglich.

In dieser Phase treten Selbständigkeit und Eigenverantwortlichkeit in den Vordergrund, therapeutische und beschützende Maßnahmen mehr und mehr in den Hintergrund. Der Therapeut hat hier eher die Rolle eines Unterstützers und Beraters, welcher die unternommenen Schritte (z.B. Arbeitssuche) mit dem Klienten bespricht sowie das Bemühen um Selbständigkeit unterstützt. Der Klient soll sich in dieser Phase insbesondere um die (Wieder-)Eingliederung in den Arbeits- und/oder Ausbildungsprozess bemühen. Außerdem geht es um die praktische Gestaltung der familiären Beziehungen, ggf. um eine eigene Wohnungssuche oder einen Platz in einer betreuten Nachsorge-Wohngemeinschaft sowie die Organisation einer ambulante Nachsorgemöglichkeit.

In Einzel- und Gruppengesprächen wird die schrittweise Loslösung aus der therapeutischen Gemeinschaft thematisiert, eventuelle Probleme und Krisen aufgefangen und besprochen. Damit soll die Stabilität des Klienten erhöht werden mit dem Ziel einer selbstbestimmten, zufriedenen und abstinente Zukunft. Ein direkter Übergang in eine Nachsorge wird angestrebt. Dabei können die Nachsorgeprojekte der mudra in Frage kommen.

Inhalte und Ziele der Adaptionphase:

- Steigerung der körperlichen und psychischen Belastbarkeit
- Erhöhung der Frustrationstoleranz
- Training des Umgangs mit kritischen Situationen und den realen Bedingungen vor Ort
- Erprobung des neuen Verhaltensrepertoires in der Realität
- (Wieder-) Herstellen angemessener familiärer Beziehungen

- realistische Zukunftsplanung im Hinblick auf Ausbildung, Beruf, Wohnung, Nachsorge
- Aufbau eines sozialen Umfeldes
- Teilnahme an Berufspraktika und/oder Ausbildungs- bzw. Arbeitsplatzsuche

Die ausführliche Beschreibung der Adaptionphase ist dem Adaptionskonzept im Anhang B zu entnehmen.

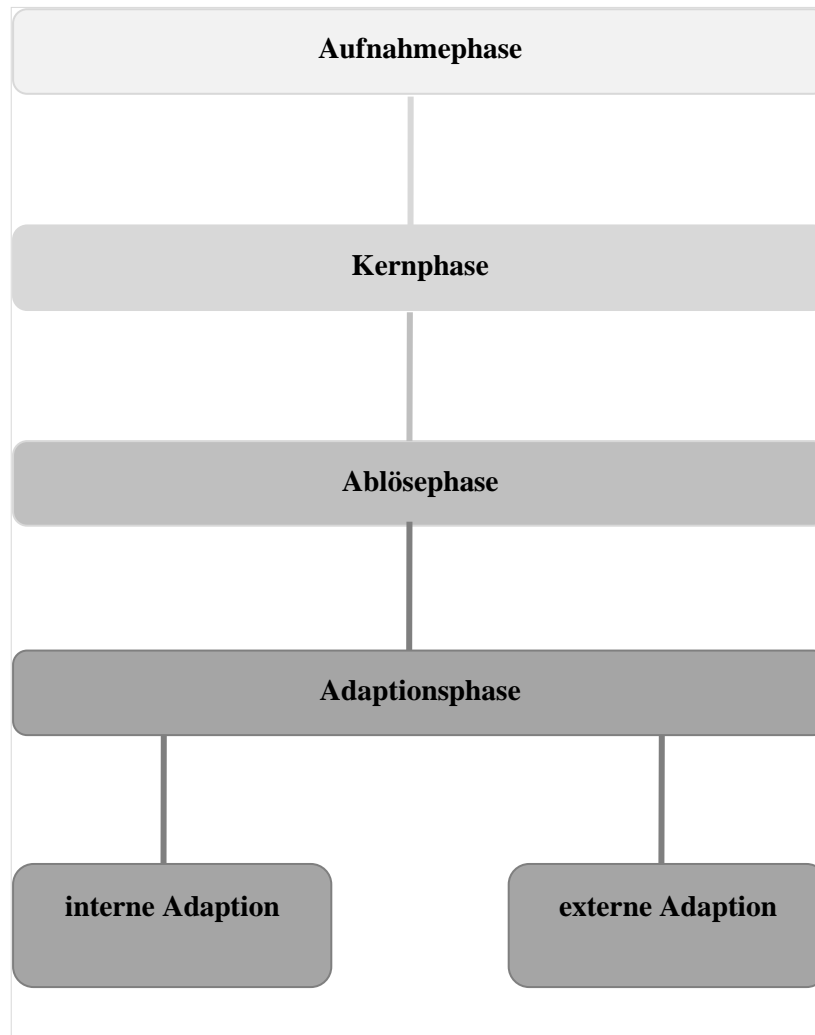


Abbildung 5: Schematische Darstellung der Kerntherapie und Adaption

6 Qualitätsmanagement

Die Qualitätssicherung und das Qualitätsmanagement umfassen alle Maßnahmen, die für die Konzeption, die praktische Umsetzung und das Erreichen der Behandlungsergebnisse erforderlich sind. Sie sollen gewährleisten, dass unsere Therapieeinrichtung alle diagnostischen und therapeutischen Leistungen nach dem aktuellen und anerkannten Stand der wissenschaftlichen Forschung vorgehalten und systematisch weiterentwickelt wird.

Der QM-Prozess wird durch einen internen QM-Beauftragten gesteuert und überwacht.

Das Qualitätsmanagement der dōnüş-Therapieeinrichtung orientiert sich am Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherungsträger. Ziel ist die Qualitätserhaltung sowie Optimierung von Arbeitsabläufen und Strukturen. So werden Instrumente der Dokumentation, Evaluation des Therapieprozesses (Peer-Review-Verfahren) zur Verbesserung des Standards in der medizinisch therapeutischen Dokumentation, Erhebung therapeutischer Leistung nach dem Qualifikationssystem therapeutischer Leistung (KTL, Klinik bezogene Auswertungen von Patientbefragungen und Patientenstrukturdaten) angewandt und ständig dem aktuellen Stand angepasst.

Wir verwenden in unserer Therapieeinrichtung das umfassende Patientendokumentationsprogramm Patfak/BADO, wodurch eine umfassende Erhebung und Dokumentation von Basisdaten, Patientenstrukturdaten, therapeutischen Maßnahmen, Verlaufsdaten und deren digitale Datentransfer zum Leistungsträger gewährleistet ist.

Ein interner Qualitätszirkel arbeitet zur Qualitätssicherung und stellt sich den Aufgaben der Prozess- Struktur- und Ergebnisqualität. Merkmale der internen Qualitätssicherung sind in dem Wochenplan fest integrierte Teambesprechungen, interne und externe Fort- und Weiterbildungen der Mitarbeiter in allen Aufgabenbereichen, sowie eine regelmäßige externe Teamsupervision. Darüber hinaus besteht eine Zusammenarbeit kooperierender Einrichtungen und die Mitarbeit an überregionalen Qualitätszirkeln und Expertenrunden („LAKSE“, Leitungsarbeitskreis stationärer Einrichtungen für Drogenabhängige; „buss“, Bundesverband für Stationäre Suchtkrankenhilfe e.V.).

