



VOM ABSCHIED UND NEUBEGINN....

Liebe Leserinnen,
Liebe Leser,

nicht nur PatientInnen werden neu aufgenommen und zu einem späteren Zeitpunkt (hoffentlich: regulär und erfolgreich) aus der Klinik wieder entlassen, auch MitarbeiterInnen stellen sich neuen Herausforderungen ihres Lebens beziehungsweise beginnen ihre Tätigkeit in der Klinik.

Wir freuen uns sehr über die Verstärkung im medizinischen Bereich durch Herrn Norbert Ott, der unser Team seit Januar als Facharzt für Neurologie wunderbar ergänzt.



Ebenfalls zu uns gestoßen ist Frau Dipl.-Psych. Stefanie Diener, die wir im Januar als Bezugstherapeutin gewinnen konnten.



Unser Team verstärkt seit April Frau Corina Spaar als Sozialpädagogin, die die Nachfolge von Frau Keil im Sozialdienst antreten wird.



Den „Neuen“ wünschen wir viel Erfolg und eine gute Zusammenarbeit nach innen wie außen.

Bedanken möchten wir uns an dieser Stelle auch wieder bei den vielen Psychologie-PraktikantInnen, die unsere Alltagsaufgaben auch in diesem Jahr kontinuierlich aktiv und engagiert unterstützten!

Christian Muhl

WENN ZWEI SICH FINDEN...



Dipl.-Psych. Christian Muhl

Es gibt wohl kaum ein Ereignis, das in einer gemischtgeschlechtlichen Therapieeinrichtung mit einer solchen Regelmäßigkeit auftritt und beim Behandler sowohl Kopfschütteln als auch eine gewisse Hilflosigkeit auslöst, wie dass zwei Patienten miteinander eine Beziehung eingehen.

Was bedeutet das für den weiteren Therapieverlauf?
Eine offene therapeutische Auseinandersetzung mit diesem Thema scheitert häufig schon an den reflexartigen Reaktionen auf beiden Seiten. Der Grundeinstellung „Beziehungen sind meine Privatsache und gehen niemanden was an“ der Patienten, die sich ihre romantischen Gefühle nicht in Therapie-sitzungen „zerreden“ lassen möchten, steht das nicht weniger dogmatische „Wenn sie eine Beziehung eingehen, arbeiten sie gegen ihre Therapie“ der Therapeuten gegenüber, die fürchten, die mühsam erarbeiteten Therapieerfolge ihrer Patienten im Wirbelsturm der Leidenschaften davonwehen sehen zu müssen. Dabei wird häufig vergessen, dass ich mich als Patient in einer stationären Therapie, mit allem was ich denke, fühle und tue, in einem therapeutischen Raum befinde, in dem mit mir gearbeitet werden kann und soll. Und das bezieht selbstverständlich auch meine Beziehungen mit ein, wo sie Teil meiner Problematik sind. Des weiteren kann eine Beziehung in der Therapie vom Therapeuten als willkommenen Anlass genommen werden, dem Patienten zu korrigierenden Lernerfahrungen in der Beziehungsgestaltung (vielleicht sogar bis hin zur „sauberen Trennung“) zu verhelfen.
Eine erste Hilfe zur besseren Verständigung über dieses Phänomen, das aus der jeweiligen Perspektive der betroffenen Patienten und Therapeuten oft so unterschiedlich wahrgenommen und



...PAIRING IN DER THERAPIE

bewertet wird, könnten Erklärungsansätze zu dessen Entstehung sein. Dabei kommen gerade im Bereich der Drogenrehabilitation eine Reihe patientenbezogener aber auch struktureller Faktoren zusammen, die das Auftreten von Pairing begünstigen. Hierzu gehören:

