salus kliniken

Jahrgang 18, Juni 2022

salü

EDITORIAL

Liebe Leserin,
lieber Leser,

4 x Coronawellen
1 x Coronawelle im Sinn (erwartete Herbstwelle),
1 x Auswirkungen der Flutkatastrophe,
1 x Auswirkungen des Ukrainekrieges

= Macht in der Summe eine zu hohe gesellschaftspolitische Belastung,

um in dieser Zeit gebührend ein rundes Jubiläum zu feiern. Aus diesem Grund haben wir unsere große, anlässlich des 30-jährigen Bestehens der salus klinken, angedachte Feier auf unbestimmte Zeit verschoben. Diesen besonderen Moment werden wir zu gegebener Zeit nachholen. Erfreulicher Weise verstreicht er auch nicht unkommentiert. Wegbegleiter, Zeitzeugen, Partner und Freunde haben sich in einer Sonderbeilage zu dieser salü zu der Entwicklung der salus kliniken geäußert und uns Grüße übersendet. Diese Jubiläumsbeiträge finden Sie in der Mitte dieser Ausgabe.

Die Ausgabe beinhaltet zudem Fachliches und Karitatives! Eines der Elemente für 30 Jahre erfolgreiche Arbeit im Gesundheitswesen ist sicherlich unser Anspruch uns im Sinne unserer Patienten ständig weiter zu entwickeln und zu erneuern. Ein weiteres Element sehen wir darin, die Therapie von Menschen für Menschen auszugestalten. Die Menschlichkeit hört erfreulicher Weise jedoch nicht in den Räumlichkeiten unserer Kliniken auf. Im Rahmen des schwebenden Ukrainekrieges ist die menschliche Not groß und wir sind sehr froh, dass wir mit unseren Mitarbeitenden, unseren Fahrzeugen, gemeinsam akquirierten Finanzmitteln und unseren regionalen Partnern bereits drei große Hilfskonvois auf die Beine stellen konnten. Allen Beteiligten, Förderern und Mitwirkenden danken wir an dieser Stelle ganz herzlich.

Ihr Rodolfo Baumbach

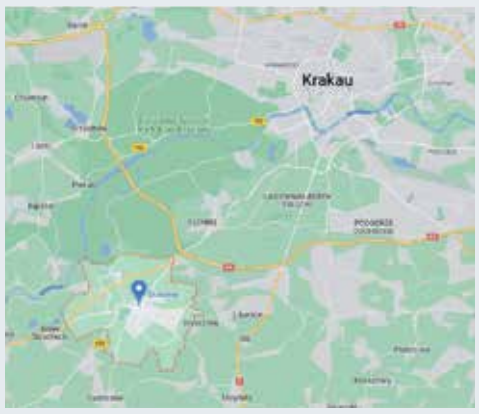
SALUS ENGAGIERT SICH – AUCH ÜBER DIE REHA HINAUS

EIN ARTIKEL AUS DER SALUS KLINIK HÜRTH

J. Domma-Reichart

Die schrecklichen Bilder aus der Ukraine verfolgen uns nun schon seit Monaten. An die Stelle der zunächst empfundenen Fassungslosigkeit über die Skrupellosigkeit eines Menschen, dem nicht nur das Leben der ukrainischen Bürger, sondern auch das der eigenen egal zu sein scheint, rutschte schnell das Bedürfnis, zu helfen und aktiv zu werden.

Die Stadt Hürth führt sowohl zu einer polnischen als auch einer ukrainischen Stadt eine enge Städtefreundschaft. Das polnische **Skawina** (eine halbe Stunde Autofahrt von Krakau entfernt)



ist ebenfalls mit dem ukrainischen **Peremyschljany** befreundet. Unsere ukrainische Partnerstadt liegt eine Stunde von Lemberg entfernt, das zunächst als

Flüchtlingsanlaufstelle bekannt wurde. Mit unserem Geschäftsführungsassistenten, Karl Zylajew, haben wir jemanden in unseren Reihen, der organisieren kann und sehr gut vernetzt ist. Schnell wurde ein Netzwerk der salus kliniken Hürth, Hürther Vereinen (u.a. Prinzengarde Rot-Weiß Hürth, „Wir sind Hürther“, Lions Club Hürth) sowie der Firma navacom gebildet.

Durch einen engen Austausch mit den Partnerstädten konnten konkrete Listen über fehlende Güter zusammengestellt und abgearbeitet werden. Schlafsäcke, Isomatten, Lebensmittel, Medikamente und Verbandsmaterial, aber auch einige Besonderheiten wie zum Beispiel Powerbanks wurden gespendet oder von entgegengenommenen Spenden gekauft. Die Hilfsbereitschaft der Mitarbeiter*innen, der

Vereinsmitglieder und auch der Hürther Bevölkerung war überwältigend, so dass am Ende 26 Paletten Hilfsgüter innerhalb einer Woche gesammelt wurden. Unterstützt wurde der Hilfstransport

zusätzlich von Selgros Frechen, Handelshof Köln, Firma Rulko, dem Autohaus Hillenberg aus Bergisch Gladbach, Dr. Keddo, Blumen Außem, der Alpha Apotheke Bochum, der Katharinen Apotheke Hürth, Pfeifer & Langen Elsdorf und unserem Testzentrum Rhein-Erft. So startete am 1. Aprilwochenende ein erster Hilfstransport in Richtung dem polnischen Skawina. Hier wurden die Hilfsgüter umgeladen und weiter ins Krisengebiet nach Peremyschljany gebracht. Fahrer waren Mitglieder der Prinzengarde, unser Küchenchef, unser EDV-Beauftragter sowie Karl Zylajew. Ihnen gilt unser besonderer Dank!

Parallel zum Hilfstransport hat die Prinzengarde Rot-Weiss Hürth gemeinsam mit der Pfarrei St. Katharina die Wohnung im Alt-Hürther Pfarrhaus eingerichtet. Der Konvoi brachte auf dem

Rückweg vier Kinder und drei Erwachsene mit, die aus der Zentralukraine nach Skawina geflüchtet sind.
Zusätzlich fand eine fünfköpfige Familie Zuflucht in einer freistehenden Mitarbeiterwohnung der Firma navacom.

Bereits beim **zweiten Konvoi** haben sich zusätzlich alle salus kliniken zusammengeschlossen und Geldspenden sowie Sachspenden erreichten aus Friedrichsdorf, Friedberg und Castrop-Rauxel Hürth. Die Spenden aus Lindow wurden in Dresden aufgeladen, so dass ein 40-Tonner plus vier Kleintransporter vollbeladen mit Hilfsgütern in die Krisengebiete fahren konnten.

Inzwischen ist der **dritte Hilfskonvoi** (Stand Ende April) angekommen und die Hilfsbereitschaft ist ungebrochen. In einer weiteren Wohnung über der Firma navacom wohnen nun Geflüchtete aus Mariupol: eine Familie (Mutter mit ihrer Tochter und deren 2 Söhnen (5, 14) sowie Stieftochter (16). In weiteren Appartements von uns wohnen ebenfalls aus Mariupol eine Großmutter mit ihrem Enkel sowie zwei Frauen mit ihren Kindern.

Eine aus der Ukraine stammende Frau, die schon lange in Hürth lebt, konnten wir gewinnen, um sich um alle Behördengänge etc. zu kümmern. Die Kinder

sind mitlerweile in unserem Kinderhaus bzw. Grundschulen angekommen und fühlen sich wohl. Die Erwachsenen erhalten Deutschkurse, haben bereits eine Arbeitserlaubnis und versuchen, das Beste aus ihre Situation hier zu machen.

Es ist bewundernswert, wie diese Menschen ihr Schicksal in die Hand nehmen und mit der Ungewissheit umgehen. Wir alle hoffen, dass wir nicht mehr lange Hilfskonvois organisieren müssen, sondern beim Aufbau helfen können!

*Spenden aus Castrop-Rauxel – Waffeln für die Rehabilitand*innen und KIGA-Kinder*

Es startete mit: „Ich habe noch nie in meinem Leben Waffeln gebacken." Und dann zog ein herrlicher Duft durch die Klinik und lockte auch den einen oder anderen Mitarbeiter noch aus seinem Büro. So wurde mit einer kurzfristigen Hilfsaktion „Waffel gegen Spende" eine beeindruckende Summer in nur 90Minuten erbacken. Für einen guten Zweck wurde genascht und luden die Waffeln zu einem gemütlichen Plauschen auf der Terrasse ein. Ohne Maske dafür mit Puderzucker an der Nase. Der naheliegende Kindergarten brachte zusätzlich zahlreiche Sachspenden in einem Bollerwagen. Dafür gab es selbstverständlich ein dickes Dankeschön und Waffelherzen von denen die Kleinen gar nicht genug bekommen konnten.

Neben der Waffelaktion wurden auch in der salus klinik Castrop-Rauxel die Erträge unseres Patienten-Cafés aus einer Woche gespendet sowie Sachspenden gesammelt. „Gemeinsam schaffen wir das!"

Spenden aus dem Rehabilitanden-Café Hürth

*Friedrichsdorf – Spenden der Caféeinnahmen, der Rehabilitand*innen und Mitarbeiter*innen (3.327,54€)*

SUBSTANZKONSUM
IN DER PSYCHOSOMATIK
DER SALUS KLINIK HÜRTH

I. Frege

Es ist Freitagnachmittag, 17:15 Uhr. Ich sitze noch am Schreibtisch, als es gegen die Türe bollert und eine Rehabilitandin, die die Reha in der Psychosomatik abgebrochen hat, meinen Raum betritt und mir vorwurfsvoll mitteilt:

„Wie können sie wissen, dass meine Symptome vom Cannabis kommen - und nicht vom Alkohol sind?"

Es erboste sie, dass F12.1 heißt: „Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide, Schädlicher Gebrauch". Sie störte sich an der Formulierung „Psychische und Verhaltens**störungen**".

Dass sie Alkohol und Cannabis ge – braucht bzw. miss – braucht, war gar nicht ihr Problem. Aber die „Psychische und Verhaltensstörungen" durch eine Substanz wollte sie so nicht hinnehmen.

Neben der Kränkung wurde auch deutlich, dass Sie Angst hatte, dass wir ihr etwas wegnehmen – und dafür musste sie kämpfen. Sie selbst sah keine Beziehung zwischen dem „Gebrauch" der Substanz und ihrer psychischen Erkrankung. Interessanterweise standen auch in den Vorbefunden nichts von THC-Gebrauch oder Alkohol.

Diese Rehabilitandin ist kein Einzelfall. 12% der Rehabilitanden, die heute im Haus sind, haben ihr Einladungsschreiben eine Auflage von mir bekommen, dass sie eine Woche vor Aufnahme keinen Alkohol trinken sollen. In ihren Akten gab es Hinweise auf Alkoholmissbrauch oder schon Entwöhnungsbehandlungen.

Die Rehabilitanden, die zu uns kommen wegen der Verhaltensexzesse haben die Auflage, abstinent zu sein von allen psychotropen Substanzen, sonst werden sie nicht aufgenommen. Diese 16% der Rehabilitanden sind in den Wertungen nicht enthalten.

Beim Multidrogen-Test am Folgemorgen der Aufnahme fand sich bei 12% der derzeitig behandelten Rehabilitanden ein positiver Befund. Für uns als Psychosomatikteam bedeutet dies, dass wir heute bei insgesamt 40% der Rehabilitanden eine Suchtproblematik vorliegen haben. Wenn wir die Verhaltensexzesse rausrechnen bleiben 24% der Rehabilitanden übrig, die einen Missbrauch oder eine Abhängigkeit haben. Dies kann man nicht als einen Einzelfall betrachten.

