



EDITORIAL



Liebe Leserin,
lieber Leser,

fast schon überrascht habe ich festgestellt, dass sich das Jahr schon wieder dem Ende neigt und es Zeit wird für Rück- und Ausblicke. Wenn die Zeit schnell vergeht, ist dies ja häufig ein Ausdruck davon, dass man intensiv beschäftigt war und so involviert in die tägliche Arbeit, dass so etwas wie Langeweile nicht aufkommen mag. Dieses Jahr hier in Castrop-Rauxel war sicherlich ein arbeitsreiches und nie langweiliges, wenn auch mehr durch Kontinuität als durch bahnbrechende Neuerungen geprägt. Im Folgenden möchten wir wieder einmal einige Einblicke in den Alltag und die laufenden Entwicklungen der Klinik aus unterschiedlichen Perspektiven geben.

Nachdem Dr. Paal seit April die Funktion des leitenden Arztes übernommen hat, konnten wir inzwischen die vakante Oberarztstelle wieder besetzen. Zu unserem Team gesellte sich Herr Dr. Rasul Najdnajafian, der neben der Qualifikation als Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie auch Facharzt für Neurologie ist, was sicher noch einmal interessante und den Horizont erweiternde Perspektiven für unsere Arbeit eröffnet.

Letzteres gilt sicher auch für die Umsetzung der neuen DIN-ISO-Norm in unserem QM-System und auch aus der täglichen Auseinandersetzung mit unserem Konzept und Therapieangebot.

Trotz aller Arbeit an Weiterentwicklung und Verbesserung, sollten wir dennoch gerade jetzt zum Jahresende nicht vergessen, uns Zeit für Innehalten und Besinnung zu nehmen.

In diesem Sinn eine schöne Vorweihnachtszeit und einen gesunden Wechsel ins neue Jahr.

Glück Auf

Jürgen Graudenz

KONFRONTATIVES ANTI-GEWALT-TRAINING

IM RAHMEN EINER STATIONÄREN THERAPIE



M. Spengler

Was tun wenn es knallt? So könnte man versuchen, ein Training oder wie im Folgenden beschrieben, ein intensiv therapeutisches Programm, welches sich mit Gewalt und Impulskontrollstörungen beschäftigt, nennen. Gewalt und Aggressionen, sowohl selbst erlebte als auch ausgeübte, sind eins der zentralen Themen in der stationären Therapie Drogensüchtiger. Hierzu sagt Petzold: „Macht man sich überdies klar, dass Süchtige oft über Jahre in Lebenswelten sozialisiert worden sind, in denen kognitive und emotive Muster der Devianz, der Resignation, des Werteverlustes, der negativen Zukunftserwartungen dominieren, so dass bei vielen Patienten sich eine „negativistische Geisteshaltung“ ausgebildet hat, dann müssen Wege gefunden werden, durch die es zu einer Neuorientierung kommen kann, zu einer neuen Sicht auf das Leben und die Welt.“ Genau das

darf bei der Arbeit mit gewaltbereiten und impuls kontrollgestörten Patienten nicht vergessen werden. Die Menschen mit denen wir es zu tun haben benutzen Gewalt oft als Mittel des Überlebens. Wenn ein Patient beispielsweise in einem destruktiven Umfeld aufwächst, in dem das „sich behaupten“ Teil der Realität ist, lernt der Patient schon früh, dass Gewalt eine Lösung ist. Ein Großteil der Patienten erlebte selbst Gewalt als Opfer. Deshalb geht das KAGT (Konfrontatives-Anti-Gewalt-Training) sehr bewusst weg von der Überzeugung vieler anderer Anti-Gewalt-Trainings, dass der Täter ein Opferempfinden braucht, um letztlich eine gelungene Modifikation zu erlangen. Hier ist die Grundhaltung eine individuelle mehrperspektivische Betrachtung des Patienten.

Das Training besteht aus drei Grundbausteinen, die im Folgenden dargestellt werden:

Beziehung: Die therapeutische Beziehung ist ein oft unbewusstes Geschehen zwischen zwei Subjekten. Therapeut und Patient befinden sich

in einem Prozess der intersubjektiven Ko-respondenz. Ko-respondenz soll unterstreichen, dass es um den wechselseitigen Austausch von Geltungsansprüchen geht. Ko-respondenz ist als miteinander Antworten auf ein bestimmtes Thema, welches im hier und jetzt zu besprechen ist, unter Einbeziehung des Kontextes und des Kontinuums des Patienten und des Therapeuten zu verstehen. Da die Ko-respondenzfähigkeit Abhängiger in der Regel gestört ist, da sich der Suchtkranke auf sein Suchtmittel fokussiert, statt auf die Umwelt und auf Andere, ist die Herstellung bzw. der Erhalt der Ko-respondenzfähigkeit ein zentrales Ziel in der Arbeit mit Abhängigen. Im Training wird dieser Teilaspekt mit Hilfe der Intersubjektiven Ko-respondenz besonders in den Fokus gestellt, da Patienten mit einem zusätzlichen dysfunktionalem Verhaltensmuster wie Aggressionen deutliche Defizite in diesem Bereich zeigen.