- Die häufige Ausrichtung des Verhaltens drogenabhängiger Patienten auf unmittelbare Befriedigung von Bedürfnissen nach z. B. Sexualität, Nähe, Anerkennung und insbesondere bei Frauen auch Schutz und Sicherheit
- Mangelnde Impulssteuerungsfähigkeit, welche auch häufig in riskanten sexuellen Kontakten resultiert (ungeschützter Verkehr, keine oder unzureichende Verhütungsmaßnahmen)
- Bisherige, häufig hochfrequente aber instabile Beziehungsmuster, oder aber lange Deprivation auf Grund von Inhaftierungen
- Starker Wunsch nach Verdrängung belastender Emotionen (Unlustvermeidung) und der damit verbundenen Auseinandersetzung, stattdessen „sich mit Beziehung dicht machen“

Hinzu kommen das Pairing begünstigende Rahmenbedingungen, wie:

- Deutliche Ungleichheit im Geschlechterverhältnis ($\sigma > \text{♀}$) aufgrund der höheren Verbreitung von Drogenabhängigkeit bei Männern
- Behandlungskonzepte, die häufig viel Wert auf eine aktive Kontaktaufnahme und Beziehungsgestaltung der Patienten untereinander legen (Einschränkung und Reglementierung des Kontakts nach „außen“, Förderung

des Aufbaus von Kontakten innerhalb der Patientenschaft durch feste Bezugsgruppen, verbindliche gemeinsame Freizeitgestaltung, Entwicklung eines Gefühls gemeinschaftlicher Verbundenheit etc.)

- Lange Aufenthaltszeiten (bis zu sechs Monaten)

In der Summe ergibt sich für die Patienten eine Ausgangssituation, die geprägt ist vom starken Verlangen nach der unmittelbaren Befriedigung zwischenmenschlicher Bedürfnisse durch andere, in einer Gemeinschaft, in der die Meisten vom demselben Wunsch getrieben sind. Erschwerend für die weiblichen Patienten kommt hinzu, dass sie aus einem Überangebot an männlichen Beziehungspartner wählen können. Der Verzicht auf eine Beziehung während der Behandlungszeit erscheint unter diesen Umständen schwieriger als der Verzicht auf den Suchtmittelkonsum, da eine ständige Versuchungssituation besteht. Abgesehen davon, entscheiden sich die meisten Patienten im Rahmen einer Entwöhnungsbehandlung allenfalls gegen den Konsum von Suchtmitteln, aber nicht gegen das Eingehen einer Beziehung.

Die impliziten Anforderungen, denen sich die Patienten im Behandlungsetting gegenüber sehen, stellen eine zusätzliche Herausforderung an ihre „Beziehungsabstinentenzfähigkeit“ dar. Sie werden einerseits therapeutisch darin gefördert Vertrauen zu einander aufbauen und sich gemeinsam mit den anderen Mitpatienten als positive und unterstützende Gemeinschaft zu erleben. Andererseits besteht die Forderung, sich kritisch von Mitpatienten zu distanzieren, zu denen sie sich hingezogen fühlen. Eine gerade für Menschen mit Problemen in der Nähe/Distanzregulation, wie sie bei unseren Patienten häufig vorkommen, schwer zu bewältigende Aufgabe.



