

GraduierungsArbeiten

zur "Integrativen Therapie"
und ihren Methoden

Aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit
und dem "Fritz Perls Institut für Integrative Therapie"

03/2011

Integrative Fokaltherapie im Rahmen einer Suchtklinik – eine Theorie-Praxisverknüpfung*

eingereicht von:

*Dr. Elisabeth Sorgo***

Herausgegeben durch den Prüfungsausschuss der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit von
Prof. Dr. mult. Hilarion Petzold, Prof. Dr. Waldemar Schuch, MA, Prof. Dr. Johanna Sieper

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.
Redaktion: Prof. Dr. phil. Johanna Sieper, Wefelsen 5, 42499 Hückeswagen
e-mail: Forschung.EAG@t-online.de

Copyrightinweis: Mit der Veröffentlichung gehen sämtliche Verlagsrechte, insbesondere das der Übersetzung, an die FPI-Publikationen, D-40237 Düsseldorf. Auch der auszugsweise Nachdruck bedarf der schriftlichen Genehmigung.

* Aus der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper, Hückeswagen <mailto:forschung.eag@t-online.de>, oder: EAG.FPI@t-online.de, Information: <http://www.Integrative-Therapie.de>)

** Dr. Elisabeth Sorgo, Bergmannstr.4, A- 6850 Dornbirn; sorgolisa@gmx.at

Inhaltsverzeichnis

Einleitung

1. Beschreibung der Klinik

- 1.1. Entstehung der Einrichtung**
- 1.2. Organigramm**
- 1.3. Team**

2. Das 8-Wochenkonzept

- 2.1. Struktur**
 - 2.1.1. Auszüge aus der Hausordnung**
- 2.2. Behandlungsansätze**
 - 2.2.1. Psychosoziale Begleitung**
- 2.3. Hausinterne Evaluation**

3. Integrative Therapie

- 3.1. Tree of science**
 - 3.1.1. Metatheorien**
 - 3.1.1. a - Erkenntnistheorie - phänomenologisch- struktural,
hermeneutisch**
 - 3.1.1. b - Wissenschaftstheorie - evolutiv-pluralistisch,
metahermeneutisch**
 - 3.1.1. c - Kosmologie - evolutionär, heraklitisch, ökosophisch**
 - 3.1.1. d - Anthropologie - existentialistisch, intersubjektiv, kreativ**
 - 3.1.1. e - Gesellschaftstheorie - synarchisch, kritisch-pragmatisch**
 - 3.1.1. f - Ethik - diskursiv, situativ/ historisch, mutual**
 - 3.1.1. g - Ontologie - synoptisch, partizipativ**
 - 3.1.2. Realexplikative Theorien**

**3.1.2. A – Allgemeine Theorie der Therapie und Beratung - intersubjektiv,
tiefenhermeneutisch**

3.1.2. B – Persönlichkeitstheorie - entwicklungsbezogen-relational

**3.1.2. C – Entwicklungstheorie - synoptisch, interaktional, ökologisch,
lebenslaufbezogen**

**3.1.2. D – Gesundheits- und Krankheitslehre - kontextbezogen,
multifaktoriell**

**3.1.2. E – Spezielle Theorie der Therapie - mehrperspektivisch,
systematisch-heuristisch**

3.1.3. Praxeologie

3.1.4. Praxis

3.2. Integrative Fokale Kurzzeittherapie

4. Ausblick

5. Zusammenfassung

6. Anhang

7. Literaturverzeichnis

Einleitung

Ich arbeite nun schon das siebte Jahr im Krankenhaus Maria Ebene. Die ersten drei Jahre davon in einer Doppelrolle als diplomierte Krankenschwester mit der Option pro Woche zwei Menschen als Einzeltherapeutin zu begleiten. Der Begriff dafür ist nach wie vor der der „Fallführenden Therapeutin“, den ich aus Überlegungen der Verdinglichung für mich stets ablehnte.¹ Ich nenne mich selbst die zuständige Therapeutin des Herrn - der Frau X für die Begleitung der 8 Wochen Therapieaufenthalt.

