



EDITORIAL



Liebe Leserin,
Lieber Leser,

in dieser Ausgabe geht es schwerpunktmäßig um das Thema Haft und die Behandlung straffällig gewordener Drogenabhängiger. Wir behandeln in unserer Klinik auch solche Patienten, die im Rahmen ihrer Suchterkrankung schon Straftaten begangen und dafür verurteilt wurden. Von entscheidender motivationaler Bedeutung ist dann nicht nur der Abstinenzwunsch, sondern auch die Entscheidung, dem kriminellen Lebensstil zu entsagen. Um aber zu verstehen aus welcher Lebensumwelt diese Patienten zu uns kommen, war es uns wichtig, uns vor Ort ein Bild zu machen, wie der Alltag der Inhaftierten aussieht und wie mit ihnen im Gefängnis gearbeitet wird. Und letztlich möchten wir auch etwas Mut machen, dass „straffällig“ nicht gleich „hoffnungslos“ bedeutet.

Alle Jahre wieder gibt's das Sommerfest, welches dieses Jahr am 16. Juni stattfand. Wir möchten uns an dieser Stelle bei allen Teilnehmern, Patienten, Angehörigen, Mitarbeitern und vor allem ehemaligen Patienten, die z. T. weite Wege in Kauf genommen haben, um dabei sein zu können, bedanken. Sie alle haben dafür gesorgt, dass wir einen tollen Tag hatten, bei dem man Erfahrungen austauschen, sich aufeinander freuen und zusammen Spaß haben konnte.

Viele Grüße aus Friedberg

Dipl.-Psych. Christian Muhl

VON ANSTALT ZU EINRICHTUNG

DIE BEHANDLUNGEN VON PATIENTEN AUS HAFT



C. Muhl

„Therapie statt Strafe“ ist ein plakatives Motto, welches, je nach Überzeugung, als hilfreiches Konzept zur Resozialisierung straffälliger drogenabhängiger Menschen oder juristisches Strafvermeidungswerkzeug für Kriminelle angesehen wird.

Der Grundgedanke, der hinter dieser gesetzlichen Regelung im Betäubungsmittelgesetz steht, bezieht sich aber auf die Berücksichtigung der Auswirkungen einer schweren Erkrankung, nämlich einer oder mehrerer vorliegender Substanzmittelabhängigkeiten, die in kausalem Zusammenhang mit dem Begehen der Straftaten stehen. Durch die Ermöglichung einer Therapie und dem Erreichen einer stabilen Abstinenz sollen so zukünftig weitere Straftaten verhindert werden.

Zumindest für den §35 BtmG, über den ein Teil unserer Patienten aus der Justizvollzugsanstalt in unsere Einrichtung kommt, ist die Bezeichnung „Therapie statt Strafe“ nicht ganz korrekt. Da die Reststrafe erstmal nur zurückgestellt wird und nicht, wie beim §37, auf eine Anklageerhebung zu Gunsten einer Entwöhnungsbehandlung verzichtet wird. Der Patient kann aber darauf hoffen, dass nach dem erfolgreichen Abschluss der Behandlung und guter Prognose die Reststrafe zur Bewährung ausgesetzt wird.

Inhaftierte Drogenabhängige, die eine Strafzurückstellung nach §35 erhalten, um eine Entwöhnungsbehandlung antreten zu können, sind dabei häufig mit dem Vorurteil konfrontiert, sie würden diese nur aus Gründen der Haftvermeidung machen und hätten in Wirklichkeit gar kein Interesse daran drogenfrei leben zu wollen. Da Drogenabhängige im Laufe ihres Lebens, aufgrund der illegalen Substanzen von denen sie abhängig sind, quasi zwangsläufig mit dem Gesetz in Konflikt kommen, steigt jedoch für viele die Wahrscheinlichkeit mit der Dauer der Abhängigkeit selbst

in diese Situation zu geraten. Auch hat ein großer Teil der nicht-inhaftierten Drogenabhängigen bereits juristische Sanktionen in irgendeiner Form erlebt, die direkt oder indirekt auf ihren Substanzkonsums zurückzuführen sind. Nicht selten strebt daher der ein oder andere „freiwillige“ Patient vorschützend eine Behandlung an, da ihm ein Verfahren im Zusammenhang mit BtmG droht, es aber noch nicht zur Verhandlung gekommen ist.