Assortative mating oder Ich x Du = Wir²

Doch was bringt Menschen überhaupt zusammen? Wieso gehen Patienten mit anderen Patienten scheinbar so leichtfertig eine Paarbeziehung ein? Fragt man Patienten selbst, ob sie ihrem Kind davon abraten würden, eine Beziehung zu einer ehemals drogenabhängigen Person aufzunehmen, antworten viele wie selbstverständlich mit „ja“. Das Stigma der Drogenabhängigkeit reicht anscheinend auch bis in den Kreis der Abhängigen selbst hinein. Warum also finden sich diese immer wieder sehr schnell in solchen oft dysfunktionalen Beziehungen zu anderen Drogenabhängigen wieder? Hierzu gibt es unterschiedliche Erklärungsversuche und eine ganze Reihe von Studien, die sich mit dem Thema des Einflusses von Paarbeziehungen auf die Stabilisierung von Drogenkonsum und kriminellem Verhalten beschäftigen. In ihrer Übersichtsarbeit zur Forschung auf diesem Gebiet zeigen Rhule-Louie und McMahon (2007) u. a., dass zahlreiche empirische Hinweise für das Erklärungsmodell des „assortative matings“ existieren. Dieser Ansatz geht davon aus, dass wir unsere Beziehungspartner nicht zufällig finden, sondern aufgrund von sozialen Gemeinsamkeiten bedingt durch ähnliche sozio-demographische Entwicklungs- und Umgebungsbedingungen auswählen. Dies würde zum Beispiel für eine Patientin mit einem frühen Abhängigkeitsbeginn in der Adoleszenz bedeuten, dass sie in den Wahlmöglichkeiten ihrer Beziehungspartner bereits eingeschränkt ist, da sie hauptsächlich in Kontakt mit ebenfalls konsumierenden peers steht. Die wahrgenommene Ähnlichkeit zwischen ihr und den anderen Konsumenten erhöht die Wahrscheinlichkeit einer Beziehung zu einem ebenfalls Abhängigen. Zusätzlich scheinen wir eine Präferenz für Partner zu haben, bei denen wir Eigenschaften oder Verhaltensweisen erkennen, die wir bei uns wiederfinden („phenotypic preference“). Dies bezieht mit problematischem Verhalten, wie Drogenkonsum, assoziierte Eigenschaften, wie z. B. Impulsivität oder sensation seeking

mit ein. Nach diesem Modell schaffen wir uns mit dieser Partnerwahl nach Ähnlichkeit eine Art privates soziales Biotop, in dem unsere Eigenschaften, positive wie negative, akzeptiert bzw. verstärkt und damit verbundene Verhaltensweisen stabilisiert werden, auch wenn diese dysfunktional und schädlich sind.



Daraus ließe sich schlussfolgern, dass eine „normale“ Beziehung zu einem nicht abhängigen, sozial eingebundenen, nicht kriminellen Mann auch aus Sicht unserer Patientin vernünftig und wünschenswert erscheinen würde. In der Tat gibt es empirische Belege (Simons et al. 2002), dass gerade Frauen in Partnerschaften mit prosozialen und unterstützenden Männern profitieren, während Frauen in Beziehungen mit einem kriminellen Partner mit höherer Wahrscheinlichkeit selbst kriminell werden. Die Wahl der Patientin würde aber aufgrund der wahrgenommenen höheren Ähnlichkeit aber wieder auf den dadurch attraktiver wirkenden Drogenabhängigen fallen. Solche Ergebnisse scheinen die Befürchtung von Therapeuten, dass eine Beziehung zwischen Drogenabhängigen langfristig nur im gemeinsamen Untergang enden kann, zu bestätigen. Der Wunsch, gerade weibliche Patienten vor Beziehungsangeboten durch den falschen Typ Mann zu „schützen“, scheint also durchaus verständlich, kontrastiert häufig aber mit der Wirklichkeit, in der sich die Patienten bewegen. Gerade in der Drogenrehabilitation leben die Patienten, während sie unterschiedliche, aufeinander abgestimmte Therapie- und Nachsorgeangebote durchlaufen, selbst wenn sie dauerhaft abstinent sind, mitunter jahrelang mit anderen Ex-Konsumenten zusammen, so dass vor allem für die Frauen das Eingehen einer Beziehung innerhalb dieses Personenkreises hochwahrscheinlich ist. Statt umfassender Schutzmaßnahmen, die spätestens in einem sehr viel weniger strukturierten und reglementierten Umfeld, wie etwa einer betreuten Wohngruppe, nicht mehr existieren, könnte es helfen, problematische Aspekte der Beziehungsgestaltung für die Patienten erfahrbar zu machen,

mit Hilfe des Therapeuten kritisch zu reflektieren und zu verändern. Selbstverständlich kann es in manchen Fällen sinnvoll und für eine Patientin entlastender sein, wenn mit ihr vereinbart wird, dass sie während der Therapiezeit keine Liebesbeziehungen eingehen soll. Wichtig ist, dass die Patientin dies vor dem Hintergrund einer ausreichenden Problemeinsicht in ihre Beziehungssituation aber auch als hilfreich versteht, um ausreichend motiviert zu sein, dies auch umzusetzen.