Und doch denke ich: Diese Rehabilitanden sind bei uns richtig. Sie alle haben das Anliegen, dass es ihnen „besser gehen" möge. Der Prozentsatz der Rehabilitanden, die Alkohol oder andere Substanzen einsetzen ist auch bei uns nochmal höher, da wir den Alkohol nicht so routinemäßig bei Aufnahme prüfen können, wie die verschiedenen Substanzen des Multidrogen-Testes.

Worin sehe ich jetzt unsere Aufgabe?
Wir sind eine permissive Gesellschaft, wenn es um Alkohol geht. Alkohol ist ein Genussmittel und „erlaubt". Wann ist es zu viel? Ist ein Glas Rotwein am Abend gesund? Spült Bier die Nieren?

Sie werden auf diese Fragen viele Artikel mit verschiedenen Antworten finden. Sie werden immer Artikel finden, die ihre eigenen Thesen stützen oder Ärzte und Therapeuten, die Ihrer Meinung sind (Ärzte/ Therapeuten sind auch normale Menschen und konsumieren wie normale Menschen).

Was also kann unsere Aufgabe sein?
Klaus Grawe schreibt in seiner „Psychologischen Therapie" von den Wirkprinzipien der Psychotherapie. Ein Wirkprinzip ist das Wirkprinzip der Intentionsveränderung. Für uns bedeutet dies, dass der Rehabilitand in der Vergangenheit eine Wahl bzgl. der Erfüllung seiner Wünsche getroffen hat, die keine optimale Realisierung seiner Wünsche erbracht hat. Somit ist es unsere Aufgabe als Therapeuten, mit dem Rehabilitanden diese Wahlprozesse bewusster zu machen und zu schauen, welche Annahmen und Motive dazu geführt haben, dass diese Entscheidung in der Vergangenheit so getroffen wurde. Dazu gehört dann auch die Funktionalität des Alkohols oder anderer Substanzen. Der Wahlprozess wird jetzt zu einem Klärungsprozess, und der Rehabilitand kann sich bewusst für einen anderen Umgang mit z.B. der Substanz entscheiden. Oft ergeben sich dadurch neue Intentionen (Absichten), die in Bezug auf Substanzen dann ausreichend sind, den Konsum eigenständig zu verändern. In der Therapie legen wir Wert auf Abstinenz. Das heißt, während der Therapie kann die neue Intention

(z.B. „ich treibe Sport, weil ich mich dann besser fühle"; „ich kann auch ohne Alkohol einen vergnüglichen Abend verbringen"; „ich kann auch mit einem ‚Zu-Bett-geh-Ritual' einschlafen") ausprobiert werden. Es ist fast wie eine Expositionsbehandlung.

Hier finden wir dann auch den Zugang zum Transtheoretischen Modell von James O. Prochaska und Di Clemente. Dieses Modell ist ein Konzept zur intentionalen Verhaltensänderung und wird in der Sucht oft als Erklärungsmodell genutzt. Es besteht aus fünf bis sechs Phasen, die die Verhaltensänderung beschreiben, erklären, vorhersagen und beeinflussen. Es ist als Stufenmodell gedacht, in dem der Rehabilitand die Stufen nacheinander durchläuft. Es wird von einem „Problematischen Verhalten" ausgegangen, was es zu verändern gilt.

In der psychosomatischen Reha nehmen wir den Rehabilitanden mit seinem Konsum erst einmal an. Vorsichtig werden der Konsum und dessen Funktionalität hinterfragt. Es ist der Rehabilitand, der seinen Konsum bewertet und somit eine Intentionsänderung herbeiführt. Erst wenn die Abstinenzfähigkeit eingeschränkt, bzw. aufgehoben ist, oder es sekundäre Organschädigungen gibt, sprechen wir von einer Sucht. Dann wird es aber auch deutlich, dass eine Entwöhnung stattfinden sollte, um eine dauerhafte Abstinenz zu erzielen.

Wir sehen in der Rehabilitation nur einen Querschnitt und können nur mit dem arbeiten, was uns der Rehabilitand mitteilt. Wir haben keinen Sozialbericht einer Suchtberatungsstelle und die Rehabilitanden haben sich z.T. noch wenig Gedanken bzgl. ihres Konsums gemacht. Hier gilt es, dem Rehabilitanden die Kontrolle zu überlassen. Wenn der Rehabilitand erkennt, dass sein Handeln spezifische Konsequenzen nach sich zieht, die nicht intendiert waren, ist er eher bereit sich seinen Konsum anzuschauen, als wenn er direkt konfrontiert wird.

Rehabilitanden, die einen substanzbezogenen Kontrollverlust erlebt haben, sind oft sehr erschrocken über das Geschehene. Das Gefühl, die Kontrolle über die Therapie zu haben gibt ihnen Selbstsicherheit. Und aus dieser Sicherheit heraus, kann dann der Konsum betrachtet werden.

In der Psychosomatik geht es nicht darum, dem Rehabilitanden etwas „wegzunehmen", sondern darum, ihm einen Raum zu eröffnen, wo er seine Muster erkennen kann, diese neu bewertet und so seine Intentionen anpasst.

Menschen, die konsumieren, sind nicht automatisch suchtkrank, so dass es in der Psychosomatik oft um einen verantwortungsbewussten Umgang mit psychotropen Substanzen geht.

Es geht noch nicht mal um „harm reduction", da dieses eine klare Abhängigkeit von Alkohol oder anderen Substanzen voraussetzt.

Der Konsum von psychotropen Substanzen (außer Koffein und Nikotin) ist während der psychosomatischen Rehabilitation nicht erlaubt, und wir machen immer wieder die Erfahrung, dass Suchtkranke, die weiter konsumieren wollen, sehr schnell auffällig werden und sich bei uns nicht wohlfühlen, da wir Wert legen auf eine Atmosphäre der Abstinenz.

Diese Rehabilitanden brechen dann auch die Rehabilitation ab. Der weit überwiegende Teil der Rehabilitanden mit Substanzkonsum ist aber bereit, sich mit ihrem Konsummustern und derem Funktionalität auseinander zu setzen.

Und zumindest für eine gewisse Zeit leben sie abstinent.

Und Hand aufs Herz: Was ist schon dabei, mal fünf bis sieben Wochen abstinent zu leben?

EIN NEUER BEHANDLUNGS-RAUM FÜR FRAUEN

IN DER SALUS KLINIK CASTROP-RAUXEL

A. Peykan

Aktuell behandeln wir in der salus klinik Castrop-Rauxel meist zwischen 7-15 Frauen in der Klinik (ca. 9-10%). Der Anteil an Patientinnen ist ausreichend groß, um eine konstante geschlechtsspezifische Frauengruppe anzubieten, im Klinikalltag sind die Frauen jedoch unterrepräsentiert. So kann eine bedarfsgerechte Behandlung im Klinikalltag nicht ideal umgesetzt werden. Die Lebenswelten von Frauen unterscheiden sich von denen der männlichen Mitpatienten (Mutterschaft, Partnerschaft, unterschiedliche Komorbiditäten, Bedeutung und Chancen der Berufstätigkeit) und werden so nicht ausreichend gewürdigt. Dies wollen wir gerne verändern und streben einen Frauenanteil von 30% an. Wir haben deshalb ein neues Frauenkonzept entwickelt und implementiert, um langfristig eine gemischtgeschlechtliche Suchtklinik mit einem ausgewogenen Geschlechterverhältnis zu werden. Wir möchten verstärkt Frauen ansprechen, damit die Lebenswelt der Frauen in der Klinik mehr der Lebenswelt außerhalb der Klinik entspricht und diese besser aufgegriffen werden kann. Dafür haben wir einige Neuerungen in der salus klinik Castrop-Rauxel eingeführt.

UNTERBRINGUNG

Die Patientinnen werden auf Wunsch auf einem Frauenflur untergebracht. Auf diesem Flur befinden sich nur Zimmer für Frauen und ebenso ein gemütlich eingerichteter Aufenthaltsraum für Frauen. Dieser bietet ihnen die Möglichkeit sich gemeinsam zurückzuziehen. Sowohl in den Frauenzimmern als auch im Aufenthaltsraum haben Männer keinen Zutritt.

PSYCHOTHERAPEUTISCHE BEHANDLUNG

Die Frauengruppe findet von Beginn der Therapie durchgängig einmal wöchentlich statt und greift geschlechtsspezifische Themen auf. Typische Inhalte der Gruppe sind Partnerschaft, Sexualität, Mutterschaft, Pairing innerhalb der Klinik, die berufliche Situation und Perspektiven der Frauen sowie soziale Kompetenzen. Beim Thema Sexualität nimmt die Sexualpädagogin der Klinik an der Gruppe teil. Der Fokus liegt hier in der Auseinandersetzung mit der eigenen Sexualität. Lust und Unlust erleben, mit und ohne Suchtmittel spielt dabei eine große Rolle.

Ebenso die eigene Erwartungshaltung an das zukünftige Sexleben. Welche Rolle spielt Sexualität in der Beziehung zu Männern? Wie ist der Umgang mit den Männern in der Klinik? Es geht an dieser Stelle der Behandlung nicht um sexuelle Gewalterfahrungen oder Traumatisierungen. Diese können an anderer Stelle aufgegriffen und thematisiert werden.

Die häufigsten psychiatrischen Komorbiditäten unserer Patientinnen sind mit 30% eine emotional-instabile Persönlichkeitsstörung und mit ebenfalls 30% eine affektive Störung. Unter einer gesicherten posttraumatischen Belastungsstörung leiden 13% der Patientinnen. Unter einer gesicherten Essstörung litten im letzten Jahr 2% unserer Patientinnen. Auffällig ist, dass viele Patientinnen viele psychiatrische Verdachtsdiagnosen mitbringen oder selbst die Vermutung äußern unter XY zu leiden. So liegt der Anteil an Verdachtsdiagnosen für beispielsweise eine posttraumatische Belastungsstörung bei 31%. Diese Verdachtsdiagnosen müssen im Behandlungsverlauf differentialdiagnostisch genau betrachtet werden.

Für die genannten Komorbiditäten bieten wir spezifische (gemischtgeschlechtliche) Indikationsgruppen an. Neben der IG Depression, gibt es die Skillsgruppe, sowie die Gruppe Trauma und Sucht. Das Angebot für traumatisierte PatientInnen wird darüber hinaus ergänzt durch die psychiatrische Traumasprechstunde, die IG Sicherheit und Kontrolle, die Stabilisierungsgruppe und bei Bedarf einer Konfrontationsarbeit in der Einzeltherapie.
Die Kriterien einer Essstörung im Sinne des ICD-10 erfüllen nur einzelne Patientinnen, daher bieten wir kein spezifisches Indikativangebot an. Das Thema Essen, in Bezug auf den eigenen Körper, ist jedoch für viele Patientinnen sehr wichtig und kritisch. Viele Patientinnen haben in der Konsumzeit ihr Gewicht mit Hilfe des Drogenkonsums reguliert. Jetzt, in der Abstinenz, besteht die große Sorge zuzunehmen. Diese Sorge ist nicht immer unbegründet, denn einige Patientinnen nehmen im Behandlungsverlauf deutlich zu. Führt diese Gewichtszunahme zu einem Rückfallrisiko in der Zukunft? Diese und andere Fragestellungen werden im Rahmen der Ernährungsberatung, der Frauengruppe, der Kunsttherapie und der Einzeltherapie intensiv aufgegriffen.