Die Hoffnung, einer drohenden Strafe zu entkommen oder diese zumindest abzumildern, kann also durchaus ein legitimer Grund zur Aufnahme einer Entwöhnungsbehandlung sein, welche ohne diesen extrinsischen Motivator nicht begonnen worden wäre. Doch solche externen Auslöser gibt es auch außerhalb von justizieller Strafverfolgung. Also auch bei „Nicht-35ern“, wenn etwa die Eltern Druck machen, die Partnerin mit Trennung droht oder der Arbeitsplatz in Gefahr ist, falls der oder die Abhängige sich nicht in Behandlung begibt. Das Herausarbeiten von langfristig motivierenden Zielen zur Aufgabe des Substanzkonsums und der Motivationsaufbau zur nachhaltigen Änderung von ungünstigen Einstellungen und dysfunktionalen Verhaltensweisen sind deshalb bei „§35er“ wie „Nicht-§35“ wichtige therapeutische Aktionsfelder.

Einer Beantragung einer Entwöhnungsbehandlung in der JVA geht in den meisten Fällen eine Motivationseinschätzung durch die dortigen Mitarbeiter der Sozialdienste voraus, die die Inhaftierten auch über die verschiedenen Entwöhnungskliniken informieren und bei der Suche nach einer passenden Einrichtung behilflich sind. Natürlich kann es gerade bei Erstbehandlungen durchaus vorkommen, dass jemandem allein die Vorstellung einer vermeintlich weniger freiheitseinschränkenden Umgebung, als es das Gefängnis ist, als Motivationsgrund ausreicht, um einen Therapieantrag zu stellen. Einmal in Therapie stellen sie dann schnell fest, dass diese Freiheiten an die Verantwortungsübernahme für das Gelingen der eigenen Behandlung geknüpft sind, und dass dies eine konstante Beschäftigung mit sich und seiner Suchterkrankung, aktive Mitarbeit in den Therapieeinheiten, das Einhalten von Regeln und den täglichen Umgang und Austausch mit MitpatientInnen und MitarbeiterInnen bedeutet. Nicht wenigen ehemaligen Inhaftierten kam

§ 35

Zurückstellung der Strafvollstreckung

(1) Ist jemand wegen einer Straftat zu einer Freiheitsstrafe von nicht mehr als zwei Jahren verurteilt worden und ergibt sich aus den Urteilsgründen oder steht sonst fest, daß er die Tat auf Grund einer Betäubungsmittelabhängigkeit begangen hat, so kann die Vollstreckungsbehörde mit Zustimmung des Gerichts des ersten Rechtszuges die Vollstreckung der Strafe, eines Strafrestes oder der Maßregel der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt für längstens zwei Jahre zurückstellen, wenn der Verurteilte sich wegen seiner Abhängigkeit in einer seiner Rehabilitation dienenden Behandlung befindet oder zusagt, sich einer solchen zu unterziehen, und deren Beginn gewährleistet ist. **Als Behandlung gilt auch der Aufenthalt in einer staatlich anerkannten Einrichtung, die dazu dient, die Abhängigkeit zu beheben oder einer erneuten Abhängigkeit entgegenzuwirken.**

dabei schon die Erkenntnis, „da hätte ich es im Knast ruhiger haben können“.

Doch gibt es in Bezug auf den Therapieverlauf und das Behandlungsergebnis überhaupt Unterschiede zwischen „§35ern“ und „Nicht-§35ern“? Gerade am Anfang der Behandlung überschauen viele PatientInnen die Komplexität ihrer Suchterkrankung oder das Ausmaß ihrer Beeinträchtigungen noch nicht. Die Erweiterung des Problembewusstseins in Bezug auf die direkten wie indirekten kurzfristigen und langfristigen Folgen ihres Drogenkonsums kann weitere Motivation zur Veränderung erzeugen. Aber erst mit dem Aufbau einer ausreichenden Selbstwirksamkeitserwartung, der Erkenntnis mit Hilfe der Therapie auch Kompetenzen zur Bewältigung der eigenen Probleme erwerben zu können, und der Aussicht, sich selbst eine befriedigende zukünftige Lebensperspektive aufbauen zu können, werden die Patienten in die Lage versetzt, auf die Zuhilfenahme von Drogen zur Befriedigung ihrer Bedürfnisse verzichten zu können. Es liegt auf der Hand, dass sich dieser Prozess für jemandem mit langer Drogenkarriere und vermehrten Haftaufenthalten oft schwieriger und langwieriger gestaltet. Obwohl sich diese Personen häufig schnell in den Therapieeinrichtungen zurechtfinden, da sie ja das Leben in stationären Einrichtungen gut kennen, fällt es Ihnen schwer, sich jemandem anzuvertrauen und wirklich über sich zu sprechen. Da der bisherige Lebensstil der Patienten mit gesellschaftlicher Ablehnung, justizieller Verfolgung und Bestrafung verknüpft ist, bieten vor allem Kontakte zu Patienten mit ähnlichen kriminellen Lebenserfahrungen in der Anfangsphase scheinbar Sicherheit. Dabei werden aber Verhaltens- und Denk- und Erlebensmuster verstärkt, die dysfunktional sind und es den Patienten erschweren, Abstand zu ihrer kriminellen Denk- und Lebensweise zu gewinnen. Patienten mit dissozial geprägter Persönlichkeit, die in dieser Patientengruppe durchschnittlich häufiger vorkommen, versuchen häufiger in manipulativer, oft auch selbsttäuschender Weise ein bestimmtes Bild von sich zu kreieren, welches Authentizität und Mitwirkungsbereitschaft lediglich vorspielt. Es ist deshalb entscheidend in der Behandlung von Anfang an solche Gruppenbildungen zu identifizieren und