Wo endet Pairing, wo kann Paartherapie beginnen?

Ich möchte an dieser Stelle nicht unterschlagen, dass das Eingehen einer romantischen Beziehung wäh-



rend einer Therapie durchaus negative Auswirkungen auf den Therapieverlauf haben kann. Endokrine Monochromasie (also alles durch die „rosarote Brille“ sehen) kann vor allem in der ersten Verliebtheitsphase dazu führen, dass der Patient sich stark auf den Beziehungspartner fixiert, sich von seinen Themen ablenkt und überhaupt so auftritt, als habe er keine Probleme mehr. Ein für den Therapeuten äußerst unbefriedigender Zustand, denn er scheint, eben noch gebraucht, nun erstmal außen vor zu sein. Der Versuch diese Situation „mit Gewalt“, sprich Sanktionierung, aufzulösen, ist häufig so aufreibend wie erfolglos. Bernhard und Lamprecht (1991) haben in ihrem Artikel zum „Kurschatten-Phänomen“ aus psychoanalytischer Sicht beschrieben, wie die Gegebenheiten einer stationären Therapie und deren Einfluss auf den Therapeuten (!) das Auftreten von Beziehungen zwischen Patienten begünstigen kann. Sie unterscheiden dabei zwischen verschiedenen Patiententypen, von denen der eine, ihrer Beobachtung nach deutlich seltener vorkommende, lediglich ein sexuelles Abenteuer sucht, wenig Verantwortungsbewusstsein und Veränderungswillen zeigt und für die Therapie nicht erreichbar scheint, während der andere zwar erotisch gefärbte aber nicht primär sexuelle Beziehungen eingeht,

einen hohen Leidensdruck hat und im stationären Rahmen „in eine Beziehungsambivalenz zwischen konfliktaufdeckender therapeutischer Beziehung und wunscherfüllender Kurschattenbeziehung“ gerät. In ihren Schlussfolgerungen zu den therapeutischen Konsequenzen raten sie deshalb dazu, zunächst den Patienten vor „störenden, normativ verurteilendem Außendruck“ zu schützen und die Beziehungsproblematik und ihre Bedeutung aktiv in der Therapie aufzugreifen, verschweigen jedoch auch nicht Strukturierungsmaßnahmen oder Aufenthaltsbeschränkungen zu veranlassen, sollte sich eine negative therapeutische Reaktion einstellen.

Egal welchem Erklärungsmodell oder welcher therapeutischen Schule man folgt, der Umgang mit dem Thema Pairing stellt im Kontext der stationären Therapie eine besondere, in schöner Regelmäßigkeit vorkommende Herausforderung dar. Eine respektvolle und wertschätzende Haltung des Therapeuten gegenüber dem Patienten und seinen Bedürfnissen und Entscheidungen gibt dem Patienten Vertrauen und die Sicherheit, nicht abgelehnt zu werden. Dies hält dem



Therapeuten auch „die Tür offen“, um kritische Aspekte im Beziehungsverhalten anzusprechen und das Problembewusstsein des Patienten zu erweitern. Beziehungskonflikte im Pairing können nützliche Problemaktualisierungen darstellen.

Literatur:

- Dhana M. Rhule-Louie and Robert McMahon (2007). Problem Behaviour and Romantic Relationships: Assortative Mating, Behaviour Contagion, and Desistance. *Clinical Child and Family Psychology Review*, Vol.10, No.1,
- Simons, R. L., Stewart, E., Gordon, L. C., Conger, R. D., and Elder, G. E. (2002). A test of life-course explanations for stability and change in antisocial behavior from adolescence to young adulthood. *Criminology* 40: 401-434.
- Paul Bernhard und Friedrich Lamprecht (1991). Die verheimlichte Beziehung - der „Kurschatten“. *Prax. Psychother. Psychosom.* , 36, 104-112

Vor einigen Monaten fragte mich Herr Muhl, ob ich etwas für die nächste Ausgabe der Salü schreiben wolle. Es ginge um Beziehungen, natürlich im Zusammenhang mit Abhängigkeitserkrankung. Das war im vierten Monat meines Aufenthalts in der Salus Klinik. Mein erster Entwurf war ein böses Machwerk. Zynische Verachtung war das Maß der Dinge. Das was ich bei anderen mitbekam, das wer mit wem, warum und ganz besonders wie, konnte ich nicht verstehen. Ich fand es einfach nur dämlich. Irgendwann hörte ich aber einmal, Sucht sei der Schrei nach Liebe. Es hat mich bewegt, die Dinge anders zu sehen. Vor zehn Monaten kam ich in die Salus Klinik. Der Entzug von allen möglichen Giften hatte mich ausgelagt. Völlig kraftlos, desillusioniert und beschämt über meinen desolaten Zustand, dachte ich, okay, noch einen Versuch, vielleicht ist es der letzte. Mein Gott, ich bin 52, was soll da noch kommen.

Ich erholte mich schnell und es dauerte gar nicht lange, dass ich anfang darüber nachzudenken, wie schön es wäre verliebt zu sein, jemanden zu haben, mit dem ich alles und ganz besonders den Horror in dem ich steckte zu teilen, vielleicht sogar los werden zu können. Das waren meine anfänglichen Gedanken und Ideen. Ich wusste aber auch, schließlich war es meine vierte Therapie, dass es gar nicht so günstig ist während, beziehungsweise in einer Therapie eine Beziehung mit jemand anzufangen. Viele Therapeuten sehen das genau so. Ich hörte einmal, dass 95 % derer, die sich auf so etwas einlassen, rückfällig werden. Ich meine, das sind fast alle. Mit Skepsis habe ich beobachtet, wie viele andere Patienten damit umgegangen sind. Für einige hatte es scheinbar oberste Priorität, so schnell wie möglich einen Partner zu finden. Die wenigen Frauen unter ihnen waren schnell in einer Beziehung, die Männer regelmäßig auf irgendwelchen Chattingplattformen aktiv. Regelmäßig kamen neue Besucherinnen in die Klinik, die meisten verschwanden schnell wieder.

Ich habe das auch versucht. Mein Profil auf Facebook, Zoosk und Co. war ein wenig „gepimpt“. In einer Suchtklinik zu sitzen, schafft nicht gerade Begehrlichkeiten. Vielleicht war es die Halbherzigkeit mit der ich mich im Äther bewegte, vielleicht war es nicht der richtige Zeitpunkt. Irgendwie hatte sich die Sache schnell erledigt.

Nach ein paar Wochen kam Andrea in die salus klinik. Sie gefiel mir gut. Sie hatte das richtige Alter, war gut in Form und hatte etwas im Kopf. Andrea saß an meinem Tisch. Mein Gott, ich konnte kaum noch richtig



SCHREI NACH LIEBE

essen. Wir redeten oft, viel und nett miteinander. Ich glaube, meine Motive waren nicht die edelsten, Wahrscheinlich ging es um Befriedigung von Bedürfnissen, nicht mehr und nicht weniger. Die Sache verlief sich im Sande und das war gut so.

Im Laufe meines Lebens hatte ich sehr viele Beziehungen. Wenige waren von Dauer und die, die es waren, waren problematisch und gingen deshalb auseinander. Wenn Sucht irgendetwas mit Suchen zu tun hat, dann war es für mich wohl das: Liebe, Nähe, Verbindung. Gefunden hatte ich es nie wirklich. Nähe zulassen, das muss man können. Ich konnte es nicht. Warum ich es nicht konnte war mir lange Zeit nicht klar. Erleuchtet bin ich in dieser Frage noch immer nicht ganz.