Weiterhin besteht innerhalb der mudra ein interner Qualitätszirkel. Dieser QM-Zirkel ist ein Arbeitskreis mit Mitarbeitern aller Bereiche, der Qualitätsstandards für die Arbeit in der gesamten mudra festlegt. Themen, mit denen sich der Zirkel u.a. beschäftigt, sind Datenschutz, Einarbeitungsstandards, ethische Leitlinien, Hygienerichtlinien.

Die dōnüş-Therapieeinrichtung strebt eine Zertifizierung im Herbst 2012 an.

Literaturverzeichnis

Atabay, I. (1994). Ist dies mein Land? Identitätsentwicklung türkischer Migrantenkinder und -jugendlicher in der Bundesrepublik. Pfaffenweiler: Centaurus Verlag.

Beck AT, Wright FD, Newman CF, Liese BS (1997). Kognitive Therapie der Sucht. Weinheim, Psychologie Verlags Union.

Bericht 2011 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD Drogensituation, 2010/2011, S. 76.

Bohus, M. & Wolf, M. (2009). Interaktives Skillstraining für Borderline-Patienten (Manual & CD-ROM) Stuttgart: Schattauer.

Brandt, H., Grose, S. (2007). Weniger Stress durch Progressive Muskelentspannung: eine leicht zu erlernende Entspannungstechnik mit Entspannungsmusik zur Stressbewältigung. 2. erw. und überarb. Neuausg. Lübeck: Brandt.

Domenig, D. (2001). Migration, Drogen, transkulturelle Kompetenz. Bern: Verlag Hans Huber.

Kaya-Heinlein, D. (1999). Ansätze und Erfahrungen einer Langzeittherapieeinrichtung für Drogenabhängige junge Männer ausländischer Herkunft. In: Salman R./Tuna, S. T/Lessing, A: Handbuch interkulturelle Suchthilfe. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Klos, H. & Görgen, W. (2009). Rückfallprophylaxe bei Drogenabhängigkeit - Ein Trainingsprogramm. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Gaitanides, S. (1998). Zugangsbarrieren von Migranten zu den Drogendiensten. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Sucht in unserer multikulturellen Gesellschaft. Freiburg: Lambertus Verlag, S. 62-76.

Grabbe, M. (1995). Therapieziele aus systemischer Sicht. In: Heigl-Evers, A., Helas, I., Vollmer, H.C. (Hrsg): Suchtkranke in ihrer inneren und äußeren Realität. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, pp. 142-159.

Haasen C, Toprak MA, Yagdiran O, Kleinemeier E (2001a): Psychosoziale Aspekte der Sucht bei Migranten. Suchttherapie 2:161-166.

Özelsel, M. M. (1994). Gesundheit und Migration; Profil, München, 1990 Özelsel, M. M.: Die andere Mentalität; in: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 4/94.

Rogers, C. R. Die nicht-direktive Beratung. 11.Aufl., Fischer TB; Frankfurt a.M. 2004

Rogers, C. R. Die Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie 15. Aufl. Fischer TB, Frankfurt a. Main 2002

Rogers, C. R. Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie. 18. Aufl. Fischer TB., Frankfurt a. Main 2004

Schaeff, A. W. (1986). Co-Abhängigkeit. Nicht erkannt und falsch behandelt. Wildberg: Mona Bögner-Kaufmann Verlag.

Tuna, S. (1999). Die Bedeutung der Sprache in der interkulturellen Suchttherapie, in: Salman, R./Tuna, S./Lessing, A. (Hrsg.): Handbuch interkulturelle Suchthilfe, Gießen: Psychosozial-Verlag, S. 46-55.

Yüksel, T. (1999). Der kulturelle Aspekt in der Suchthilfe – Türkischislamische Grundhaltungen und ihre Auswirkungen auf das Drogenhilfesystem. In: Salman, R./Tuna, S./Lessing, A.: Handbuch interkulturelle Suchthilfe. Gießen: Psychosozial-Verlag, S. 30-45.

WHO – Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information DIMDI, Who-Kooperationszentrum für die Familie Internationaler Klassifikationen (ed.) (2004): ICF Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Genf (deutsche Fassung).

<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/index.htm>

Anhang A: Behandlungsvertrag

Behandlungsvertrag

Zwischen

Name und Vorname (Klient)

Geb. am

Wohnhaft in

und der **dönüş-Therapieeinrichtung** über die vollstationäre Behandlung zu den in den Allgemeinen Vertragsbedingungen (Haus- und Therapieregeln) der Therapieeinrichtung genannten Bedingungen wird nachfolgender Behandlungsvertrag abgeschlossen:

§1 Vertragsgegenstand

Die oben genannte Vertragsperson beauftragt die **dönüş-Therapieeinrichtung** für die Dauer von

mit der Durchführung einer vollstationären, psychotherapeutischen Entwöhnungsbehandlung einschließlich der dazu notwendigen Diagnostik.

§ 2 Schweigepflicht

1. Die Therapieeinrichtung unterliegt der gesetzlichen Schweigepflicht.
Diese entfällt lediglich bei der Entbindung der Therapieeinrichtung seitens des Klienten.
2. Es wird darauf hingewiesen, dass die gesetzlichen Kostenträger einen gesicherten Anspruch auf Auskunft hinsichtlich ihres Klienten haben.

§ 3 Vereinbarungen

1. Therapieeinrichtung:

- a. Die Therapieeinrichtung verpflichtet sich, eine kompetente und effektive Entwöhnungsbehandlung durchzuführen.
- b. Die Therapieeinrichtung verpflichtet sich, konzeptionell dargebotene Therapieinhalte anzubieten
- c. Die Therapieeinrichtung hält ethische und berufliche Richtlinien ein.
- d. Die Therapeuten stehen dem Klienten für wöchentliche Gruppen- und Einzeltherapiesitzungen zur Verfügung.
- e. Die Therapieeinrichtung wahrt die Integrität und Rechte des Klienten.

2. Klient:

- a. Der Klient verpflichtet sich, alle ihm angebotenen Therapieinhalte wahrzunehmen und aktiv mitzuarbeiten.
- b. Der Klient verpflichtet sich, der Therapieeinrichtung keinen Schaden zuzufügen. Zugefügte Schäden werden von dem Klienten getragen.
- c. Der Klient verpflichtet sich, die in den Allgemeinen Vertragsbedingungen aufgeführten und verbotenen Gegenstände nicht in die Therapieeinrichtung mitzubringen.
- d. Der Klient erklärt sich bereit, an Haus- und Zimmerkontrollen teilzunehmen, um zu einem drogenfreien Raum beizutragen.
- e. Der Klient erklärt sich bereit, an einer Bekleidungs- und Leibkontrolle mitzuwirken, um die oben genannten Punkte gewährleisten zu können.
- f. Alle Mitarbeiter der Therapieeinrichtung haben das Recht, diese Kontrollen durchzuführen.
- g. Im Falle der Nichteinhaltung von Punkt a-e kann das Vertragsverhältnis vorzeitig gelöst werden.

