



EDITORIAL



Liebe Leserin,
lieber Leser,

eine Sucht kommt selten allein. Sehr viele Suchtpatienten leiden unter weiteren, schwerwiegenden psychischen oder körperlichen Beschwerden, häufig sind diese der Suchterkrankung vorausgegangen. Natürlich behaupten alle Suchttherapeuten, sie würden all das mitbehandeln. Aber hier steckt der Teufel häufig im Detail, denn hierfür benötigt man ausreichend therapeutische Erfahrung und eine entsprechende Ausstattung der Einrichtung.

Eine besonders schwierige Kombination stellt das gleichzeitige Zusammentreffen einer Essstörung und einer Suchterkrankung dar. Hier ist eine sequentielle Behandlung der Störungsbereiche wenig erfolgversprechend: Ohne Suchtmittelabstinenz ist eine Überwindung der Essstörung nicht möglich, ohne Normalisierung des Essverhaltens ist andererseits keine Suchtbehandlung möglich. Entsprechend sollten beide Störungsbereiche von Therapiebeginn in einem integrierten Behandlungsangebot gleichwertig Beachtung finden.

Seit 2006 hat unsere Leitende Psychologin Dr. Sylvia Beisel gemeinsam mit ihren MitarbeiterInnen in der salus klinik Lindow als erste Behandlungseinrichtung in Deutschland ein spezifisches Behandlungsprogramm für PatientInnen mit Essstörung und Suchtmittelabhängigkeit erarbeitet und im Lauf der Zeit immer weiter perfektioniert. Die Betroffenen werden in unserer Suchtabteilung in einer eigenen Gruppe durch eine spezialisierte Psychotherapeutin behandelt, die Mahlzeiten werden unter therapeutischer Begleitung eingenommen, alle TherapeutInnen sind im Umgang mit typischen Krisen und Rückschlägen im Behandlungsverlauf dieser Klientel geschult. Die in dieser Ausgabe der salü dargestellten Behandlungsergebnisse belegen eindrucksvoll die Effektivität unseres Vorgehens. Allen beteiligten MitarbeiterInnen sei an dieser Stelle für ihr besonderes Engagement gedankt.

Ihr Johannes Lindenmeyer

ERST DAS EINE, DANN DAS ANDERE ODER DOCH BEIDES GLEICHZEITIG?