Dann nach einem Jahr Pause erhielt ich die Option als Suchttherapeutin eine Anstellung zu bekommen, der ich gerne folgte. Meine besonderen Interessen gelten der Frage der Suchtentstehung, der Aufrechterhaltung sowie den Auswegen aus ihr. Als Integrative Therapeutin mit einem phänomenologischen Zugang finde ich es immer wieder spannend, mit den PatientInnen² als PartnerInnen³ die suchtfördernden Verhaltensweisen, Netzwerke und Strukturen wahrzunehmen, zu erfassen, zu verstehen und so gut wie möglich in Absprache mit den betroffenen PatientInnen und Familienmitgliedern zu verändern. Mit jedem neuen Patienten begegnet mir ein anderes „Gesicht der Sucht“, mit anderen multikausalen Zusammenhängen und fördernden Umständen zur Persistenz oder Beendigung der Sucht. Ganz besondere Freude habe ich am Begleiten einer Nachbetreuungsgruppe. Diese Option erhielt ich durch eine Anfrage eines Sozialarbeiters des Sozialmedizinischen Dienstes der Caritas. Für mich schließt sich damit eine Lücke⁴ in der Begleitung der PatientInnen, die ich die ersten Jahre auch für mich als störend empfand. Die PatientInnen, die ich in der Regel acht Wochen in ihrem Prozess begleiten durfte, verschwanden einfach von der Bildfläche. Viele begegneten mir dann wieder stationär, im Rahmen eines Rückfalles mit erneuter Entwöhnungsbehandlung. Auffallend viele von ihnen bekannten sich dazu, keinerlei Nachbetreuung, obwohl vom Personal explizit empfohlen und angebahnt, in Anspruch genommen zu haben. Dadurch, dass sie mich als Person, die mit den Strukturen des Krankenhauses vertraut ist, kennen, gibt es einerseits eine geringere Schwellenangst für die Gruppenteilnahme und sie fühlen sich größtenteils gut in der Trauer verstanden, die der Abschied aus der geschützten Atmosphäre des Krankenhauses mit sich brachte. Andererseits haben sie auch die Möglichkeit im Nachhinein über erlebte Ungerechtigkeiten oder Schwierigkeiten im Umgang mit der Struktur bzw. den MitarbeiterInnen des Krankenhauses zu sprechen. In diesem Sinne bin ich auch für die

¹ Der Begriff „Fall“ ist wegen des Verdinglichungspotentials, der unreflektierten Machtimplikate und der implizierten strukturellen Gewalt problematisch. Vgl. dazu Galtung 1975, Petzold/Sieper 2008a

² Mein genderbewußter Ansatz, der auch in der IT gelebt wird, impliziert einen sensiblen Umgang mit Sprache. So verwende ich gezielt männliche oder vielfach weibliche Formulierungen, Doppelformulierungen und das Binnen-I für meine Arbeit.

³ Vgl Petzold 2000a, 2006n

⁴ Diese Lücke entsteht aus der mangelhaften Vernetzung mit der Nachbetreuung, näheres dazu unter Punkt 3.1. Das 8-Wochenkonzept der Klinik, besonders Woche 6

nachstationäre Zeit zu einer Case Managerin⁵ geworden, was sich für mich und die PatientInnen als Zugewinn erweist. Die vorliegende Abschlussarbeit ist zum einen eine persönliche Standortbestimmung für mich als Integrative Therapeutin und zum anderen wird dadurch der Frage nachgegangen, wie und ob die Integrative Therapie im Rahmen einer bestimmten Institution gelebt werden kann. Im ersten Kapitel beschreibe ich die Einrichtung um im zweiten Kapitel deren Strukturen und Behandlungsansätze genauer darzustellen. Im dritten Kapitel verwende ich die Struktur des Tree of science der Integrativen Therapie. Einerseits beschreibe ich damit eine theoretische Basis, die mir in ihrer steten Weiterentwicklung und Offenheit eine breite Grundlage und Ordnungsstruktur auch für die Praxis bietet. Andererseits zeige ich damit Consens bzw. Dissens zwischen Klinikstruktur und gelebter Integrativer Haltung auf. Das Kapitel Integrative Fokale Kurzzeittherapie zeigt meine persönliche Herangehensweise⁶ im dyadischen- und Gruppensetting im Rahmen der Klinik. Im Kapitel Ausblick verdeutliche ich nochmals meine Erkenntnisse.

1. Beschreibung der Klinik

1.1. Entstehung der Einrichtung

Das Krankenhaus der Stiftung Maria Ebene hat die primäre Aufgabe, alkohol- und medikamentenabhängige Männer und Frauen zu behandeln. Wir behandeln auch Menschen mit so genannten Verhaltenssüchten, wie Spielsucht, Kaufsucht usw. Innerhalb der Krankenhäuser haben wir einen Sonderstatus. Das Krankenhaus ist ein Sonderkrankenhaus der Psychiatrie.