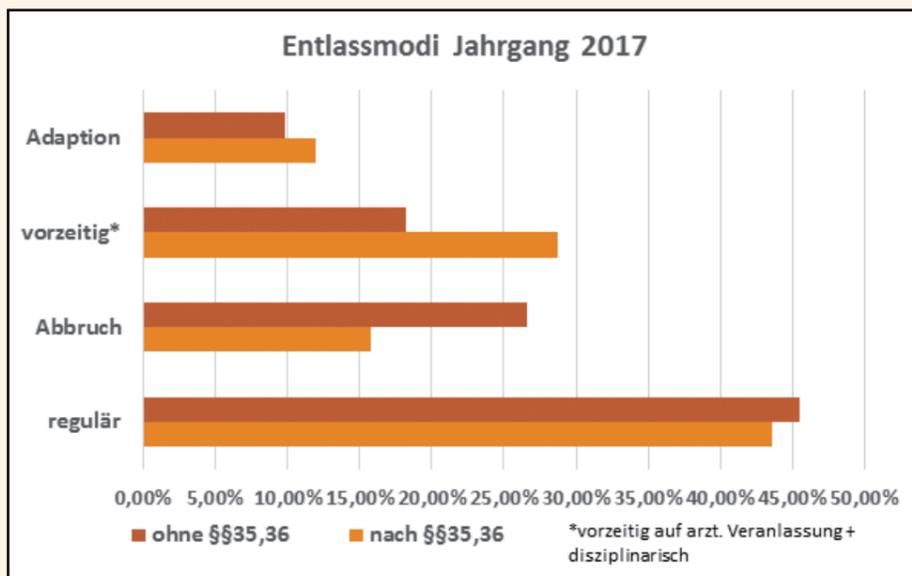
mit den Beteiligten zu problematisieren. Dies geschieht über klare Verhaltensvorgaben bezüglich des Auftretens in der Einrichtung, Kleidungs- und Sprachstils, evtl. Auflösen von „Sitzordnungen“ etc.. Wichtig ist, dass das Rückmelden von positiven wie negativen Veränderungen nicht allein durch den Therapeuten als Vertreter von „Recht und Gesetz“ erfolgt, sondern die Normierung des Verhaltens auch maßgeblich durch die Bezugsgruppe auf der Basis eines gemeinsam gelebten Wertekonsens von Mitarbeitern und Patientenschaft geschieht.

Doch wie sieht es letztendlich mit den Ergebnissen der Behandlungen von Patienten mit §35 aus? Ist die Prognose für eine reguläre Therapieentlassung aufgrund der kriminellen Vergangenheit schlechter als bei anderen Patienten? Das Zentralinstitut für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg hat dazu im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit eine Studie durchgeführt (Zurhold, Vertheim, Reimer & Savinsky, 2013), die sich neben vielen anderen Aspekten im Zusammenhang mit der Entwöhnungsbehandlung bei §35, auch mit dem Vergleich der Beendigungsart von Entwöhnungsbehandlungen von Patienten mit §35 und Patienten ohne justiziellen Druck beschäftigte. Die Forscher fanden heraus, dass die Anzahl der regulären, erfolgreichen Entlassungen in beiden Gruppen vergleichbar waren. Sie stellen weiterhin fest, dass die Zahl der vorzeitigen Behandlungsabbrüche bei Patienten mit §35 sogar deutlich niedriger war, als bei den Patienten ohne Paragraphen.