S. Beisel

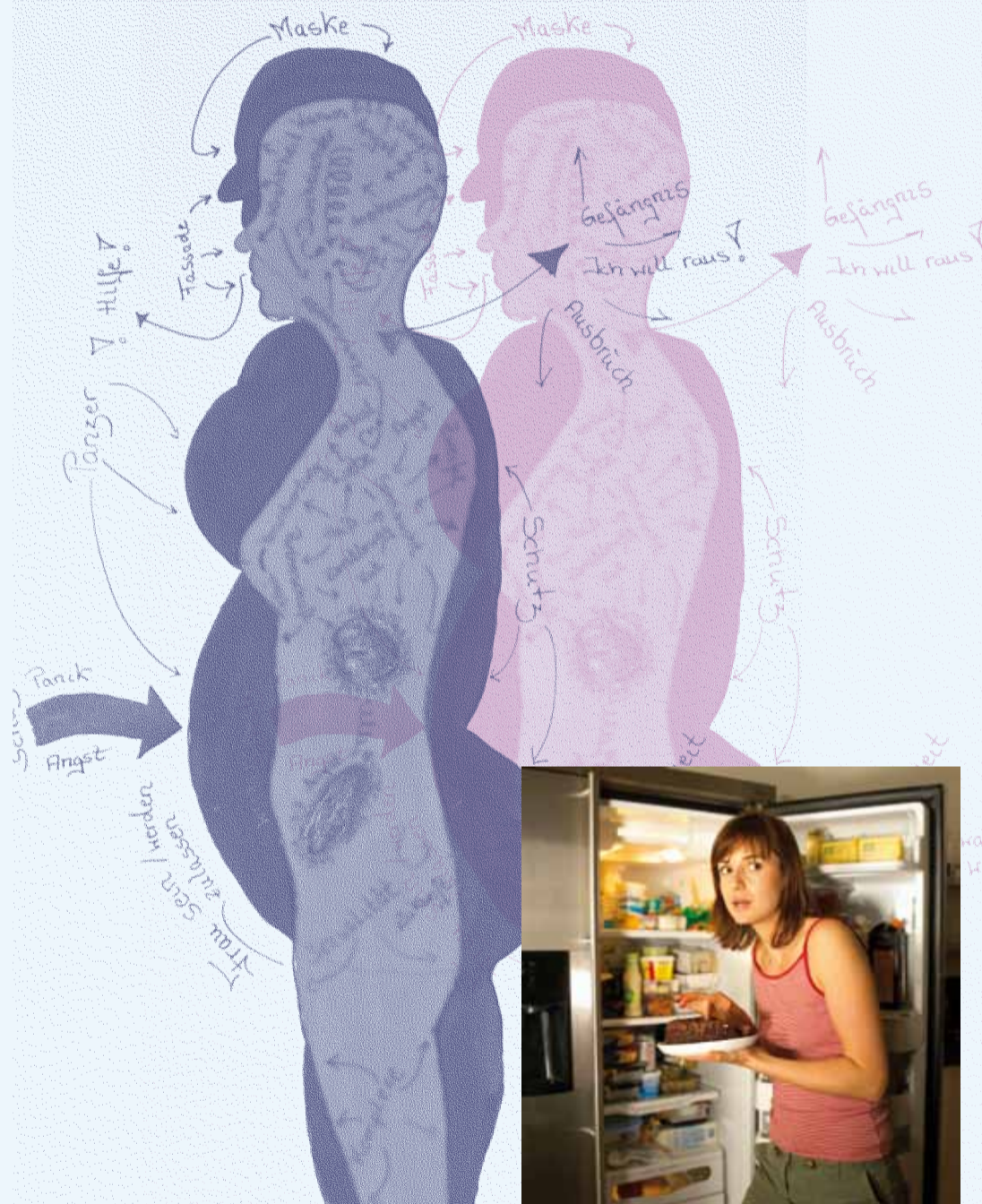
DIE BEHANDLUNG VON PATIENTINNEN MIT ESSSTÖRUNGEN UND SUCHTERKRANKUNGEN

Viele PatientInnen mit einer Essstörung leiden zusätzlich unter substanzbezogenen Problemen. Diese Kombination gilt als besonders gefährlich: Die Gesundheitsrisiken und die Sterblichkeitsrate sind in dieser Gruppe am höchsten, die Prognose für den Behandlungserfolg der Essstörung ist verringert. Gleichzeitig setzt eine erfolgreiche Suchtbehandlung sowohl eine gute psychische als auch physische Konstitution voraus, die beide bei PatientInnen mit zusätzlicher Essstörung nicht gegeben sind. Erforderlich ist daher ein integriertes Behandlungsangebot, in dem sowohl die Essstörung als auch die Suchterkrankung von Beginn an gleichwertig im therapeutischen Fokus stehen. Die in diesem Artikel vorgelegten Behandlungsergebnisse aus unserem Hause belegen, dass ein solches Vorgehen erfolgreich ist.

Der Versorgungsalltag

Sowohl für Essstörungen als auch Suchterkrankungen gibt es differenzierte und gut evaluierte Behandlungsangebote, die aber voneinander getrennt sind:

- Essstörungen werden über das Akutsystem in psychosomatischen Abteilungen bzw. in der Psychiatrie versorgt, in geringer Anzahl auch über eine medizinische Rehabilitation in psychosomatischen Fachkliniken. Entsprechend kontaktieren Essgestörte als erste Anlaufstelle Ärzte, ambulante Psychotherapeuten oder Beratungsstellen für Essstörungen. Eine manifeste Abhängigkeitserkrankung stellt ein Ausschlusskriterium für die Behandlung in Essstörungseinrichtungen dar.
- Die Entwöhnungsbehandlung von Suchtkranken wird dagegen schwerpunktmäßig zu Lasten der Rentenversicherung in Suchteinrichtungen



durchgeführt. Die Diagnostik und Zuweisung erfolgt in der Regel über Suchtberatungsstellen, die mit der Behandlung von Essstörungen oft wenig Erfahrung haben.