Vor ca. 35 Jahren wurde unter anderem auf Initiative der Sozialarbeiterin Rosl Bitschnau die Stiftung Maria Ebene gegründet. Als Sozialarbeiterin kam sie in viele Familien, in denen sie feststellte, dass einzelne oder mehrere Familienmitglieder massive Probleme mit Alkohol hatten und es damals in Vorarlberg noch keine adäquaten Hilfsangebote für das daraus entstehende Leid gab. Dies veranlasste sie mit Hilfe von anderen Experten, wie z.B. Prof. Dr. Kryspin-Exner⁷ und verschiedenen Leistungsträgern, die Stiftung Maria Ebene zu initiieren. Am 11.06.1975 fand die Gründungsversammlung statt.

Als Stifter scheinen auf:

- Land Vorarlberg
- Kammer für Arbeiter und Angestellte

⁵ Vgl Petzold/Sieper 2008a 10-15 mit besonderer Berücksichtigung und Problematisierung des Begriffes Case, engl. für Fall

⁶ In meinem Behandlungsjournal verdeutliche ich dann meinen Stil.

⁷ Kryspin-Exner (1926-1985) war ein Psychiater, der sich in Gesamtösterreich um die Suchtkrankheit verdient machte, damals Ordinarius der Uniklinik für Psychiatrie in Wien. Prof. Kornelius Kryspin-Exner gründete 1976 die Alpenländischen Psychiatrie-Symposien.

- Vorarlberger Gebietskrankenkasse
- Caritas der Diözese Feldkirch
- Österreichische Zentrale Caritas (Fachgruppe Suchtkrankenhilfe)
- Seraphisches Liebeswerk für Vorarlberg und Liechtenstein

Ziele der gegründeten Stiftung, die bis dato gelten sind:

- Suchtvorbeugung
- Beratung und Begleitung von Suchtkranken und deren Angehörigen
- Ambulante und stationäre Therapie
- Nachbetreuung
- Rehabilitation

Aus dem Stiftbrief:

„Die Stiftung führt den Namen „Stiftung Maria Ebene“ und hat ihren Sitz in Frastanz. Die Stiftung ist gemeinnützig und bezweckt die Errichtung und Führung einer offenen Sonderkrankenanstalt für Suchtkranke auf Maria Ebene, Gemeinde Frastanz. In der Erfüllung des Stiftungszweckes werden weitere dislozierte Einrichtungen für Prophylaxe, Beratung, Therapie, Nachbetreuung und Rehabilitation geführt. Die aus dem Stiftungszweck sich ergebenden Einzelaufgaben und die Art der Besorgung dieser Aufgaben werden in einem Leitbild zusammengefasst“.⁸

Im Lauf der Jahre sind zum Krankenhaus der Stiftung Maria Ebene, mit 50 systemisierten Betten, noch weitere stationäre und ambulante Einrichtungen hinzugekommen.

In Feldkirch befindet sich die Langzeittherapiestation „Carina“. Sie verfügt über 16 Plätze und widmet sich der Behandlung suchtkranker Menschen mit entweder primär schwierigem Verlauf oder Suchtkranken, die an einer weiteren psychischen Erkrankung leiden.