Konfrontation: Konfrontation ist die Intervention die sich durch das komplette Training zieht. Konfrontation



*Ich wünsche mir, Du könntest Dich
nur einen Tag mit meinen Augen sehen.
Vielleicht würde dir das helfen,
und du würdest dann verstehen,
wie gut du bist, so viel besser, als du glaubst,
und dass du alles schaffen kannst,
wenn du dich nur traust.*

Julia Engelmann

ist immer als Konsequenz zu verstehen, nicht als Abwatschen, oder als Niedermachen. Hierzu gilt es zu beachten, dass Konfrontation immer auf Grundlage einer Beziehung stattfindet und immer nur mit Einverständnis der Patienten. Patienten erleben eine gelungene Konfrontation als Möglichkeit zu wachsen. Letztlich ermöglicht eine konsequente Konfrontation dem Patienten seine Konfliktfähigkeit zu verbessern. Viele Patienten benutzen nicht zuletzt ihre Suchtmittel als Möglichkeit genau diese oft defizitäre Fähigkeit zu stärken. Im Training setzten sie sich nun genau mit diesem Defizit gezielt auseinander, ohne dabei den Fokus durch den Therapeuten auf das Defizit zu legen, sondern ressourcenorientiert die Möglichkeit zu bekommen sich auszuprobieren. Der Therapeut bietet sich an, sich mit ihm auseinander zu setzen. Ziel ist es, dass die Patienten sich gegenseitig wertschätzend konfrontieren.

Konfrontation geschieht in 5 Schritten:

1. Non-verbal freundlich, kurzer Blickkontakt, anlächeln
2. Non-verbal direktiv, intensiver Blickkontakt, unfreundlicher Ausdruck
3. Verbal freundlich, Blickkontakt, freundliches Ansprechen
4. Verbal direktiv, Blickkontakt, deutliches Ansprechen
5. Support durch die Gruppe, die Gruppe konfrontiert

Selbst und Fremdwahrnehmung: Zwischen der Selbst- und der Fremdwahrnehmung vieler Menschen, nicht nur Patienten, klaffen meist immense Lücken. Zwar verfügen Patienten in einer Langzeittherapie über eine fast schon perfekte Menschenkenntnis, die sie im Rahmen ihrer meist langjährigen Suchterkrankung aufgebaut haben, denn Teil von Sucht ist es, mein Gegenüber sehr schnell einschätzen zu können. Dennoch gelingt es ihnen kaum, sich selbst einzuschätzen oder gar sich selbst wertfrei zu beschreiben. Bei Fragen nach Stärken und Schwä-

chen geraten Patienten regelmäßig aus der Fassung. Verlangt man dann noch, dass sie erklären sollen, wie sie auf andere wirken, erlebt man meist eine für alle Beteiligten eher enttäuschende schwache Interpretation.

Diese drei Bausteine werden im Training dann individuell übertragen. Der Ablauf ist hier immer gleich. Jeder Patient bekommt einen kurzen Fragebogen. Mit diesem Fragebogen wird in der Gruppe mit dem Patienten zunächst ein Interview durchgeführt. Hierbei geht das Therapeutenteam, welches aus drei Therapeuten besteht, schon konfrontativ vor, wobei das den Patienten durch vorangegangene Übungen schon näher gebracht wurde. Danach wird der Patient aus dem Raum gebeten und gemeinsam mit der Gruppe wird eine passende Intervention überlegt. Dies richtet sich nach dem Prinzip, dass sich die Intervention weniger danach richtet, was der Patient will, als mehr danach, was er braucht.

Ein Beispiel aus dem Training: Herr R. ist ein narzisstisch geprägter Patient

der zu Gewaltausbrüchen neigt, wenn er sich subjektiv abgewertet fühlt. In diesen Momenten, so beschreibt er im Interview, geht es darum, seinen Gegner zu belehren und letztlich die Kontrolle zu erlangen.