Es gab auch Zeiten, in denen ich keine Drogen genommen habe. Mit Anfang zwanzig, da lernte ich Isabella kennen. Anfang der Achtziger. Sie ein Freak im Leopardengilet, ich ein Macho mit GTI. Oberflächlich gesehen völlig unpassend. Wir kamen trotzdem zusammen, das war spektakulär und erschreckend zugleich. Ich glaube heute, wir konnten damals schon sehen, was uns wirklich ausmachte. So ungefähr musste es gewesen sein. Eine kurze und intensive Begegnung. Vor lauter Schreck lief ich weg, zielsicher Richtung Untergang. Sie blieb zurück, kopfschüttelnd, vielleicht fassungslos. Ein paar Jahre später habe ich sie noch einmal gesehen und dachte spontan, sie hätte es gewesen sein können. Vergessen habe ich sie nie. Isabella tauchte wieder auf, nicht in

Wirklichkeit, aber in meinem Kopf. 30 Jahre später. Ich entschied sie zu suchen. Es dauerte nicht lange und ich fand sie auf Facebook. Meine Freude war groß, ihre Reaktion: Was will der denn jetzt? So fing das an Anfang des Jahres. Wir lernten uns noch einmal kennen, appten mehrmals am Tag, fingen an zu telefonieren. Und kamen uns näher. Ich besuchte sie. Viele Dinge verbanden uns, wenige trennten. Wir hatten den gleichen Humor, unsere Weltanschauungen und Überzeugungen waren ähnlich und wir fanden uns anziehend.

Irgendwie machte ich aber den gleichen Schwachsinn wie immer. Rankommen lassen, süß sein, um dann irgendeinen Unsinn zu produzieren, der die vermeintlich sichere Distanz wieder herstellte.

Meine Vergangenheit sagte mir, das hast Du nicht verdient, die Zukunft meinte, das hast Du eh nicht drauf. Und überhaupt gab es eintausend Gründe weshalb das alles nicht sein konnte. Wenn man die Gegenwart, das einzige was ist, nicht wahrnehmen will, dann muss man das genau so machen. Da hatte ich sie, die Essenz meines Krankheitsbildes in seiner ganzen Tragweite. Die vermeintliche Unfähigkeit zu Liebe, Nähe und Verbundenheit.

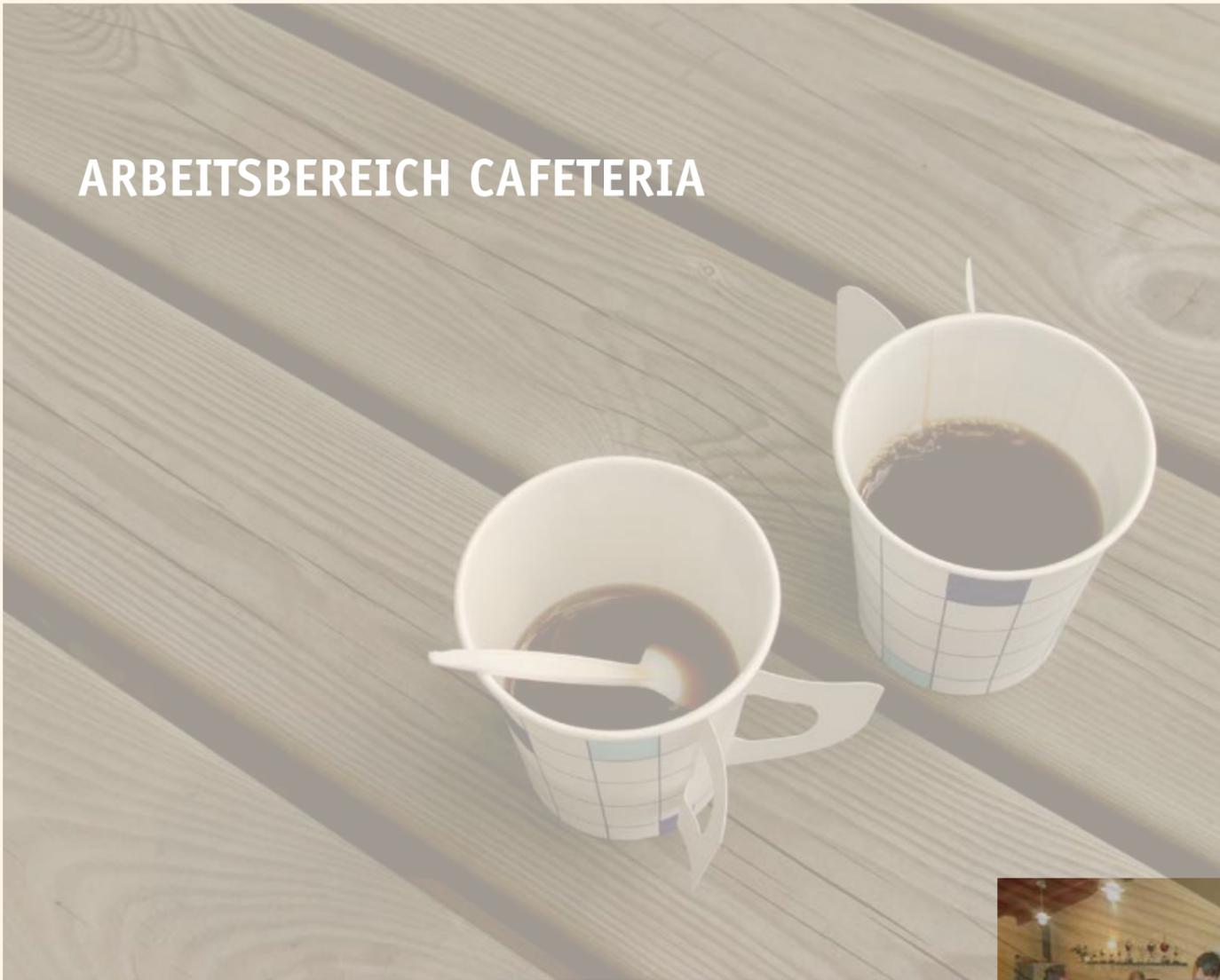
Eine Therapeutin sagte zu mir, machen sie es diesmal anders, hier liegt die Chance zu ihrer Genesung. Ich habe nicht lange darüber nachgedacht und ihre Empfehlung für richtig befunden.