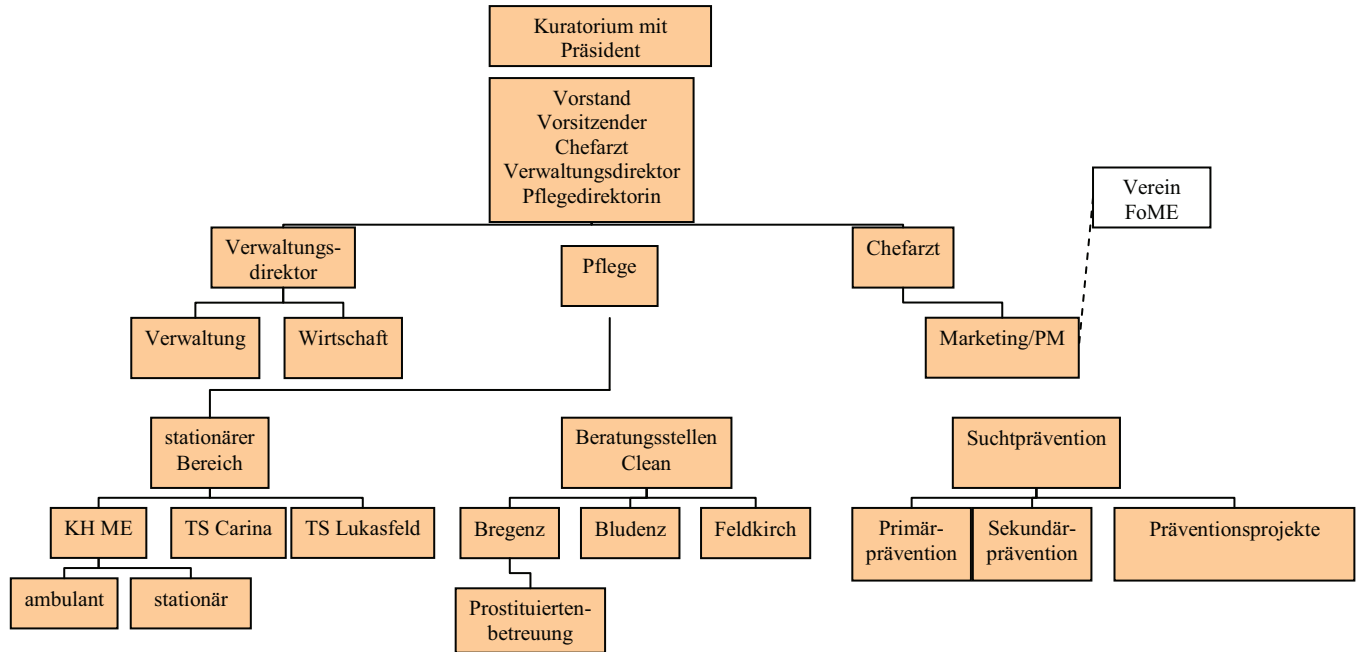
Vor ca. 10 Jahren kam es auch zur Eröffnung der Therapiestation „Lukasfeld“ in Meiningen. Diese verfügt über ca. 12 Plätze. Die therapeutische Einrichtung ist auf die Behandlung junger Menschen mit Abhängigkeiten von illegalen Substanzen ausgerichtet.

In den Bezirksstätten Bregenz, Feldkirch und Bludenz gibt es Beratungsstellen mit der Bezeichnung „Clean“. Deren Aufgabe ist die ambulante Behandlung, Beratung und Substitution von Menschen mit Abhängigkeiten von illegalen Substanzen und/oder deren Angehörigen. Einzelne Stellen sind spezialisiert auf die Behandlung und Beratung von nichtstoffgebundenen Abhängigkeiten wie z.B. das pathologische Glücksspiel oder aber die Behandlung und Beratung von suchtkranken Menschen aus dem „Rotlichtmilieu“. Eine

⁸ Intranet der Stiftung,
http://wiki.mariaebene.at/index.php?option=com_remository&Itemid=109&func=select&id=76

wichtige Aufgabe in der Prophylaxe, hat das „Supro“⁹ in Götzis, das ebenfalls zur inzwischen groß gewordenen Stiftung gehört.

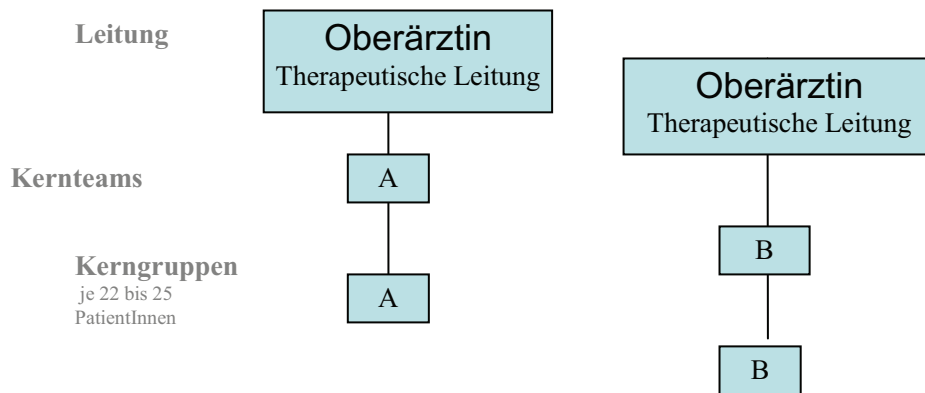
1.2. Organigramm ¹⁰



⁹ Diese Stelle ist für die gesamte Suchtprophylaxe des Landes mit dementsprechenden Aktionen an Schulen und der allgemeinen Öffentlichkeit zuständig. Sie lebt auch von Geldern aus Eu Projekten.

¹⁰ Das Organigramm zeigt die Komplexität der Strukturen nur ansatzweise. Die PsychologInnen, PsychotherapeutInnen, SozialarbeiterInnen und die SoziotherapeutInnen sind nicht extra aufgeführt und unterstehen dem Chefarzt, der die letztendliche Entscheidungsbefugnis hat.