§ 4 Behandlungsdauer und Beendigung des Vertrages

1. Behandlungsdauer:

- a. Die Behandlungsdauer richtet sich nach der Konzeption der dōnūs-Therapieeinrichtung
- b. Eine Verlängerung der Behandlung kann mit Absprache des Klienten beantragt werden. Die Vereinbarungen des Behandlungsvertrages werden bei einer Behandlungsverlängerung um diesen Zeitraum erweitert.
- c. Eine Verkürzung der Behandlung ist nur durch therapeutische Indikationen machbar.

2. Beendigung des Vertrages:

- a. Die Beendigung der Behandlung erfolgt bei regelwidrigen Ereignissen, die dem § 4 und seinen Inhalten widersprechen.

- b. Der Klient kann den Behandlungsvertrag nach den Allgemeinen Vertragsbedingungen (Haus- und Therapieregeln) der Therapieeinrichtung kündigen.

§ 5 Schlussbestimmungen und Ergänzungen des Vertrages

1. Der Klient bestätigt durch seine Unterschrift, sich an die Vereinbarungen des Behandlungsvertrages zu halten.
2. Der Klient bestätigt durch seine Unterschrift, ein unterzeichnetes Exemplar dieses Behandlungsvertrages erhalten zu haben.
3. Mündliche Nebenvereinbarungen wurden nicht getroffen. Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der **Schriftform**.
4. Die Inhalte des Behandlungsvertrages sind nicht verhandelbar.
5. Ergänzungen:

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis mit dem Inhalt des Behandlungsvertrages.

Nürnberg, _____

Klient

Therapieeinrichtung

Anhang B: Adaptionkonzept

1. Ziele der Adaption

Das Adaptionkonzept besteht seit 1997 und ist Bestandteil der Behandlung der stationären dōnüş-Therapieeinrichtung in Nürnberg.

Die Adaption ist der letzte Teil der medizinischen Rehabilitation im Sinne der §§9 und 10 in Verbindung mit dem §15 SGB XI. Sie findet im Anschluss an die Behandlungsphase statt und dauert in der Regel zwei Monate. Aufbauend auf das therapeutische Konzept der dōnüş-Therapieeinrichtung treffen die dort formulierten grundsätzlichen Aussagen auch für die Arbeit in der Adaptionphase zu.

Die Adaptionphase dient im Besonderen der Wiederherstellung bzw. Erhaltung der Erwerbsfähigkeit. Alle lebenspraktischen Bereiche werden intensiviert, wobei der Schwerpunkt auf die Eigenverantwortlichkeit gelegt wird. Der Alltag soll zunehmend selbst strukturiert werden. Neben dem in Ordnung halten und Gestalten persönlicher Dinge soll der Klient mehr Verantwortung bezüglich der an ihn gestellten Anforderungen übernehmen. Die Orientierung nach der Berufs- und Alltagswelt nimmt zu, psychotherapeutische Angebote treten in den Hintergrund; d.h. ein eher soziotherapeutisches statt psychotherapeutisches Angebot kennzeichnet die Adaption.

Häufig entstehen bei den Klienten Ängste und Unsicherheiten bei der Rückkehr in die Realität, auch bedingt durch Fehleinschätzungen hinsichtlich Berufswahl und Arbeitsmöglichkeiten, sowie Schwierigkeiten im Umgang mit Behörden. Diese missglückten Eingliederungsversuche ziehen häufig eine erneute Kontaktaufnahme zu anderen Abhängigen und/oder einen Rückfall nach sich. Eine Neuorientierung, sowohl beruflich als auch sozial, scheitert vielfach. Deshalb dient die Adaption der Stabilisierung durch schrittweise, begleitete Konfrontation mit der Realität mit dem Ziel, diese Begleitung mit zunehmender Selbstständigkeitsfindung immer weiter zurückzunehmen. Eine schon in dieser Phase weitgehend eigenverantwortliche Lebensführung des Klienten wird ermöglicht, die Therapieziele sollen dabei fortlaufend überprüft und bei einer Sichtbarwerdung von Defiziten Hilfestellung gewährleistet sein.

Eine Erprobung im Erwerbsleben wird angestrebt, um die Leistungsfähigkeit des Klienten unter realen Bedingungen zu testen. Lücken und Defizite können so erkannt und rechtzeitig bearbeitet werden. Idealerweise geschieht dies im Rahmen eines externen Betriebspraktikums.

Neben dem Arbeitstraining sollen auch die Bemühungen des Klienten um seine familiären Beziehungen, Wohngelegenheit, ambulante Nachsorge oder betreute Nachsorge-Wohngemeinschaft, schulische Aus- oder Weiterbildung und Arbeitsplatz gefördert und unterstützt werden. Dazu wird auch der Aufbau tragfähiger sozialer Beziehungen außerhalb der therapeutischen Wohngemeinschaft, Eigeninitiative und sinnvolle Freizeitgestaltung gefördert.

Konkret bedeutet dies Hilfe bei:

- Erhöhung der Frustrationstoleranz in zunehmender Außenorientierung
- Verbesserung der Realitätseinschätzung
- realistische Zukunftsplanung im Hinblick auf Beruf, Wohnung, Ausbildung
- angemessener Umgang mit Geld
- Erprobung des neuen Verhaltensrepertoires in der Realität
- Steigerung der Belastbarkeit
- Aufbau eines konkreten sozialen Kontextes
- zunehmende Strukturierung und Gestaltung von Alltag und Freizeit
- Sinngabe des täglichen Lebens, Selbstvertrauen
- Wiederherstellung angemessener familiärer Beziehungen

2. Zielgruppe

Aufgenommen werden drogenabhängige junge Männer aus Kollektivgesellschaften, nach einer Behandlungsphase, die besondere Schwierigkeiten bei der beruflichen und sozialen Weidereingliederung haben.

Es werden Klienten aus der dönüş-Therapieeinrichtung aufgenommen, es können sich aber auch Klienten aus anderen Langzeittherapieeinrichtungen im Anschluss an ihre regulär abgeschlossene Kerntherapie bewerben.

3. Einrichtung/Räumlichkeiten

Die Adaption ist integriert in die dönüş-Therapieeinrichtung.

4. Aufnahme

Bei Klienten aus der dönüş-Therapieeinrichtung finden in der letzten Phase vor dem Übergang in die Adaption Schwerpunktgespräche der therapeutischen Mitarbeiter mit den betreffenden Klienten über die bevorstehende Adaptionsphase statt. In diesen Gesprächen werden auch die Mitbewohner der Adaptionsgruppe einbezogen. Bei Bewer-

bern aus anderen therapeutischen Einrichtungen sind diese Gespräche ebenfalls erforderlich, um über eine Aufnahme entscheiden zu können. So können Vorstellungen und Erwartungen des einzelnen Klienten mit denen der Mitbewohner und der Therapeuten abgeklärt werden.

