



EDITORIAL



Liebe Leserin,
Lieber Leser,

nach dem Motto „alles neu, macht der Mai“ möchten wir Sie in dieser Ausgabe der salü über aktuelle Veränderungen in Friedberg informieren. Zuallererst sei hier der Wechsel auf der Position des leitenden Arztes genannt. Nachdem Herr Bange diese seit mehr als zehn Jahren mit großem Engagement ausgefüllt hat, entschied er sich zum Jahreswechsel für eine Stelle, die ihm eine bessere Vereinbarkeit von Beruf- und Privatleben erlaubte. Der Sucht-Reha wird er aber auch an seiner neuen Wirkungsstätte in Wermelskirchen erhalten bleiben. Nach einer kurzen Übergangsphase, für die wir unsere langjährige Leitende Ärztin, Frau Barbara Schneider, nochmal gewinnen konnten, freuen wir uns nun mit Herrn Jochen Feugmann nicht nur einen kompetenten Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie gefunden zu haben, sondern zudem einen gebürtigen Bad Nauheimer, der der Region herzlich verbunden ist.

Neu ist auch das Kunsttherapieangebot für unsere „Jung & clean“-Gruppe. Hierzu hat Frau Kaspar, die Kunsttherapeutin, einen kleinen Artikel verfasst (S. 3). Kreative Idee zu suchtrelevanten Themen beweisen unsere Patienten aber auch im Rahmen unserer Projektwochen, wie die Bilderstrecke in dieser Ausgabe beweist.

Dipl.-Psych. Christian Muhl

INTEGRATION VERSUS INDIKATION:

DAS WIR ENTSCHEIDET

Anmerkungen zur Behandlung komorbider
Störungen in der salus klinik Friedberg
am Beispiel ADHS



Jochen Feugmann

Das Thema ADHS im Erwachsenenalter - zumal diskrepanz angesichts hoher Prävalenz und geringer Datenlage hinsichtlich evidenzbasierter Behandlung - wirft eine Vielzahl teils ethischer Fragen auf, denen wir uns, entlang einer intensiven Beschäftigung mit suchtkranken Menschen, nicht entziehen können. Begrifflichkeiten von „integrativer Behandlung“, „Commitment“, „Narrative Integration“, „therapeutische Abstinenz“ sollen, aufgrund wechselseitiger Implikationen, thematisch angegliedert und erweitert beleuchtet werden.

Nicht selten bemerken wir unter den uns anvertrauten Rehabilitanden ein verschobenes Problembewusstsein zu Gunsten einer stofflich-behandelbaren- und weniger stigmatisierenden Regulationsstörung, namentlich einer Aufmerksamkeitsstörung des Erwachsenenalters. Zuweilen kommt es hierbei zu mehr oder weniger unterschweligen Fehladressierungen integrierter ad-hoc Heilungsphantasien: Ungewollt treten wir dabei in die Fußstapfen ikonischer Verschreiber von Methylphenidat: So lassen sich - begleitend zur Etikettierung einer ADHS- „Spezialisierung“ als Entscheidungskriterium - „Priming“-Prozesse, mit Gefahr des Auftretens von

Reaktualisierung, Augmentation und Fixierung latenter Abwehrmechanismen, beobachten. In Folge werden wir uns der negativen Auswirkungen auf den Behandlungsprozess in Form von beidseitiger Ernüchterung erst spät gewahr; manchmal erst, wenn diese sich soweit schon verselbständigt haben und schnurstracks in einen Behandlungsabbruch einmünden. Allgemein betrachtet ergeben sich, neben diagnostischen Implikationen, konkrete Überlegungen bezüglich einer Konzeptionalisierung von „Commitment“ in der Suchtbehandlung. Diese können zu einer intensivierten Berücksichtigung divergenter, kollidierender Motivationslagen und Überzeugungen im Störungsbewusstsein der Patienten und somit einer Reduktion von mismatch/pseudopairing - Effekten beitragen.