Struktur des therapeutischen Bereiches



Therapeutische Berufsgruppen der Kernteams A und B
Ärzte - Psychologen - Pflege - Kreativtherapie - Sozialarbeit

Patientengemeinschaft
48 – 50 Patienten

1.3.Team

Wir arbeiten im Krankenhaus in zwei therapeutischen Teams, welche aus folgenden Bereichen zusammengesetzt sind:

- Psychiatrische oder allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege
- Mal- und KunsttherapeutInnen, Aktivierungs- und SoziotherapeutInnen
- SozialarbeiterInnen
- PsychologInnen/PsychotherapeutInnen
- Allgemeine ÄrztInnen und FachärztInnen für Psychiatrie in Doppelfunktion als PsychotherapeutInnen
- Krankenhauseelsorger

Die therapeutischen Teams haben jeweils eine Teamleitung und die einzelnen Berufsgruppen unter sich bilden weitere Teams mit eigener Teamleitung. Die LeiterInnen wiederum treffen sich regelmäßig in einem eigenen Gremium mit Supervision. Ich empfinde diese hochkomplexe Struktur als mühevoll für eine gute Kommunikation, da sie eine hierarchische Struktur abbildet und so der Austausch auf Augenhöhe unterbunden wird. Dies führt besonders zu Schwierigkeiten in der Urlaubsplanung, aber auch zu Unklarheiten bezüglich alltäglichen Kleinigkeiten. Eine konstruktive Konfliktbewältigung ist jedoch meist im Rahmen der Supervisionen möglich.

Die PatientInnen und MitarbeiterInnen sind aus Gründen des Managements in 2 Kernteams eingeteilt. Diese beiden therapeutischen Teams agieren relativ autonom, haben sich jedoch an die Gesamtstruktur zu halten.

Die ärztliche Tätigkeit steht vor allem zu Beginn des Aufenthaltes der Patienten im Vordergrund. Üblicherweise dauert die Entwöhnungstherapie 8 Wochen. Oft ist anfänglich auch eine körperliche Entgiftung erforderlich. Es erfolgt eine somatische und psychiatrische Diagnostik. Das Therapieziel der Einrichtung ist die absolute Abstinenz. Nicht alle PatientInnen können dieses Ziel für sich als wichtig anerkennen, sondern hoffen vielfach auf die Möglichkeit eines moderaten Suchtmittelgebrauchs. Bedauerlicherweise ermöglicht das strikt eingehaltene Abstinenzparadigma der Klinik nicht das offene Gespräch darüber. Jede/r PatientIn wird insbesondere von einem/er für ihn/sie zuständigen MedizinerIn und von einem/er BezugstherapeutIn, die nicht alle eine Therapieausbildung vorweisen können, begleitet. Die Behandlung ist multidisziplinär. Rund um die Uhr stehen mindestens eine Pflegeperson und eine Person im ärztlichen Dienst zur Verfügung.

Weitere Professionen wie PhysiotherapeutInnen, VerwaltungsmitarbeiterInnen, Küchenangestellte und Hausmeister gehören nicht zum therapeutischen Team im engeren Sinne, sind aber unerlässlich für die Gewährleistung und Aufrechterhaltung des Krankenhausbetriebs und für die Gestaltung des Lebens in einem Krankenhaus. Immer wieder erhalten die Behandelnden wertvolle Hinweise von ihnen, über Beobachtungen PatientInnen betreffend oder Berichte über Interaktionen zwischen PatientInnen. Solche Rückmeldungen sind im therapeutischen Kontext von Relevanz und fließen somit in die Therapiegestaltung und –planung mit ein.

Was die speziellen psychotherapeutischen Ausrichtungen betrifft, besteht in unserem Krankenhaus keine Vorgabe. Da ist die Klinik mit Petzold einer Meinung denn:

„Gute Suchttherapie ist keine Sache der Therapiemethode, sondern eine Sache eines differentiellen und integrativen Gesamtprogramms der Behandlung und der miteinander vernetzten rehabilitativen Maßnahmen.“¹¹

Im Folgenden werde ich das Gesamtprogramm des Krankenhauses darstellen und auf die Vernetzung mit anderen rehabilitativen Maßnahmen oder deren Fehlen hinweisen.