Eine unserer Bezugsgruppen arbeitet mit dem Schwerpunkt Elternschaft. Die meisten oder alle TeilnehmerInnen der Bezugsgruppe haben Kinder, so dass das Thema Elternschaft einen besonderen Stellenwert in der Bezugsgruppenarbeit erfährt. Die dazugehörige Arbeit mit den Jugendämtern, anderen Elternteilen, Pflegefamilien etc. hat dabei hohe Priorität. Um diesen Bedarf aufzufangen wird diese Gruppe in einem besonderen Maße durch einen Sozialarbeiter unterstützt. Unser Ziel ist es, Hilfeplangespräche oder Runde-Tisch-Gespräche während der Behandlung zu begleiten, um so die PatientInnen besser auf die Zeit nach der Therapie vorbereiten zu können. Die Kinder der PatientInnen können zu Besuch in die Klinik kommen, nach Absprache am Wochenende auch mit in der Klinik übernachten und es können auch erste Besuchskontakte stattfinden. Eine Kooperation mit dem Jugendamt Castrop-Rauxel besteht ebenfalls.

SPORT- UND BEWEGUNGSTHERAPIE

Neben den allgemeinen Sportangeboten findet einmal wöchentlich eine Frauensportgruppe statt. Häufig wünschen sich die Patientinnen „Bodyforming“-Angebote, wie Step Aerobic, Yoga, Bauch-Beine-Po oder Dance Fitness. Auf diese Sportangebote können sich die Patientinnen in einer gleichgeschlechtlichen Gruppe deutlich besser einlassen und "sich fallen" lassen. Als besonderes Highlight wird regelmäßig WenDo angeboten: 3-4-mal im Jahr

kommt eine WenDo-Trainerin ins Haus. Diese unterrichtet die Patientinnen in Selbstverteidigung und Selbstbehauptung in einem zweitägigen Workshop (siehe Info).

KUNSTTHERAPIE
In der Kunsttherapie kann mit unterschiedlichen künstlerischen Medien, wie beispielsweise Farben, Papier, Stiften, Pinseln oder Ton, ein Ausdruck für verschiedenste innere Prozesse,

ARBEITSTHERAPIE
Es findet ein individueller, geschlechterneutraler Ansatz bei der Einteilung in die Arbeitstherapie statt. Angeboten werden Arbeitstherapien wie die Hauswirtschaft, der Bereich Service oder die Arbeit im Café, ebenso wie vermeintlich männerspezifischere Arbeitstherapien wie die Holzwerkstatt, die Fahrradwerkstatt, die Instandhaltung oder der Garten- und Landschaftsbereich. Eine externe Belastungserprobung, im

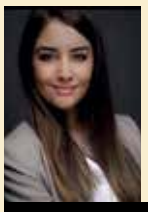
Gefühle, Ideen oder Wahrnehmungen geschaffen werden. Hilfreich dafür sind Aufgabenstellungen, die die RehabilitandInnen anregen sich mit sich selbst auseinander zu setzen. Wichtig sind auch Aspekte wie Entspannung, Sensibilisierung oder einfach nur mal Spaß und Freude am Kreativen haben! Einmal wöchentlich findet eine Einheit Kunsttherapie statt, die nur für Frauen gestaltet ist. Hier werden frauenspezifische Themen wie beispielsweise die Wahrnehmung des eigenen Körpers aufgegriffen.

Sinne eines 2-wöchigen Praktikums, wird für jede Patientin angestrebt. Hier sollen positive Erfahrungen auf dem 1. Arbeitsmarkt gesammelt werden. Insgesamt haben wir unser Angebot für Patientinnen deutlich weiterentwickeln können und tragen hiermit zu einem genderspezifischen und damit geeigneteren Behandlungsangebot für suchtkranke Frauen bei.

WAS IST EIGENTLICH WENDO?

WenDo wird abgeleitet aus den Wörtern Women (englisch für „Frauen“) und Do (japanisch für „der Weg“) und bedeutet damit „Der Weg der Frauen und Mädchen“ oder sinngemäß „Frauen und Mädchen in Bewegung“. WenDo ist ein spezielles Konzept von Frauen für Frauen zur Stärkung des Selbstbewusstseins und des Vertrauens in die eigene Wahrnehmung, die eigene Kraft sowie Verteidigungsfähigkeit. Das Programm wurde 1972 in Kanada entwickelt und seit 1979 werden in allen größeren Städten Deutschlands WenDo Kurse angeboten. WenDo ist kein Kampfsport, sondern ein einfaches und effektives Training zur Verteidigung und Selbstbehauptung. Deshalb ist dieses Konzept für jede Frau geeignet, nicht nur für die Sportlichen unter uns. Ziel von WenDo ist es eigene Möglichkeiten der Selbstbehauptung zu entdecken und zu stärken, um damit die persönliche Lebensqualität und die Selbstsicherheit, das Selbstbewusstsein und letztlich die Lebensfreude zu vergrößern.

WELTFRAUENTAG 2022



A. Tugrul

„Break The Bias“, so lautete das diesjährige Motto für den Weltfrauentag. Es geht darum sich endgültig von Vorurteilen, Stereotypen und Diskriminierung zu lösen und sich für eine Welt voller Vielfalt einzusetzen. Jeder Mensch hat das Recht sich frei zu entfalten, unabhängig von Geschlecht, der sexuellen Orientierung, des ethischen Hintergrunds, der Religion und Weltanschauung.

Anlässlich des Weltfrauentages wurden im Rahmen unserer Frauengruppe verschiedene Themen fokussiert.
Zu Beginn hatten die Patientinnen einen kritischen Blick auf den Weltfrauentag: *„Ich bin generell nicht mit Frauen befreundet, daher ist dieser Tag mir absolut egal.“* Oder *„Mittlerweile hat man ja für alles einen Tag: Mutter- und Vatertag, Valentinstag und Tag der Arbeit. Diese haben auch keine Bedeutung für mich. Alles nur Geldmacherei.“*

Mit Hilfe eines Rückblicks in das Jahr 1908 wurde ein Perspektivwechsel für die Patientinnen ermöglicht. Und gibt es diese Stigmatisierungen noch heute? Eine Patientin berichtete: *,,Ich schminke mich nicht und werde darauf aufmerksam gemacht, dass es so nicht gehe und ich nicht so rumlaufen kann. – Am nächsten Tag schminke ich mich und werde angesprochen, welchen Anlass es gebe, dass ich so Aussehe.“*

Eine weitere Auseinandersetzung mit den Geschlechterrollen fand mit Hilfe von Frauendarstellungen in Zeitschriften statt. Die ausgesuchten Bilder wurden präsentiert und diskutiert. Darunter waren halbnackte, in der Küche tätige, geschminkte, gestylte, glücklich schwangere Frauen. Frauen mit einem idealem Körper schlank und einer makellosen Haut. Trotz dieser Konfrontation wirkten die Frauen in der Diskussionsrunde nicht betroffen, sie distanzierten sich von den Stereotypen ebenso wie von diesen Zeitschriften.

Im Anschluss wurde der Film „Embraced“ gezeigt. Dieser Dokumentarfilm erzählt die Geschichte von Taryn Brumfitt, über ihre Körperwahrnehmung, der Unzufriedenheit mit ihrem Körper und das Leiden. Brumfitt reiste um die ganze Welt, um herauszufinden, wie sich Frauen in ihrem Körper fühlen und ob sie Erfahrungen mit Bodyshaming gemacht

haben bzw. öffentlich aufgrund ihres Aussehen diskreditiert wurden. Die Motivation der Frauen einen Dokumentartfilm am Nachmittag nach einem Therapietag, zu schauen war zunächst sehr gering. Aufgrund der Authentizität des Filmes, haben sich die Frauen dann aber doch betroffen gefühlt. In der salus klinik waren die nächsten 120 Minuten vor dem Bildschirm für einige Patientinnen sehr emotional. Jede Patientin konnte sich mit dem Film identifizieren, als Mensch, Frau und Mutter. Daher fand eine intensive Nachbesprechung des Films statt, bei der die Patientinnen emotional gut zu erreichen waren.

Mit etwas Abstand zu dem Film nahmen die Patientinnen wieder ihre ursprüngliche Haltung ein. Sie waren skeptisch gegenüber dem Weltfrauentag und bewerteten die Auseinandersetzung mit dem eigenen Geschlecht als „nicht wichtig“. Hier wird deutlich, wie sensibel das „Gender-Thema“ ist. Viele Frauen möchten unkompliziert sein, „sich nicht anstellen“ und negieren daher die damit verbundenen Themen. Im Alltag ist die Auseinandersetzung mit dem eigenen Geschlecht, dem Körper, der gesellschaftlichen und eigenen Erwartungshaltung jedoch allgegenwärtig (wie im Film und an der Reaktion deutlich wurde). Wir brauchen daher einen geschützten BehandlungsRaum, damit die Patientinnen sich für diese Themen öffnen können, ohne Angst vor sozialer Stigmatisierung zu haben.

WEGE AUS DER SUCHT AUF REZEPT

BEHANDLUNG DER MEDIKAMENTENABHÄNGIGKEIT IN DER SALUS KLINIK FRIEDRICHSDORF

E. Pollok A.-K. Röthke

Ich bin medikamentenabhängig. Mittlerweile fällt es mir nicht schwer, das zu sagen. So war es aber früher nicht. Vor ca. 10 Jahren hat ein Arzt mir Tramadol gegen meine chronischen Unterleibschmerzen verschrieben. Ich habe sofort gemerkt, wie toll die Wirkung war. Die Schmerzen waren plötzlich weg, ich fühlte mich kraftvoll und energiegeladen. Ich habe mir keine Gedanken mehr gemacht, weswegen ich Schmerzen hatte. Sie waren einfach weg. Die Tramadoldosis habe ich langsam gesteigert und das Gefühl gehabt „Ich kann gut mit Tramadol funktionieren und nur mit Tramadol".
Später kam die Diagnose „Gebärmutterkrebs". Und wieder habe ich Tramadol als Begleiter gehabt. Er hat mir körperliche Schmerzen und Angst genommen. Um besser zu schlafen, haben die Ärzte mir Diazepam verschrieben. Sie wollten mir nur etwas Gutes tun.
Seit 2016 hatte ich zwei Lebensbegleiter: Tramadol und Diazepam. Sie haben mir in meinen schwierigen Zeiten sehr geholfen. Ich habe den Krebs besiegt, fühlte mich aber nicht so fit. Tramadol machte es möglich, dass ich wieder gut funktionierte.
Noch zwei Jahre lang habe ich beide Mittel genommen. Ich habe mich verändert. Mit meiner damaligen Partnerschaft war ich unzufrieden, konnte mir aber nicht vorstellen, mich zu trennen. Um die Unzufriedenheit zu ertragen, habe ich ab und an Alkohol getrunken. Ich wurde gereizt, depressiv, nichts bereitete mir Freude. Ein Arzt machte mich damals aufmerksam auf die Steigerung des Medikamentenkonsums und meine Medikamentensucht. Ich habe mich geschämt und mich nicht getraut in eine Entgiftungsklinik zu gehen. Ich habe mit einem Arzt einen Antrag auf eine Entwöhnungsbehandlung gestellt. Im Urlaub habe ich alle Medikamente absetzt und kalt entzogen. Dies war eine schlimme Zeit für mich. Diese Unruhe, Schwitzen, Schmerzen und Zittern werde ich nie vergessen. Dann habe ich auf den Therapieplatz gewartet. Ich war nervös und wusste nicht, was mich erwartet. Ab und an dachte ich, ob ich doch nicht einfach wieder arbeiten gehen soll und keine Therapie brauche. Das war nur meine Angst und Verzweiflung. Und dann kam ein Anruf aus der Klinik. Meine zukünftige Bezugstherapeutin war dran. Sie konnte mir meine Ängste nehmen und mich etwas beruhigen. Ich war endlich bereit, mich mit meiner Sucht und meinen Problemen auseinanderzusetzen.