Exakt dieses Bild finden wir konstant auch bei unseren jährlichen klinikinternen Erhebungen, exemplarisch dargestellt anhand der Daten aus dem Jahr 2017 in der folgenden Abbildung.

Der prozentuale Anteil an regulären Entlassung ist in beiden Gruppen ungefähr gleich hoch (45,5% bei Patienten ohne §35 vs. 43,6% bei Patienten mit §35). Nimmt man die Fälle der Patienten, die sich nach einer Entwöhnungsbehandlung noch für eine Adaptionsmaßnahme entschieden haben, und deshalb natürlich auch die Reha-Phase I regulär abgeschlossen haben, noch hinzu, sind die Zahlen fast identisch (55,3% bei Patienten o. §35 vs. 55,5% bei Patienten m. §35).

Die geringere Zahl an Abbrüchen von Patienten mit §35 lässt darauf schließen, dass diese, vermutlich wegen des justiziellen Drucks, auch in Krisensituationen eher in der Behandlung verbleiben und Stresssituationen öfter aushalten, was natürlich ebenfalls die Wahrscheinlichkeiten eines regulären



Abschlusses erhöht. Auf der anderen Seite war die Zahl der Patienten mit §35, die vorzeitig die Einrichtung verlassen mussten, etwas höher als in der Patientengruppe ohne Paragraphen. Übliche Gründe für eine solche vorzeitige Entlassung können z. B. schwerwiegende oder wiederholte Regelverletzungen, mangelnde Mitwirkung in der Therapie, aggressives Verhalten oder verdeckter Substanzkonsum sein. Es liegt nahe, anzunehmen, dass in der Patientengruppe mit §35 der Anteil an Personen, die sich in der Anerkennung von Regeln und ihrer Einhaltung schwertun oder auch sehr impulsiv und unüberlegt handeln, höher liegt, weshalb sie auch in der Vergangenheit wiederholt justiziell aufgefallen sind und demzufolge öfter inhaftiert wurden. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Patienten mit §35 im Durchschnitt die gleichen Voraussetzungen und Fähigkeiten mitbringen, wie alle anderen Patienten, um eine Entwöhnungsbehandlung erfolgreich durchzuführen.

PRAKTISCHE



A. Rohrlack

Nicht selten kommt es vor, dass Patienten mir als Ziel berichten ihren „Haftschaden“ zu behandeln. Nun dachte ich als Anfänger vor nunmehr 9 Jahren, dass damit sicher der psychische Druck, seiner Freiheit entzogen zu sein, gemeint war. Vielleicht auch ein paar Erlebnisse in Haft, wie man es auch im Fernsehen sieht (von Prügeleien, Übergriffen oder Schikanieren beim Essen). Dass damit möglicherweise auch viele nonverbale Verhaltensweisen (wie breite Schultern, ein schwingender Gang, breite Beine, Kopfnicken, „Ghetto-Faust“-Gesten etc.) gemeint sein könnten, habe ich erst später bemerkt. Die Welt in Haft bringt andere Regeln, Denkweisen und Notwendigkeiten des Verhaltens als Überlebensstrategie hervor, die irgendwann stark automatisiert sind und bei denen es vieler korrigierender Erfahrungen durch Mitarbeiter oder die Patientenschaft selbst bedarf.

Um sich gut in diese „andere Welt“ einzufühlen, diese ein Stück weit zu erleben, haben wir eine Betriebsfahrt in die JVA Butzbach organisiert, welche auch aus dem Fernsehen, z.B. im Tatort, durch ihre imposante Architektur bekannt ist. Mit Taschen, Rucksäcken und diversen Mediengeräten gepackt, stellten wir direkt fest, dass wir alles abgeben mussten. Selbst meine internetfähige Uhr musste im Safe verbleiben. Kontakt nach außen ist hier nicht



SELBSTERFAHRUNG

erwünscht, so viel war schnell klar. Nach dem Scanning wie am Flughafen bekam ich direkt ein beklemmendes Gefühl von den vielen zwar gut gelaunten, aber doch Autorität ausstrahlenden und teils bewaffneten Beamten in Uniform. Während der gesamten Führung konnten wir zunehmend den typischen Tagesablauf erahnen: Wecken um 05:30h (mit Sirene!), Frühstück, Arbeiten gehen bis Nachmittags, Freistunde, Sportmöglichkeiten bis in den Abend, dazwischen Essen. Ein Tag ähnelt dem anderen. Nur Besonderheiten wie Gebetsmöglichkeiten, pädagogische Angebote (z.B. Deutschkurse), Besuche oder Krankheitsfälle bieten Abwechslung. Während wir uns bei unserer Besichtigung gerade Richtung Sporthalle begaben, mussten wir kurz warten, bis eine Gruppe an Häftlingen nach Rücksprache den Hof passieren durfte. Alles war straff geregelt, jeder wirkte diszipliniert. Auf dem Rückweg plötzlich Sirenenalarm im Verwaltungsbereich. Eine gewisse Nervosität ergriff uns. Jeder Beamte hielt rasch Rücksprache, alle Häftlinge wurden eingeschlossen und wir mussten schnell einen Gang passieren. Später erfuhren wir, dass ein Inhaftierter deutlich intoxikiert angetroffen wurde. Trotz der strengen Sicherheitsvorkehrungen scheinen Drogen im Knast eher Alltag zu sein. Nun hatte ich über meine Patienten schon gehört, dass es keinen Knast gäbe, der drogenfrei sei, doch man stellt sich schon die Frage, wie bei so viel Kontrolle doch Drogen in die Anstalt geschmuggelt werden können. Im späteren Gespräch und bei der Führung durch den Leiter der JVA wurde uns dann sehr anschaulich erläutert, durch wen und wo die Grenzen der Kontrolle überwunden werden.

Im Rahmen der Führung wurde uns auch das sogenannte Bezirkskrankenhaus gezeigt, welches unter den Inhaftierten auch als „Geisterbahn“ bekannt ist. Leider konnten wir aufgrund der totalen Belegung kein „Krankenzimmer“ betreten. Dennoch werden die Unterschiede zu den teils nur 6 m² großen Zellen, die wir besichtigen konnten, wohl nicht gravierend sein. So wundert es nicht, dass neben den körperlichen Gebrechen, Psychosen und Depressionen die häufigsten psychischen Beschwerden der Inhaftierten sind. Ebenfalls als eindrücklich erwies sich der „Bunker“, der teilweise mit Fixierbett und Gummimatten bei Fällen von Selbst- und Fremdgefährdung ausgestattet ist - Irgendwie ähnelt das Ganze einer alten Psychiatrie von vor fünfzig Jahren. Uns wurde zunehmend bewusst, dass die alltägliche Versorgung, insbesondere in medizinischer Hinsicht, wie in Freiheit hier unmöglich ist und es daher einer eigenen Versorgungsstruktur bedarf. Es bleibt dabei der Grundsatz: Die Anstalt wird nicht verlassen. Ein erdrückender Gedanke... Vielleicht aber nur für den Anfang, so gibt die Vollversorgung auch Struktur, Sicherheit und Gemeinschaft.

Die leitende Psychologin schilderte, wie häufig sie mit ihren „Patienten“ schon zusammen Geburtstage, Weihnachten, teils Hochzeiten und Geburten gefeiert habe. Leider aber auch schon Todesfälle und auch tödliche Diagnosen „verdauen“ musste.

Die Vorbereitung auf das Leben danach beginnt bereits 6 Monate vor Entlassung. Dann engagieren sich Bewährungshilfe und auch externe Sozialarbeiter kirchlicher Träger, um Maßnahmen für eine gesicherte Entlassung (Wohnraum, Geldbezug, Krankenkassen, ggfls. Jobcenter) einzuleiten. Viel Unterstützung für den Tag X, auf den Inhaftierte teils jahrzehntelang gewartet haben. Umso mehr stellte sich mir nach diesem Tag die Frage, wie überfordernd doch das Leben nach der Haft sein muss. Vielleicht würden mir die automatisierten Verhaltensweisen ebenfalls helfen erstmal im neuen Alltag, z.B. in der Therapie, zu „überleben“.



WIE IST ES IN DER HAFT?

I: Interviewer: Wann sind Sie in Haft gekommen?

P: Patient: Ich bin mit 18 Jahren für 3 Jahre und 7 Monate inhaftiert worden. Zuerst war ich im Jugendgefängnis und später im Erwachsenenvollzug.

I: Welche Substanzen haben Sie konsumiert?