2. Das 8-Wochenkonzept des Krankenhauses

2.1. Struktur

Das gesamte Therapieangebot ist in eine sich im Grundraster wiederholende Wochenstruktur gebettet und ist als Behandlungsangebot wie folgt strukturiert:

¹¹ Petzold, 1973 in Petzold/Schay/Scheiblich 2006, S.413

- **Aufnahme**

Die Aufnahme der PatientInnen eines Teams erfolgt von Dienstag bis Freitag in der ersten Therapiewoche. Sie melden sich in der Verwaltung an und werden dann von der Pflege weiter begleitet. Das Pflegepersonal macht ein pflegerisches Aufnahmegespräch, die Zimmereinteilung und eine erste Hausführung. Am selben Tag erfolgt auch die medizinische Aufnahme mit folgenden Parametern:

Zuweisungsmodus

Vorbehandlungen

Medizinische Suchtmittelanamnese

Medizinische Anamnese

Psychopathologischer Status

Somatoneurologischer Status

Sozialanamnese

Diagnosen

Rechtlicher Status

Procedere

Medizinische Aktualversorgung

Die Wochenstruktur, die sich alle 8 Wochen wiederholt, ermöglicht fixe Therapiegruppen und fixe Aufenthaltsdauer für PatientInnen und ergibt folgendes Grobraster, mit gleich bleibender Zeiteinteilung und damit Halt und Struktur für die PatientInnen:

<i>Montag</i>	<i>Dienstag</i>	<i>Mittwoch</i>	<i>Donnerstag</i>	<i>Freitag</i>
31.08.	01.09.	02.09.	03.09.	04.09.
8.00 – 8.30 Uhr Frühsport 09.00 - 10.00 Uhr Visite	8.00 – 8.30 Uhr Frühsport	Freie	8.00 – 8.30 Uhr Frühsport 08.30 - 09.30 Uhr Visite	8.00 – 8.30 Uhr Frühsport
	09:15 – 10:45 Uhr Therapeutische Kleingruppen (siehe Aushang)	Therapie- Zeit	11:00 – 11:45 Uhr Raucherentwöhnungs- gruppe	09:15 – 10:45 Uhr Kerngruppe

GRUPPE A WOCHENPLAN

13:15 Uhr Autogenes Training Mehrzwecksaal	13:15 Uhr Autogenes Training Mehrzwecksaal	13:15 Uhr Autogenes Training Mehrzwecksaal	13:15 Uhr Autogenes Training Mehrzwecksaal	
15:00 – 16:30 Uhr Kerngruppe:	15:00 – 16:30 Uhr Kleingruppen	15:00 – 16:30 Uhr Seminar und Hausgruppe	15:00 – 16:30 Uhr Indikationsgruppen (siehe Aushang)	14:00 Freizeitgruppen

In der Ankunftswoche gibt es für die PatientInnen zwei geleitete Kennenlerngruppen und eine Einführungsgruppe in die Werkstatt. Da sie 10 Tage Ausgangsschutz haben, können sie das erste Wochenende dazu verwenden, gut anzukommen und sich in der Kreativwerkstatt zu beschäftigen, sofern sie psychisch und physisch dazu in der Lage sind. Bestehen noch Entzugssymptome oder kommen die Patienten alkoholisiert an, müssen sie die erste Zeit im Krankenzimmer verbringen. Dort können sie vom Pflegepersonal besser betreut werden. Jede Person bekommt je nach Fähigkeiten und dem somatischen Zustand von der Soziotherapie einen so genannten Hausdienst zugeteilt:

Portierdienst

Servicedienst

Kneippmeister

Gartendienst je nach Jahreszeit¹²

Verantwortung für Ordnung und Sauberkeit in dem Gruppenraum, der Raucherterrasse, der Waschküche, der Teeküche, der Ambulanz, dem Malraum, der Müllentsorgung, der Patientenbibliothek und der Kreativwerkstatt.

Die Dienste sind zum einen für einen reibungslosen Ablauf im Krankenhaus dringend notwendig und haben große Bedeutung für die therapeutische Gemeinschaft. Zum anderen sollen sie folgende Heilfaktoren¹³ bei den PatientInnen initiieren und festigen:

¹² Dieser Dienst ist nicht zu vergleichen mit der Gartentherapie, die eine andere Grundhaltung und Intention hat.

¹³ Vgl Petzold 1993, S. 1036-1045

- Emotionale Annahme und Stütze - ES

Die Dienste werden von unseren Kreativ-(Sozio-)therapeutInnen¹⁴ begleitet und gemeinsam mit den PatientInnen reflektiert. Sowohl Ressourcen werden gefördert, als auch Grenzen der Belastbarkeit überprüft, begleitet im Sinne von Trauer- und Trostarbeit¹⁵ und wenn möglich erweitert.