Wenn aber beide Störungsbilder gleichzeitig vorliegen, ergeben sich besondere Probleme: Die getrennten Zugangswege zur Versorgung mit verschiedener Spezialisierung machen es zunächst nicht leicht, überhaupt rechtzeitig beide Störungsbilder zu erkennen. Kommen aber sowohl Behandler als auch Betroffene zu der Erkenntnis, dass mit einer Essstörung und einer Suchterkrankung gleichzeitig zwei

behandlungsbedürftige Störungsbilder vorliegen, wird meist die Frage gestellt, welche Störung zuerst behandelt werden sollte. Bis heute findet man zahlreiche Empfehlungen, zuerst die eine dann die andere Störung zu behandeln. Dies entspricht auch meist dem Wunsch der Betroffenen, die Sorge haben, beides gleichzeitig nicht zu schaffen. Aufgrund der wechselseitigen Beeinflussung beider Störungsbilder sind die Erfolgsaussichten für ein solches Vorgehen aber gering. Mit den neuen (S3) Leitlinien zur Behandlung von Essstörungen (2010) wie auch bereits in den Leitlinien amerikanischer Fachgesellschaften (APA, 2006) findet sich



daher die Empfehlung „einer gleichzeitigen Behandlung von Essstörungen mit zusätzlicher Suchterkrankung *sofern die Einrichtung über ein Spezialwissen und Spezialangebot für beide Störungsbilder verfügt*“.

Ein Beispiel aus der Praxis

Eine 41 jährige Frau, allein lebend ohne Partnerschaft, und seit der krankheitsbedingten Kündigung als kaufmännische Angestellte seit 8 Jahren ALG II Empfängerin. Sie habe mit 15 J. eine Anorexie, mit 18 J. eine Bulimie entwickelt und leide akut an einer Anorexie vom bulimischen Typus mit deutlichem Untergewicht (BMI 14,5). Seit dem 23. Lebensjahr sei der Konsum von Alkohol hinzugekommen, zunächst gelegentlich am Wochenende, seit dem 36. Lebensjahr täglicher Konsum (1 l Wein), nachdem die wichtigste Bezugsperson starb. Sie habe 3 Entzugsbehandlungen durchgeführt. Aus einer stationären Entwöhnungsbehandlung sei sie wegen des niedrigen Gewichtes vorzeitig entlassen worden mit der Option der Wiederaufnahme bei erfolgter Zunahme. Sie begab sich daher in eine Essstörungsbehandlung um zu zunehmen. Dort sei sie nach 2 Tagen wegen des manifesten Alkoholproblems entlassen worden.

Leider ist diese Geschichte kein Einzelfall. Sie soll verdeutlichen, dass wir bei dem gemeinsamen Auftreten einer Essstörung und einer Suchterkrankung in der Praxis oftmals an engen Sichtweisen und formalen Hindernissen scheitern, obwohl sowohl aus Sicht der Patientin als auch der Behandler alles „richtig“ gemacht wurde.

Ein Blick in die Forschung

Bezüglich des gehäufteten Auftretens beider Störungsbilder werden verschiedene Modelle und Einflussfaktoren diskutiert. In einer Überlicksarbeit von Harrop, E.N. & Marlatt, G.A. (2010) in der amerikanischen Fachzeitschrift *Addictive Behaviors* (35, 392-398) werden 5 Modelle vorgestellt und einer kritischen Überprüfung vor dem Hintergrund der aktuellen Forschungsergebnisse unterzogen: ein Suchtmodell, ein Modell, das genetische und familiäre Einflussfaktoren berücksichtigt, ein biologisches Modell, ein Modell das Persönlichkeitsfaktoren als Erklärung heranzieht sowie ein Modell von übergeordneten Faktoren oder Moderatorvariablen. Als Fazit lässt sich derzeit sagen, dass ein Suchtmodell eher zu kurz greift und insbesondere die Unterschiede beider Störungsbilder

nicht erklärt. Es spricht viel dafür, dass es sich um 2 verschiedene Störungsbilder mit ähnlichen Symptomen handelt, dass eine genetische Disposition dabei eine Rolle spielt und dass ein Zusammenhang beider Störungen in biologischen Faktoren zu suchen ist. Sowohl ein fortgesetzter Substanzgebrauch als auch essstörungsspezifische Verhaltensweisen (Hunger, Erbrechen, Einnahme von Abführmittel, Untergewicht) fördern ähnliche körperliche Symptome. Beide Störungsbilder verändern die Funktionsfähigkeit des Körpers mit Auswirkung auf die Stimmung und das Denken der Betroffenen. Eine besondere Bedeutung kommt dabei dem Umstand zu, dass ein deprivierter Ernährungszustand den Konsum von Alkohol (als auch Drogen) fördert. Dasselbe trifft für das bei Essgestörten typischer Weise erhöhte Ausmaß an Bewegung zu. Bislang liegen keine Daten zu wirksamen Behandlungskonzepten für essgestörte PatientInnen mit einer Suchterkrankung vor. Es wird die Notwendigkeit der stationären Behandlung betont, bei der sowohl die physische, psychische als auch kognitive Auswirkung von Mangelernährung Berücksichtigung finden soll. Eine medikamentöse Behandlung wird nach derzeitigem Stand als nicht hilfreich erachtet.