Grundsätzliche Anforderungen an die Bewerber für die Adaption:

- Abschlussbericht der Therapieeinrichtung mit günstiger Prognose für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit
- bei Bedarf medizinische Unterlagen
- Freiwilligkeit
- aktive Mitarbeit bei den Behandlungsschritten
- Einhaltung der Hausordnung, der Gemeinschaftsregeln und der vereinbarten Pflichten

Das Aufnahmeverfahren sieht eine schriftliche Bewerbung vor, die einen ausführlichen Lebenslauf und eine Therapiereflexion durch den Bewerber enthält. Der Klient soll hierin auch Therapieziele, die er erreicht hat und solche, die er noch erreichen will, ausformulieren. Nach den schon weiter oben erwähnten Aufnahmegesprächen treffen die Therapeuten der dōnüş Therapieeinrichtung die endgültige Entscheidung über die Aufnahme unter Berücksichtigung der Interessen des betreffenden Klienten und der anderen Mitbewohner der Adaptionsgruppe. Zudem muss bei Bewerbern aus anderen therapeutischen Einrichtungen eine gültige Kostenzusage für die Adaptionsphase vorliegen.

5. Adaptionsplanung

Eine individuelle Adaptionsplanung wird für den entsprechenden Bewerber unter folgenden Kriterien erstellt:

- individueller Entwicklungsstand
- bisheriger Grad der Problembelastung und Konfliktbewältigung
- Rückfallgefährdung
- Fähigkeit zur Selbständigkeit
- berufliche Qualifikation und Erfahrung
- Beziehung zur Familie (Notwendigkeit der Angehörigenarbeit)
- Fähigkeit zu sozialen Beziehungen

Eine fortlaufende Überprüfung dieses Plans und Vergleich mit den erreichten Zielen findet während der Adaption statt.

6. Behandlungsverlauf

Nach der Entlassung aus einer Entwöhnungseinrichtung besteht die Gefahr des Rückfalls in suchtimmanentes Verhalten, da der Klient leicht dem Trugschluss unterliegt, die Therapie sei abgeschlossen und für ihn „erledigt“, obwohl alte Probleme (z.B. Arbeitsplatz, Wohnung, Schulden) noch nicht gelöst sind. Ein abrupter Übergang von der Entwöhnungseinrichtung in das gesellschaftliche Umfeld führt leicht zu einer Umbruchphase, in der viele Klienten überfordert sind. Deshalb erscheint es angezeigt, die Adaption in verschiedene Behandlungsphasen zu untergliedern, die aufeinander aufbauen.

6.1. Eingewöhnungsphase (ca. 1-2 Wochen)

Eine Veränderung der Situation des Klienten durch den Wechsel in die Adaptionphase kann den Klienten vor hohe Anforderungen stellen. Deswegen ist der Beginn durch das Einleben in die neue Situation gekennzeichnet. Alte Defizite können wieder auftreten, die in der Entwöhnungsbehandlung als bearbeitet schienen. Da diese erste Zeit häufig für Klienten eine Krise darstellen kann, ist es sinnvoll, die erreichten Therapieziele in der Entwöhnungsbehandlung neu zu spiegeln, Rückschlüsse zu schließen und gemeinsam mit dem Klienten die Ziele der Adaption aufzunehmen. Eine regelmäßige Überprüfung zusammen mit dem Klienten erscheint angezeigt und ist Bestandteil der Behandlung, jedoch mit zunehmender Verantwortlichkeit auf Seiten des Klienten. In der Eingewöhnungsphase soll der Klient behördliche Angelegenheiten in die Hand nehmen, Schwierigkeiten und Erfahrung sind Inhalte des Austausches mit anderen Klienten innerhalb der Abendrunden. Eine Mitgestaltung des Gemeinschaftslebens wird gerade in der Anfangsphase verstärkt eingefordert.

6.2. Kernphase (ca. 4 Wochen)

Inhalt dieser Phase ist die Forcierung der Arbeitsaufnahme, möglichst in Form eines Praktikums, um die Arbeitsfähigkeit zu erproben. Eine notwendige Verbesserung der beruflichen Qualifikation ist ebenfalls Thema und abzusprechen. Die Belastungsfähigkeit, sowie Kenntnisse und Fertigkeiten sollen verbessert und in eine Planung des beruflichen Fortkommens einbezogen werden. Stärken und Schwächen im Hinblick auf schulische Qualifikation, berufspraktische Fähigkeiten und intellektuelle Fähigkeiten werden neu definiert und der Realität angepasst. Soziale Kompetenzen und die Belastbarkeit unter Alltagsbedingungen können überprüft und modifiziert werden. Arbeitstätigkeit und Pflichten in der Hausgemeinschaft sowie in der Freizeit werden neu koordiniert und das Zusammenleben in der Wohngemeinschaft neu gestaltet; eine Folge der zunehmenden Außenorientierung. Die erzielten Erfolge/Konflikte sind ebenfalls Gesprächsinhalt

von Abendrunden und werden von den anderen Teilnehmern reflektiert. Kontakte zu arbeitsvermittelnden Stellen werden beibehalten.

6.3. Ablösephase (ca. 2 Wochen)

Sind die Ergebnisse der Arbeitserprobung als positiv zu bewerten und erscheint der Klient stabilisiert, so wird die Wohnungs- und Arbeitssuche – sofern zu diesem Zeitpunkt noch nicht geschehen – weiter konkretisiert.

Einer Krisensituation durch die erneute Umbruchsituation soll durch Beobachtung und Gespräche vorgebeugt werden. Die Therapeuten achten dabei vor allem auf das Aufleben alter Verhaltensmuster. Die Verhaltensstrategien bei einer Rückfallgefahr werden intensiver thematisiert.

Die Kontaktaufnahme zu Selbsthilfegruppen oder zu für den Umgang des Klienten positiv zu bewertenden Personen oder –gruppen wird gefördert, bzw. angeregt.

Veränderte Verhaltensweisen und persönliche Entwicklungen des Klienten werden in Gruppen- und Einzeltherapie noch einmal abschließend zusammengefasst und reflektiert. Bei Erfolg wird der Klient nach ärztlicher Abschlussuntersuchung und Erstellung des Entlassungsberichtes entlassen.

Ist das Ziel nach zwei Monaten nicht erreicht, wird geprüft, ob eine Verlängerung der Adaption notwendig ist, oder ob eine Notwendigkeit für erneute oder sonstige Behandlung besteht, bzw. ob sich eine weitere Einrichtung für den Klienten als geeignet erweist.

7. Therapeutisches Angebot

7.1. Methodik

Die Arbeit innerhalb der Adaptionsphase beruht auf dem methodischen Prinzip der therapeutischen Gemeinschaft. Die therapeutische Arbeit ist vorwiegend themenzentriert und auf reale Lebensumstände in Beruf und Gesellschaft bezogen. Eine weitestgehend realitätsnahe und an den individuellen Bedürfnissen orientierte Rehabilitation soll unter stetiger Zurücknahme des therapeutischen Hilfsangebotes erreicht werden.

Selbstverantwortung, alltägliches Zusammenleben in der Gemeinschaft, selbständige Gestaltung des bewohnten Zimmers und die Konfrontation mit den alltäglichen Problemen der sozialen und beruflichen Umwelt sind Grundlagen der therapeutischen Auseinandersetzung.

Eingebettet sind diese Rehabilitationsziele in einen therapeutischen Wochenplan, der für die Klienten verpflichtend ist.

Inhalte des Wochenplans sind:

Morgenrunde

- Jeden Morgen findet eine Morgenrunde statt, in der für Klienten, die sich nicht in einem Betriebspraktikum befinden, die Planung des Tages besprochen wird.

Abendrunde:

- Die Abendrunde findet zweimal wöchentlich statt. In ihr werden aktuelle Fragen und Konflikte geregelt, die sich aus der Haus- sowie der Arbeitssituation ergeben. Die Regelung organisatorischer Abläufe und die Einteilung der Gemeinschaftsdienste werden ebenfalls in der Abendrunde durchgeführt.
- Ein Abend in der Woche ist für psychotherapeutische Gruppen- und/oder Einzeltherapie vorbehalten.

Sonntagsgruppe:

- Jeden Sonntag nehmen die Adaptionsklienten an der Großgruppe der dönüş - Therapieeinrichtung, die ohne Beteiligung von Mitarbeitern stattfindet und vom Koordinator geleitet wird. In diesem Rahmen können unsere Klienten von eigenen persönlichen Alltagsproblemen berichten und gemeinsam Lösungen erarbeiten. In der Regel finden hier auch Heimfahrtsnachbesprechungen statt.

Während der Behandlung sind max. an zwei Wochenenden Heimfahrten, sowie das Partner- bzw. Angehörigenseminar möglich.

Die Bearbeitung der inneren, an die Biographie gekoppelten Probleme des Klienten tritt in den Hintergrund. Dies sollte inhaltlich bereits im Rahmen der ersten Phasen der Entwöhnungsbehandlung abgeschlossen worden sein.

7.1.1. Einzeltherapie

Das einzeltherapeutische Angebot soll zu einer Begleitung in Konflikt- und Krisensituationen bereitstehen, wenn diese nicht in der Gruppe gelöst werden können.

Inhalt und Häufigkeit ist individuell determiniert. Sitzungsthemen ergeben sich aus unzureichenden Bewältigungsstrategien hinsichtlich Problemen und Konflikten, die sich aus dem Erwerbsleben sowie der größeren Eigenverantwortlichkeit ergeben können.

Bei Bedarf kann auch auf Seiten des/der Therapeuten/in Stütze der Stärkung verschiedener Ich-Funktionen des Patienten angezeigt sein (Eigen- bzw. Fremdwahrnehmung, Affekt- bzw. Impulskontrolle, Wirkung des Verhaltens auf andere etc.).

7.1.2 Gruppentherapie

Das gruppentherapeutische Angebot umfasst in der Regel eine wöchentliche Sitzung. Es findet unter sozialpädagogischen und verhaltenstherapeutischen Aspekten statt. Ziel des gruppentherapeutischen Angebotes ist, dass das eigene Handeln und Erleben der Einzelnen transparent wird und die Klienten sich Konflikten selbständig und umgehend stellen. Erprobt werden soll dies mit den Mitteln von Kommunikationsübungen, Rollenspielen und Verhaltenstherapie, um mit adäquaten sozialen Verhaltensstrategien die persönliche Autonomie hinsichtlich der Bewältigung des „Alltags“ zu steigern. Eine Steigerung des Selbstwertes und Stärkung der Ich-Struktur ist Inhalt des therapeutischen Prozesses und soll der Erreichung des Therapieziels förderlich sein.

Eine Verlagerung des Schwerpunktes von psychotherapeutischer zu soziotherapeutischer Begleitung findet in der Weise statt, dass nun eher die Fokussierung von aktuellen Problemen und Konflikten, die sich aus den sozialen Bezügen, insbesondere in Bezug auf Arbeit und Beruf, ergeben, in den Vordergrund tritt. Das Ziel ist die gemeinsame Erarbeitung neuer Verhaltensstrategien sowie die probeweise Umsetzung und Verfestigung dieser.

7.1.3. Erprobung unter Arbeitsbelastung

Die Belastungsfähigkeit des Klienten unter realen Arbeitsbedingungen soll in direkter Zusammenarbeit mit Betrieben der Umgebung, sowie in **mudra** Projekten erprobt und gesteigert werden. Es werden deshalb Vereinbarungen mit den Betrieben hinsichtlich der Durchführung von Arbeitspraktika geschlossen.

Um Schwierigkeiten einzugrenzen und zu bearbeiten, findet ein Informationsaustausch zwischen den Mitarbeitern der Adaptionseinrichtung und den jeweiligen Betrieben statt. Gleichzeitig wird die Zusammenarbeit mit dem Arbeitsamt und vermittelnden Stellen aufgenommen.

Konflikte zwischen Betrieb und Praktikant werden so erkannt und können innerhalb der Adaptionseinrichtung bearbeitet werden. Erfahrungen und Erlebnisse in der Arbeitswelt werden in den Gruppen thematisiert. Als Ziel soll eine Einschätzung der persönlichen beruflichen Leistungen und Leistungsfähigkeit zunehmend realistisch gestaltet werden. Defizite sollen erkannt und reduziert werden.

Ziel ist die Vermittlung des Klienten in ein festes Arbeitsverhältnis. Dies wird nach Kräften gefördert und unterstützt.

7.1.4. Maßnahmen zur Förderung aktiver Freizeitgestaltung

Angeboten werden: Sportaktivitäten (z.B. Wandern, Volleyball, Fußball, Handball, Basketball, Klettern, Tischtennis, Konditionstraining, Schwimmen, Lauftherapie, Ausflüge, Wandern), Besuch von kulturellen Veranstaltungen, Anregungen für Entwicklung von Hobbys, Empfehlung von Literatur, mit dem jeweiligen Ziel, individuelle Anregungen und Impulse zum eigenverantwortlichen Gestalten von Freizeit zu geben.

Die Teilnahme an gemeinsamen Veranstaltungen der Therapieeinrichtung ist möglich, die Freizeitgestaltung außerhalb der Einrichtung wird jedoch zunehmend angestrebt.

7.1.5 Außenorientierung

Eine zunehmende Außenorientierung wird angeregt, um eine Ablösung von der Therapie zu erreichen. Dabei kommen in Frage:

- Selbsthilfegruppen
- externe Schuldnerberatung
- Kontaktaufnahme zu Vereinen und sonstigen Gemeinschaften
- Sportvereine
- Volkshochschulen
- Kulturläden (mit Angeboten auch aus dem orientalischen Kulturkreis)
- sonstige berufliche und neigungsgemäße Förderung, bzw. Wissensvermittlung

Die zunehmende Einbindung in einen sozialen Kontext außerhalb der Therapiegemeinschaft soll dem Ausbau tragfähiger sozialer Beziehungen und so einem weiteren Ausbau der erworbenen neuen sozialen Fähigkeiten dienen.

Da jedoch erfahrungsgemäß viele Klienten in ihr bisheriges Lebensumfeld zurückkehren wollen, dienen Kontaktaufnahmen auch zum „Hineinschnuppern“.

8. Anschlussmaßnahmen

Ziel ist es, den Klienten in eine geeignete Nachsorge, betreutes Wohnen und/oder Arbeit oder eigene Wohnung zu entlassen. Da dies bei diesem spezifischem Klientel mit hoher Intensität des Familienzusammenhangs sowie der spezifischen Schwierigkeiten unserer Zielgruppe (drohende Abschiebung, mangelnde Qualifikation, Vorurteile) als

sehr schwierig gelten kann, gilt das Teilziel, den Klienten möglichst gesichert durch eigene Arbeit in seine Familie zu entlassen, nachdem eine neue, positive Beziehung aufgebaut wurde.

Anhang c: Kurzzeittherapiekonzept

1. Bedarfsbeschreibung/Erfahrungen aus der Praxis

Die langjährige Erfahrung in der Arbeit mit Suchtmittelabhängigen bei mudra und dönüş zeigt immer wieder, dass eine vielmonatige Langzeitentwöhnungsmaßnahme nicht in allen Fällen den Bedürfnissen der Klientel gerecht wird. Langzeitentwöhnung richtet sich in erster Linie an Klienten, welche emotional, sozial und auch in Hinblick auf ihre berufliche Situation massive Defizite aufweisen und damit auf weniger Ressourcen zurückgreifen können. Im Unterschied dazu gibt es Fälle ehemaliger dönüş-Klienten, die nach der Therapie rückfällig werden und dann auf der Suche nach einer „Auffangtherapie“ sind. Auch Drogenabhängige, die in anderen Therapieeinrichtungen eine Entwöhnungsbehandlung abgeschlossen haben, sind immer wieder in einer vergleichbaren Situation. Andere erkennen, dass sie sich zusehend destabilisieren und suchen nach Möglichkeiten, diese Tendenz zu stoppen, um ihren erreichten Status im Rahmen eines zufriedenen, selbstbestimmten Lebens ohne Drogenkonsum nicht zu verlieren bzw. wieder zu erlangen.

Es wurde deutlich, dass wir ein Angebot schaffen müssen, um dieser spezifischen Zielgruppe gerecht zu werden. Im Fokus der Behandlung muss dabei die Mobilisierung vorhandener Ressourcen sowie die Stabilisierung des vor der krisenhaften Phase, die durch Rückfälle, möglicherweise auch schon wieder andauernden Gebrauch von Suchtmitteln und eine damit verbundene Abhängigkeit gekennzeichnet ist, weitgehend selbstbestimmten Lebens ohne Drogen stehen. Auf dieser Basis kann weiter aufgebaut werden. Dabei soll die Besonderheit des interkulturellen Therapieangebotes gesamtkonzeptionell beibehalten werden. Im therapeutischen Alltag wird die Behandlung in den täglichen Rahmen der Langzeitentwöhnungsmaßnahme integriert, das Gesamtkonzept behält Gültigkeit, Abweichungen bzw. ergänzende therapeutische Inhalte sind in diesem Kurzkonzept beschrieben.

2. Zielgruppe

Das Angebot richtet sich an Klienten, für die eine kürzere Behandlungsdauer ausreichend erscheint. Dies trifft im Besonderen bei Klienten zu, welche bereits eine Langzeitentwöhnung abgeschlossen haben oder bei denen sich noch keine massive und langzeitige Suchtmittelabhängigkeit manifestiert hat. Zusätzlich ist es notwendig, dass ein stabiles soziales Umfeld gegeben sowie ein protektiver familiärer Hintergrund vorhanden ist.

Indikationen

Für die Kurzzeittherapie in Frage kommen Klienten, welche eine vorausgegangene Maßnahme regulär beendet oder abgebrochen haben, bzw. diese vorzeitig beenden mussten. Kurzzeittherapie ist weiterhin indiziert, wenn

- ein Arbeitsverhältnis besteht, bzw. das letzte noch nicht lange beendet ist,
- eine intensive Vorbereitung durch eine Drogenberatungsstelle gewährleistet ist,
- tragfähige drogenfreie soziale Bezüge existieren,
- keine Manifestation einer massiven oder langzeitigen Suchtmittelabhängigkeit vorhanden ist,
- eine Zusatzdiagnose im Alkohol- und/oder Glücksspielbereich gestellt wurde,
- sich der Suchtmittelkonsum überwiegend auf Trend- und Partydrogen bezieht (Ecstasy, Amphetamine),
- eine Cannabis- und/oder Legal Highs-Abhängigkeit (chemical research) vorliegt.

Kontraindikationen

Nicht aufgenommen werden Klienten, welche neben ihrer Suchtmittelabhängigkeit eine weitere diagnostizierte, behandlungsbedürftige psychische Störung vorweisen. In diesen Fällen ist das Angebot einer Kurzzeitintervention nicht ausreichend. Weitere Ausschlusskriterien sind:

- Akute Suizidalität
- Akut drogeninduzierte Psychosen
- Ausgeprägte Polytoxikomanie
- Substitution

3. Therapieziele

Neben dem Generalziel, ein zufriedenes, selbstbestimmtes, drogenfreies Leben zu ermöglichen, werden mit den Klienten weitere individuelle Therapieziele erarbeitet, so z.B.

- Gewöhnung an einen strukturierten Lebensalltag
- Beibehaltung bzw. Aufbau der Arbeitsleistung
- Rückfallaufarbeitung und Rückfallprophylaxe zum Erkennen von Risikosituationen
- Entwicklung geeigneter Präventions-, Schutz- und Bewältigungsstrategien
- Stabilisierung und Ausbau vorhandener Ressourcen, sowie Erkennen von Defiziten und Bearbeiten dieser

- Weitere Verbesserung der Kommunikation gegenüber dem engeren sozialen Umfeld
- Steigerung der körperlichen und geistigen Fitness sowie die Stabilisierung des gesamtgesundheitlichen Zustandes

Individuelle Ziele werden mit dem Klienten anhand von Verhaltensanalysen erarbeitet und therapeutisch im Rahmen der Behandlung berücksichtigt.

4. Therapie- und Behandlungsdauer

Die Therapiedauer beträgt in der Regel 4 Monate. Diese gliedert sich in eine Kernphase (6-8 Wochen) sowie eine abschließende Adaptionphase (6-8 Wochen). Die jeweilige Dauer der einzelnen Therapiephasen ist individuell handhabbar und richtet sich in der Regel nach der Ausprägung der Abhängigkeitsstörung, bzw. den individuellen Bedürfnissen des Klienten. Sowohl die Kernphase wie auch die Adaptionphase sind integraler Bestandteil der Entwöhnungsbehandlung.

5. Aufnahmeverfahren

Neben einer schriftlichen Bewerbung muss der Einrichtung ein ausführlicher Lebenslauf, eine detaillierte Beschreibung der bisherigen Drogenkarriere sowie eine Erläuterung der aktuellen Problematik vorliegen. In der Regel findet vor der Aufnahme ein persönliches Vorstellungsgespräch zum gegenseitigen Kennen lernen sowie zu einer ersten Abklärung der Therapiemotivation statt.

6. Therapiephasen

6.1. Kerntherapie

Orientierungsphase

Diese wird in der Regel etwa zwei Wochen betragen. Der Klient erhält hierbei die Möglichkeit, sich mit der Einrichtung vertraut zu machen, sowie seinen Fokus auf sich zu lenken. Neben der verpflichtenden Teilnahme an Gruppensitzungen wird der Klient eine intensive Einzelbetreuung erhalten. Dies wird einerseits zur Erarbeitung einer therapeutischen Allianz genutzt, parallel dazu ist die Motivation zur Veränderung beim Klienten ein zentraler Aspekt dieser Phase. Den Abschluss findet sie in der Vereinbarung von ersten individuellen Therapiezielen, sowie in der Vermittlung der anzuwendenden Methoden zur Erreichung der Therapieziele. Die Methoden zum Aufbau und zur Stärkung von Veränderungsmotivation erfolgen nach den Prinzipien des Motivational Interviewing von Miller u. Rollnick (1991).

Veränderungsphase

Die in der Orientierungsphase erörterten Therapieziele werden mit dem Klienten erarbeitet und kontinuierlich überprüft. Innerhalb dieser Phase wird der Klient in therapeutischen Kleingruppen seinen Lebenslauf (alternativ seine Zeit nach der letzten Therapie) sowie seine Drogenkarriere vorstellen. Anhand dieser Vorstellung wird eine detaillierte Verhaltensanalyse (z.B. S-O-R-K-C) mit dem Klienten durchgeführt. Ziel ist die Präzisierung der Problembeschreibung sowie der Identifizierung wichtiger funktionaler Beziehungen. Weiterhin wird hierbei an der Veränderungsmotivation des Klienten gearbeitet. Der Klient orientiert sich in dieser Phase teilweise nach außen. Als letzter Schritt dieser Phase wird die therapeutische Umsetzung der aus der Verhaltensanalyse beschriebenen Ziele durchgeführt und evaluiert.

Die Veränderungsphase wird je nach Schweregrad der Abhängigkeit und der Gesamtproblematik etwa 6 bis 10 Wochen betragen.

6.2. Adaptionsphase

Die letzte Phase orientiert sich in der Regel am Konzept der Langzeitentwöhnungsmaßnahme. Unterscheidungen sind in einer intensiveren Anbindung an den Bezugstherapeuten aus der Kernphase zu sehen. Dieser wird den Klienten weiterhin bei der Überprüfung seiner Therapieziele unterstützen.

Letztlich wird die Adaptionsphase auch zur Ablösung aus dem therapeutischen Prozess genutzt. Der Klient orientiert sich mehr nach außen unter Wegnahme vorher bestehenden festen Strukturen. Weitere Aufgaben dieser Phase sind:

- Wohnungssuche
- Zukunftssicherung (Anträge zum Lebensunterhalt stellen, bzw. Arbeitsplatz suchen)
- Arbeitsplatz- bzw. Ausbildungs- oder Fortbildungsplatzsuche
- Gegebenenfalls Bemühen um eine/n Nachsorgeplatz, Selbsthilfegruppe, weiterführende ambulante Therapie und die weitere Anbindung an das Suchthilfesystem
- Aktive Freizeitgestaltung (Anbindung an Sportvereine, Musikgruppen, Kulturvereine etc.)

7. Einzelne Therapiebausteine

Gruppentherapie

Die Gruppentherapie findet dreimal wöchentlich statt. Sie wird von einem Therapeuten und einem Co-Therapeuten geleitet. Dabei wird im Besonderen darauf geachtet, dass sich die Klienten an die vorgegebenen Gruppenregeln halten. Innerhalb dieser Gruppen stellen die Klienten ihren Lebenslauf, ihre Drogenkarriere sowie ihre Therapiebilanz

vor. Neben der Vorstellung der persönlichen Ereignisse werden die Klienten anhand von Rollenspielen darauf geschult, mit schwierigen Situationen umzugehen, eigene Verhaltensweisen zu überprüfen und neue einzustudieren.

Ein weiterer zentraler Punkt liegt in der Aufarbeitung der Funktionalität des Suchtmittelgebrauchs und damit in Zusammenhang stehender Hintergrundprobleme. Innerhalb der Gruppentherapie werden Rückfälle sowie schwere Regelverstöße bearbeitet.

Die Klienten der Kurzzeittherapie nehmen an den gewöhnlichen Gruppensitzungen teil. Diese werden jedoch von Beginn an intensiver in die Gruppenarbeit einbezogen, da die Eingewöhnungsphase innerhalb der Maßnahme verkürzt ist.

Einzeltherapie

Die Einzeltherapie ist ein wichtiger Bestandteil der Kurzzeitintervention. Sie findet mindestens einmal wöchentlich mit dem zuständigen Bezugstherapeuten statt. Bei Bedarf kann dieses Angebot auch ausgeweitet werden (z.B. in akuten Krisensituationen). Hierbei liegt das Hauptaugenmerk auf der weiteren Erarbeitung von individuellen Zielplanungen sowie der Bearbeitung der Vorgehensweise zur Erreichung der Ziele. Federführend werden dabei das Motivational Interviewing, sowie Bausteine des Selbstmanagement (Kampfer) eingesetzt.

Neben der Bearbeitung von Therapiezielen können in diesem Rahmen auch persönliche Probleme erörtert werden, welche in der Gruppentherapie keinen Raum finden (z.B. sexueller Missbrauch, traumatische Erfahrungen etc.). Einzelne therapeutische Aufgaben werden innerhalb dieses Settings vor- wie auch nachbearbeitet.

Themenzentrierte Gruppen

I.d.R. findet einmal wöchentlich eine themenzentrierte Gruppen statt. Neben der allgemeinen Aufklärung zur Entstehung von Suchtmittelabhängigkeit werden den Klienten die einzelnen lang- und kurzfristigen Folgen des Substanzkonsums der einzelnen Stoffe nahe gebracht. Mit Hilfe des GAMOA-Manuals soll die Abstinenzbereitschaft sowie die Therapiemotivation gestärkt und langfristig erhalten werden. Weitere Schwerpunktthemen der TZG sind z.B. Gesundheitsförderung, Migration und Entwurzelung, Ausländerrecht, Arbeit und Ausbildung, u.a.

Akupunktur

Die Ärztin der Einrichtung bietet zur therapeutischen Unterstützung Akupunktur in Anlehnung an das NADA-Protokoll an. Dies erfolgt auf freiwilliger Basis und findet in den ersten Wochen der Maßnahme zur Stabilisierung des Klienten statt.

Entspannungstraining

Das Entspannungstraining ist fester Bestandteil der therapeutischen Maßnahme. Es wird in der Regel direkt nach der Aufnahme in der Therapie für die ersten 6 Wochen ver-

pflichtend angeboten. Darüber hinaus steht es dem jeweiligen Klienten nach Abschluss dieser Zeit frei, ob er sich weiterhin am Entspannungstraining beteiligen möchte.

Das Entspannungstraining orientiert sich an der progressiven Muskelentspannung nach Jacobsen und wird klientenorientiert in verschiedenen Sprachen vermittelt.

Rückfallgruppen

Dieses Gruppenangebot dient der Aufarbeitung von Rückfallgeschehen. Der Klient hat die Möglichkeit, von einem Rückfall bzw. von seinen Erfahrungen mit Rückfällen zu berichten. Daraufhin wird mit ihm eine Verhaltensanalyse durchgeführt, um die Hintergründe seines Verhaltens zu verdeutlichen. In der Folge werden anhand dieser Analyse mit dem Klienten weitere Vorgehensweisen und Strategien bei der Bearbeitung seines Problemverhaltens erörtert.

Rückfallgruppen finden auch nach aktuellen Rückfällen statt, sofern der Klient an einer Aufarbeitung seines Verhaltens Interesse zeigt. Besteht dieses Interesse nicht, verweigert er also eine Aufarbeitung des Geschehenen, kann die therapeutische Beziehung aufgrund mangelnder Therapiemotivation beendet werden.

Sporttherapie

Laufen und Fußballspielen sind die Hauptbestandteile der Sporttherapie, ergänzt durch Volleyball und Kraft- bzw. Fitnessraum. In der Lauftherapie, welche zweimal wöchentlich stattfindet, geht es um eine kontinuierliche Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit. Neben der körperlichen Komponente spielt hierbei die Auswirkung auf die Psyche eine große Rolle.

Im Fußballtraining werden mit den Klienten Soft-Skills einstudiert. Das Bewegen innerhalb einer Fußballmannschaft stellt für viele Klienten hierbei eine große Herausforderung dar. Vermittelt werden hierbei der Umgang mit Frustration, lernen mit Aggressionen umzugehen, gemeinsam ein Ziel zu erreichen etc.

Neben dem Fußballtraining stehen den Klienten im Einrichtungsgelände ein Volleyballfeld, ein Fitnessraum, sowie eine Basketballkorb zur freien Verfügung. Diese können außerhalb der Therapiezeiten bzw. nach Absprachen genutzt werden. Die Klientenmannschaft nimmt an regelmäßig stattfindenden internen und externen Fuß- und Volleyballturnieren teil.

Arbeitstherapie

Arbeitstherapie findet in der hausinternen Schreinerei, im Hauswirtschaftsbereich (Küche, Wäscherei, Hausreinigung), im Rahmen der Instandhaltung des Gebäudes und der Außenanlagen sowie je nach Jahreszeit im Garten statt. Neben der Vermittlung handwerklicher Basics steht hierbei das langsame Heranführen an kontinuierliche Tätigkeiten dar. Neben der Ausdauererprobung geht es um den Umgang mit Frustration, lernen sich einzuordnen, das Einüben verschiedener Handlungsabläufe und den Erwerb von bestimmten Grundkompetenzen, die für eine spätere Tätigkeit auf dem freien Arbeits-

markt unerlässlich sind. Klienten, welche in einem Arbeitsverhältnis stehen, sollen ihre diesbezüglich schon vorhandenen Strukturen und Kompetenzen stärken und ausbauen.

Aktivaktionen

Innerhalb dieses Therapiebausteins sollen den Klienten alternative Handlungsweisen in ihrer Freizeit vermittelt werden. Aktivaktionen finden in regelmäßigen Abständen statt und sind in ein- oder auch mehrtägiger Form möglich. Je nach Jahreszeit und nach Bedarf werden dabei z.B. folgende erlebnispädagogische Aktivitäten durchgeführt:

- (Berg)Wandern/Klettern
- Kanufahren
- Schwimmen
- Radtouren
- Veranstaltung von internen und Teilnahme an externen Volleyball- und Fußballturnieren
- Museums- und Kinobesuche
- Besuche des Nürnberger Reichsparteitagsgeländes, des Dokuzentrums Reichsparteitage und von Konzentrationslagern
- Kulturelle Aktivitäten (Konzert- und Theaterbesuche, Nürnberger Kulturtage, Klassik Open Air ...)
- ...

Familienheimfahrten

Familienheimfahrten können im Rahmen der Kerntherapie aufgrund der verkürzten Dauer der Behandlung nicht durchgeführt werden, da sich dies nicht mit den Vorgaben der DRV vereinbaren lässt (Heimfahrten erst nach achtwöchiger Behandlung möglich). Deswegen sind diese bei Kurzzeitinterventionen erst in der Adaptionphase möglich.

Vor der ersten Heimfahrt findet ein Angehörigenseminar in unserer Einrichtung statt. Wichtig dabei ist, dass der Klient und seine Angehörigen vergangenes Fehlverhalten (Kränkungen, Enttäuschungen, gegenseitige unrealistische Erwartungen) aufarbeiten und auf einer neuen Kommunikationsbasis zu einer neuen Beziehung zueinander finden können. Neben der Beziehungsgestaltung geht es auch um Rückfallprävention.

Orientierungskurs

Der Orientierungskurs findet einmal wöchentlich statt. Ziel ist hierbei die Auseinandersetzung mit den kulturellen und traditionellen Gepflogenheiten des Wahllandes. Ein weiterer wichtiger Bestandteil ist das Vermitteln der deutschen Geschichte, sowie die politische Bildung. Dabei orientieren wir uns am offiziellen Konzept für Orientierungskurse des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge (BAMF).

Deutschkurs

Der wöchentlich stattfindende Deutschkurs wird von Klienten besucht, welche (erhebliche) Defizite in der deutschen Sprache aufweisen. Dem Abbau von Versagensängsten und Vermeidungsverhalten im Bezug auf die Anwendung der deutschen Sprache kommt hier besondere Priorität zu.

Musikworkshop

Einmal wöchentlich findet ein „Saz-Kurs“ für Klienten statt. Interessierte Klienten sollen dabei die Möglichkeit haben, ein türkisches Musikinstrument zu erlernen, dabei neue Erfahrungen zu machen, neue Kompetenzen zu entwickeln und auch Erfolgserlebnisse über Erreichtes zu verspüren und zu erleben. Daneben bietet sich dies auch als sinnvolle Freizeitbeschäftigung an.

8. Personal

Das im Rahmen der Kurzzeittherapie eingesetzte Personal entspricht dem der dönüş-Therapieeinrichtung. Es setzt sich aus folgenden Mitarbeitern zusammen:

- Arzt
- Psychologe
- Sozialpädagogen
- Therapeutische muttersprachliche Mitarbeiter
- Arbeitsanleiter (Schreinerei, Hauswirtschaft)
- Verwaltungsfachkräfte
- Mitarbeiter für Indikative Gruppen und Nachtdienste
- Praktikanten

9. Räumlichkeiten

Die Behandlung wird in den Räumlichkeiten der dönüş-Therapieeinrichtung durchgeführt. Die Kurzzeitmaßnahme ist in den laufenden Betrieb der beiden Einrichtungen integriert.

10. Kostenträger

Kostenträger der Behandlung sind die:

- Deutsche Rentenversicherungen
- Gesetzliche und private Krankenkassen
- Sozialhilfeträgern
- Selbstzahler

Die Einrichtung ist nach §§ 35,36 BtmG staatlich anerkannt.

11. Literatur

Konzeption d n s-Therapieeinrichtung, Stand 2012

Kanfer, Reinecker, Schmelzer: Selbstmanagement-Therapie, Heidelberg 2006

Margraf, Schneider: Lehrbuch der Verhaltenstherapie Band 1, Heidelberg 2009

Margraf, Schneider: Lehrbuch der Verhaltenstherapie Band 2, Heidelberg 2009

Miller, Rollnick, C. Motivational interviewing. Preparing people to change addictive behavior. New York: 1991

Anhang: Schematische Darstellung der Kurzzeittherapie

		<i>Kostenträger:</i>
Woche	Datum	
Aufnahme		erster Anruf möglich
1.		
2.		Regelabfragung
3.		
4.		1. Phase, eigenverantwortlichen Laufen, Angeh�rigenbesuch möglich
5.		Szenebesuch
6.		3er-Ausgang nach Nürnberg, Teilnahme an eigenverantwortlichen Gruppenaktivitäten, 2. Phase
7.		
8.		Belastungserprobung von einer Woche
9.		
10.		Realit�tstraining von einer Woche
11.		
12.		verpflichtend Familienseminar
13.		Adaption
14.		
15.		
16.		
17.		Entlassung