- Hilfen bei der realitätsgerechten praktischen Lebensbewältigung - LH

Da unsere Dienste mit den jeweiligen Anforderungen alltagspraktische Performanzen darstellen, kann hier übungszentriert gearbeitet werden.

- Förderung von Einsicht, Sinnerleben und Evidenzerfahrung - EE

Die PatientInnen erleben ihren Aufenthalt bei uns als vielfältig sinnstiftend. Sie sind durch den reibungslosen Ablauf der Hausdienste wichtig für den Erhalt und das Funktionieren der Gemeinschaft, sie können an den Aufgaben wachsen und die erlernten Fähigkeiten wiederum im poststationären Alltag verwenden, da sie den Wert dieser Basisqualitäten verstehen lernen.

- Förderung kommunikativer Kompetenz und Beziehungsfähigkeit - KK

Viele der Dienste funktionieren nur in Teams. Die PatientInnen lernen ihre Stärken und Schwächen in Beziehungen und in der Kommunikation im Klinikalltag besser zu verstehen und durch die Begleitung des Personals möglichst zu verändern.

- Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen - LM

Manche Menschen, die aus allen sozialen Bezügen und Netzen gefallen sind, profitieren hier besonders. Sie lernen erneut Selbstwirksamkeit und setzen diese um.

- Förderung eines positiven persönlichen Wertebezuges - PW

Auch wenn Alltagskompetenz, der Wert einer sinnstiftenden Arbeit, Verantwortung tragen bisher noch nicht zu den persönlichen Werten der Menschen zählte, geben die Hausdienste eine Möglichkeit dort neue Erfahrungen zu machen.

- Ermöglichen von Solidaritätserfahrungen - SE

Dieser Heilfaktor hängt auch eng mit dem der kommunikativen Kompetenz zusammen. So haben die PatientInnen die Aufgabe, ihre „Teams“ mit den anstehenden Diensten

¹⁴ In Österreich gibt es für die beiden Berufssparten keine klare Trennung und Ausbildung. Aus diesem Grund verwende ich beide Begriffe synonym.

¹⁵ Petzold, 2008e

selbständig zu organisieren, werden bei Dissensprozessen und Konflikten jedoch von unseren SoziotherapeutInnen begleitet.

Die anderen sieben Heilfaktoren wie

- Einführendes Verstehen - EV
- Förderung des emotionalen Ausdrucks - EA
- Förderung leiblicher Bewusstheit, Selbstregulation und psychophysische Entspannung - LB
- Förderung kreativer Erlebnismöglichkeiten und Gestaltungskräfte - KG
- Erarbeitung von positiven Zukunftsperspektiven - PZ
- Förderung eines prägnanten Selbst und Identitätserlebens - PI
- Förderung tragfähiger sozialer Netzwerke - TN

werden besonders im dyadischen Setting, in den Gruppentherapien, den Zusatzangeboten wie Qi Gong, Autogenes Training, Achtsamkeitstraining usw. und in den Indikations- und Freizeitgruppen beachtet. Auch das Pflegepersonal ist im alltäglichen Umgang bemüht, die Heilfaktoren (obwohl nicht explizit bekannt, bzw. nach der integrativen Theorie benannt) zu fördern.

Die Zuteilung an die begleitenden TherapeutInnen erfolgt sofort nach der Aufnahme und ich begrüße jede/n PatientIn persönlich, um einen Termin für das Erstgespräch zu vergeben. Es ist pro Woche ein Gespräch vorgesehen. Somit haben die PatientInnen 8 Einzeltermine während ihres Aufenthaltes. Die doch relativ kurze Therapiedauer bedingt, dass die Therapie als Fokale Kurzzeittherapie, mit der Möglichkeit einer Anbahnung für eine längerfristige Therapie und mindestens dem anempfohlenen Besuch von Nachbetreuungsgruppen nach dem stationären Aufenthalt, geführt wird.

- **Woche 1**

In dieser Woche haben die PatientInnen in den so genannten Kerngruppen mit durchschnittlich 25 Personen die Möglichkeit, sich über ihre persönlich erfahrenen Suchtgeschichten auszutauschen. Durch das eigenleibliche Erleben ist es den Menschen dann möglich, den Suchtverlauf als unbehandelten Krankheitsverlauf verstehen zu lernen. Daraus können dann Behandlungsstrategien entwickelt werden. Sie bekommen schriftliches Informationsmaterial, das in die Therapiemappe eingefügt werden kann. Diese enthält einen Willkommensbrief des therapeutischen Leiters, erste Informationen zum Haus, bietet eine Arbeitsgrundlage zur Begleitung der stationären Zeit und Erkenntnisse und wird in der Montagsgruppe ausgeteilt. Manchmal erarbeiten wir die Themen auch gemeinsam und halten das Material auf Flipcharts fest.