Mehrere Faktoren sprechen für eine gemeinsame Behandlung beider Störungsbereiche:

- die Auswirkung der Substanzeinnahme auf die Hunger- und Sättigungsregulierung,

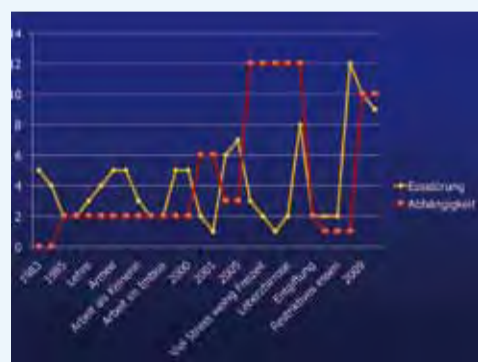


Abb. 1: Beispiel für die sog. Lebenslinie einer 37jährigen Patientin mit Bulimia nervosa. Auf der Vertikalachse ist die subjektive Symptomstärke (0-14) über die Lebensspanne abgetragen.

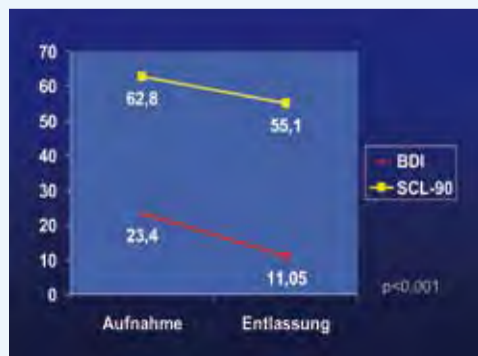


Abb. 3: Die psychische Stabilisierung im Behandlungsverlauf. Es zeigt sich eine hochsignifikante Abnahme der Werte im Beck-Depressions-Inventar (BDI) und der Skala zur psychischen Belastung (SCL-90).



PatientInnen in der Lehrküche

- die Funktionalität des Substanzgebrauchs im Rahmen der Essstörung zur Gefühlsregulierung und umgekehrt,
- die mangelnde Wirksamkeit erprobter (Sucht)Behandlungsansätze in einem Mangelernährungszustand,
- die hohe Rückfallgefährdung bei beiden Störungsbildern, die den Einsatz gleicher Maßnahmen (z.B. Rückfallpräventionstraining) empfehlen,
- die hohe Korrelation zwischen bulimischen Rückfällen und nachfolgenden Alkoholrückfällen.

Das integrierte Behandlungsangebot der salus klinik Lindow

Unser integriertes Behandlungsangebot richtet sich an PatientInnen mit Essstörungen (Anorexie, Bulimie und Binge Eating Störung) und einer Alkoholabhängigkeit. Es können zusätzlich Probleme mit Medikamenten (v.a. Sedativa) oder Drogen (insbesondere THC, Kokain) vorliegen. Es erfolgt eine Zuweisung aufgrund der

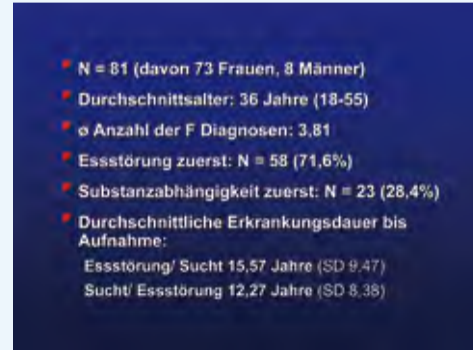


Abb. 2: Angaben zu den Diagnosen der bislang behandelten PatientInnen mit Essstörungen und Suchterkrankung (N=81).