Die salus klinik Friedrichsdorf bietet 264 Behandlungsplätze für Rehabilitanden, davon 220 für Abhängigkeitserkrankte. Es gibt eine Medikamentengruppe mit zehn Behandlungsplätzen für Rehabilitanden mit Tablettenabhängigkeiten. Am häufigsten werden Abhängigkeiten von Benzodiazapinen (Beruhigungsmitteln/Schlafmitteln) wie z.B. Tavor oder Valium und von Opioiden (opiatähnlichen Schmerzmitteln) wie Tramadol oder Tilidin in unserer Klinik behandelt. Medikamentenabhängige Rehabilitanden werden schon vor der Klinikaufnahme anhand der vorliegenden ärztlichen Unterlagen, des Sozialberichtes und eines dem Rehabilitanden übersandten Fragebogens dieser Medikamentengruppe zugeteilt.

Nicht alle Rehabilitanden mit Medikamentenabhängigkeiten werden in dieser Medikamentengruppe behandelt. Einige Rehabilitanden sind in anderen Gruppen besser aufgehoben. So finden sich in unserer Seniorengruppe immer wieder Medikamentenabhängige, für deren Therapie jedoch auch die Bewältigung der Herausforderungen des Alters wichtig sind. Andere finden sich in der Wiederholergruppe, nachdem sie schon Therapieerfahrungen gemacht haben, die Umsetzung im Alltag aber noch schwierig ist und nicht sicher gelingt.

Ein spezielles Therapiekonzept ist auf die Besonderheiten von Medikamentenabhängigkeiten ausgerichtet. Unser multimodales Behandlungsangebot besteht aus Ergotherapie, Bewegungstherapie, psychotherapeutischen, ärztlichen und pflegerischen Behandlungsmodulen. In der Arbeitstherapie wird die berufliche Belastbarkeit erprobt, es wird analysiert welche Probleme im Arbeitskontext auftreten und diese werden beübt. In der Sporttherapie sind das Spüren des eigenen Körpers, die eigenen Grenzen zu testen, Frustration und Schmerz zu spüren und damit ohne Substanzen umzugehen, sehr wichtig. Besonders beliebt ist hierbei das Bewegungsangebot im Wasser, manche entdecken jedoch auch Tai Chi, Qi Gong oder Selbstverteidigung für sich. Im psychotherapeutischen Angebot geht es zunächst um die Wissensvermittlung in Suchtvorträgen. Ein reger Austausch mit anderen Medikamentenabhängigen findet zweimal wöchentlich 1,5 Stunden lang in der bezugstherapeutischen Gruppe statt. Weiterhin wird in der Basisgruppe 90 Minuten wöchentlich über 7 Wochen die Entstehung und der Umgang mit Suchtdruck, Vor- und Nachteile von Abstinenz sowie Mechanismen zur Verharmlosung der Sucht besprochen. Im Anschluss nehmen die Rehabilitanden an der Gruppe Rückfallprophylaxe teil (ebenfalls 90 Minuten pro Woche). Hier wird ein Notfallplan erstellt, der Umgang mit Risikosituationen geübt und der Umgang mit Ärzten besprochen (damit nicht nach Entlassung direkt wieder abhängig machende Medikamente verschrieben werden). Manche Hausaufgabe der Teilnehmenden besteht im Telefonieren mit den alten Bezugsquellen der Suchtstoffe, um die Arztpraxen auf das Problem aufmerksam zu machen. Einmal pro Woche findet eine 50-minütige Einzeltherapie mit der Bezugstherapeutin statt. Hierbei können Dinge besprochen werden, die nicht für die Ohren aller bestimmt sind und bei denen es vielleicht noch etwas Zeit braucht, bis auch die Therapiegruppe ins Vertrauen gezogen werden kann. Bei Rehabilitanden mit Begleiterkrankungen gibt es spezielle indikative Gruppen, die gemeinsam mit der Bezugstherapeutin ausgewählt werden. Häufig leiden Abhängige von Benzodiazepinen an Angsterkrankungen und sind in unserer Angstbewältigungsgruppe gut aufgehoben. Auch die Depressionsbewältigungsgruppe hilft, Wissen und Fertigkeiten zum Umgang mit affektiven Erkrankungen zu erlangen. Weitere Indikativgruppen, die für die Behandlung von Medikamentenabhängigen wichtig sein können, sind zum Beispiel Selbstsicherheitstraining, emotionale Turbulenzen, Schlaftraining, Umgang mit Ärger, Streit und Ungeduld oder ADHS. In der Kunst- und Musiktherapie liegt der Fokus im Entdecken und Zulassen eigener Gefühle, die oft durch die Abhängigkeit in Vergessenheit geraten sind. Körperliche Erkrankungen und Beschwerden sind in den ärztlichen Sprechstunden, individuell abgestimmten Terminen oder den regelmäßig stattfindenden Gruppenvisiten Thema. Rund um die Uhr ist die Medizinische Station besetzt und hat ein offenes Ohr für die Anliegen der Rehabilitanden. Der Kliniksozialdienst unterstützt beim Umgang mit Behörden und bei Fragen zu Wohnung und Arbeitgeber. In Ange-

hörigengruppen können Rehabilitanden gemeinsam mit ihren Angehörigen die Herausforderungen einer abstinenten Zukunft thematisieren.

Den ersten Tag in der Klinik vergesse ich nie. An dem Tag hat mich mein Pate (ein Mitpatient aus meiner Bezugsgruppe) nach einer ärztlichen Untersuchung abgeholt und mir die Klinik gezeigt. Wir sind schnell ins Gespräch gekommen und ich habe mich verstanden gefühlt. Ich schämte mich nicht und konnte so sein, wie ich bin. Ich habe mich schnell in der Klinik zurechtgefunden und feste Therapieziele gesetzt. Ich wollte schnell gesund werden, um wieder arbeiten zu gehen. Ich wollte alles mitnehmen, was ich nur konnte. Mein Plan war voll und ich war müde. Ich merkte, dass ich immer wieder an meine körperlichen Grenzen gestoßen bin, wollte diese aber nicht wahrhaben. Ich merkte, dass ich eine riesige Angst vor meinen Gefühlen hatte. Ich war bereit, mich körperlich anzustrengen, um bloß die Gefühle nicht zu spüren. Die Einzel- und Gruppengespräche haben mir geholfen, meine Gefühle immer mehr zuzulassen. Während der Therapie habe ich mich entschieden, die damalige Beziehung zu beenden, die mir schon mehrere Jahre nicht gutgetan hat. Ich habe geschafft, ohne Tramadol und Benzodiazepine die für mich schwierige Zeit zu meistern. Gleichzeitig habe ich immer wieder gedacht, so kann es nicht auf Dauer gehen, ich schaffe es nicht, ohne Tramadol zu leben. Die Therapeuten empfahlen uns, eine ambulante Suchtnachsorge nach der Therapie zu machen. Dies kam für mich damals nicht in Frage. Ich weiß nicht, war das noch ein Schamgefühl für meine Abhängigkeit, meine Neigung alles alleine meistern zu wollen oder die Überzeugung, dass ich sowieso nicht abstinent leben kann.

Zentral für das Gelingen der Therapie und ein abstinentes Leben sind das Vorhandenseins eines Veränderungswunsches, dessen Förderung und Stärkung, eine gute Einbindung in die Therapiegruppe, eine Akzeptanz als abhängig sowie eine gewisse Frustrationstoleranz mit der Bereitschaft, diese zu stärken. Viele erleben es als hilfreich und unterstützend in der Bezugsgruppe zu merken „ich bin nicht allein“. Die Erkenntnis „ich versuche meine Probleme mit Tabletten zu lösen“ reift meist im Verlauf der Behandlung und ist wichtig, um mit Geduld Veränderungen in die Wege zu leiten. Geduld ist in der Behandlung von Medikamentenabhängigkeit von großer Wichtigkeit. Ein mit sich ungeduldiger Rehabilitand oder ein ungeduldiger Therapeut können erste Behandlungserfolge und ein vorsichtiges Umdenken ins Stocken geraten lassen. So ist viel Fingerspitzengefühl notwendig, um beispielsweise das richtige Tempo beim Ausschleichen schlafanstoßender oder beruhigender Medikamente zu finden oder den richtigen Zeitpunkt für den nächsten Schritt in der Therapie zu finden. Der Rehabilitand entscheidet selbst und eigenverantwortlich nach geduldiger Wissensvermittlung, jedoch unter ermunternder Richtungsvorgabe durch das Behandlerteam.

Besonders am Behandlungsanfang haben viele noch mit körperlichen Entzugserscheinungen zu tun, auch wenn eine stationäre Entzugsbehandlung zuvor stattgefunden hat. Unruhe, Schlafstörungen, vermehrtes Schwitzen und leichte Reizbarkeit oder Ängste sind in den ersten Wochen häufige Begleiter und erfordern besagte Geduld und Fingerspitzengefühl. Oft ist das Feedback aus der Gruppe erleichternd, wenn man dort auf Verständnis stößt und Erfahrungsberichte von Leuten hört, die diese sehr unangenehme Phase hinter sich gebracht haben. „Das kenne ich und das geht wieder weg“ wird häufig geantwortet auf die Klage von Neuankömmlingen, die von Entzugssymptomen geplagt werden. Der Erfahrungsaustausch gibt oft Mut und Hoffnung und die Kraft durchzuhalten. Als sehr wichtig wird von vielen beschrieben, dass sie mit ihren Problemen und Sorgen nicht alleine sind und verstanden werden. Somit spielt die Unterstützung durch die Bezugsgruppe eine zentrale Rolle beim Eingewöhnen in die Klinik und auf dem Weg aus der Sucht auf Rezept. Den Umgang mit den Symptomen, die ursprünglich zur Medikamenteneinnahme führten, ohne Hilfe von Medikamenten zu erlernen ist entscheidend für das Gelingen einer Abstinenz.

Herausforderungen und Stolperfallen treten erfahrungsgemäß sowohl im Klinikalltag auf, als auch in höherer Intensität bei Heimfahrten. Hierbei probiert der Rehabilitand neue Verhaltensweisen aus und bemerkt optimalerweise, an welchen Bereichen noch gearbeitet werden muss. Diese Realitätserprobung war leider zuletzt durch die Coronapandemie deutlich erschwert. Ein weiterer wichtiger Baustein der Therapie ist der Beruf. Ziel ist die Wiederherstellung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit, damit es eine Tagesstruktur gibt, man sich durch das Einkommen seine Unabhängigkeit finanziert und soziale Kontakte im Alltag bestehen. In der Arbeitstherapie fallen oft individuelle Schwierigkeiten auf, die dann bearbeitet werden können. So fällt es der einen Abhängigen schwer, sich bei beruflicher Überlastung abzugrenzen und die Rehabilitandin neigt dazu, sich zu überfordern. Ein anderer Abhängiger neigt dazu, bei Schwierigkeiten den Kopf in den Sand zu stecken und sich still und heimlich zu ärgern. Beide Fälle bedürfen zunächst der Erkenntnis dieser Umgangsmuster und der anschließenden Bearbeitung. Oft stellt der Umgang mit Schmerzen bei der Berufstätigkeit eine große Herausforderung dar. So werden Strategien zum Leben mit dem Schmerz und Akzeptanz geübt.

Die Einbindung der Angehörigen in den Therapieprozess fördert das Verständnis der Umgebung bezüglich anstehender Veränderungen. Ob der Umgang mit Arztbesuchen oder Kommunikationsstrategien Thema sind, entscheidet sich im Gespräch mit Rehabilitand, Angehörigen und Bezugstherapeutin individuell. Angehörigengruppen werden während der Coronapandemie online eintägig angeboten, jedoch deutlich zurückhaltender angenommen als unsere Präsenzveranstaltungen vor der Pandemie. Oft ist es auch für Angehörige hilfreich, Fragen und Sorgen besprechen zu können, da sie zumeist ihre Liebsten bestmöglich unterstützen wollen auf dem Weg in die Abstinenz. Gespräche mit den Arbeitgebern finden entweder alleine oder in Begleitung der Bezugstherapeutin statt, um den beruflichen Wiedereinstieg nach oft längerer Krankheitsphase zu erleichtern. Auch Themen wie der Umgang mit einem Rückfall sind für den Arbeitgeber oft interessant und können besprochen werden. Die Klärung von möglichen Konsequenzen (droht beispielsweise eine Kündigung bei einem erneuten Rückfall?) ist grundlegend für die berufliche Zukunft und wird therapeutisch begleitet („was mache ich, wenn…“). In „Nicht-Coronazeiten“ werden Betriebsseminare angeboten, die von Arbeitgebern gerne genutzt werden, um sich über den Umgang mit dem Thema Sucht im Betrieb zu informieren und schon während der Rehabilitation das Gespräch mit ihrem Mitarbeiter zu führen.

Nach der ersten Therapie war ich ca. 6 Monate abstinent. Das war jedoch kein richtiges Leben, sondern ein Kampf mit dem Verlangen nach dem Tramadol. In dieser Zeit habe ich erneut Schübe einer meiner chronischen körperlichen Erkrankung bekommen. Daraufhin bin ich zum

Arzt gegangen, der mir Tramadol wieder verschrieben hat. Ich habe verschwiegen, dass ich medikamentenabhängig bin und bereits eine Entwöhnungstherapie gemacht habe. Nach ein paar Monaten kam es zum Kontrollverlust beim Tramadolkonsum. Ich habe Tramadol über Internet bestellt und viel Geld ausgegeben. Nach den Benzodiazepinen hatte ich kein Verlangen mehr und war froh, dass ich wenigstens darauf verzichten konnte. Nach einem Jahr wendete ich mich telefonisch an meine damalige Bezugstherapeutin und berichtete ihr, dass ich wieder Tramal konsumiere. Sie hat mir empfohlen, in die Entgiftung zu gehen und einen Antrag auf eine erneute Entwöhnungsbehandlung zu stellen. Damals war ich noch nicht bereit, das zu machen. Und noch ein Jahr hat es gedauert, bis ich merkte, dass es so nicht mehr weiter gehen kann. Ich war oft gereizt. Mein Arbeitgeber merkte es auch. Ich habe mich entschieden, meine Medikamentensucht auf der Arbeit offen zu legen. Erstaunlicherweise habe ich viel Unterstützung und Verständnis von meinem Arbeitgeber erhalten. Er hat mich bei der Entscheidung für einen stationären Entzug und eine Langzeittherapie unterstützt. Nach 2 Jahren war ich wieder in der gleichen Klinik. Ich war nicht stolz darauf und schämte mich sehr für meinen Rückfall. Dieses Gefühl veränderte sich schnell und ich war froh, diesen Weg aus der Sucht zu gehen. Ich erkannte, dass ich diesmal mit einem ganz anderen Wunsch zur Therapie kam. Ich wollte mich wieder lebensfähig ohne Tramadol fühlen und lernen, mir zu vertrauen. Ich spürte wieder Gefühle, sie machten mir etwas Angst, aber nicht mehr so schlimm, wie in der ersten Therapie. Ich habe mir diesmal Zeit genommen, mich mit meinen Gefühlen und meinem Körper auseinanderzusetzen. Einzelgespräch und Gruppentherapien waren eine große Hilfe für mich. In der Freizeit habe ich mir eine Unterstützung bei den Therapeuten und anderen Mitpatienten gesucht. Und es hat funktioniert, ich konnte Beziehungen mit anderen Menschen gut gestalten und fühlte mich unterstützt. Ich habe verstanden, dass ich richtige zwischenmenschliche Beziehungen brauche und nicht diese Scheinbeziehung mit Tramadol. Während der Therapie lud ich meine Vorgesetzte zum Arbeitgebergespräch ein. Ich hatte davor so viel Angst und konnte kaum schlafen. Das Gespräch ist sehr gut und unterstützend für mich verlaufen. Ich war froh, diesmal mich gut auf die Rückkehr zum meinem Arbeitsplatz vorbereitet zu sein. Offenheit und Ehrlichkeit waren diesmal meine Wegweiser aus der Sucht. Ich habe mich entschieden, diesmal nach der Therapie eine ambulante Suchtnachsorge zu machen. Der Antrag wurde gestellt. Ich vereinbarte einen ersten Termin bei einem Suchttherapeuten. Ich weiß, dass ich von einem Rückfall nicht geschützt bin. Diesmal will aber alles in die Wege leiten, um einen Rückfall vorzubeugen.

Damit eine langfristige Veränderung im Leben erfolgt, ist eine Entwöhnungsbehandlung nicht das Endergebnis, sondern ein Zwischenschritt. Am Ende der Entwöhnungsbehandlung ist die Organisation einer ambulanten Nachsorge oder einer ambulanten Rehabilitation wichtig. Eine ambulante Nachsorge findet wöchentlich statt, in der Regel mit 90 Minuten Gruppentherapie. Eine ambulante Rehabilitation, die in unserer Fachambulanz durchgeführt werden kann, besteht in der Regel aus zweimal wöchentlichen Gruppentherapien von 90 Minuten sowie vierzehntägigen Einzeltherapieterminen. Ergänzend ist das wöchentliche Aufsuchen einer Selbsthilfegruppe hilfreich. Auch hierbei setzen wir auf die Eigenverantwortung und sind der Überzeugung, dass jeder weiß, was für ihn oder sie hilfreich ist. Je nach Begleiterkrankung kann eine psychiatrische Weiterbehandlung oder die Aufnahme oder Fortsetzung einer ambulanten Psychotherapie die Behandlungserfolge unterstützen und auf dem Weg zu einer langfristigen Abstinenz unterstützend wirken. Erfahrungsgemäß besteht das Kunststück darin, nicht zu viel, jedoch auch nicht zu wenig Hilfe nach Entlassung zu organisieren. Der eine gerät bei 3 Terminen pro Woche neben der Arbeit unter Druck (z.B. ambulante Nachsorge, Selbsthilfegruppe und Psychotherapie), der andere braucht täglich eine Anlaufstelle. Einige bleiben im Austausch mit ihren ehemaligen Gruppenmitgliedern, machen sich Sorgen, wenn jemand rückfällig wird und freuen sich, wenn Meilensteine erreicht werden. Eine gute Gelegenheit alte Weggefährten wiederzusehen ist das jährliche Sommerfest der salus klinik Friedrichsdorf, bei dem auch langjährig Abstinente kurzzeitig Abstinenten Hoffnung auf die Zukunft ohne Medikamente machen.

ENTWICKLUNG EINES GRUPPENPROGRAMMS BEI TRAUMAFOLGESTÖRUNGEN UND SUBSTANZ-ABHÄNGIGKEIT

IN DER SALUS KLINIK FRIEDBERG

Dr. F. Grupp

Viele Patient:innen mit Suchterkrankungen berichten von traumatischen Erlebnissen wie etwa Erfahrungen von seelischer, körperlicher oder sexualisierter Gewalt. Widerfährt einer Person ein traumatisches Erlebnis, kann es zur Ausbildung einer Traumafolgestörung kommen. Hierunter ist eines, der am meisten untersuchten Störungsbilder die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS). Die PTBS ist durch die Kernsymptome des Wiedererlebens der traumatischen Erfahrung (Albträume, wiederkehrende Erinnerungen, Flashbacks), Übererregung (Schlafstörungen, Reizbarkeit und Hypervigilanz) sowie Vermeidung der Erinnerungen an das Erlebnis bis hin zu Dissoziationen gekennzeichnet (Ray, 2008).

Ein gehäuftes gemeinsames Auftreten von Traumafolgestörungen und substanzbezogenen Störungen konnte auch wissenschaftlich bestätigt werden (Kapfhammer, 2022). Hierzu berichten Übersichtsarbeiten, dass unter Patient:innen in Suchtbehandlung 15–41% von einer PTBS betroffen waren (Schäfer & Najavits, 2007). Bei Frauen mit substanzbezogenen Störungen werden üblicherweise noch höhere Raten an posttraumatischer Belastungssymptomatik berichtet als bei Männern (Schäfer & Najavits, 2007).
In der wissenschaftlichen Diskussion werden Traumafolgestörungen deshalb zunehmend als Risikofaktoren für die Entstehung und Aufrechterhaltung substanzbezogener Störungen in den Mittelpunkt gerückt (Potthast & Catani, 2012). Beide Störungsbilder hängen in komplexer Weise miteinander zusammen und bei vielen Betroffenen wirken sich die Folgen traumatischer Erfahrungen negativ auf den Verlauf ihrer Abhän-

gigkeitserkrankung und ihre Therapie aus (Kapfhammer, 2022; Najavits & Schäfer, 2009). Die hohen Prävalenzraten an Patient:innen mit Traumafolgestörungen in Suchtbehandlung lassen auf einen erheblichen Bedarf an spezifischen und integrativen Behandlungsangeboten für suchtkranke Menschen mit traumatischen Erfahrungen schließen (Kapfhammer, 2022). Jedoch findet die Beachtung von Traumafolgestörungen bislang nur wenig Eingang in die führenden suchttherapeutischen Behandlungskonzepte (Potthast & Catani, 2012) und Betroffene erhalten in weiten Teilen des Hilfesystems häufig keine spezifischen Versorgungsangebote, die dem aktuellen Wissensstand der Behandlung von traumatisierten Menschen entsprechen (Najavits & Schäfer, 2009).

Aus eigener klinischer Erfahrung haben zwar viele Behandelnde ein hohes Bewusstsein für die Bedeutung von Traumatisierungen bei der Entstehung und Aufrechterhaltung der Suchterkrankung ihrer Patient:innen, gleichzeitig berichten sie aber von Herausforderungen und eigenen Unsicherheiten bei der Behandlung von traumatisierten Patient:innen (Najavits & Schäfer, 2009). Diese resultieren mitunter aus der Befürchtung, aufgrund der durch die Traumatisierung bedingten Vulnerabilität, mit traumafokussierter Arbeit einen Rückfall provozieren zu können (Potthast & Catani, 2012). Ganz im Gegenteil verweisen Studien aber darauf, dass nicht durch die Behandlung, sondern die Nichtbehandlung des Traumas bzw. der PTBS das Risiko für einen Rückfall erheblich steigt (Potthast & Catani, 2012).

Um die Versorgung suchtkranker Menschen mit Traumatisierungen zu verbessern, wurde in der Salus Klinik Friedberg nun ein spezifisches Versorgungsangebot entwickelt: ein Gruppenprogramm für Betroffene von Traumafolgestörungen und Substanzabhängigkeit. Das Gruppenprogramm stellt ein bedarfsgerechtes und integratives Hilfsangebot für suchtkranke Menschen dar, die unter zusätzlichen Beeinträchtigungen in Folge von Traumatisierungen leiden. Das Gruppenprogramm ist nicht nur für Patient:innen mit einer voll ausgebildeten PTBS konzipiert. Vielmehr richtet sich das Programm auch an Patient:innen mit subsyndromalen Traumafolgestörungen, die keine formale Diagnose erfüllen, aber unter signifikanten funktionalen Beeinträchtigungen leiden (Potthast & Catani, 2012).

Ziele des Gruppenprogramms sind der Erwerb von Wissen über die eigene Symptomatik, Schaffung einer ersten Entlastung sowie die Vermittlung und Herstellung von Sicherheit. Zudem sollen Teilnehmende Verständnis für die Zusammenhänge zwischen den Traumafolgen und ihrer Substanzabhängigkeit entwickeln. Hinzu kommt das Erlernen eines fürsorglichen Umgangs mit sich selbst und der eigenen Symptomatik. Das Gruppenprogramm legt einen Schwerpunkt auf psychoedukative Elemente, die darauf abzielen störungsspezifisches Wissen über die Entstehung und Aufrechterhaltung von Traumafolgestörungen und Substanzabhängigkeit sowie mögliche Umgangsweisen mit der eigenen Symptomatik zu vermitteln. Da die Betroffenen als Expert:innen der eigenen Symptomatik verstanden werden, sind interaktiven Anteile wichtige Bestandteile des Programms (siehe auch Liedl, Schäfer & Knaevelsrud, 2018). Das Gruppenprogramm ist in zehn, flexibel einsetzbare Module gegliedert, in denen die posttraumatischen Störungen und deren Symptome behandelt werden. Darunter befinden sich Module in denen die Vorgänge erarbeitet werden, die bei akuter Bedrohung in Körper und Gehirn ablaufen. Zudem erfolgt eine gezielte Auseinandersetzung mit zentralen Emotionen (z.B. Angst, Wut, Trauer). Neben dem psychoedukativen Schwerpunkt des Programms zielt die Gruppe auf eine Stärkung von Ressourcen zur Bewältigung der psychischen Belastung ab.

Hierbei sollen erste für das Gruppensetting geeignete Hilfestrategien erarbeitet werden, die für Menschen mit Traumafolgestörungen und Substanzabhängigkeit von Bedeutung sind. Durch das gemeinsame Erarbeiten von Strategien, wie im Alltag mit Symptomen (z.B. Flashbacks, Alpträume, Dissoziationen und daraus resultierendem Suchtdruck) umgegangen werden kann, erkennen Teilnehmende, dass sie ihrer Symptomatik nicht hilflos ausgeliefert sind. Hierdurch wird die Eigeninitiative der Patient:innen gefördert und die Selbstwirksamkeit gestärkt.

Ein großer Vorteil der Durchführung von Psychoedukation in der Gruppe besteht darin, dass Teilnehmende die Erfahrung machen können, dass auch andere von gleichen Problemen betroffen sind. Das Gruppensetting ermöglicht den Austausch mit anderen Betroffenen und verdeutlicht, dass die erlebten Symptome eine völlig normale Reaktion auf ein abnormes Ereignis darstellen (siehe auch Liedl et al., 2018). Die Durchführung in der Gruppe und auch der psychoedukative Charakter des Programms zeigen neben den genannten Vorteilen allerdings auch klare Grenzen auf, über die das Angebot nicht hinausgehen kann. Es ist deshalb wichtig im Vorfeld mit den Teilnehmenden die Chancen und Grenzen des Gruppenprogramms zu besprechen. So ist das Programm beispielsweise nicht dazu geeignet einzelne traumatische Erlebnisse von Betroffenen aufzuarbeiten und kann keine individuelle traumatherapeutische Behandlung ersetzen. Das Gruppenprogramm ist aus diesem Grund so konzipiert, dass es auf weiterführende traumatherapeutische Verfahren im Einzelsetting vorbereitet (wie zum Beispiel traumakonfrontative Verfahren). Zudem ist ein wichtiges Ziel des Programms, die Wissensvermittlung über psychotherapeutische Weiterbehandlungsmöglichkeiten und die besonderen Zugangsbedingungen für Menschen mit substanzbezogenen Störungen.

Die Wirksamkeit von psychoedukativen Gruppeninterventionen konnte bereits zu anderen Störungsbildern wissenschaftlich belegt werden (z.B. für Depressionen; vgl. Tursi et al., 2013) und wurde bei umfangreicheren integrativen Gruppentherapieprogrammen zu PTBS und Suchterkrankungen mittels randomisiert-kontrollierten Studien überprüft (vgl. Najavits & Schäfer, 2009; Schäfer, Schulze & Stubenvoll, 2011). Hierbei zeigte sich im Anschluss der Interventionen eine Steigerung des psychosozialen Funktionsniveaus sowie eine initiale Verbesserung der Symptomatik (Tursi et al., 2013). Eine erste Pilotierung des Gruppenprogramms wird derzeit in der salus klinik Friedberg durchgeführt und eine Evaluierung des Programms im Anschluss ist in Planung.
Mit der Entwicklung des Gruppenprogramms möchten wir einen Beitrag zur Verbesserung der bedarfsgerechten Versorgung von traumatisierten Menschen mit Suchterkrankungen leisten, indem wir erste Grundsteine und Ausgangsvoraussetzungen für eine integrative Weiterbehandlung der Patient:innen legen. Für die Zukunft wird es unerlässlich sein, die Entwicklung von neuen, integrativen Behandlungsansätzen voranzutreiben, diese wissenschaftlich zu begleiten und deren Wirksamkeit zu überprüfen.

Literatur

Kapfhammer, H. P. (2022). Zur Komorbidität von Posttraumatischer Belastungsstörung und Sucht in biopsychosozialer Perspektive. Neuropsychiatrie, 36(1), 1-18.

Liedl, A., Schäfer, U., & Knaevelsrud, C. (2018). Psychoedukation bei posttraumatischen Störungen: Manual für Einzel-und Gruppensetting. Klett-Cotta.

Najavits, L.M. & Schäfer, I. (2009). Posttraumatische Belastungsstörung und Substanzmissbrauch: Das Therapieprogramm "Sicherheit finden". Göttingen: Hogrefe.

Potthast, N., & Catani, C. (2012). Trauma und Sucht: Implikationen für die Psychotherapie. Sucht, 58(4), 227-235.

Ray, S. L. (2008). Trauma from a global perspective. Issues in mental health nursing, 29(1), 63-72.

Schäfer, I., Schulze, C. & Stubenvoll, M. (2011). Psychotherapie bei Abhängigkeitserkrankungen und Posttraumatischer Belastungsstörung. Sucht, 57, 353 – 361.

Schäfer, I., & Najavits, L. M. (2007). Clinical challenges in the treatment of patients with posttraumatic stress disorder and substance abuse. Current opinion in psychiatry, 20(6), 614-618.

Tursi, M. F., Baes, C., Camacho, F. R., Tofoli, S. M., & Juruena, M. F. (2013). Effectiveness of psychoeducation for depression: A systematic review. The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 47(11), 1019-1031.

WENN DIE MANNSCHAFT RUFT...

TRAINIERT ES SICH LEICHTER!

IN DER SALUS KLINIK LINDOW

R. Schöneck **J. Lindenmeyer** **S. Gabrijel**

Wie kann man Patient*innen mit einer Alkoholabhängigkeit dazu motivieren, auch nach dem Abschluss ihrer Behandlung regelmäßig ein Training am Computer durchzuführen, von dem man vermutet, dass es ihr individuelles Rückfallrisiko senken und damit den Behandlungserfolg verbessern kann. Diese Frage war der Ausgangspunkt eines Forschungsprojektes, welches 2019 in der salus klinik Lindow in Kooperation mit der Universität Cambridge begann. Nun konnten wir erste Daten auswerten die uns zuversichtlich stimmen, aber auch zeigen, an welchen Stellen besondere Herausforderungen zu meistern sind.

1 DIE IDEE EINER WEB APP

Seit über einen Jahrzehnt wissen wir um die positive Wirkung des sogenannten Anti-Alkohol-Trainings (AAT). Dabei werden Patient*innen in 6 Sitzungen während der Behandlung Alkoholreize präsentiert, welche sie per Joystick von einem Computermonitor „wegschieben" müssen. Das Training wurde ursprünglich in der salus klinik Lindow in Kooperation mit Prof. M. Rinck, Prof. E. Becker und Prof. R. Wiers aus den Niederlanden entwickelt. In mehreren randomisiert-kontrollierten Studien im In- und Ausland konnte nachgewiesen werden, dass das Training eine langfristige Senkung der Rückfallquote nach einer stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung um ca. 8% bewirkt. In einer gemeinsamen Studie mit der Charite Berlin konnte außerdem mittels bildgebender Verfahren gezeigt werden, dass das Training tatsächlich alkoholbezogene automatisierte Reaktionstendenzen im Gehirn der Patient*innen (sog. cue reactivity) verändert. Schließlich ergab sich, dass das Training besonders gut bei Patient*innen mit langer Abhängigkeitsdauer und mit weiteren psychischen Störungen wirkt. Vor diesem Hintergrund wird das Training sowohl in den deutschen als auch den australischen Behandlungsleitlinien für alkoholbezogene Störungen als evidenzbasiertes Verfahren empfohlen. Das Training ist daher seit Jahren eine Standardmaßnahme im Rahmen der stationären Behandlung bei Alkoholabhängigkeit in der salus klinik Lindow. Schon seit längere Zeit gab es Überlegungen, dass ein für die häusliche Umgebung angepasstes AAT, welches von den Betroffenen regelmäßig nach Beendigung der Behandlung durchgeführt wird, einen weiteren positiven Effekt auf den Behandlungserfolg haben könnte. Dafür sprach vor allem, dass ein Training in einer mit dem Suchtmittel assoziierten Umgebung eine besonders wertvolle Lernerfahrung darstellen und in dieser Weise zusätzlich helfen könnte, alte Verhaltensmuster zu überwinden. In der Folge wurden – finanziell gefördert durch die Deutsche Rentenversicherung - verschiedene Versuche unternommen, Patient*innen zur selbstständigen Durchführung des AAT im Anschluss an ihre stationäre Behandlung zu bewegen. Hierbei erhielten alle interessierten Patient*innen die Möglichkeit, das bekannte AAT als Software mit nach Hause zu nehmen und wurden gar mit einem Joystick ausgestattet, um das Training absolvieren zu können. Es kam schnell die ernüchternde Feststellung, dass lediglich 5% derjenigen, die sich für das Training bereiterklärt hatten, mehr als 2x trainierten. Die Herausforderung bestand somit darin, eine Trainingsversion zu entwickeln, welche über Eigenschaften verfügt, unsere ehemaligen Patient*innen zu einer regelmäßigen Anwendung zuhause zu motivieren. Durch Fortschritte in der Entwicklung von Apps sowie Befunde, dass Interventionen auf dem Smartphone immer dann stärker genutzt werden, wenn diese mit spielerischen Elementen (sog. Gamification siehe Kasten) ausgestattet sind, führte zu der Idee, das AAT als Web App mit spielerischen Elementen zu entwickeln.

2 DIE ENTWICKLUNG DER WEB APP ANTIALK.DE UND DER SALUS LIGA

Durch eine glückliche Fügung kam es zu einer Kooperation mit der Forschergruppe von Prof. V. Voom von der Universität Cambridge (Großbritannien). Ihre Mitarbeiter*innen Nele Peeren-boom und Tom Rauschan entwickelten in Zusammenarbeit mit der salus klinik Lindow die Web App antialk.de, welche das bekannte AAT, inklusive der ursprünglichen verwendeten Bilder, für das Smartphone bzw. Tablet oder Computer adaptierte. Die Instruktion des Trainings lautete unverändert, je nach Bilderrahmen (Hoch- oder Querformat) das Bild mit dem Finger auf dem Display oder mit der Maus am Computer wegzuschieben („push") oder an sich heranzuziehen („pull"). Das Training war in erster Linie für die Handynutzung entwickelt, da die Bewegung von Bilder auf dem Handy mittels Finger mittlerweile intuitiv abläuft. Es gab aber auch die Möglichkeit das Training am PC oder Tablet durchzuführen, was jedoch Seitens der Klinik nicht empfohlen wurde. Wurde das Bild im Querformat dargestellt, bestand die Aufgabe darin, dieses mittels Fingerbewegung („push") vom Display wegzuschieben. Handelte es sich um ein Hochformat sollte mittels Fingerbewegung („pull") das Bild an den Benutzer herangezogen werden. Die **Abbildung 1** und **Abbildung 2** verdeutlichen die Aufgaben und die verwendeten Bilder (sog. Stimuli).

Gamification ist die Anwendung von Spieledesignprinzipien, Spieledesigndenken und Spielemechaniken auf spielfremde Anwendungen und Prozesse, um Probleme zu lösen und Teilnehmer*innen zu engagieren. Ziel ist eine Motivationssteigerung der Benutzer*innen, mit den Anwendungen verstärkt zu interagieren oder erwünschte Verhaltensweisen anzunehmen.

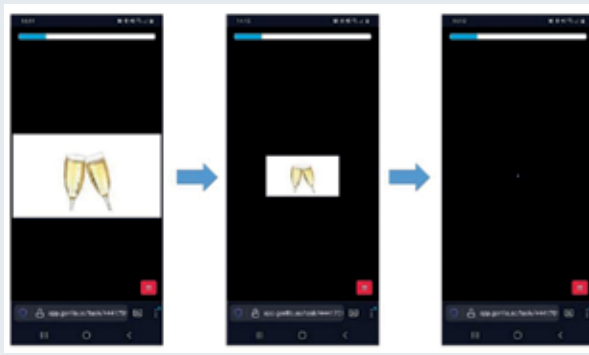


Abbildung 1 *Querformat: das Bild wird mittels Fingerbewegung („push") weggeschoben*

Abbildung 2 *Hochformat: das Bild wird mittels Fingerbewegung („pull") herangezogen*

Nach reichlicher Überlegung wurden die Web App um spieltypische Elemente ergänzt, mit dem Ziel, die Anwender zur regelmäßigen Nutzung zu motivieren. So erhalten die Anwender nach bestimmten Ereignissen (z.B. Abschluss des 1. Trainings oder Beendigung des 5. Trainings) eine Rückmeldung über ihren Erfolg in Form einer digitalen Trophäe (siehe Abbildung 3).

Abbildung 3 *Trophäe für die 1. Teilnahme am Training inklusive Hinweis auf Anzahl der korrekten Reaktionen*

Das Kernelement stellte die Entwicklung der **salus Liga** (siehe Abbildung 4) dar. In der Liga treten die aus der Behandlung entlassenen Patient*innen entsprechend ihrer Bezugsgruppen gegeneinander an und werden durch ein Punktesystem animiert, das Training gewissenhaft und regelmäßig durchzuführen. Das Ziel ist es, so viele Punkte wie möglich für das eigene Team zu „erspielen". Zu diesem Zweck wurde eigens eine Website www.liga.antialk.de programmiert, auf welcher die Punkte in Form eines Liveticker präsentiert werden. Zudem ermöglicht die Website einen Überblick auf den Wochensieger sowie alle Monatssieger. Wir haben dabei bewusst entschieden, dass die Liga zu Beginn eines Monats „zurückgesetzt" wird, auch um zu verhindern, dass besonders starke Teams (viele entlassene Patient*innen, die gleichzeitig trainieren können) unschlagbar werden. In einem Jahr könnten folglich 12 Teams jeweils einen Monatssieg erringen.

Salus App Liga - Wochenstand

Gruppe	Score
S13 "Prummern's Prummbären"	7494
S01 "Die Schlauen statt Blauen"	6146
S08 "Die Speerspitzen"	5310
S15 "Die Trockenfrüchtchen"	4854
S12 "Höher, weiter, Steiler"	2082
S17 "D war gestern"	200
S07 "TROCKA"	186
S10 "Die Schlaftabletten"	152
S09 "FAR Fighters"	100
S18 "Notaus-Gang"	84
S05 "Rappelkiste"	70
S02 "Phönix"	0

Abbildung 4 *salus Liga. Die Bezugsgruppen haben sich eigene Namen gegeben um eine bessere Identifikation zu ermöglichen*

Die größte Innovation stellte bei der Entwicklung der App und der Liga der aktive Einbezug der Patient*innen innerhalb der Bezugsgruppe dar, welche sich noch in der Behandlung befinden. Diesen wurde über die Einrichtung eines Forums die Möglichkeit gegeben, Kontakt mit den ehemaligen Patient*innen der Bezugsgruppe aufzunehmen und diese zu einem regelmäßigen Training zu motivieren. Am Ende eines Monats wird die Bezugsgruppe mit den meisten Punkten durch die Klinikleitung mit einer Urkunde und Kaffeemarken ausgezeichnet. Dies stellte sicher, dass die Patient*innen der Bezugsgruppe die ehemaligen Mitpatient*innen kontinuierlich zur Teilnahme „anfeuern". Im Verlauf der Untersuchung wurden weitere Anreize geschaffen. So wurde u.a. die Gruppe, welche 6 Mal in Folge den ersten Platz machte, mit einem „Wanderpokal" ausgezeichnet.

3 UNTERSUCHUNGSDESIGN UND STICHPROBE

Die Untersuchung begann im Juni 2019 und war zunächst bis Ende 2020 angesetzt, dann aber bis Juni 2021 verlängert, da es durch die Corona Pandemie zwischenzeitlich Schwierigkeiten bei der Rekrutierung neuer Teilnehmenden gab. Im Gesamtzeitraum wurden 1.718 Patient*innen mit der Hauptdiagnose Alkoholabhängigkeit (ICD 10 F10.2) entlassen, von denen 588 Patient*innen, das heißt gut ein Drittel, zur Teilnahme an der Untersuchung gewonnen werden konnten. Alle Teilnehmenden wurden darüber aufgeklärt, dass sie zufallsbedingt einer alkoholspezifischen Trainingsvariante (aktive Trainingsgruppe) oder lediglich einem allgemeinen Reaktionstraining (Kontrollgruppe) zugeteilt wurden. Weil beide Trainingsvarianten äußerlich vollkommen identisch waren, wussten weder die Teilnehmenden noch die Untersuchungsleiter, wer welcher Bedingungen zugewiesen wurde. Damit erfüllte die Untersuchung die Bedingungen einer sog. Randomisiert-Kontrollierten Studie, was den Goldstandard wissenschaftlicher Untersuchungen darstellt. Nach der Einweisung (2 Wochen vor Entlassung aus der stationären Behandlung) konnte die App 90 Tage genutzt werden, wobei zwischen den Trainings immer eine Pause von 4 Stunden vorgegeben war. Diese Pause sollte verhindern, dass bestimmte Nutzer*innen in kurzer Zeit zu viel trainierten, um die Punktzahl des Teams auf unnatürliche Weise zu erhöhen. In den Bezugsgruppen wurden die Ergebnisse der Liga regelmäßig kommuniziert. Zudem wurde im Bereich der Klinikrezeption ein Monitor installiert, auf dem jederzeit die Ergebnisse der Liga veröffentlich wurden. Am Anfang eines Monats wurde das Siegerteam durch die Klinikleitung persönlich aufgesucht und mit einer Urkunde und den Kaffeemarken belohnt. Dies sicherte den Bekanntheitsgrad des Trainings und spielte bei der Motivation der Trainierenden einen wichtigen Faktor. Weitere Merkmale der Teilnehmenden können dem Kasten 2 entnommen werden.

4 ERGEBNISSE

Bislang liegen die Ergebnisse zur Katamnese 3 Monate nach Beendigung der stationären Behandlung vor.

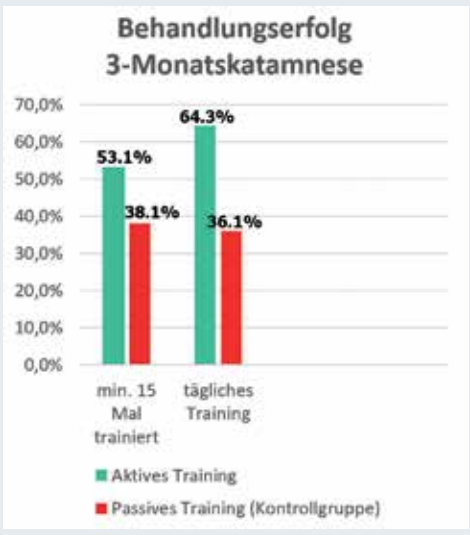
- **Nutzung der Web App**
  Von den 588 Studienteilnehmer*innen nutzen 341 Patient*innen (58%) die App regelmäßig. Bei 64 Patient*innen (11%) konnte für den gesamten Nutzungszeitraum (90 Tage) eine tägliche Nutzung festgestellt werden. Im Durschnitt trainierten die Anwender*innen 54 Mal mit der Web App.

Merkmale der Teilnehmenden (Stichprobe)
- Ø 48 Jahre
- 32.3% weiblich (n = 190) und 64.1% männlich (3,6% keine Angaben)
- 43% (n = 253) arbeitsunfähig und 49.8% (n = 293) arbeitsfähig; 7.1% (n = 42) keine Angaben

- **Behandlungserfolg (3-Monatskatamnese)**
  Für den Untersuchungszeitraum gelang eine Rücklaufquote der Nachbefragungsbögen von 79,6%. Dabei zeigte sich ein statistischer Trend dahingehend, dass in der Gruppe derjenigen, die nach der Beendigung der stationären Behandlung die Web App nutzten, ein höherer Behandlungserfolg (statistisch leicht signifikant) gemessen werden konnten.
  Vergleicht man nun die aktive Trainingsgruppe (alkoholspezifisches Training) mit der Kontrollgruppe (allgemeines Reaktionstraining), dann fällt der Unterschied in der Abstinenzquote umso deutlicher aus, je häufiger die Patient*innen trainiert haben (siehe Grafik):

- Vergleicht man alle Teilnehmenden, die mindestens 15x trainiert haben, zeigt sich lediglich ein Trend (statistisch nicht signifikant) in der Abstinenzquote in der Gruppe, die das alkoholspezifische Training erhielten.

- Vergleicht man die Teilnehmenden, die täglich trainiert haben, dann gibt es einen eindeutigen Effekt in der Abstinenzquote (statistisch signifikant) in der Gruppe die das alkoholspezifische Training erhielt.



5 FAZIT

Das wichtigste Ergebnis ist sicherlich, dass mithilfe der gamifizierten Web App erreicht werden konnte, dass nunmehr anstelle der gerade 5 % in früheren Studien mit 58 % deutlich mehr als die Hälfte der eingewiesenen Patient*innen dazu bewegt werden konnten, im Anschluss an ihre stationäre Behandlung das angebotene Trainingsprogramm weiterhin regelmäßig zu nutzen. Andererseits mussten wir lernen, dass dies kein Selbstläufer ist, sondern einer konzertierten und andauernden Motivationsanstrengung aller therapeutischen Mitarbeiter*innen einschließlich der Leitung der Klinik bedarf. So konnten wir bis März 2020 knapp 50 % aller entlassenen Patient*innen für die Trainingsteilnahme gewinnen, von denen dann 62 % das Training auch tatsächlich regelmäßig nutzten. In Folge der Kontaktbeschränkungen innerhalb der Klinik im Zusammenhang mit der Corona Pandemie sank die Teilnahmequote dagegen merklich ab. Hier zeigt sich deutlich, wie stark der Nutzen von E-Therapietools von der Integration in die herkömmliche Face-to-Face-Therapie abhängt. Wir werden hieran weiterhin kontinuierlich arbeiten müssen.

Aus unserer Sicht besonders bemerkenswert ist, dass sich ein Zusammenhang zwischen der Abstinenzrate 3 Monate nach Entlassung und der Nutzung der App zeigte, unabhängig ob die Patient*innen mit der alkoholspezifischen Variante oder der allgemeinen Variante trainierten. Hier zeigt sich, dass möglicherweise allein schon die Bereitschaft bzw. Fähigkeit einer Person, sich diszipliniert regelmäßig zu irgendeiner Tätigkeit durchzuringen einen positiven Einfluss auf die langfristige Alkoholabstinenz hat. Zumindest steht dies in Übereinstimmung mit der Erfahrung, dass auch Patient*innen die es im Anschluss an ihre Behandlung schaffen, regelmäßig eine Suchthilfegruppe oder Nachsorgegruppe zu besuchen oder ihren Lotsen regelmäßig zu treffen, die besten Abstinenzchancen aufweisen.

Und schließen spricht die Überlegenheit der alkoholspezifischen Trainingsvariante gegenüber der allgemeinen Reaktionstrainingsvariante für die spezifische Wirksamkeit des AntiAlkoholtrainings auch in der Nachsorgephase. Dass hierbei insbesondere das „Wegschieben" von alkoholspezifischen Stimuli bedeutsam ist, wird dadurch eindrucksvoll unterstrichen, dass der Unterschied in der Abstinenzrate zwischen beiden Trainingsvarianten umso größer wurde, je häufiger die Patienten*innen selbständig zuhause trainiert hatten. Am deutlichsten war der Vorteil des alkoholspezifischen Trainings, wenn Patient*innen es über den gesamten Zeitraum von 90 Tage täglich genutzt hatten. Ganz offensichtlich ist die Überwindung der Suchtautomatismen im Gehirn unseren Patient*innen mit einer Alkoholabhängigkeit kein Sprint sondern eher ein Marathon. Wenn die Mannschaft ruft, scheint er eher zu gelingen.

ENTSPANNEN UNTER TANNEN

WALDBADEN IN DER SALUS KLINIK LINDOW

R. Cina

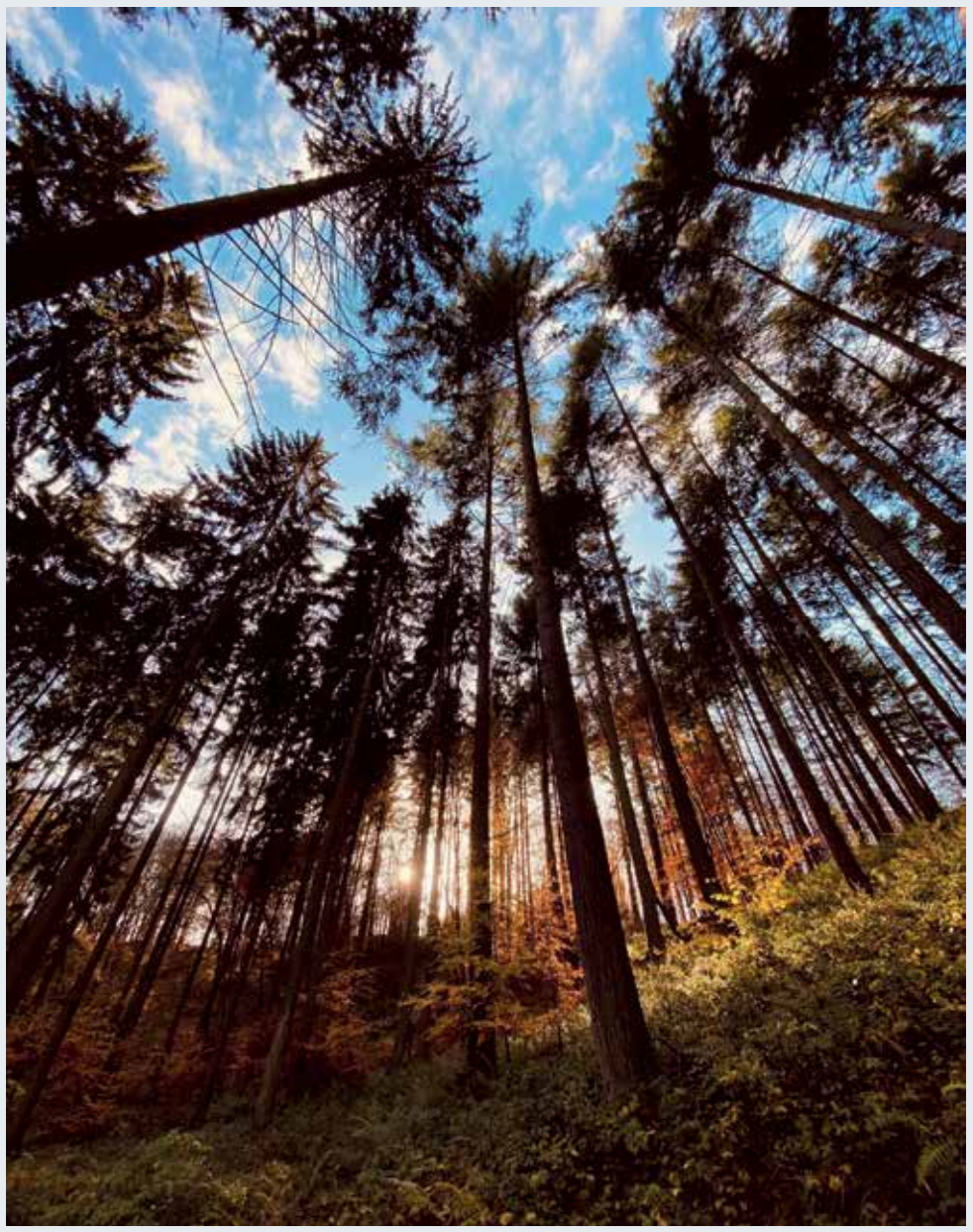
Beim Durchstreifen der Wälder, die die salus klinik Lindow umgeben, kann es mitunter vorkommen, dass man Leute beobachten kann, die gemächlich und hoch konzentriert barfuß durch den Wald schreiten oder ruhig und bedacht auf einem Kissen auf dem Waldboden sitzen und die Waldluft tief einatmen. Für den einen oder anderen mag das befremdlich vorkommen, andere denken dabei an das in Deutschland immer populärer werdende „Waldbaden" … und genau das passiert dort.

ACHTSAME ENTDECKUNG DES WALDES MIT ALLEN SINNEN

Beim Waldbaden geht es um ein bewusstes Eintauchen in die Waldatmosphäre. Was im ersten Moment wie ein Waldspaziergang daher kommt, entpuppt sich als weit mehr als das. Über den bloßen Aufenthalt im Wald hinaus soll der Fokus auf das Hier und Jetzt gelegt werden. Mit allen fünf Sinnen soll der Wald erfahren werden. Dazu machen Therapeut*innen Angebote, in dem sie die Waldbadenden beispielsweise anregen, auf die verschiedenen Geräusche, das Zirpen, Summen und Zwitschern oder auch auf das Knarzen der Bäume zu achten oder an Blättern, Rinden oder Harz zu riechen oder bewusst zu Atmen oder einen Ast zu ertasten. Diese Angebote können von Waldbadenden angenommen oder auch verworfen werden. Wichtig ist, eine Quelle zu finden, auf die man sich „einlassen" kann. Gelingt es, wie ein Kind Gedankenversunken auf ein Detail im Wald zu achten, so ist ein Ziel des Waldbadens erreicht.

EINMAL UM DIE HALBE WELT?

Die Methode des Waldbadens wurde in den 1980er Jahren in Japan propagiert und seither im Rahmen des dortigen Gesundheitswesens gefördert und beforscht. Das Waldbaden fußt dort auf einer Kultur, die alles in der Natur Belebte als beseelt erachtet. Demzufolge scheint es ein kleiner Schritt hin zu einer sinnlichen „Kontaktaufnahme" mit einem Baum, beispielsweise in einem Wald. Auch die Bezeichnung „Waldbaden" ist eine wörtliche Übersetzung aus dem Japanischen und hat nichts gemein mit dem Baden in einem Waldsee, mit dem es verwechselt werden könnte.
Nun mag uns die Idee, dass in einem Baum eine Seele wohnt, fern und ungewohnt erscheinen. Doch ganz so fremd ist diese Idee auch dem „europäischen" Denken nicht. Seit der Antike kennen wir auch in der westlichen Hemisphäre eine „Naturphilosophie" die sich in verschiedenen Formen bis zum „Pantheismus" in der Zeit der Aufklärung und darüber hinaus hinzieht. All diesen religiös-philosophischen Betrachtungen ist gemein, dass sie in der Natur etwas Beseeltes oder gar Göttliches sehen. Große Dichter und Denker wie Immanuel Kant, Gotthold Ephraim Lessing oder Johann Wolfgang von Goethe standen dem Pantheismus sehr nahe. Selbst ohne religiös-philosophische Überhöhung lässt sich feststellen, dass im Corona-Zeitalter eine Hinwendung zur Natur, der Wunsch nach einem eigenen Garten oder auch nur eine bewusste Wahrnehmung der Umwelt stattfinden. In diesem Sinn trifft das Waldbaden auch den Nerv der Zeit.



FORSCHUNG UND EFFEKTE

Positive Effekte des Waldbadens werden beschrieben, seitdem es diesen Begriff gibt. Gleichzeitig wird das Waldbaden beforscht. Neben den allgemeinen Effekten der „Entschleunigung" und „Entspannung", wird eine besondere Wirkung den Terpenen zugeschrieben. Terpene sind Kohlenwasserstoffverbindungen, die sich u.a. in manchen Baumharzen wieder finden. Bisher wird angenommen, dass Terpene als Pheromone wirksam sind und Insekten anlocken, andere sollen gegen Bakterien wirksam sein.
Ein positiver Einfluss auf das Herz-/Kreislaufsystem durch eine antihypertensive (blutdrucksenkende) und pulssenkende Wirkung, eine Förderung der Konzentrationsfähigkeit und eine stressreduzierende Wirkung sind naheliegend. Beobachtet wurden auch stimmungsaufhellende oder angstreduzierende Effekte und vieles mehr. Insgesamt besteht aber sicherlich noch viel Forschungsbedarf, um die komplexe Wirkung des Waldes noch besser zu verstehen.

Waldbaden in der salus klinik Lindow
Aufgrund der Lage der salus klinik Lindow, umgeben von Seen und ausgedehnten Wäldern, drängt sich der Einbezug des Waldes in die hiesige Therapie gerade zu auf. Wir bieten demnach mit Hilfe begeisterter Sporttherapeut*innen auch Waldbaden in der salus klinik Lindow an.
Das Angebot stößt konstant auf reges Interesse und erfährt von Seiten der Patient*innen hohe Akzeptanz. Wir erachten es als eine von mehreren hier angebotenen Möglichkeiten, wie Nordic Walking, Tai Chi, Qi Gong oder Progressive Muskelentspannung, zu erlernen, wie der Ausstieg aus Hektik und Stress des Alltags gelingen kann und zu erlernen, sich zu fokussieren. Nicht selten berichten die Patient*innen, dass sie die hier entdeckte Liebe zum Waldbaden auch in ihren Alltag übernehmen wollen. So kann der Wald weiterhin „der Deutschen liebstes Kind" bleiben und die Gesundheit fördern.

IMPRESSUM

Redaktion:
Sandra Fisch
salus klinik GmbH
Sudetenstraße 67
50354 Hürth
Tel. 02233 8081-823
Fax 02233 8081-885

Mitarbeiter*innen dieser Ausgabe:
R. Baumbach, R. Cina, J. Domma-Rechart, I. Frege, S. Gabrijel, F. Grupp, S. Igelmund, J. Lindenmeyer, C. Muhl, A. Peykan, E. Pollok, S. Reich, A.-K. Röthke, R. Schöneck, A. Turgrul

Bilder:
Privat, shutterstock.com, thinkstock.de

Herstellungsleitung:
Sandra Fisch, salus klinik GmbH

Druck & Versand:
Wagner Media, www.wagnermedia.de