P: Cannabis war meine Hauptsubstanz. Ich habe ab und zu auch Kokain und MDMA genommen, aber hauptsächlich Gras geraucht. Das auch bis zu dem Tag, an dem ich in Haft kam.

I: Also waren Sie zu Haftantritt nicht entgiftet? Wie lief dann der Entzug in der Haft ab?

P: Das war schon heftig. Der Entzug hat circa 1 bis 2 Wochen gedauert. Ich war die ganze Zeit aggressiv, konnte nicht richtig schlafen und habe sehr viel geschwitzt. Eine depressive Stimmung kam auch dazu.

I: Das heißt Sie haben einen kalten Entzug gemacht, ohne medikamentöse Unterstützung? Es ist ja allgemein bekannt, dass keine JVA komplett drogenfrei ist. Sind sie in Haft wieder rückfällig geworden?

P: Ja, ich bin nach 6-7 Monaten wieder rückfällig geworden mit Cannabis. War anschließend nochmal 1 Jahr abstinent und habe dann bis ein Jahr vor meiner Entlassung wieder konsumiert.

I: Wie sind Sie in der Haft an THC gekommen?

P: Meistens bringen Besucher die Drogen mit rein. Die kann man dann gegen Tabak oder Geld kaufen. Tabak ist im Gefängnis wie eine Währung, oder es wird auch unerlaubterweise Bargeld reingebracht. Normalerweise kann man sich Einkäufe nur über sein Konto abrechnen lassen.

I: Wie sind Sie damit umgegangen, dass Drogen verfügbar waren, während Sie selbst abstinent bleiben wollten?

P: Im Jugendvollzug musste ich regelmäßig eine Urinprobe abgeben. Das heißt, wenn ich konsumiert hätte, wäre das sofort aufgefallen. Ich hatte auch Angst vor den möglichen Konsequenzen, wie z.B. Freizeitsperre, Einzelarrest usw.. Außerdem hatte ich im Jugendgefängnis nicht so das Bedürfnis, THC zu rauchen. Als ich in den Erwachsenenvollzug kam, hat sich das geändert. Die Bedingungen dort waren härter und ich dachte, warum nicht wieder rauchen. Es gab nicht viele andere Beschäftigungsmöglichkeiten.

I: Das hört sich nicht so an, als ob die Abstinenz Ihnen in Haft leichter gefallen ist, als draußen.

P: Nein, das nicht. Es fällt mir im geschützten Rahmen der Klinik definitiv leichter, clean zu bleiben. In ein paar Wochen werde ich entlassen. Wie es dann sein wird, kann ich noch nicht sagen.

I: Wie war die psychologische Betreuung in Haft? Gab es diese überhaupt?

P: Im Erwachsenenvollzug gab es keine psychologische Betreuung, aber in der Jugendhaft. Dort habe ich an einer deliktorientierten Gruppentherapie und einer Suchtgruppe teilgenommen. Beides habe ich allerdings nicht als besonders sinnvoll empfunden.

I: Sie hatten vorhin erwähnt, dass Sie ein Jahr vor Entlassung wieder aufgehört haben THC zu rauchen. Wie kam es dazu?

P: Ich hatte mir von Anfang an vorgenommen, wieder clean zu werden, bevor ich aus der Haft entlassen werde. Mir war klar, dass ich sonst früher oder später wieder im Gefängnis landen würde und das wollte ich nicht. Also habe ich nochmal einen kalten Entzug durchgemacht. Danach kam erst die Idee auf, eine Therapie zu machen. Für die Zeit nach der Entlassung ist auch eine Nachsorge geplant, die mir helfen soll, weiter clean zu bleiben.

I: Vielen Dank für Ihre Offenheit. Ich wünsche Ihnen alles Gute für die Zukunft!





ELTERNGRUPPE IN DER SALUS KLINIK FRIEDBERG

Menschen, die in der salus klinik Friedberg eine Entwöhnungsbehandlung machen, haben eine Gemeinsamkeit: Sie haben alle eine Diagnose im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen. Ansonsten sind diese Menschen sehr unterschiedlich und vielmehr als „nur“ Patienten. Sie kommen zu uns mit unterschiedlichen Stärken und Schwächen, mit unterschiedlichen Erfahrungen und Zielen und eben auch mit unterschiedlichen Rollen. Sie sind die Söhne und Töchter ihrer Eltern, sie sind Brüder und Schwestern und viele von ihnen sind selbst Eltern. Sie tragen Verantwortung für ihre Kinder (für ihre leiblichen Kinder oder für ihre Stiefkinder) oder wollen eben diese Verantwortung in Zukunft (wieder) übernehmen. Dieses Ziel, in Zukunft für den Nachwuchs ein verlässlicher Vater oder eine verlässliche Mutter zu sein, ist für viele unserer Patienten eine wichtige Quelle der Motivation, ihre Therapie erfolgreich abzuschließen und langfristig clean zu leben. Und gleichzeitig sind viele unserer Patienten besorgt um ihre Kinder in der Zeit ihrer Abwesenheit. Sie fragen sich, wie sich ihr Kind entwickelt, wie es auf sie reagieren wird, wenn sie wieder zurückkehren, wie der Umgang geregelt werden kann, wenn

die Kinder bei dem Partner leben und wie sie ihren Kindern erklären können, warum sie gerade – oder auch schon für längere Zeit – nicht für sie da sein können. Oft sind diese Fragen verbunden mit Gefühlen wie Ärger, Wut, Scham, Trauer und Schuld. Aber auch mit Liebe und Hoffnung.

Um diesen unterschiedlichen Fragen, verbunden mit den unterschiedlichen Gefühlen einen Raum jenseits der Einzelgespräche zu geben, bieten wir seit einiger Zeit eine Elterngruppe an. Die bisherigen Erfahrungen haben gezeigt, dass viele Eltern von dieser Gruppe profitieren. Es tut gut, sich mit anderen Eltern zu treffen und zu erleben, mit den Sorgen und Hoffnungen nicht alleine zu sein. Unterstützung zu geben und Unterstützung zu erhalten. Zum Ablauf: Die interessierten Patienten kündigen ihre Teilnahme an der Elterngruppe per Teilnehmerliste wenigstens zwei Tage vorher an (max. Teilnehmeranzahl= 6 Personen). Zu Beginn der einstündigen Sitzung werden die Themen, die die Väter und Mütter einbringen, gesammelt und es wird gemeinsam vereinbart, welche Fragestellungen Priorität haben. Mit Unterstützung der anderen Patienten und des Moderators werden dann diese Themen behandelt und Ideen zum Umgang gesammelt. In der Regel profitieren die Patienten auch dann von der Gruppe, wenn die Frage eines anderen Patienten behandelt wurde.

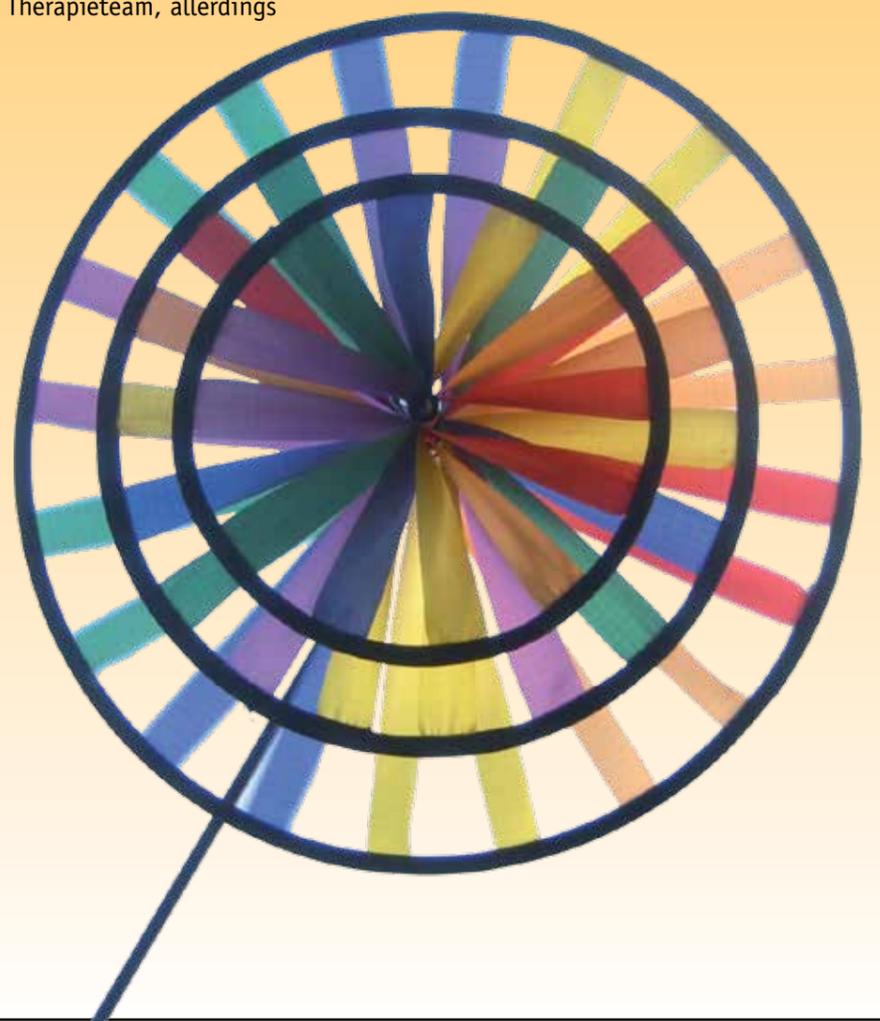
Letztlich sind alle Eltern unter den Patienten herzlich eingeladen, von diesem Angebot rege Gebrauch zu machen!