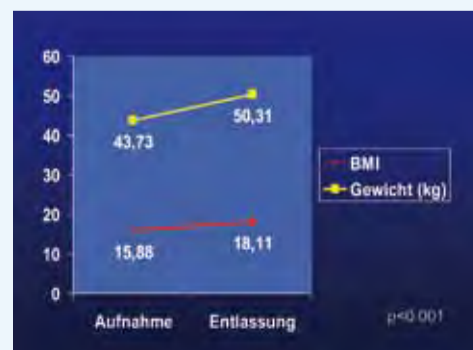


Abb. 4: Der Gewichtsverlauf der anorektischen PatientInnen mit Suchterkrankung: Es zeigt sich eine hochsignifikante Gewichtszunahme und Besserung des Body-Mass-Index (BMI) im Verlauf der Behandlung.

Substanzabhängigkeit in die Suchtabteilung in eine spezielle Gruppe für PatientInnen mit Suchtmittelabhängigkeit und Essstörungen. Die folgenden 3 Schwerpunkte sollen stellvertretend die Inhalte unseres Behandlungsansatzes verdeutlichen:

1) Motivieren, aber wie?

Motivationsprobleme sind bei dieser Klientel am Anfang eher die Regel als die Ausnahme. Dabei haben sich verschiedene Behandlungsstrategien als hilfreich erwiesen.

- Zu Beginn der Behandlung ist eine ausführliche **Psychoedukation** über die physischen wie psychischen Konsequenzen von Mangelernährung hilfreich, an denen alle Betroffene mit einer Essstörung mehr oder weniger ausgeprägt leiden. Die meisten Betroffenen kennen Stimmungsschwankungen, Reizbarkeit, Konzentrationsprobleme oder nachlassende Leistungsfähigkeit. Vielen ist aber nicht bekannt, dass dies häufig Folgen ihrer unzureichenden Ernährung sind. Sie lasten sich die Symptome eher als persönliche Schwäche an und erleben es als entlastend, diese Zusammenhänge zu verstehen.
- Die Erarbeitung einer **Lebenslinie** zum Suchtmittel- und Essstörungsverlauf stellt eine hilfreiche Strategie dar, die wechselseitige Beeinflussung beider Störungsbilder zu erkennen (siehe Abbildung 1). Fast immer wechseln sich Phasen intensiven Suchtmittelkonsums mit Phasen intensiver Essstörungssymptomatik ab. Wenn der Versuch unternommen wird das Suchtmittel zu reduzieren, tritt an seine Stelle die Essstörung und erfüllt die Funktion z.B. der Spannungsreduzierung. Dies gilt genauso umgekehrt. So wird den Betroffenen klarer, dass ihre bisherigen Bemühungen z.B. um Abstinenz scheitern „mussten“, wenn sie sich durch fortwährendes Hungern/Erbrechen etc. in einem labilen Zustand befunden haben, der ihre Rückfallgefährdung erhöht und der ihnen bisher den „Ausweg“ geboten hat im Umgang mit emotionalen Krisen.
- Eine weitere hilfreiche Strategie zu Beginn und bei Krisen im Verlauf ist

die ausführliche Betrachtung der kurzfristig positiven Konsequenzen des symptomatischen Verhaltens. Ein **Brief an die Essstörung** als „beste Freundin“ zeigt den Betroffenen die „Macht“ des Symptoms. Nicht selten sind es Liebeserklärungen an die Essstörung, die verdeutlichen, wie schwer es sein wird, das Symptom aufzugeben.

2) Schwerpunkt Ernährungsmanagement

Dieses leitliniengemäße Vorgehen der Essstörungsbehandlung findet auch bei PatientInnen mit zusätzlicher Suchterkrankung Anwendung.

Zum Ernährungsmanagement gehören:

- der Aufbau einer ausgewogenen und regelmäßigen Ernährung,
- falls erforderlich eine Gewichtszunahme,
- das Beenden von gegensteuernden Maßnahmen wie Erbrechen, Einnahme von Laxanzien, Diuretika etc.

Alle PatientInnen werden von Anfang an am therapeutisch betreuten Tisch bei der Mahlzeiteinnahme unterstützt, sie führen Essprotokolle, verfügen über Mahlzeitenpläne, die sich an der jeweiligen Zielsetzung orientieren und nehmen regelmäßig an der Lehrküche teil.

3) Therapeutischer Umgang mit weiteren Problemen

In der täglich stattfindenden 90-minütigen Essstörungsgruppe werden alle weiteren Problembereiche bearbeitet unter besonderer Berücksichtigung der Suchtmittelproblematik.

Die einzelnen Module der offenen Gruppe sind:

- Psychoedukation,
- Motivationsförderung,
- Förderung von Selbstwirksamkeit,
- Emotionsregulierung,
- Skills im Umgang mit Krisen, Körperbildtherapie,
- Rückfallprophylaxe,
- Vorbereitung auf den Alltag sowie Nachsorge.

In der ebenfalls täglich stattfindenden Bezugsgruppe werden alle suchtspezifischen Themen unter Berücksichtigung der Essstörung integriert.

Bisherige Behandlungsergebnisse

Bislang haben wir eine Population von N = 81 PatientInnen mit Essstörungen und Suchterkrankung behandelt. Trotz des mitunter sehr krisenhaften Therapieverlaufs ist die Zufriedenheit der Betroffenen mit unserem Behandlungsansatz ebenso hoch wie bei anderen PatientInnen. Dasselbe trifft zu auf die Haltequote: 84 Prozent der PatientInnen mit Essstörung und Suchter-

krankung haben die im Durchschnitt 14-wöchige stationäre Behandlung regulär abgeschlossen.

Im Rahmen unserer Eingangsdagnostik konnten wir typische in der Fachliteratur berichtete Ergebnisse zum Störungsbild der Betroffenen bestätigen: Fast drei Viertel der Betroffenen hatten zuerst eine Essstörung und entwickelten dann ein Suchtproblem (siehe Abbildung 2). 91 Prozent der PatientInnen litten an einer bulimischen Essstörung. Im Schnitt hatten die Betroffenen mindestens 3 psychische Diagnosen. Es handelt sich somit um eine multimorbide Patientengruppe, die im Schnitt bereits über 15 Jahre erkrankt war bei einem Durchschnittsalter zu Behandlungsbeginn von 36 Jahren. Im Verlauf der Behandlung zeigten sich hoch signifikante Verbesserungen bzgl. der Stimmung (Beck-Depressions-Inventar BD) und der psychischen Gesamtbelastung (SCL-90) (siehe Abbildung 3). Fast drei Viertel der PatientInnen konnten arbeitsfähig entlassen werden, in einem Fall konnte sogar eine EU Berentung beendet werden. Die wöchentliche Gewichtszunahme der anorektischen Gruppe lag bei 520 g pro Woche bzw. 6,52 kg während der Behandlung (siehe Abbildung 4), was den Ergebnissen renommierter Spezialkliniken für Essstörungen entspricht. Diese Ergebnisse sind aus unserer Sicht ermutigend für die Behandlung einer Patientengruppe, die sich durch lange Erkrankungsdauer mit hohen Krankheitskosten und viel individuellem Leid auszeichnet. Allerdings erfordert ihre Behandlung erhebliche Ressourcen, die erst bei einer Mindestanzahl von PatientInnen zu rechtfertigen sind.



Literaturempfehlung

Beisel, S. (2010): Stationäre kognitive Verhaltenstherapie bei Anorexia und Bulimia nervosa. In: Reich, G. & Cierpka, M. (Hrsg.), Psychotherapie der Essstörungen. (3. Auflage) Stuttgart: Thieme (S.148-163)

WASSERTRETEN IM SEE



R. Kolling / U. Brunnemann

„Wer nicht jeden Tag etwas Zeit für seine Gesundheit aufbringt, muss eines Tages sehr viel Zeit für die Krankheit opfern.“

(S. Kneipp)

Ein gesunder Stoffwechsel, starke Abwehrkräfte und ein stabiler Kreislauf sind nur einige Faktoren, die das Wassertreten zu einer rundum gesunden Anwendung machen. Durch Wassertreten bei einer Temperatur zwischen 10 und 18 Grad im Wasser wird der Kreislauf angeregt und die arterielle Durchblutung gefördert. Der Kältereiz lässt die oberflächlichen Blutgefäße sich zusammen ziehen. Gemeinsam mit der Muskelbewegung fördert dies den venösen Blutstrom und die Venen werden gekräftigt. All dies beugt Krampfadern vor. Am Abend durchgeführt ist Wassertreten eine Hilfestellung zum besseren Einschlafen.

Beispiele für eine sinnvolle Anwendung von Wassertreten sind:

- Herz- und Gefäßerkrankungen funktioneller und nichtentzündlicher Art. Ideal auch zur Vorbeugung. Zu niedriger oder zu hoher Blutdruck, Venenkrankheiten wie Krampfadern und Besenreiser,
- Vegetativ-nervale Funktionsstörungen, u.a. bei Polyneuropathie oder bei psychischer Anspannung,

- Organische und funktionelle Störungen der Verdauungsorgane, insbesondere Verstopfung und Reizdarmsyndrom,
- Erkrankungen des Bewegungsapparates wie Arthrosen und Wirbelsäulensyndrome,
- Hormonale Störungen bei Stoffwechselleiden wie Diabetes mellitus und bei Adipositas,
- Regeneration und Vorsorge bei Infektanfälligkeit,
- Migräne.

Bei bestimmten Krankheiten ist Wassertreten tabu, so kann Wassertreten die Krämpfe bei Menstruationsbeschwerden verstärken. Auch bei Krankheiten von Nieren und Blase, den Geschlechtsorganen, des Unterleibs und bei Durchblutungsstörungen sollte man nicht Wassertreten. Spürt man ein Kältegefühl in den Füßen und Unterschenkeln, sollte man das kalte Wasser verlassen.

Und so funktioniert das Wassertreten im sog. „Storchengang“:

- Schuhe und Socken ausziehen, Hose oder Rock bis zum Knie hochziehen,
- dann ins Wasser steigen.
- im Wasser wie ein Storch schreiten,
- bei jedem Schritt den Fuß aus dem Wasser heben,
- dadurch den wechselnden Reiz auf den Fuß spüren,
- so etwa zwischen 30 Sekunden und 2 Minuten durch das Wasser schreiten,
- danach die Füße an der Luft trocknen lassen ohne abzutrocknen,
- bei kaltem Wetter warme Socken anziehen, bei warmen Witterung je nach Bedarf.

Da unsere Klinik unmittelbar an einem schönen See liegt nutzen wir das Wassertreten gerne, denn Wassertreten ist eine einfache und fröhliche Möglichkeit die Abwehrkräfte zu stärken und den Kreislauf in Schwung zu bringen.





NEUE PUBLIKATIONEN AUS DER SALUS KLINIK LINDOW:



Lehmann, K. (2011).
Unter ihresgleichen und doch allein. Medikamentenabhängige in der Entwöhnungsbehandlung.
 Konturen, 32, 8-11.

Der Artikel untersucht die spezifischen Schwierigkeiten von Medikamentenabhängigen und ihren Behandlern im Rahmen einer stationären Entwöhnungsbehandlung. Hieraus werden konkrete Anforderungen an das Zusammenwirken aller Beteiligten (Arzt, Therapeut, Patient) im Behandlungsalltag abgeleitet, damit Medikamentenabhängige ein zufriedenes Leben auch ohne chemische Krücke erreichen können.



Lindenmeyer, J. (2011).
Das Rätsel Rückfall. Was weiß man und was weiß man nicht?
 Trockenpresse, 1, 3-7.

Tatsächlich stehen wir immer noch am Anfang, das Rückfallgeschehen zu verstehen. Die internationale Rückfallforschung hat gerade einmal 4 einigermaßen gesicherte Erkenntnisse zur Entstehung von Rückfällen gezeitigt. In dem Artikel wird der aktuelle Forschungsstand zum Rückfallzeitpunkt, zu Rückfallrisikosituationen, zur Neurobiologie des Suchtgedächtnisses und zum Stellenwert von Verlangen (Craving) bei Rückfällen dargestellt.



Lindenmeyer, J. (2011).
Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit. In U. Wittchen und J. Hoyer (Hrsg.), **Klinische Psychologie und Psychotherapie.**
 Berlin: Springer (S. 743-765).

Das Alkohol-Kapitel in der 2. überarbeiteten Auflage eines der Standardwerke der Klinischen Psychologie gibt einen aktuellen Überblick über Klassifikation, Diagnostik, Epidemiologie, Ätiologie, Spontanverlauf sowie die Behandlung von Alkoholproblemen. Der Text wird durch farbig hinterlegte Abschnitte (Fallbeispiel, Prüfungsinhalte, Vertiefungstexte und klinische Tipps) aufgelockert. Am Ende des Kapitels finden sich Prüfungsfragen zur Lernkontrolle für Studierende und Ausbildungsteilnehmer.