Außerdem kann es vorteilhaft sein, sich methodologisch mit der Gestaltung des gemeinschaftlichen Erarbeitens eines „biopsychosozialen Krankheitsmodells“ auseinanderzusetzen. Regelmäßig auftretende und therapeutisch aufzugreifende Begleiteffekte lassen sich hierbei anhand eines Puzzlespiels versinnbildlichen: Insbesondere bei Fehlen- oder mangelnder Zuordnungsfähigkeit von Puzzleteilen (graduelle Abstufungen von Organisationsniveau) lassen sich behutsam spezifische Reiz- und Reaktionsmuster auf desintegrierte biographische Brüche, traumatisierende Verlusterfahrungen ableiten. Die Erinnerung an einen Zustand des „puzzled“ seins, meistens in der Pubertät protra-

hiert (ADHS!) auftretend, die Verzweiflung angesichts unerfüllter Sehnsüchte nach „Ganzheit“ wird zumeist als kausal entscheidender, psychosozialer Faktor zu Beginn einer Drogenkarriere erinnert. Mitunter ehrfürchtig erlebt der Therapeut den ihm entgegengebrachten Vertrauensvorschuss und spürt solche Momente der Klarheit und Offenheit als prägende Schlüsselmomente. An dieser Stelle kann es zu einer Modifikation liebgewonener Ansichten über „Commitment“ kommen.

Der Übergang vom kindlichen zum adulten Ich ähnelt aus entwicklungspsychiatrischer und lerntheoretischer Sicht dem Gang über eine wacklige Hängebrücke. Noch wackeliger wird es bei Vorliegen einer Aufmerksamkeits- und Wahrnehmungs-/Verarbeitungsstörung: Dann nämlich, wenn soziale Kodierungen wahrgenommen- jedoch nur insuffizient hierarchisiert - verarbeitet- und ich-integriert werden können. Das Mustererkennen funktioniert zwar außerordentlich gut, die Ich-Integration sozialer Rollenmodelle verläuft jedoch wacklig.

Projektarbeit der Patienten in der salus klinik Friedberg



Bei der ADHS-spezifischen – integrativen Behandlung von Suchterkrankten spielt auch die Berücksichtigung neurowissenschaftlicher Befunde eine wichtige Rolle. Zur biologischen Komponente des Krankheitsmodells (neurobiologisches Korrelat des ADHS) gilt eine Neurotransmitterstörung durch Katecholaminmangel (Dopamin und Noradrenalin) im präsynaptischen Spalt im vorderen- (dopaminerg) und hinteren Aufmerksamkeitszentrum (noradrenerg) als gesichert. Dieses sowie eine veränderte Verknüpfung in Bereichen wie: Zingulärer Kortex (Fehlerkontrolle und Auswahl konkurrierender Antworten), Orbitofrontaler Kortex (Entscheidungsfindung), Dorsomedialer präfrontaler Kortex (Selbstoperspektive), Amygdala (Modulation sozial-emotionaler Stimuli), Sulcus temporalis superior (Verarbeitung von Körperbewegungen), Gyrus temporalis superior (Verarbeitung phonologischer auditorischer Stimuli) führt aufgrund von Non-Inhibition zu Kontroll- und Verarbeitungsstörungen und somit zu Störungen des prozeduralen Lernens. Andererseits verfügen Menschen, die unter einem ADHS leiden, über ein teilweise überbordendes soziales Sensorium, korrelierend mit einer überaus starken Bindungsorientierung. Bei immerzu wechselnder Motivation („Wackelkontakt“), mit negativer Rückkopplung auf struktureller Ebene, spielt nicht nur die Innervation, sondern auch die Durchblutung des Frontalhirns und diesbezüglich der Glucoseumsatz eine wesentliche Rolle.

Schwächen normativer Integration spielen beim Erwachsenwerden eine zunehmende Rolle und triggern häufig Selbstwertkrisen, gefolgt von depressiver Entwicklung. Unbefriedigte Bindungswünsche werden von der peer-group über gemeinsamen Suchmittel-

konsum übertüncht, Affektschwankungen konsolidiert, eine Abstumpfung („comfortably numb“) ist erwünscht, Desensibilisierung trifft auf Vermännlichung und kann „endlich“ in ein neues Selbstbild integriert werden, sodass die wacklige Hängebrücke („Hängepartie“) nun endlich überwunden zu sein scheint.

Der validierende Umgang des acht-samen In-Kauf-Nehmens dysfunktional anmutender Lösungsstrategien, schafft ein Klima von Vertrauen (s.o.), kann o.g. Bindungswünsche reaktualisieren, und diese gewissermaßen aus ihrer



Stasis befreien. Er befördert bei den ADHS-Kranken eine „Vorahnung“ und somit Neugierde, welche im günstigen Falle auf reziprokes Gegeninteresse beim Therapeuten stößt. Im Weiteren geht es wesentlich um die Integration von Erlebniseindrücken im narrativen Prozess in sensu. Dieser lässt sich als „therapeutisches Entgegenkommen“ gegenüber dem ADHS –spezifischen Denken „vom Hölzchen zum Stöck-

chen“ (kreisenden Assoziationen, sprunghaftes-konzentrisches Denken) beschreiben. Mentalisierungsprozesse können im Wechselspiel von seriellem (logischer Denk- und Handlungsstrang) und zirkulärem Zielerreichen in Gang gesetzt werden: Um, neben dem therapeutischen Bild der Hängebrücke, ein anderes zu implementieren, weicht man beispielsweise auf das einer Zugfahrt aus. Das Erstellen eines gemeinsamen Fahrplans räumt die Möglichkeit des Einbaus von Zwischenstationen ein. Der Zug hält dort für eine Weile an, und der Rehabilitand erhält Gelegenheit, den Zug für einen

Moment zu verlassen, um sich mit neuen Erlebnissen und Eindrücken zu versorgen (set-shift). Die Aussicht auf ein Wiedersehen mit vertrauten Person (Therapeut) und auf Validierung des Erlebten (Erzeugen eines Narratives als Übergangsobjekt) erzeugt Zuversicht und hält die Motivation, sich auf die Weiterfahrt des Zuges einzustellen (Übergang von konzentrischem- in serielles Denken, Erleichterung von En-

codierung/Engrammierung, Förderung von Merkfähigkeit durch Schaffung affektiver Bedeutungsinstanzen und somit Hierarchisierung mit Einbindung in einen neuen, als ich-integriert wahrnehmbaren Wertekanon).

Die eben erwähnten Übergangsmomente und -objekte ermöglichen das Erlernen einer größeren Bandbreite von Reiz-Reaktionsmustern (set-shift, s.o: zingulärer Kortex) mit Kontrollübernahme im Sinne von Inhibition und Noninhibition, unterstützt durch achtsamkeitsbasierte- und physiotherapeutische- neuroperzeptiv-bahnende Verfahren. Die Herausforderung integrativer ADHS-Behandlung liegt im Hinarbeiten von Kontingenzerleben im Denken („in sensu“), Fühlen („in vivo“) und Handeln („in operando“). Zudem sollten Beziehungs-, Aktivierungs-, Aktualisierungs-, Klärungs- und Bewältigungsprozesse wechselnd seriell („hintereinander“) und konzentrisch („all in one“) angestoßen werden. Zuletzt sollten utilitaristische, also funktionale Aspekte von Handlungsplanung („Zieldefinition und Übernahme von Serialität“) durch Zuführung von Methodik integriert werden. Ein Transfer der neuen Lernerfahrungen in die Alltagsbewältigung gelingt besser durch die Integration eines multimodalen Therapiemoduls, mit Verknüpfung beispielsweise in die Arbeitstherapie.

Ziel der integrativen Behandlung ist die Herbeiführung einer Zunahme an Neuroplastizität, sodass der Gang über die Hängebrücke („like a bridge over troubled water“) gelingen und somit einen wichtigen Beitrag zur dauerhaften Abstinenzentwicklung leisten kann.

VORSTELLUNG

Mein Name ist **Jochen Feugmann**. Ich bin 48 Jahre alt und seit ersten März 2017 als leitender Arzt in der salus klinik Friedberg tätig. Unsere Klinik liegt in Sichtweite meiner Geburtsklinik in Bad Nauheim und meines Elternhauses in Friedberg. Die berufliche Tätigkeit hier markiert für mich nicht nur einen örtlichen- sondern auch interesselgeleiteten Kreis, welcher in Bad Nauheim, als junger Rettungssanitäter im Zivildienst begann, sich über das Studium der Humanmedizin an der Justus-Liebig-Universität in Gießen, der Ausbildung zum Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie erstreckte - und nach oberärztlicher Tätigkeit als Psychiater nun geschlossen hat. Im Rahmen der Facharztausbildung zum Kinder- und Jugendpsychiater in der Vitos-Klinik-Rheingau (formals ZSP-Eichberg-Klinik Rheinhöhe)

und oberärztlicher Tätigkeit im Klinikum Hoechst fügte sich eine weitere Ausbildungsphase zum Facharzt für Psychiatrie - ebenfalls Vitos-Rheingau ein - und setzte sich bis zum Erwerb des psychiatrischen Facharztstitels 2012 dort fort. Zuletzt war ich oberärztlich allgemeinpsychiatrisch und suchtmmedizinisch in der Klinik für psychische Gesundheit in Langen tätig. Das „interesselgeleitete“, wie einleitend bemerkt, erklärt sich aus der passenden Integration zum einen von Tätigkeitsbereichen wie organisatorischem, ärztlich-therapeutischen und mitarbeiterbezogenen Feldern, zum anderen bezieht es sich auf die mir sehr am Herzen liegende Schnittstellenarbeit, welche sich im Bereich der Suchtmmedizin und hierbei speziell im Adoleszentenbereich niederschlägt. Auch genieße ich die offene und zugewandte Atmosphäre in der salus klinik

Friedberg, welche sich mit meinen Überzeugungen bezüglich des Stellenwertes eines positiven therapeutischen Milieus deckt.

Neben dem „Tagesgeschäft“ im therapeutischen Alltag der Entwöhnungsbehandlung prägen sich konzeptionell bereits neue(/alte) sehr spannende Bereiche der Schwerpunktbehandlung komorbider ADHS- und Traumastörungen heraus. Das diesbezügliche „Einfädeln“ in einem fließenden Prozess aus Anknüpfen, behutsamer Fortführung und Neuentwicklung bereitet mir hierbei sehr viel Freude.

Die Beschäftigung mit „Schnittstellen“ hat mich von jeher fasziniert: Sowohl privat in der Beziehung mit meiner englisch-stämmigen Partnerin, ethnologisch –kulturell entlang von Auslandsaufenthalten in den USA und Süd-Afrika, im praktischen Jahr meines Studiums und generell dem Reisen,

anlässlich meiner zellbiologisch- klinischen Forschungsarbeit, wo es um die Durchlässigkeit von Zellmembranen bei Entzündungsprozessen ging und im Bereich von Adoleszenzpsychiatrie. Auch beschreiben mich meine Freunde, nicht nur beim Musizieren, als offen und tolerant.

An der Behandlung mit Adoleszenten interessiert mich der Entwicklungsbezug zur Dynamik von Strukturveränderungen im Zusammenspiel mit der Suchterkrankung und diesbezügliche therapeutische Implikationen. Hierbei prägten mich die mir zu Teil gewordene systemische und tiefenpsychologische Grundausrichtung innerhalb meiner therapeutischen Ausbildung. Ich freue mich, dass ich hier nun angekommen bin.



Ute Kaspar

In der Hauptsache geht es darum, durch kreative Gestaltung verschiedenster Objekte durch die Patienten deren Ressourcen zu entdecken und zu fördern. Dabei werden wahrnehmende und reflektierende Prozesse angeregt und Grundlagen für die sogenannte Ich-Stärkung, also die Steigerung des Selbstvertrauens, geschaffen.

Der Erfolg der kunsttherapeutischen Arbeit basiert vor allem auf vorhandene selbstheilende Kräfte eines jeden Menschen. Die innere und die äußere Welt des Patienten werden durch die therapeutische Arbeit zugänglich gemacht und durch die Kunstobjekte sichtbar zur Darstellung gebracht. Durch diese Gestaltung werden vielschichtige Emotionen und Affekte, die von den Patienten oft nicht in Worte gefasst werden können, „artikuliert“. Emotionen können ausgeliebt, zugelassen und wahrgenommen werden, ebenso begrenzt, differenziert und verändert werden.

Der Weg geht vom Einzelnen hin zur Gruppe auch unter Einbeziehung der jeweiligen persönlichen Themen. In der kunsttherapeutischen Gruppe wird gemeinsam gestaltet und gemeinsam reflektiert. Die Kompetenzen der Gruppe werden für stützende und spiegelnde Prozesse genutzt. Dieses Erleben der Gruppenbeziehung und das damit verbundene Gestalten sind wichtige zentrale Aspekte. Eine unabdingbare Voraussetzung ist eine wertschätzende Arbeitshaltung des Therapeuten, die den Patienten mit all seinen individuellen Facetten ernst nimmt, seine Eigenverantwortung begleitend fördert und dabei auf Strukturierung und Stabilisierung achtet.

In der praktischen Anwendung steht den Patienten ein breites und reichhaltiges Materialangebot zur freien Verfügung. Dazu gehören Bunt- und Filzstifte, Öl- und Pastellkreiden, Aquarell- und Acrylfarben sowie Kohlestifte und Blöcke.

Zur Auswahl stehen außerdem verschiedene Pinsel, Papiere, Schwämmchen, Spachtel sowie Ton und Specksteine. In der Regel wird thematisch gestaltet. Anregende und stützende kunsttherapeutische Interventionen können ebenso wie eine freie und eigenständige Gestaltungsweise als hilfreiche Bewältigungsstrategien erlebt werden.

Alle Themen werden generell als Angebot für die gesamte Gruppe vorgeschlagen. Es gibt dabei vielfältigste Möglichkeiten, über die Gestaltung seine eigenen Kräfte zu entdecken und freizusetzen.

Meiner kunsttherapeutischen Arbeit liegt ein Menschenbild zugrunde, welches einer freien Selbstbestimmung einen hohen Stellenwert beimisst und die Ressourcen und Kreativität eines jeden Menschen berücksichtigt, fördert und ausbaut.

Das Stärken dieser Kräfte, das Entdecken von Potentialen, das Aktivieren und Erkennen neuer kreativer Fähigkeiten und das Entwickeln von Bewältigungsstrategien in krisenhaften und evtl. verworrenen Lebenssituationen ist das Anliegen meiner Kunsttherapie.

Es ist immer wieder beeindruckend und erfreulich zu erleben, wenn auf kreativen Wegen Lebendigkeit, Phantasie und Ressourcen entdeckt werden, die in jedem Menschen ruhen und deren Nutzung absolut stärkend wirkt. Ich erkenne für mich, wie fruchtbar ein sowohl geduldiges und wertschätzendes als auch ein stützendes und leitendes Begleiten ist und wie gerne ich diesen Weg mit den Patienten mitgehe.

Die Patienten geben mir Rückmeldungen über die positive Wirkung unserer gemeinsamen Arbeit. Sie bestätigen damit einen für sie wichtigen Prozess. Das zeigt mir immer wieder die Wichtigkeit und Effektivität der kunsttherapeutischen Methodik.

Zu meiner Person:

Seit Sommer 2015 betreibe ich meine eigene Kunst- und Kreativwerkstatt in einem schönen Fachwerkhaus in Neu-Anspach. Zusätzlich kann ich mittels einer mobilen Werkstatt auch außerhalb meines Domizils individuelle Kreativkurse für kleine und größere Gruppen anbieten. Neben meinem Engagement als Honorarkraft in der „salus klinik Friedberg“ arbeite ich ebenfalls freiberuflich in der „salus klinik Friedrichsdorf“ und in der Rehabilitationsklinik „Villa unter den Linden“ in Sindlingen. Außer meiner Qualifikation als Kunst- und Gestaltungstherapeutin bin ich zertifizierte Seminarleiterin für autogenes Training, Trance- und Maskentheater sowie Ausdrucks- und Sensitivmalerei.

AUS DER KRISE ENTSTEHT KUNST

Es war mal wieder soweit. Rückfälle im Haus, die Stimmung schlecht, das Vertrauen untereinander gestört. Die Therapeuten beraten, wie mit der Situation umzugehen ist, die Patienten gehen in Deckung. Was tun? Antwort: Projektwoche! Nur mit einem vorgegebenen Begriff wurden die Patienten in ihre jeweiligen Projektgruppen entlassen und hatten eine Woche lang Zeit, sich kreativ zu ihrem Thema zu äußern. Dabei gab es nur eine Vorgabe, nämlich keine Wikipedia-Vorträge. Zur Seite stand jeder Gruppe ein Therapeut zur Unterstützung. Und das ist dabei rausgekommen:





ABSCHIEDSKONZERT

Nach zehnjähriger Verantwortlichkeit als Leitender Arzt verließ uns Sven-Uwe Bange zu Beginn des Jahres gen Westen. Herr Bange verstand es, die Klinik mit einer einzigartigen Mischung aus Erfahrung, profundem Sach- und gesundem Menschenverstand zu führen. Dabei trat er bei der Arbeit so auf, wie wir ihn auch auf der Musikbühne erleben durften- ohne „Starallüren“, aber mit Leib und Seele dabei, traf er den richtigen Ton und hatte immer ein offenes Ohr für seine „Mitspieler“, seien es Patienten oder Kollegen.

Dass er es nun nach mehr als zehn Jahren und über 16 Erdumrundungen, die er kilometermäßig von seinem Wohnort nahe Köln bis in die Wetterau zurückgelegt hat, etwas stressfreier angehen möchte, um auch mehr Zeit für seine Familie (mit mittlerweile drei Kindern) zu haben, ist nur allzu verständlich. Wir wünschen ihm alles erdenklich Gute an seiner neuen Wirkungsstätte und überhaupt.

Rock on!



IMPRESSUM

Herausgeber:
salus klinik Friedberg
Warthfeldsiedlung 3, 61169 Friedberg

Redaktion:
Christian Muhl

Mitarbeiter dieser Ausgabe:
Christian Muhl, Jochen Feugmann,
Ute Kaspar

Herstellungsleitung:
Sandra Fisch, salus klinik GmbH

Druck & Versand:
Druckhaus Süd GmbH, 50968 Köln
www.druckhaus-sued.de

Vom Feiern zum Feiern – auch in diesem Jahr findet unser Sommerfest wie gewohnt am letzten Juni-Wochenende statt. Am 24.06.2017 ab 13 Uhr erwarten wir unsere Gäste (Ehemalige, Interessierte, Bekannte etc.) und laden neben kulinarischen Köstlichkeiten zu interessanten Gesprächen sowie Wiedersehensfreude zu uns in die Klinik ein.

SOMMERFEST 2017