Reinhard Weber-Hofmann ist Diplom-Psychologe, Systemischer Berater und selbst Vater von drei Kindern im Alter von 5-12 Jahren. Als ambulanter Familienhelfer und Umgangsbegleiter einer Erziehungsberatungsstelle hat er langjährige Berufserfahrung in der Kinder- und Jugendhilfe.

Kleiner Rückblick auf unser Sommerfest

Auch in diesem Jahr haben sich wieder ehemalige und aktuelle Patienten und deren Verwandte und ehemalige und aktuelle Mitarbeiter gemeinsam zum Sommerfest in unserer Klinik versammelt. Wie in jedem Jahr gab es „alte Bekannte“, die schon seit Jahren regelmäßig zu uns kommen, aber auch ein paar überraschende Gäste, mit denen man vielleicht nicht unbedingt gerechnet hätte. Organisatorisch haben wir uns dieses Jahr ein bisschen mehr Zeit genommen, um den einzelnen Veranstaltungen etwas mehr Raum zu geben. Nach der Begrüßung und dem anschließenden Kaffeetrinken erwartete uns schon das musikalische Highlight; ein „Salus-Rap“ an dem zwei Patienten schon wochenlang gearbeitet haben. Das merkte man der selbstbewussten Performance auch an, die die Beiden als Zugabe gleich nochmal bringen mussten. Das von der Sporttherapie organisierte Wettkampfspiel stand natürlich ganz im Zeichen der Fußball-WM und verlangte Präzision (Torwandschießen mit übergroßen Gummistiefeln), Technik (den Ball mit dem Fuß hochhalten unter erschwerten ästhetischen Bedingungen) und Teamwork (beim „verbundenen“ 3-Mann-Slalom unter Zeitdruck). Neben einem Team aus jeder Gruppe lief auch ein Therapieteam, allerdings

außer Konkurrenz. Wie so oft waren die Therapeuten hier nur „Rollenmodell“ und mussten die einzelnen Aufgaben vormachen. Im Anschluss fanden sich ehemalige und auch einige aktuelle Patienten zur Ehemaligenrunde im Großgruppenraum ein. Es freut einen zu hören, wie Patienten Ihre mitunter auch schwierige Lebenssituation in den Griff bekommen und ihre Überzeugung abstinente leben zu wollen gestärkt haben und auch umsetzen. So konnte ein ehemaliger Patient von einem überraschenden Betriebsausflug in eine Brauerei berichten, in der er sich dann über Stunden sämtlicher Alkoholangebote erwehrt und seinem Entschluss trocken zu bleiben, treu blieb. Gegen Ende des Fests fand das traditionelle Volleyballspiel zwischen einer Patienten- und einer Teamauswahlmannschaft statt. Das Match endete knapp mit 2:1 Sätzen für die Patienten, was aber, gemessen an den vergangenen Jahren, für das Team schon einen Erfolg darstellte, auf den man stolz sein konnte. Bei Grillfleisch und alkoholfreien Cocktails klang das Sommerfest schließlich aus und hinterließ ein gutes Gemeinschaftsgefühl, das wir gerne so im nächsten Jahr wieder erleben würden.



IMPRESSUM

Herausgeber:

salus klinik Friedberg
Warthfeldsiedlung 3, 61169 Friedberg

Redaktion:

Christian Muhl

Mitarbeiter dieser Ausgabe:

Christian Muhl, Frau Rohrlack,

Herstellungsleitung:

Sandra Fisch, salus klinik GmbH

Druck & Versand:

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