Lindenmeyer, J. (2010).
Die Indikationsentscheidung als Voraussetzung einer gezielten Behandlungssteuerung.
 SuchtAktuell, 17/02, 24-28.

In Abgrenzung zu den derzeit im Suchthilfesystem zunehmend populären Paradigmen wie "Stepped care" oder "Ambulant vor Stationär" veranschaulicht der Beitrag, dass eine optimale Allokationsentscheidung im Einzelfall immer 3 Fragen zu berücksichtigen hat:

- Welchen Behandlungsbedarf hat ein Patient?
- Zu welchen Behandlungsmaßnahmen ist ein Patient bereit?
- Welches Schadensrisiko besteht bei einem Behandlungsmisserfolg?

TEILNEHMERMATERIALIEN FÜR THERAPIEGRUPPEN



Auf unserer Website (www.salus-lindow.de) können Sie Teilnehmermaterialien für Therapiegruppen zu 20 verschiedenen inhaltlichen Schwerpunkten bestellen.

Die Teilnehmermaterialien stellen erprobte Strukturierungshilfen dar, die es Patienten auch in einer sog. offenen Therapiegruppe ermöglichen, sich in einer thematisch sinnvollen Reihenfolge mit ihrer persönlichen Problematik zu beschäftigen.

Jedes Teilnehmerheft enthält 4-15 Arbeitsbögen. Der Versand erfolgt über die arbeitstherapeutische Übungsfirma der salus klinik Lindow zum Preis von 2.30 € (ab 10 Expl. 2.00 €, ab 50 Expl. 1.45 €) pro Teilnehmerheft.



EHRUNG VON GERHARD GUTTSCHUß

Auf unserer 14. Jahrestagung am 30.11.2011 haben wir Herrn Gerhard Guttschuß für sein ehrenamtliches Engagement in der Suchthilfe geehrt. Seit 13 Jahren stellt er sich ein bis zwei Mal pro Monat unseren Suchtpatienten vor, um ihnen als Betroffener Mut bei der Bewältigung ihrer Sucht zu zusprechen. Herr Guttschuß vertritt hierbei keine Selbsthilfeorganisation, sondern nur sich selbst und seine jahrzehntelange Alkoholabstinenz. Über 2.500 Patienten haben seine Abendvorträge schon besucht, die er bei Wind und Wetter zu jeder Jahreszeit ohne jedes Honorar in unserer Klinik hält.

Zwei Dinge bewirken diese außergewöhnliche Resonanz: Zum einen die persönliche Glaubwürdigkeit von Herrn Guttschuß, ungeachtet körperlicher Gebrechen, schwerer Schicksalsschläge und finanzieller Engpässe, über 39 Jahre erfolgreich abstinent zu sein und sich dazu noch unbeirrt für andere Suchtkranke zu engagieren. Dazu kommt sein einzigartiges Talent, die Tücken des Alkohols und die Sinnhaftigkeit konsequenter Abstinenz in eine für alle nachvollziehbare und einprägsame Metapher zu bringen. Jeder Patient unserer Klinik kennt seinen „Suchtschwamm“, der sich bei einem Rückfall schnell wieder vollsaugt und daher lebenslang trocken gehalten werden muss.

Es ist ein unvergessliches Erlebnis, wenn dieser kleine Mann - von unseren Patienten liebevoll „Opa-Schwämmchen“ genannt - mal wild gestikulierend, mit donnernder Stimme und funkelnden Augen, mal beschwörend und geradezu ehrfurchtsvoll von der Macht des Alkohols spricht, dabei einen echten Schwamm zur Demonstration seiner Worte hochhält und schließlich seinen Zuhörern zuwirft.

Für all dies gebührt Herrn Guttschuß besondere Anerkennung und unser aufrichtiger Dank!

IMPRESSUM

Herausgeber:
 salus klinik Lindow
 Strasse nach Gühlen 10, 16835 Lindow

Redaktion:
 Johannes Lindenmeyer

MitarbeiterInnen dieser Ausgabe:
 Johannes Lindenmeyer, Sylvia Beisel,
 Rita Kolling, Ulrike Brunnemann

Herstellungsleitung:
 Sandra Fisch, salus klinik GmbH

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

Gestaltungskonzept & Layout:
 Helm Renz, 50825 Köln, www.helmrenz.de