Von einem kleinen überdachten Balkon schaue ich auf das griechische Mittelmeer. Es ist Anfang Mai. Die Luft ist noch frisch und feucht vom Regen in der Nacht.. Blaugraue Wolken hängen hoch am Himmel, die Sonne zeichnet an einigen Stellen grelle Lichtteppiche auf das Meer. Überall zwitschert es und gelegentlich segelt ein Schwälbchen völlig unbeeindruckt ganz nah an mir vorbei. Es geht mir gut und ich bin nachdenklich. Isabella arbeitet hier und ich habe sie begleitet. Zu tun gibt es genug für mich. Ich habe Arbeit, nette Menschen sind um mich herum, und meine Vergangenheit spielt hier keine Rolle. So viel Gutes auszuhalten ist nicht leicht.

Isabella schläft noch in dem gemütlichen Dachzimmer unseres kleinen Häuschens. Ich bin alleine und mir wird bewusst, dass sie meine Spielchen nicht mitmacht. Von meinen gelegentlichen Versuchen auszubüchsen, ist sie nicht sonderlich beeindruckt. Ich glaube einfach ist das nicht für sie. Da wo ich Zweifel habe und flüchten will, wo mir der Mut fehlt neue Wege zu gehen und meine Dämonen zum Vorschein kommen, da steht ihre unbeirrbar Überzeugung. Sie glaubt fest daran, dass eine ehrliche und liebevolle Verbindung das wahrscheinlich wichtigste und heilsamste im Leben ist. Ich fange an, ihr zu glauben.

Von C. Dietrich

ARBEITSBEREICH CAFETERIA



Der AT Bereich Cafeteria in der salus Klinik ist der selbstständigste Arbeitsbereich in der Klinik und wird von Herrn Bönsel betreut.

Er beinhaltet ein breites Spektrum an Tätigkeiten und Abläufen. Von der Bestellung der Waren, die hier an die Mitpatienten ausgegeben werden, die Ausgabe der Produkte, bis hin zur Abrechnung der jeweiligen Tage. Es ist es ein sehr interessanter und mit der eigenverantwortlichste Arbeitstherapiebereich in der Klinik. Die Arbeitszeiten werden in verschie-



dene Schichten aufgeteilt, beginnend morgens um 8h-9h und über den Tag verteilt, gibt es feste „Öffnungszeiten“ in der ganzen Woche.

Der Dienstplan wird immer montags vom verantwortlichen Patienten in Absprache mit seinen Mitpatienten erstellt.

Morgens wird die Cafeteria von allen Mitarbeitern gemeinsam gereinigt und für den Tag vorbereitet.

Der Kühlschrank wird mit alkoholfreien Getränken und Milchprodukten aufgefüllt. Dabei wird darauf geachtet, dass die älteren Produkte nach vorne geräumt werden. Die Tische werden abgewischt und gereinigt.

Zu den Aufgaben in der Cafeteria gehört es auch die Bestellung der Süßigkeiten und Milchprodukte sowie von Kaffee und Zucker zu planen und mit dem Arbeitstherapeuten durchzugehen. Alle 2 Wochen werden die Getränke bei einem Getränkelieferanten bestellt. Die eingehenden Bestellungen werden selbstständig kontrolliert und in den jeweiligen Räumlichkeiten und Schränken eingelagert.

Zu den Öffnungszeiten werden dann Getränken, Süßigkeiten und Milchprodukte ausgeschenkt.

Wichtig ist auch die allgemeine Einhaltung der Sauberkeit und darauf zu



achten, dass insgesamt eine gute Atmosphäre herrscht (z. B. angemessene Lautstärke der Musik usw.)

Der jeweilige Spätdienst macht die Tagesabrechnung am Ende der Schicht und trägt den Kassenbestand in das Kassenbuch ein. Die Kasse wird jeden



Abend beim Diensthabenden Mitarbeiter im Büro abgegeben.

Der therapeutische Zweck der Cafeteria liegt für die Patienten in erster Linie darin, zu lernen verschiedene Arbeitsvorgänge selbstständig zu planen und strukturiert vorzugehen. Dabei kommt es vor allem darauf an den Überblick zu behalten und auch in hektischen Situationen sorgfältig zu arbeiten.

Auch Patienten die Probleme mit der Kontaktaufnahme zu anderen Menschen haben oder lernen müssen sich durchzusetzen, haben hier ein perfektes Übungsfeld. Desweiteren kann man seine Kommunikation und sein Sozialverhalten verbessern, da die Cafeteria einen zentralen

Punkt in der Klinik darstellt, der von vielen Patienten gerne genutzt wird. Das Patiententeam der AT Cafeteria freut sich über jedes neue Gesicht!



IMPRESSUM

Herausgeber:

salus klinik Friedberg
Warthfeldsiedlung 3, 61169 Friedberg

Redaktion:

Christian Muhl

Mitarbeiter dieser Ausgabe:

Christian Muhl, Peter Bönsel, Mark Christopher Dietrich und Jan-Matthis Wasserfuhr

Herstellungsleitung:

Sandra Fisch, salus klinik GmbH

Druck & Versand:

Druckhaus Süd GmbH, 50968 Köln
www.druckhaus-sued.de

Es ist geschafft!

Lange Jahre harter Arbeit unter der Doppelbelastung als engagierte Mitglieder unseres Teams in der salus klinik und Auszubildende in Sachen Sucht- und Psychotherapie haben nun endlich Früchte getragen. Wir gratulieren Frau Monika Stütz und Herrn Gholamreza Yeganeh, die ihre Approbation zum Psychologischen Psychotherapeuten im Mai erhalten haben, und Frau Maren Keil zu ihrem Master-Abschluss zur Suchttherapeutin im Februar dieses Jahres. Frau Keil wechselt nun innerhalb unserer Klinik auf eine Bezugstherapeutenstelle. Wir sind sehr zufrieden mit der zunehmende Professionalisierung unseres Teams und freuen uns auf hoffentlich viele Jahre der weiteren Zusammenarbeit.



Monika Stütz



Gholamreza Yeganeh



Maren Keil