Nach dem Interview wird dem Patienten eine Art Bühne zur Verfügung gestellt, auf der er sich und seine Überzeugungen präsentieren soll. Zunächst reagiert Herr R. erst abwartend und eher peinlich berührt, da ihm klar wird, dass er jetzt etwas präsentieren und leisten muss. Bereits nach kurzer Zeit wird ihm in diesem Rollenspiel klar, dass seine Überzeugungen teilweise die Gleichen sind, wie die der Gruppe.

Diese Solidaritätserfahrung zeigt ihm allerdings auch, dass sein eigentliches Motiv ein anderes ist. Er handelt aus einer empfundenen Kränkung und letztlich aus mangelndem Selbstwirksamkeitsempfinden. Ziel ist es, also genau hier anzusetzen um den Patienten letztlich Handlungskompetenzen zu geben. Nun werden mit dem Patienten weitere selbstwertsteigernde Übungen durchgeführt.

Im letzten Teil werden dann mit dem Patienten weitere Schritte für die Therapie überlegt, welche er beispielsweise in Einzelgesprächen oder in weiteren Indikativgruppen vertiefen kann.

Letztlich geht es im Training darum, Patienten neue Wege und Haltungen zu ermöglichen, ohne diese zu erzwingen. Das Training ist intensiv, konfrontativ und effektiv, stellt für den Patienten dabei eine große Herausforderung dar, da er sich emotional und psychisch in eine starke Drucksituation begibt. Hier ist die wichtigste Aufgabe des Therapeutenteams, den Patienten mit einem guten Gefühl zu entlassen und ihm Lust auf die Herausforderungen zu machen, denen er sich stellen muss.



B. Maasjost

In der salus klinik Castrop-Rauxel wird die Indikativgruppe „Identität“ angeboten. Sie umfasst zehn Sitzungen und die Patienten können nach dem jeweiligen Bedarf bezugsgruppenübergreifend teilnehmen.

Im Folgenden werden die Indikation sowie die methodischen Grundlagen der Gruppe vorgestellt:

Abstinentes Leben bedeutet mehr als nur das Suchtmittel wegzulassen. Die Erlangung einer stabilen Abstinenz hat Auswirkungen auf sämtliche Lebensbereiche der Patienten und diese sind mit der Anforderung konfrontiert, ihr Leben und ihre Umwelt nach konsumauslösenden oder konsumbegünstigenden Faktoren zu durchforsten und hinter sich zu lassen. Im therapeutischen Alltag ist allerdings häufig mitzerleben, dass auch scheinbar offensichtlich notwendige Veränderungen durch die Patienten nicht, nur zögerlich oder halbherzig vollzogen werden. So kommt es vor, dass Patienten beharrlich allmorgendlich zu der Basecap mit dem Hanfblatt vorn aufgenäht greifen und diese scheinbar ohne jegliches Störgefühl tragen. Hinweise bezüglich deren Außenwirkung bleiben ohne Resultat. Als weiteres Beispiel sei an dieser Stelle der Kontakt zu Dealern oder Mitkonsumenten genannt, auf welchen die Patienten teils zunächst nicht verzichten zu können scheinen und hier regelmäßige Besuche – zu einem Gespräch – absolvieren. In der therapeutischen Auseinandersetzung können den Patienten die Schwierigkeiten und Risiken dieser Verhaltensweisen verdeutlicht werden, die notwendigen Veränderungen folgen oft jedoch zunächst nicht oder nur sehr rudimentär. Vielmehr ist zu erleben, dass eher Bestandsschutz von Seiten der Patienten betrieben wird. Als eine wichtige Ursache für die Schwierigkeiten der Patienten, konsumfördernde oder konsumauslösende Faktoren in ihrem Leben hinter sich zu lassen, konnte erkannt werden, dass die Abstinenz und die damit einhergehenden Veränderungen massiv destabilisierende Auswirkungen auf deren Identität haben und zu Verunsicherungen führen, der Konsum und die damit einhergehenden Lebensumstände in der Vergangenheit also stark identitätsstabilisierende Auswirkungen hatten. Als Beispiel sei zunächst der dealende Patient genannt, der dadurch schnellen Zugang zu größeren Geldbeträgen hatte und sich erfolgreich



DIE INDIKATIVGRUPPE

IDENTITÄT

fühlen konnte. Vergegenwärtigt man sich die oftmals gebrochenen Schul- und Erwerbsbiographien eines Teils der Patienten, kann man sich die positiven Auswirkungen der genannten Resultate des Dealens auf die Identität vorstellen. Weiterhin ist bei einem Gutteil der Patienten ein fortschreitender sozialer Rückzug zu erkennen. Kontakte zu nicht-konsumierenden Mitmenschen dünnen aus und reißen nahezu vollständig ab. Die sozialen Kontakte bestehen im Laufe der Zeit oftmals fast vollständig aus Konsumbekannten und konsumierenden Freunden. An dieser Stelle soll nicht über den Wert der Beziehungen geurteilt werden, aber festzustellen beliebt, dass der Konsum häufig eine kontaktstabilisierende und auch sinnstiftende Funktion inne hatte. Als weiteres Beispiel können noch die Regeln und Werte innerhalb der jeweiligen Peergroup genannt werden, die ein Gefühl von Sicherheit, Orientierung und auch Geborgenheit entstehen ließen, häufig jedoch durch die Notwendigkeit des Konsums geprägt waren (man teilt mit anderen, man verrät niemanden, etc.). Beschäftigt man sich mit dieser Ausgangslage wird deutlich, dass der Konsum bei vielen Patienten nicht nur deren Leben massiv beeinflusst hat, sondern auch deren Identität. Nun wird deutlich, wie massiv destabilisierend die Auswirkungen auf die Identität sein müssen, wenn der Patient den Konsum und alles damit zusammenhängende aus seinem Leben streicht, das heißt eben genau das vollzieht, was in der Therapie erreicht werden soll. Das Festhalten an den alten Lebensgewohnheiten wird also verständlicher, wenn man sich vergegenwärtigt, wie brüchig die Identität teils ist. Hinzu kommt noch, dass das Abstinenterwerden ein häufig recht zügiger, teils plötzlicher Prozess ist (von einem auf den anderen Tag wird nicht mehr konsumiert, nach der Entgiftung schließt sich nahtlos eine Therapie an und der Patient kehrt nicht mehr in die alten Lebensumstände zurück) und sich der Patient plötzlich in einer neuen Lebenssituation wiederfindet.

Als weiterer Aspekt kommt hinzu, dass Menschen mit instabiler Identität schnell mit Suchtdruck reagieren werden. Die aus der brüchig gewordenen Identität resultierenden Belastungen werden durch die Patienten oft als massiv empfunden und dies kann zu Suchtdruck führen. Beispielhaft hierfür

sei der Patient genannt, der in der Abstinenz zugenommen hatte, sich weniger attraktiv fühlte, gleichzeitig jedoch auch einsam, da er die alten Kontakte hinter sich lassen musste. Es gelang ihm aus diesem Grund zunächst nicht, neue Kontakte zu knüpfen, und die empfundene Einsamkeit und auch die soziale Unsicherheit lösten Suchtdruck aus. Die Wirkung von Alkohol in dieser Situation ist bekannt. Deutlich ist also, dass nicht nur die Abstinenz zu Belastungen führt, da sie zu einer instabilen Identität führt, sondern diese Situation erneute Belastungen auslösen kann, in Form von Sucht-

sorgfältig bearbeiten zu können. Auch die Beispiele in diesem Text können so eingeordnet werden. Das beharrliche Tragen der Basecap mit Hanfblatt kann bei der Beschäftigung mit der Säule „Leib/ Leiblichkeit“ und auch der Säule „Werte“ bearbeitet werden, die fort-dauernden Kontakte zu Konsumenten finden bei der Bearbeitung der Säule „soziales Netzwerk / soziale Bezüge“ Berücksichtigung, das Dealen und auch die damit zur Verfügung stehenden größeren Geldbeträge werden sowohl in der Säule „Arbeit und Leistung“ als auch der Säule „materielle Sicherheit“ ihren Stellenwert finden und die

durch die Therapeuten. Dies führt zu nur wenigen Widerständen und Reaktionen in der Bearbeitung. Im Verlauf der Sitzungen werden dann die einzelnen Säulen gemeinsam bearbeitet. Das Vorgehen speist sich methodisch aus der kognitiven Verhaltenstherapie und der Integrativtherapie und orientiert sich an den Bedürfnissen und Fähigkeiten der Patienten. Auf die jeweilige Stimmungslage in der Gruppe kann eingegangen werden. Gegenseitiges Feedback und die gemeinsame Bearbeitung sind die Regel. Neben der dadurch entstehenden Solidaritätserfahrung und der Möglichkeit, durch die dadurch



druck, was wiederum eine stabile Abstinenz gefährdet. Dass diese Situation therapeutischen Arbeitsbedarf bietet, ist eindeutig.

Um diese Situation therapeutisch fachgerecht behandeln zu können, wird in der salus klinik Castrop-Rauxel die Indikativgruppe Identität angeboten. In der Gruppe setzten sich die Patienten auf Grundlage des Konzepts der fünf Säulen der Identität nach H. Petzold systematisch mit ihrer Identität auseinander.

Die fünf Säulen sind:

1. Leib / Leiblichkeit
2. soziales Netzwerk / soziale Bezüge
3. Arbeit und Leistung
4. materielle Sicherheit und
5. Werte.

Dieses Konzept nutzen wir dazu, das Thema der Identität zu konkretisieren und zu schematisieren und somit

Regeln und Werte in der jeweiligen Peergroup werden bei der Betrachtung der Säule „Werte“ ihren Raum finden. Es gelingt den Patienten gut, so einen konkreten Zugang zu diesem Thema zu finden und in der Gruppe eine gemeinsame thematische Basis zu schaffen. Für viele Patienten ist es schon ein Zugewinn, den vorher nur abstrakt empfundenen Mangel in der eigenen Identität nunmehr fassen und durchdenken zu können und nicht nur zu spüren. Das Thema erscheint so für die Patienten konkret bearbeitbar und die Zuversicht auf eine positive Veränderung wächst. Das Selbstwirksamkeitsempfinden der Patienten in der Therapie wird schon allein dadurch positiv beeinflusst. Besondere Bedeutung wird darüber hinaus dem Aspekt beigemessen, den Patienten zu vermitteln, dass das Ziel der Indikativgruppe eine Bestandsaufnahme ihrer jeweiligen Situation ist, es geht nicht um eine Bewertung ebendieser

entstehende Mehrperspektivität die eigene Wahrnehmung prüfen zu können, trägt das auch der Vorstellung, dass die Identität nur im Austausch mit anderen entstehen kann, Rechnung. Die therapeutische Arbeit ist dabei immer eingebettet im Kontext und Kontinuum des Patienten.

Im Verlauf der Sitzungen ist der Patient so in der Lage, sich einen umfassenden Überblick über die eigene Identität und deren instabile Anteile zu verschaffen und diese klar benennen zu können und nicht nur die daraus resultierenden Belastungen zu spüren. Die Lösungen sind dann oft naheliegend oder können leicht entwickelt werden. Diese Gruppe soll auch die Grundlage bieten, zielgerichtete Veränderungen hin zu einer stabilen Identität und einem bedürfnisorientierten und zufriedenen Leben initiieren zu können. Eine dauerhafte Abstinenz wird so wahrscheinlicher.



L. Spengler

Wer sich mit süchtigem Verhalten und den Biografien Abhängiger auseinandersetzt, stößt immer wieder auf unterschiedliche Formen von Gewalt. Hier beginnen viele Biografien bereits mit frühen Gewalterfahrungen oder anderen traumatischen Erfahrungen, die häufig als entstehungsbedingter Faktor für eine Abhängigkeitsentwicklung betrachtet werden können.

Bei der weiteren Erhebung der Sucht- und Lebensgeschichte und der Arbeit daran, führt dieser häufig zu selbstausgeführter Gewalt im Rahmen des Drogenkonsums und den dazugehörigen Lebenswelten der Betroffenen. Hier muss sich immer wieder vor Augen geführt werden, dass Abhängige mit anderen Normen und Werten in anderen Lebenswelten leben. Wird der Blickwinkel auf Gewalttaten gelegt, die unter Alkohol- oder Drogeneinfluss begangen werden, stellt diese Zahl einen enormen Teil der Gewaltdelikte dar. Somit ist es nicht verwunderlich, dass ein Großteil der Patienten mit Gewaltstraftaten häufig schon mehrere Anti-Aggressions-Trainings in der Vergangenheit absolviert haben, bevor sie sich ihrer Sucht im Rahmen einer Behandlung stellen. Im Rahmen der Behandlung und auch durch die Forschungen wird davon ausgegangen, dass mehr als 40% der Alkoholabhängigen und mehr als 70% der Drogenabhängigen neben der Abhängigkeit unter weiteren komorbiden Störungen leiden. Hier werden insbesondere immer wieder Depression, Angststörungen, Schizophrenie sowie Persönlichkeitsstörungen genannt.

Die aggressiven Verhaltensweisen und Erfahrungen werden häufig in Verbindung mit bzw. als ein Symptom der



BESTEHT EIN ZUSAMMENHANG ZWISCHEN SUCHT, TRAUMA UND GEWALT TÄTIGEM VERHALTEN?

komorbiden Störungen betrachtet. Gewaltbezogene Verhaltensweisen werden somit nicht per se als psychische Erkrankung angesehen, sondern viel mehr als Ausdruck einer Störung z. B. im Rahmen einer Antisozialen Persönlichkeitsstörung. Betrachten wir die gängigen Diagnoseinstrumente, so finden wir an 15 verschiedenen Stellen im ICD-10 und an 21 Stellen des DSM-IV aggressive oder dissoziale Verhaltensweisen - jedoch immer wieder nur als Symptome bestimmter Syndrome. Im ICD 10 wird bei der posttraumatischen Belastungsstörung Aggression als ein eher selten vorkommendes Symptom angesehen. Bei der Diagnostizierung einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) werden aggressive Verhaltensweisen meist nicht als ein Symptom mitberücksichtigt.

Der Ansatz, dass auch durch ausgeübte Gewalt Symptome bei dem Täter

einer posttraumatischen Belastungsstörung hervorgerufen werden können, wird seltener mit einbezogen. Häufig werden anderen psychische Störungen als eine Posttraumatische Belastungsstörung die Ursache für das aggressive Verhalten gegeben.

Bei der Durchführung von mehreren Anti-Aggressions-Trainings in unserer Klinik stellen wir immer häufiger fest, dass die Teilnehmer des Anti-Aggressions-Trainings zum Großteil in ihrem Leben traumatische Ereignisse aufwiesen, bevor sie selbst zum Täter wurden oder häufig auch durch ihre Taten Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung ausweisen. Bei den erlebten Traumatisierungen handelte es sich nicht immer auch um selbst erfahrene Gewaltdelikte, sondern jegliche Formen von Traumata. Hier treffen wir auf Typ I Traumata genauso wie auf Typ II

Traumata. Beschäftigen wir uns mit den Gewalttaten der Patienten im Rahmen eines Anti-Aggression-Trainings und legen die Taten neben die Kriterien eines Traumas, wird deutlich, dass hierbei viele Übereinstimmungen ebenfalls auf Seiten des Täters vorliegen.

Die Kriterien für ein Trauma sind folgende:

- Es handelt sich um ein Ereignis, das außerhalb der üblichen menschlichen Erfahrung liegt
- Das Ereignis übersteigt die subjektiven Bewältigungskompetenzen
- Es entsteht ein Kontrollverlust bzw. eine Hilflosigkeit/Ohnmacht
- Ein Gefühl von Angst und Entsetzen
- Selbst- und Sicherheitsgefühl sind erschüttert
- Angst zu sterben oder schwer verletzt zu werden (Diese Angst muss nicht real sein)

Es wird weiterhin unterscheiden zwischen einer direkten Traumatisierung (selbst betroffen), Bystander (als Augenzeuge) und indirekter Traumatisierung (als Angehöriger).

Ziehen wir die Punkte, die im Rahmen der Definition zu einem Trauma gehören, in die Behandlung von Patienten mit aggressivem Verhalten mit ein, verändert dies die Behandlung und den Bedarf der Patienten. Aus diesem Grund versuchen wir im Rahmen unseres Anti-Aggressions-Trainings, beide Elemente in die Behandlung mit einzubeziehen und führen das Anti-Aggressions-Training gemeinsam mit einem Anti-aggressionstrainer und einer Traumatherapeutin erfolgreich durch. Schauen wir uns die Welten unserer Patienten an, kommen wir zu dem Schluss, dass es häufig nicht ausreicht, alleine eine einzelne Diagnose zu behandeln, um die Menschen in ein zufriedenes Leben zu begleiten und eine langfristige bzw. dauerhafte Genesung zu erzielen. Um dieses Ziel zu erreichen, sollten wir einen mehrdimensionalen Blick auf unsere Patienten haben, die klassischen Diagnosen als eine Richtlinie betrachten und häufiger einen Perspektivwechsel vornehmen.

IMPRESSUM

Herausgeber:

salus klinik Castrop-Rauxel,
Grutholzallee 51, 44577 Castrop-Rauxel

Redaktion:

Jürgen Graudenz, Anouschek Peykan-Sepahi,

Mitarbeiter dieser Ausgabe:

J. Graudenz, M.Spengler, B. Maasjost,
L. Spengler

Herstellungsleitung:

Sandra Fisch, salus klinik GmbH

Druck & Versand:

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