Als Einzeltherapeutin habe ich die Möglichkeit, die Angebote des Hauses, wie die Kreativwerkstätte, mit einzubinden. Im Rahmen einer psychologischen Testung werden die PatientInnen auf Aufmerksamkeits- und Konzentrationsleistungen, Persönlichkeitsvariablen und Intelligenz untersucht.

Anhand der Testaussagen und prozessualen Diagnostik ist es uns als Team möglich, die PatientInnen in die so genannten Indikationsgruppen ein zu teilen.

- **Woche 2**

Am Montag findet eine Kerngruppe zum Thema Bedingungsgefüge der Sucht statt. Informationen zu den Suchtarten und der Typologie der Sucht gibt es in den weiteren Kerngruppen am Dienstag und am Freitag. In dieser Woche beginnen am Donnerstag die Indikationsgruppen, von denen jeweils 3 aus dem folgenden Angebot ausgewählt werden, die für die gesamte Therapiedauer aufrecht bleiben:

Kunsttherapie

Filmtherapie

Gartentherapie

Kognitives Training

Soziales Kompetenztraining

Leider wird es im Team, ohne Beisein der PatientInnen entschieden, wer für welche Indikation geeignet scheint und so fehlt der wünschenswerte informed consent der PatientInnen.

- **Woche 3**

Die Bearbeitung des Bedingungsgefüges der Sucht wird weitergeführt. Suchtkranke Menschen sind oft bereits vorgeschädigt. So finden sich in deren Biographien Themen wie Vernachlässigung, Missbrauch, Alkoholkrankheit und andere Suchtkrankheiten der Eltern und sie haben wenig andere Copingstrategien als die Sucht. Die Würdigung dieser Tatsache verhilft oft zu einer Selbstakzeptanz und die PatientInnen kommen damit aus einem Regelkreis der Schuldgefühle heraus, die im folgenden Absatz paradigmatisch beschrieben sind.¹⁶

"Den nächsten Planeten bewohnte ein Säufer. Dieser Besuch war sehr kurz, aber er tauchte den kleinen Prinzen in tiefe Schwermut. – 'Was machst du da?' fragte er den Säufer, den er stumm vor einer Reihe voller Flaschen sitzen sah. – 'Ich trinke', antwortete er mit düsterer Miene. – 'Warum trinkst du?' fragte ihn der kleine Prinz. – 'Um zu vergessen', antwortete der Säufer. 'Um was zu vergessen?' erkundigte sich der kleine Prinz, der ihn schon bedauerte. – 'Um zu vergessen, dass ich mich schäme', gestand der Säufer und senkte den Kopf. – 'Weshalb schämst du dich?' fragte der

¹⁶ Vgl dazu die Geschichte vom Säufer, in der kleine Prinz Antoine de Saint Exupéry: *Der Kleine Prinz*. Karl Rauch-Verlag, 2000

kleine Prinz, der den Wunsch hatte, ihm zu helfen. – 'Weil ich saufe', endete der Säufer und verschloss sich endgültig in sein Schweigen."¹⁷

Am Dienstag beginnen die so genannten Kleingruppen. Das sind psychotherapeutische Gruppen, die je nach Leitung mehr oder weniger strukturiert sind und am Vormittag sowie am Nachmittag 1,5 Stunden dauern.

Am Freitag in dieser Woche findet ein gemeinsamer Ausflug statt. Dieser ist wie anderes im Therapieangebot für jede Person verpflichtend und führt oft zu Diskussionen. Manche Menschen wollen sich nicht in der Öffentlichkeit als Gruppe mit Leitung zeigen, da sie sich vor einem outing¹⁸ fürchten und mit Schamgefühlen reagieren.

- **Woche 4**

Die Information über körperliche und psychische Folgeschäden der Suchterkrankung bildet in dieser Woche den Schwerpunkt der psychoedukativen Gruppen. Die psychotherapeutischen Kleingruppen werden weitergeführt. Im Mittwochsteam wird thematisiert, ob es PatientInnen gibt, die einer längerfristigen Therapie bedürfen. Teilweise haben PatientInnen ein Ansuchen um Verlängerung der Therapiedauer gestellt. Dies kann für vier oder für weitere acht Wochen gewährt werden. Die Vorteile für die PatientInnen sind, dass die Einzeltherapie mit der vertrauten Therapeutin weiterlaufen kann und die Strukturen des Hauses vertraut sind. