

Angenendt, G., Abu-Khatir, M. & Domma-Reichart, J. (2015). *Generation Adventure: Abenteuer abstinentes Leben! Beschreibung des Programms und erste Ergebnisse*. Verfügbar unter <http://www.salus-kliniken.de/huerth/wissensportal/netzpub/>

Generation Adventure: Abenteuer abstinentes Leben! Beschreibung des Programms und erste Ergebnisse

Angenendt, G., Abu-Khatir, M. & Domma-Reichart, J.

1. Einführung

In den letzten Jahren haben suchtspezifische Komorbiditäten bei Alkoholabhängigen zugenommen. Diese Entwicklung zeichnet sich auch in unseren Häusern ab. Auch in der salus klinik in Hürth werden Aufnahmen von 18-28 jährigen Patienten, die eine oder mehrere Abhängigkeiten illegaler Drogen aufweisen, zunehmend mehr. Es zeigt sich, dass diese Altersgruppe mit Alkohol-/Drogenkombinationen – und häufigen strukturellen Defiziten und Komorbiditäten - schwerer behandelbar sind als das „Durchschnittsklientel“. Schon in vergangenen Jahren versuchten unterschiedliche Träger im Hilfesystem mit Angeboten wie Segeltörns oder „Therapien auf dem Bauernhof“ den Reifungsdefiziten und psychischen Störungen dieser jungen Drogenpatienten ganz praktisch zu begegnen und entsprechende Behandlungsplattformen und -angebote zu schaffen. Wir haben ein Programm entwickelt, das „alte“ erlebnispädagogische Elemente beinhaltet, jedoch im stationären Rahmen einer Klinik der Normalversorgung mit einem hohen Anteil der „klassischen“ alkoholabhängigen Patienten erprobt werden soll.

2. Das Programm „Generation Adventure: Abenteuer abstinentes Leben!“

Respekt zum Mitmenschen, zu sich selbst und zur Natur sind grundlegende Elemente des Lebens und Zusammen-Lebens. Seit ca. 3 Jahrzehnten hat sich in den USA eine Richtung etabliert, die sich Naturpsychologie nennt. Führende Vertreter dieser Richtung haben in den letzten drei Jahrzehnten eine Fülle von empirischen Daten über den psychisch heilenden Charakter von Naturkontakten jeder Art zusammengetragen (Maas et al. 2006, Kaplan & Kaplan, 2008, Kaplan, 2011, Kuo, & Faber Taylor, 2004, Faber Taylor & Kuo, 2001). Bewohner begrünter oder grünflächennaher Wohnbezirke bleiben auf Dauer gesünder, können ihre persönlichen Probleme besser lösen, haben bessere Kontakte zu ihren Nachbarn, begegnen ihren Familienmitgliedern seltener mit Aggressionen und werden seltener kriminell- und zwar unabhängig vom sozialen Status. Von diesem Wissen geleitet und Ansatz inspiriert haben wir das hier beschriebene Konzept entwickelt und ein besonderes Gewicht auf „naturnahe“ Behandlung gelegt (Domma-Reichart et al., 2012). Dies äußert sich darin, dass die Patienten beispielsweise die gesamte Behandlungszeit über 2x wöchentlich a 4 Stunden Arbeiten in der freien Natur verrichten. Diese Therapieeinheiten „respect-the-nature“, bestehen aus verschiedenen kleinen oder größeren Projekten auf die wir später noch eingehen werden (s.u.). Ein weiterer Pfeiler des Konzeptes ist dessen erlebnispädagogische Ausrichtung. Die Erlebnispädagogik spricht mit ihrem ganzheitlichen Ansatz sowohl Emotionen, Körperreaktionen als auch Gedanken an und verbindet sich somit gut mit dem lerntheoretischen Ansatz, der Verhaltensmodifikationen über die Änderung der Stimulusqualität (S), der Einstellungen (O) sowie der Reaktionen (R) (auf gedanklicher, physiologischer und gefühlsmäßiger Ebene) und der sich daraus abgeleiteten Konsequenzen

(C, kurz- und langfristig) anstrebt. Über die Reflexion besteht die Möglichkeit, diese Bereiche miteinander zu verbinden und somit ein umfassendes Lernergebnis zu erreichen.

Erlebnispädagogische Aktionen können einerseits zu einem „Wir- Gefühl“ beitragen. Gemeinsam werden intensive Kontakte und Emotionen erlebt, Schwächen und Stärken werden offenbar, Ängste und Sehnsüchte werden ausgetauscht. Andererseits fördern sie ein „Ich- Gefühl“ durch Identitätsfindung bei Grenzerlebnissen, durch Abgleiche von Fremd- und Selbsteinschätzung, durch körperlichen Einsatz, durch Forderung und Förderung von Ressourcen und kreativer Aufgabenbewältigung (Zuffellato & Kreszmeier, 20012). Reiners (1995) hält neben dem Ich-Erlebnis und dem Gruppen-Erlebnis auch das „Naturerlebnis“ für einen wichtigen methodischen Baustein der Erlebnispädagogik was wir in unserem Konzept als Gedanken verfolgt und umgesetzt haben.

Das Programm hat eine Dauer von 20 Wochen. Es besteht aus Einzel- und gruppentherapeutischen Angeboten in den Bereichen Arbeitstherapie, Ergo- und Kunsttherapie, indikationsspezifischen, edukativen Gruppen (z.B. ADHS, Trauma, Cannabis-Nein Danke, Pathologisches Glückspiel, etc.) sowie Sport- und Bewegungstherapie.

Die Behandlung gliedert sich grundsätzlich in 2 Phasen. In der Anfangsphase (Beginner) liegt das Augenmerk auf der *Integration der Patienten in die Behandlung und Änderungsmotivation*, die 2. Phase (Advanced, ab der 10. Woche bis zur 20. Woche) hat seine Schwerpunkte im Bereich „*Schule/ Berufsausbildung/ Beruf*“ und der *Motivation zur abstinentzfreien Lebens- und Freizeitgestaltung* nach der stationären Behandlung.

Beiden Phasen gemeinsam ist eine erhöhte Verantwortungsübergabe an die Patienten in insgesamt 4 statt findenden Projektwochen (survival camp, Kunst- und Natur, Film/Multimedia und Job-Best Practice). Diese werden ergänzt durch ein fortlaufendes, therapiebegleitendes Angebot im Bereich Garten und Naturschutz (respect-the-nature-Projekt). Die 4 Projekte werden eingebettet in einen stabilen und fest strukturieren Rahmen (s.u.) in denen die Patienten störungsspezifische IGs (ADHS, Trauma, DBT-S oder ähnliches) sowie Kunst- und Arbeitstherapie mit Patienten der anderen Gruppen, vorwiegend Patienten mit der Erstdiagnose „Alkoholabhängigkeit“, gemeinsam belegen. 28 Indikative Gruppen (z.B. Soziale Kompetenz, „Glück“, Alltagsplanung oder Traumabearbeitung) stehen den Patienten insgesamt zur Verfügung. Soziotherapeutische Gruppen wie z.B. Finanzmanagement, Alltagsstrukturierung und Umgang mit Stress am Arbeitsplatz sollen neben einem 2-tägigen „Housekeeping-Management“ die Fähigkeit des Patienten in diesen Lebensbereichen stärken. Mit dem Bezugstherapeuten werden die Auswahl der Therapieeinheiten und deren Reihenfolge im Therapieverlauf gemeinsam vereinbart. Zudem sind regelmäßige fachärztliche Visiten während des gesamten Therapieverlaufs implementiert. Bei bestimmten psychiatrischen Komorbiditäten werden zusätzliche Sprechstunden angeboten, die speziell auf das entsprechende Störungsbild fokussieren und eine optimale Mitbehandlung der Komorbiditäten gewährleisten (z.B. ADHS- Sprechstunde).

Eine wichtige Rolle in der Behandlung junger, abhängiger Patienten spielt die Einbeziehung des sozialen Umfeldes in die Behandlung. Hierfür sind 2 Angehörigenseminare (Ende der ersten Therapiehälfte/Ende der 2. Therapiehälfte) konzipiert. Die Angehörigen sollen ein vertieftes Verständnis von Abhängigkeit und Co-Abhängigkeit bekommen und auf dem Weg der Genesung und Entwicklung „mitgenommen“ werden. Bei Bedarf sind zusätzliche Gespräche (Partnerggespräche) in kleinem Kreis möglich und gewünscht.

In der folgenden Skizze (Abb.1) erkennt man die Gliederung des Programms. Projektwochen und Rahmenprogramm wechseln sich ab. Während der gesamten Behandlungsdauer findet das Natur-Projekt „respect-the-nature“ sowie ein Anti-Aggressionstraining statt.

Die Programmstruktur der Generation Adventure ist folgendermaßen gegliedert:

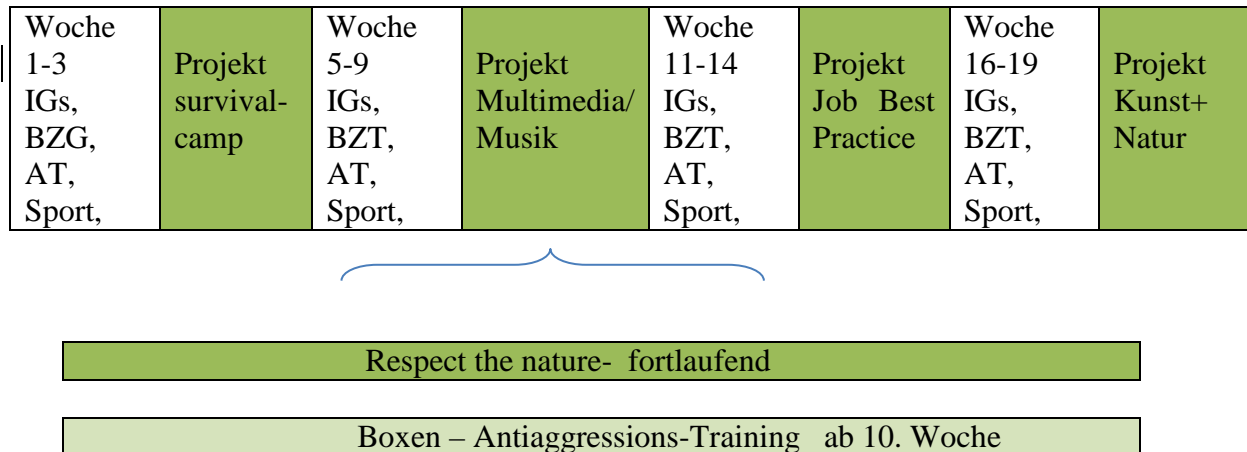


Abbildung 1. Programmstruktur Generation Adventure: IGs (Indikativgruppen), BZG (Bezugsgruppe), AT (Arbeitstherapie).

Die Gruppengröße beträgt 10-11 Personen, die nach der ersten Hälfte in die „Advanced“-Gruppe wechseln und dort den 2. Teil der Therapie – mit Fokus „Abstinenzhaltung und Nachsorge“ starten. Entsprechend rücken Patienten in die erste Gruppe nach. Insgesamt handelt es sich also um 2 Gruppen a 10-11 Patienten, die gleichzeitig das Programm durchlaufen. Obligatorisch sind Angehörigenseminare, so dass unsere zum Teil noch recht jungen Patienten die Möglichkeit haben, ihre Familien auf die „Zeit danach“ bestmöglich vorzubereiten.

2.1 Individuelle Standardinterventionen

Eine Auswahl der Indikativgruppen sowie der soziotherapeutischen Standard-Angebote, auf die die Patienten Zugriff haben, soll hier kurz beschrieben werden:

Glück

Die IG „Glück“ soll die Patienten befähigen, aktiv an einer positiven Lebensgestaltung mitzuwirken. Sie lernen in der IG, dass sie durch ihr jeweiliges (positives) Verhalten Konsequenzen erzeugen, deren Urheber sie selber sind.

Männergruppe

Da Identitätssuche eine große Rolle bei jungen, männlichen Suchtkranken einnimmt, bieten wir eine „Männergruppe“ nach dem Konzept der Koordinationsstelle Sucht, Landschaftsverband Westfalen-Lippe an (Stöver & Bohnert 2014). Die Gruppe findet 1x wöchentlich über 6 Wochen statt. Die männlichen Gruppenleiter sind in diesem Konzept fortgebildet.

Frauengruppe

Die Rolle der Frau in Beruf und Gesellschaft sollen hier in einem geschützten Rahmen thematisiert und reflektiert werden. Ziel ist es, Unsicherheiten der jungen Suchtpatientinnen zu reduzieren und ein angemessenes Rollenverständnis zu vermitteln. Die Gruppe findet 1x wöchentlich über 6 Einheiten statt.

Leben mit ADHS

Nicht selten ist der Suchtmittelkonsum ein Versuch, die ADHS-Symptomatik zu reduzieren. In dieser IG können die Patienten lernen, ein Verständnis für die Erkrankung zu entwickeln und neue Strategien im Umgang mit ihren Symptomen zu lernen. Begleitend zu dieser IG wird die Indikation für eine psychopharmakologische Begleitbehandlung geprüft. Alle ADHS-Patienten werden 14-tägig vom Facharzt und der IG-Leiterin in Einzelterminen gesehen.

Traumastabilisierung

In dieser IG lernen die Patienten, wie ein Trauma „funktioniert“, was dabei geschieht und welche Maßnahmen der psychischen Stabilisierung ihren persönlichen Belangen entsprechen. Diese Gruppe ist Voraussetzung für eine weitere Traumabearbeitung in Einzelsitzungen, die in unserer Suchtabteilung vorgenommen werden kann. Da die Behandlung traumatisierter Suchtpatienten ein Schwerpunkt der Klinik darstellen soll, ist das gesamte Behandler-Team entsprechend geschult.

Pathologisches Glückspiel

Diese IG findet 2x wöchentlich über den gesamten Zeitraum der Behandlung statt. Der Patient soll sich intensiv mit seiner Sucht auseinandersetzen und sein Glückspielverhalten verstehen. Er soll seine Entscheidung zum dauerhaften Ausstieg treffen und sie wirksam in die Tat umsetzen können. Diese IG wird begleitet durch einen „Glückspielvertrag“, der zwischen der Klinik und dem Patienten getroffen wird. Es besteht eine Kooperation mit der Arbeitsgemeinschaft Glückspiel, in die unsere Behandler eingebunden sind.

Achtsamkeit

Langfristige Abstinenz setzt Achtsamkeit mit sich selbst, seiner Gesundheit und seiner Umwelt voraus. Im Achtsamkeitstraining werden die Patienten für diese Aspekte sensibilisiert. Ziel ist es, Ressourcen zu aktivieren, die es erlauben, langfristig eine achtsame Haltung bei den Patienten zu schaffen.

Entspannung

Zur Reduktion physiologischer Erregung und zum Abbau von Stress gelten bewährte Entspannungsverfahren (PMR/ Autogenes Training) als Mittel der Wahl. Ziel der IG ist es, die Patienten in die Lage zu versetzen, mit Stress „gesund“ umzugehen.

Alltagsstrukturierung

Junge Abhängige haben durch ihre früh einsetzende Erkrankung häufig verlernt, wie der Alltag ohne Drogen strukturiert werden kann. Vor allem bestehende und zu erwartende weitere Arbeitslosigkeit nach dem Klinikaufenthalt birgt ein hohes Rückfallpotenzial. In dieser IG lernen sie, ihren Alltag so zu strukturieren, dass er als sinnvoll ge- und erlebt werden kann. Diese IG findet bei Indikation 1x wöchentlich statt.

2.2 Interventionen im Adventure-Programm

Im Folgenden werden die neuen Adventure Interventionen dargestellt.

Housekeeping-Management

Junge Abhängige haben durch ihre früh einsetzende Erkrankung häufig verlernt, wie der Alltag ohne Drogen strukturiert werden kann. Dies spiegelt sich auch in der eigenen Versorgung wieder. In dieser IG erlernen sie die Grundfertigkeiten eigener Haushaltsführung, wie z.B. preisbewusstes Einkaufen und Kochen, Ordnung und Sauberkeit, Zustand der Bekleidung als Spiegel der Seele. Diese Einheit kann bei entsprechender Indikation angeboten werden. Sie findet 2-tägig (en block) in der ersten Therapiehälfte statt.

Antiaggressionstraining

Der konstruktive Umgang mit negativen Gefühlen wie Angst, Trauer, Hass und Aggression muss oftmals in der Entzugsentwöhnung erstmals oder neu erlernt werden. Für das Antiaggressionstraining (Boxen) wurde deshalb ein Profiboxer engagiert, der sich seit langem auf die Arbeit mit jungen Menschen in sozialen Brennpunkten spezialisiert hat. Einmal wöchentlich trifft er mit den jungen Patienten zusammen und vermittelt über das Medium Sport Fertigkeiten und Fähigkeiten, mit schwierigen Gefühlen adäquat umzugehen. Einen besonderen Schwerpunkt legt er dabei auf eine wertschätzende Haltung untereinander, dem Vermitteln gegenseitigen Respekts sowie einen angemessenen Umgang mit Distanz und Nähe im Miteinander.

Improvisationstheater

Im Improvisationstheater werden beispielsweise an Ressourcen und Stärken orientierte Improvisations- und Stegreifspiele entwickelt und Performances geübt, die anschließend in Kurzstücken dargestellt und vorgeführt werden.

Ziel des Improvisationstheater ist es beispielsweise, Patienten selbstsicherer und spontaner werden zu lassen, eine Freizeitgestaltungsmöglichkeit kennenzulernen, und Freude an Ausdruck, Sprache und Bewegung zu entwickeln.

Freizeit/ Hobbyangebote

Auf Angebote der Freizeitbeschäftigungen wie das Ausüben verschiedener Sportarten in unserem Fitness-Bereich, Jonglage, oder die „Schreibwerkstatt“ können die Patienten bei Bedarf und auf Wunsch zugreifen. Ebenso können sie von der klinikeigenen Musikband profitieren, die regelmäßig stattfindet und den Spaß an der Beschäftigung mit Musik fördern soll.

Wie weiter oben skizziert (Abb. 1), wird das Rahmenprogramm durch 4 Projektwochen in Abstand von jeweils 4 Wochen „unterbrochen“ bzw. ergänzt. Diese Projektwochen werden von den Patienten weitgehend eigenständig vorbereitet, entwickelt und durchgeführt. Lediglich das „Oberthema“, wie z.B. Multimedia, Kunst und Natur, ist vorgegeben. Ein „Projektleiter“ aus dem Behandlersteam unterstützt bei aufkommenden, fachlichen Fragen. Die Bezugstherapeuten dienen in dieser Zeit als „Coach“. Sie haben ein Augenmerk auf die Interaktion der Patienten und stehen hilfreich zur Seite, wenn sich interaktionelle Probleme als „unlösbar“ gestalten und geben Hilfestellung zur Problemlösung. In den Projektwochen „ruht“ das Rahmenprogramm. Jeden zweiten Abend gibt es ein „Blitzlicht“ mit dem

Bezugstherapeuten, um die aktuellen Stimmungen zu erfragen und aufkommende Schwierigkeiten zu bearbeiten.

Projektbeschreibungen

Respect the nature:

Dieses Projekt, das von den Patienten während der gesamten Dauer belegt wird, ist dem naturpsychologischen Ansatz des Konzeptes geschuldet. Es untergliedert sich in kleine und größere Naturprojekte, die von den Patienten koordiniert und unter Anleitung selbständig durchgeführt werden.

Hierzu zählt zum Beispiel die Pflege des kliniknahen Parks durch das Beschneiden der Sträucher nach Anleitung oder das geführte Kennen-lernen von Flora und Fauna. Größere Projekte sind zum Beispiel das Anlegen eines Kräutergartens zur Selbstversorgung, das Bauen und Bewirtschaften eines Gewächshauses oder das regelmäßige Ausführen von Hundspaziergängen aus dem nahe gelegenen Tierheim. Ziel ist es, Verantwortungsbereitschaft für sich und andere zu fördern und einen neuen Bezug zu Natur und Umwelt herzustellen, der es ermöglicht, die Natur als persönliche Ressource zu verstehen.

Projekt „Survival-Camp“

Das „survival-camp“ nimmt eine Sonderstellung unter den Projekten ein. Es ist ein Outdoor-Ereignis, bei dem die Patienten in einem nahe gelegenen Naturschutzbereich auf dem Gelände eines alten Klosters in Zelten leben. Ein Erlebnispädagoge, ein Bezugstherapeut und eine Ernährungsberaterin bilden die Begleitung. Die Tage werden gemeinsam vorstrukturiert. Eine Reihe von Aufgaben wird an die Patienten heran getragen. So sollen sie Flosse bauen, um auf dem angrenzenden See damit fahren zu können, verschiedene Gegenstände per Geo-Caching im Waldgebiet finden und im Klettergarten verschiedene Ängste überwinden lernen. Allen Aufgaben gemeinsam ist, dass sie nicht alleine gelöst werden können sondern es der Gemeinschaft bedarf, die plant, strukturiert und verschiedene Lösungsvorschläge erarbeitet. Während der Zeit des Zeltens versorgen sich die Patienten selbst. Sowohl der Einkauf der Lebensmittel als ebenso das Kochen und anschließende Aufräumen obliegt der gesamten Gruppe.

Das „survival-camp“ dient u.a. dazu, sich gegenseitig besser kennen zu lernen und den Zusammenhalt der Gruppe zu stärken. Vor dem Hintergrund des so erworbenen Vertrauens ist Lernen ein ganzheitliches Geschehen, das emotional begleitet wird und realitätsnah geschieht. Alte Gewohnheiten können hinterfragt und gegen Neue ausgetauscht werden. Gerade junge abhängigkeitskranke Patienten haben Entwicklungsdefizite im Bereich der Handlungs- und Entscheidungskompetenz. Hier sollen Sie lernen, diese Defizite zu analysieren, fehlende Kompetenzen initial aufzubauen und in ihr Verhaltensrepertoire zu integrieren (siehe auch Maas et al, 2006). Ziel ist die Steigerung des Selbstwerterlebens und das Erkennen um die Wichtigkeit der Gruppe als Erfahrungsraum.

Projekt Musik (wahlweise Kreativität: Film/ Multimedia)

Im Musikprojekt wurden beispielsweise eigene Lieder komponiert, Texte dazu geschrieben, Instrumente spielen gelernt und abschließend die Arbeit als Gruppenarbeit der gesamten Patientenschaft vorgestellt.

Ziel ist es hier, mit Musik das seelische Befinden auszudrücken die psychische Belastbarkeit zu stärken, Hemmungen abzubauen und die Aufmerksamkeit zu schulen. Nicht zuletzt soll auch in diesem Projekt soziales Lernen unterstützt werden.

Entscheiden sich die Patienten für ein Film/ Multimedia-Projekt, können sie unter Mithilfe eines erfahrenen „Game-Designer“ zum Beispiel eigene (erst analoge, dann digitale) Spiele entwickeln, Internet-Plattformen herstellen oder Kurzfilme drehen, in denen sie selber eine Rolle spielen.

Die gewünschte Veränderung des Patienten geschieht im und durch das künstlerische Medium. Auf spielerische Art und Weise kann der Patient in seinem individuellen Freiraum seine Schwierigkeiten darstellen. Die Kreativtherapie bietet so ein Feld des Experimentierens und Untersuchens im jeweiligen künstlerischen Medium. Der Patient erhält die Möglichkeit sich zu äußern und Formen und Strukturen zu entfalten. Er drückt sich aus und erlebt sich in der Begegnung mit sich selbst und anderen. Der Patient gewinnt neue Erkenntnisse über seine Person und sammelt dadurch neue Eindrücke über die eigenen Fähigkeiten, Stärken und Schwächen.

Projekt Job Best Practice

Alle Patientinnen und Patienten nehmen regelmäßig an der Arbeitstherapie teil. Eine Heranführung an die Erfordernisse des Arbeitsmarkts ist darüber hinaus während 1-2 wöchiger externer Betriebspraktika (Job-Projekt) in der 2. Therapiehälfte vorgesehen. Hierzu bestehen mit verschiedenen regionalen Unternehmen Kooperationen.

Die Patienten werden hierzu im 1. Teil der Therapie ein Bewerbertraining absolvieren, die sie befähigen, sich in kooperierenden Unternehmen zu bewerben und dort ein Praktikum ihrer Wahl zu absolvieren. Die bis dahin gewonnenen Fähigkeiten und Fertigkeiten sollen angewendet und in der Praxis überprüft werden. Schwachstellen werden vom Bezugstherapeut und Coach aufgenommen, analysiert und bearbeitet.

Projekt Kunst und Natur

In diesem Projekt lernen die Patienten sich der vorhandenen Ressourcen aus der unmittelbaren Natur für eigene kreative Arbeiten nutzbar zu machen und sie im Sinne von Recycling wieder verwendbar zu machen. So lassen sich beispielsweise mit aufgefundenen Holzstücken Krippenfiguren schnitzen oder andere Gegenstände für den weiteren Gebrauch bearbeiten. Auch hier ist es Ziel, sorgsam mit den Ressourcen der Umwelt umzugehen und sich als ein Teil des gesamten zu verstehen.

Dieser Behandlungsansatz erfordert ein kommunikatives und hoch-innovatives Team, das mit unterschiedlichen Behandlungskonzepten gut umgehen, diese integrieren und auf Störungen schnell und präzise reagieren kann. Dazu ist es notwendig, das Konzept rechtzeitig zu kommunizieren und die beteiligten Behandler am Fine-Tuning teilhaben zu lassen. Irritationen können so rechtzeitig vorgebeugt werden. Dies zeigte sich auch bei uns in den vielen Projektbesprechungen, die der Umsetzung vorgeschaltet waren.

3. Methodik der Begleitstudie

3.1 Design

Nach Erstellung der Konzeption „Adventure“ und Schaffung der organisatorischen Voraussetzungen (z.B. Personalausstattung, Sportgeräte, Arbeitsmaterialien, Outdoor-Equipment) wurden alle Patienten mit der Erstdiagnose Drogenabhängigkeit, die nicht älter als 28 Jahre waren, der Bezugsgruppe Adventure zugeteilt. Die Diagnosen wurden nach ICD 10 vom behandelnden Arzt und vom Bezugstherapeuten gestellt.

Zusätzlich zu den Standardmaßnahmen der salus Fachklinik Hürth erstellte der Bezugstherapeut ein individuell auf und mit den Patienten abgestimmtes „Adventure“-Programm.

3.2 Soziodemographische Merkmale der Patienten

Inzwischen liegen von 47 Patienten erste Ergebnisse vor. Die Patienten waren im Durchschnitt 23,7 Jahre alt (SD: 2,7; Min. 19 Jahre, Max. 28 Jahre), 74,5 % der Patienten waren männlich, 97,9 % waren ledig. Die meisten Patienten hatten als Schulabschluss die Mittlere Reife: 51,1 %, Hauptschule: 27,7 % und Abitur: 4,3 %. 17 % hatten keinen Schulabschluss. 8,5 % der Patienten waren erwerbstätig, 4,3 % befanden sich in Ausbildung und 87,2 % waren arbeitslos bei Behandlungsbeginn. 17 % der Patienten hatten eine gerichtliche Therapieauflage. Für die Mehrzahl (80,9 %) der Patienten war es die erste Entwöhnungsbehandlung. 82,1 % der Patienten hatten sich früher schon einmal einer Entgiftung unterzogen.

3.3 Diagnosen und Substanzgebrauch der Patienten

Die Erstdiagnosen waren Abhängigkeit von Cannabinoiden (F12.2; 44,7 %), von Stimulantien (F15.2; 8,5 %) und multipler Substanzgebrauch (F19.2; 46,8 %). Der multiple Substanzgebrauch bezog sich in der Hälfte der Fälle auf 3 Substanzgruppen und zu einem Viertel auf 4 Substanzen. Die häufigste Kombination war Cannabis, Amphetamine und Alkohol. Die F1 Komorbidität ohne Berücksichtigung von Tabak, und nicht zu multiplen Substanzgebrauch zugehörig, lag bei 74,5 %. 76,6 % der Patienten waren Tabakabhängig. 72 % der Patienten hatten drei Monate vor der Aufnahme Alkohol getrunken und Cannabis konsumiert, 40 % hatten in dieser Zeit Aufputschmittel genommen, 28 % Schmerzmittel, 26 % Beruhigungsmittel, 14 % Kokain, 11 % Halluzinogene, 2 % Opiate und 4 % hatten sogenannte „Neue psychoaktive Substanzen“ genommen, wie zum Beispiel Spice, Smoke, Badesalze, etc..

F Komorbidität ohne Berücksichtigung von F1 lag bei 80,9 % der Patienten vor. Die beiden häufigsten Diagnosen waren mit 25,5 % nichtorganische Schlafstörung (F51) und mit 21,3 % eine Persönlichkeitsstörung (F60/61).

3.4 Evaluation

Zu Beginn und Ende der stationären Behandlung erhalten die Patienten folgende Messinstrumente: den BSI, den BDI II und den AVEM.

Das Brief Symptom Inventory, BSI (Franke 2000) misst mittels 53 Items die Psychische Belastung der Patienten. Die Summe der Skalen (siehe Ergebnisse) ergibt den globalen Kennwert GSI, der die psychische Belastung insgesamt misst.

Mit dem Beck Depressions Inventar II, BDI II (Hautzinger et al. 2009), wird mittels 21 Items das Ausmaß depressiver Stimmung erfasst.

Der Fragebogen zu Arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmuster, AVEM misst „gesundheitsförderliche bzw. gefährdende Verhaltens- und Erlebensweisen bei der Bewältigung von Arbeits- und Berufsanforderungen“ (Schaarschmidt & Fischer 2008). Der Fragebogen hat 66 Items, aus denen 11 Skalen gebildet werden (siehe Ergebnisse), die die Ableitung der 4 Risikomuster „gesundheitsförderliches Verhalten gegenüber Arbeit“, „Schonung“, „Anstrengung“ und „Burnout“ gestatten.

Die Daten des BSI, des BDI II und des AVEM sind nicht normalverteilt, so dass Unterschiede zwischen Therapiebeginn und -ende mittels Wilcoxon geprüft wurden.

4. Ergebnisse

Art der Therapiebeendigung und Behandlungsdauer

Die durchschnittliche Verweildauer betrug bezogen auf alle Patienten 87 Tage (SD: 36,2), bezogen auf die regulären Entlassungen 105 Tage (SD: 27,2). Regulär beendet wurde die Behandlung von insgesamt 63,8 % der Patienten (Tab. 1).

Art der Therapiebeendigung	%
regulär	57,4
vorzeitig ärztlich einverstanden	2,1
vermittelt in Adaption	4,3
verlegt	0
disziplinarisch	8,5
vorzeitig ärztlich veranlasst	17,0
vorzeitig ärztlich nicht einverstanden	10,6

Tabelle 1. Art der Therapiebeendigung „Generation Adventure“. N = 47

Psychische Belastung (BSI)

Zu Beginn der Behandlung zeigten die Patienten in allen Skalen des BSI mit Ausnahme der Skalen Somatisierung und phobische Angst klinisch auffällige Werte. Bei Beendigung der Behandlung hatten sich die Patienten in allen Skalen signifikant verbessert und sie lagen in allen Skalen im Normbereich (Abb. 2). Besonders deutlich waren Verbesserungen in der Selbstsicherheit, der Depressivität und der Zwanghaftigkeit zu verzeichnen.

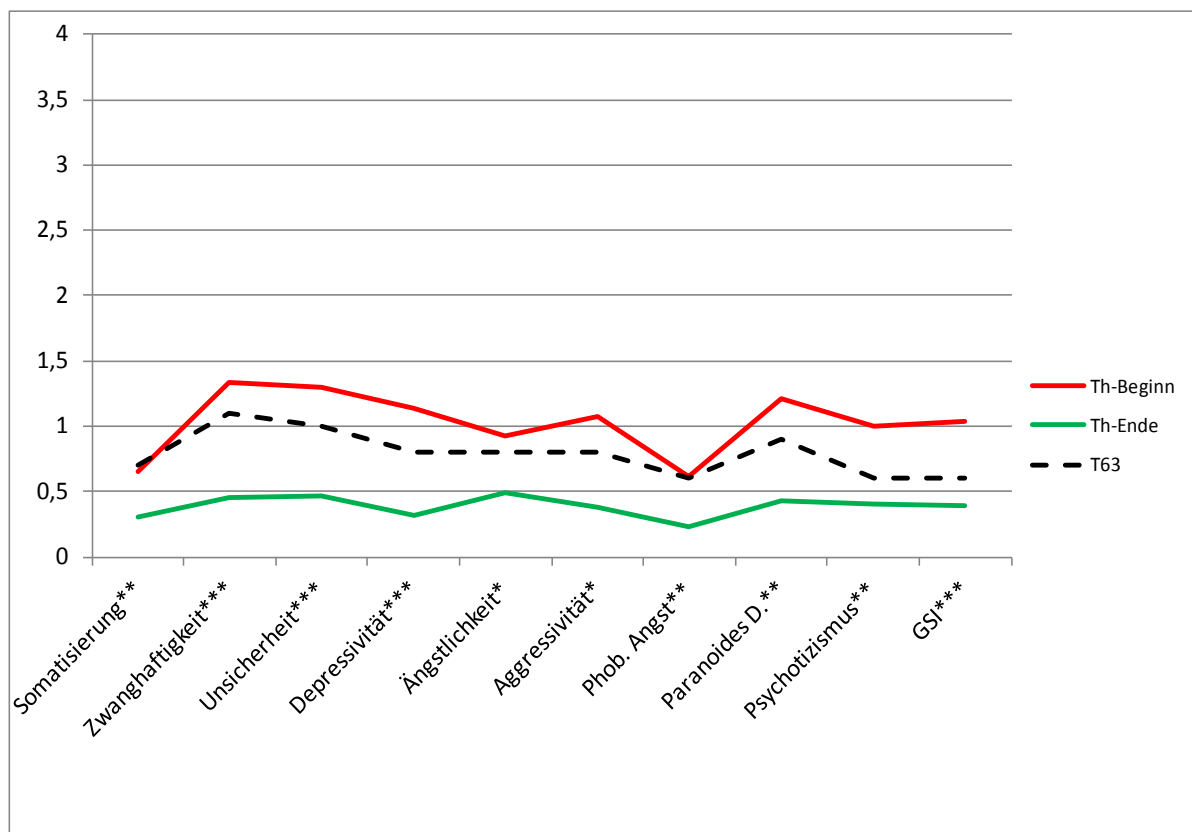


Abbildung 2. Skalenwerte des Brief Symptom Inventory (BSI) zu Beginn und Ende der Behandlung. Wilcoxon Test, * p<.05, ** p<.01, *** p<.001, N=19.

Depressivität (BDI II)

Auch im Beck Depressionsinventar haben sich die Patienten im Verlauf der Behandlung signifikant verbessert. Sie hatten zu Beginn der Behandlung im Durchschnitt einen erhöhten Depressionswert (M: 14,6; SD: 9,4), der bei Beendigung der Behandlung im Normbereich lag (M: 8,8; SD: 8,2) und sich signifikant vom Anfangswert unterschied (Wilcoxon Test $p=.028$).

Depressive Störung	Therapiebeginn	Therapieende
keine	26,3	63,2
minimale	21,1	10,5
leichte	21,1	15,8
mittelschwere	21,1	10,5
schwere	10,5	0

Tabelle 2. Ergebnisse im BDI II zur Behandlungsbeginn und –ende. N=19.

Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM)

Mit Ausnahme der Skalen „Berufliches Erfolgsleben“ und „Lebenszufriedenheit“ lagen die Patienten zu Beginn und zu Ende der Behandlung in allen Skalen des AVEM im Normbereich (Abb. 3).

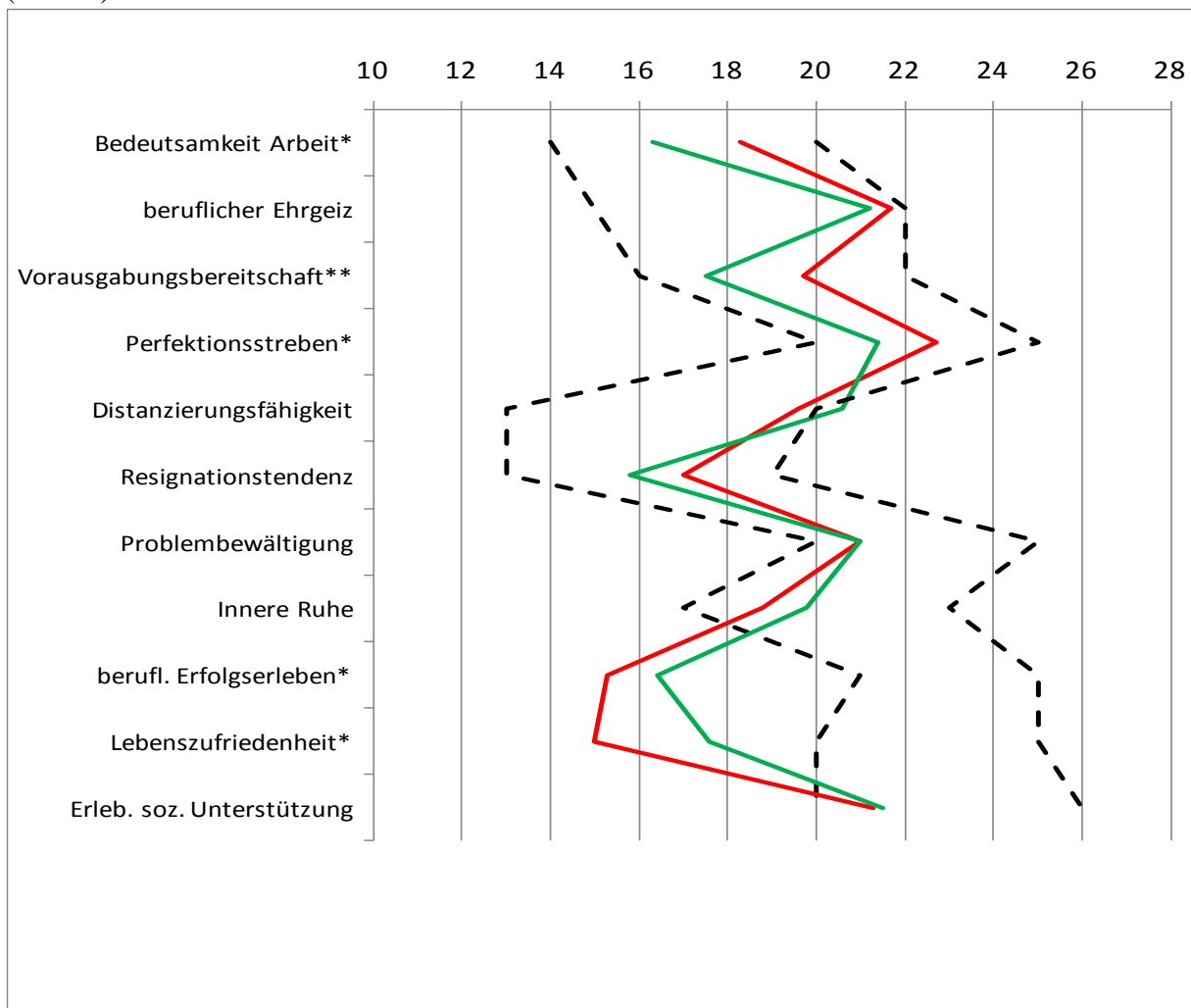


Abbildung 3. Skalenrohwerte der Arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM) zu Beginn und Ende der Behandlung. ----- : Stanine-Grenzen 4 – 6; **Therapiebeginn**, **Therapieende**. Wilcoxon Test, * $p<.05$, ** $p<.01$, N=19

Eines der vier Risikomuster des AVEM lässt sich für die Gruppe der Drogenabhängigen nicht ableiten. Zwar verbesserten sich die Patienten im „Beruflichen Erfolgserleben“ und in der „Lebenszufriedenheit“ signifikant (Abb. 3), waren aber im Vergleich zu einer Normgruppe weiterhin in beiden Bereichen unzufriedener.

5. Erste Erfahrungen und Diskussion

Schon durch die Zuweisung in eine Fachklinik für Alkoholabhängige handelt es sich in der Regel um eine andere Personengruppe als die Zuweisungen in eine Drogeneinrichtung. Lediglich bei den Patienten mit Therapieaufgabe fanden Vorgespräche statt, um die Eignung für unsere Adventure-Therapie zu prüfen.

Die Quote regulärer Beendigungen liegt in Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige bei ca. 86 % (Missel et al. 2014), in Fachkliniken für Drogenabhängige bei ca. 55,5 % (Fischer et al. 2014). So dürfte eine reguläre Beendigungsquote von 63,8 % bei unseren Patienten ein akzeptables Ergebnis sein, besonders da bereits durch die regulären Entlassungen, d.h. ohne die auf Wunsch des Patienten verkürzten Therapien eine Quote von 57,4 % erreicht wurde.

Ebenso wie bei den Drogeneinrichtungen ist bei unserer Adventure Gruppe die Anzahl disziplinarischer Entlassungen erhöht, auch wenn sie bei unserer Gruppe um 7 % geringer ausfällt.

Bei der Bewertung der Ergebnisse des Fragebogens zu arbeitsbezogenen Verhaltensweisen und Erlebensmustern (AVEM) ist die hohe Arbeitslosenquote zu berücksichtigen. Die Verbesserungen im beruflichen Erfolgserleben und der (beruflichen) Lebenszufriedenheit sind als Erfolge der Adventure Therapie zu verstehen, die eventuell auf die berufliche Zukunft der Patienten generalisieren. Weitere Verbesserungen sind erst im Rahmen der Nachsorge unter realistischen beruflichen Bedingungen möglich. Die sehr deutlichen Verbesserungen in der Psychischen Belastung und in der Depressivität könnten eine Folge der übenden Interventionen sein, die ein Charakteristikum unserer Adventure Behandlung sind.

Die Therapieverlaufsdaten der Adventure Behandlung erlauben die vorläufige Schlussfolgerung, dass die strikte Trennung von Alkohol- und Drogenpatienten, wie sie noch vor 20 Jahren „State of Art“ war und auch heute noch in Behandlungsrichtlinien eher vertreten wird in dieser Form nicht mehr haltbar ist. Andererseits wäre mit größeren Stichproben zu klären, für welche Drogenabhängige die Adventure Behandlung der salus klinik Hürth am besten geeignet ist.

Subjektiver Eindruck zur Behandlung junger Drogenabhängiger mit dem Programm „Generation Adventure“

Bei Einführung des Programms waren wir alle gespannt darauf, wie es von den teilnehmenden und auch von den überwiegend vorhandenen, alkoholabhängigen Patienten der anderen Gruppen angenommen würde. Vor allem das „aufgelockerte Setting“ mit regelmäßigen Projekten forderte den teilnehmenden Patienten einiges an Selbst- und Fremdverantwortung ab.

Deshalb gestalteten wir das Programm so, dass am Ende der Projektwochen die Patienten ihre Arbeiten der gesamten Klinik vorstellten. Diese Vorstellung wurde von ihnen selber organisiert. So konnte beispielsweise die in diesem Rahmen neu gegründete Band Songs

vorstellen, andere Mitglieder der Gruppe sangen ihre selber komponierten „Raps“ als Solisten, wieder andere waren für die Aufzeichnung (making-of) des Events zuständig. Ein anderes Mal wurde eine Theaterinszenierung aufgeführt, zu der sowohl die Kostüme als auch die Kulisse selber entwickelt und gefertigt wurde. Die alkoholkranken Patienten konnten diese Vorstellungen sehr genießen, vor allem profitierten sie davon, dass etwas für sie „getan“ wurde, was über das übliche Maß an „üblicher Zuwendung“ der Peergruppe hinausging. Es gab also für beide Patientengruppen einen Benefit in dem es ihnen gelang, ihre kommunikativen Fertigkeiten zu erweitern.

Nachteilig waren die teils recht auffälligen Verhaltensweisen der jüngeren Drogenpatienten (Unordnung, laute Musik), die durchaus öfter reglementiert und durch klare Benennung und Diskussionen auf ihr Verhalten aufmerksam gemacht werden mussten. Einige von ihnen erhielten ein „Punktesystem“ bei dem man durch Fehlverhalten Punkte erwirbt, durch sozial angemessenes Verhalten jedoch auch wieder seine Punkte reduzieren konnte. Vor allem in den Projektwochen, in denen der etwas straffere Therapierahmen sinnvoller Weise gelockert werden musste, schienen einige der Patienten überfordert. Eine konsequente, jedoch wohlwollende Haltung, schaffte das Gerüst, auch in schwierigen Situationen weiterhin therapeutisch vorgehen zu können. Bei (kleineren) Verstößen wurden Probezeiten vergeben, in denen sich die Patienten bewähren konnten. Zum bestandenen Probezeitende wurde der Patient in die Fallkonferenz eingeladen, in der seine Ziele noch einmal besprochen und das gezeigte neue, regelkonforme Verhalten ausdrücklich positiv verstärkt wurde.

Oftmals musste in den Projektwochen vom Behandler team die therapeutische Ebene verlassen werden, um entweder die Rolle des „Coaches“, die des „wohlwollenden Begleiters“, manchmal sogar die als „Gleicher unter Gleichen“ anzunehmen um entsprechende Botschaften zu transportieren. Wir konnten beobachten, dass die Patienten ein hohes Maß an Vertrauen entwickelten, was dazu führte, dass ein zu Beginn etwas sperriges „Sich-einlassen“ in eine Atmosphäre des „Lernen mit Freude“ transformiert werden konnte. Es fiel ihnen leichter, den Therapeuten als Lernmodell zu akzeptieren und eigenes dysfunktionales Verhalten in Frage zu stellen.

Alles in allem kann aber gesagt werden, dass seit Einführung dieses Programms wir erleben können, mit welcher Begeisterung die Drogenabhängigen sich für die Therapie interessieren und wie positiv unsere alten eher konservativen Alkoholiker darauf reagieren. Bereits diese therapeutischen Erfahrungen sprechen für unser „Adventure“- Programm.

Literatur:

Domma-Reichart, J., Angenendt, G. & Abu-Khatir, M. (2012). *Juniorenkonzept „generation adventure“*. *Behandlungskonzept zur stationären Behandlung von Mehrfachabhängigkeit für Patientinnen und Patienten zwischen 18 und 28 Jahren*. Unveröffentlichtes Manuskript. Salus klinik Hürth.

Faber Taylor, A., Kuo, F.E., & Sullivan, W.C. (2001). Coping with ADD: The surprising connection to green play settings. *Environment and Behavior*, 33(1), 54-77.

Fischer, U.C. (2003). „Natur - Bewegung - Kreativität“ - eine erlebnispädagogische Maßnahme zur Suchtprävention. „Nature - Exercise - Creativity“ - An Experience Based

- Educational Programme with the Objective to Prevent Addiction. *Suchttherapie*, 4(4): 203-206.
- Franke, G.H. (2000). *BSI. Brief Symptom Inventory - Deutsche Version*. Manual. Göttingen: Beltz.
- Fischer, M., Kemmann, D., Weissinger, V., Dewitz, M., Kunert, H., Susemihl, I. et al. (2014). Effektivität der stationären abstinenzorientierten Drogenrehabilitation. FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2011 von Fachkliniken für Drogenrehabilitation. *Sucht Aktuell*, 21, 19-24.
- Hautzinger, M., Keller, F. & Kühner, C. (2009). *BDI-II. Beck-Depressions-Inventar*. Revision. 2. Auflage. Pearson Assessment: Frankfurt.
- Kaplan, R. & Kaplan, S. (2008). Bringing out the best in people: A psychological perspective. *Conservation Biology*, 22(4), 826-829.
- Kaplan, R. (2011). Wetlands from a psychological perspective: Acknowledging and benefitting from multiple realities. In B. A. LePage (Ed.), *Wetlands: Integrating multidisciplinary concepts* (pp. 155-170). Dordrecht, Netherlands: Springer Science.
- Kuo, F.E. & Faber Taylor, A. (2004). A potential natural treatment for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Evidence from a national study. *American Journal of Public Health*, 94(9), 1580-1586.
- Maas, J., Verheij, R.A., Groenewegen, P.P., de Vries, S. & Spreeuwenberg, P. (2006). Green space, urbanity, and health: How strong is the relation? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60, 587-592.
- Missel, P., Jung, Ch., Herder, F., Fischer, R., Bachmeier, R., Funke, W. et al. (2014). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2011 von Fachkliniken für Alkohol und Medikamentenabhängige. *Sucht Aktuell*, 21, 5-18.
- Reiners, A. (1995). *Erlebnis und Pädagogik: praktische Erlebnispädagogik*. Ziele, Didaktik, Methodik, Wirkungen. München: Sandmann.
- Schaarschmidt, U. & Fischer, A.W. (2008). *Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM)* (3., neu bearbeitete Aufl.). London: Pearson.
- Stöver, H. & Bohnert, F. (2014). *Anwendung und Bewertung des Handbuchs „Männlichkeit und Sucht“* – eine Evaluationsstudie. Forum Sucht Sonderband 9. Münster: Landschaftsverband Westfalen-Lippe.
- Zuffellato, A. & Kreszmeier, A.H. (2012). *Lexikon Erlebnispädagogik*. Theorie und Praxis der Erlebnispädagogik aus systemischer Perspektive (2., neu bearbeitete Aufl.). Augsburg: Ziel-Verlag.

Autoren

Dr. G. Angenendt, Leitende Psychologin, salus klinik Hürth

M. Abu Khatir, Leitender Arzt Sucht, salus klinik Hürth

Dr. J. Domma-Reichart, Direktorin salus klinik Hürth

Korrespondenzadresse:

Dr. Gabriele Angenendt

salus klinik Hürth

Willy-Brandt-Platz 1

50354 Hürth

g.angenendt@salus-huerth.de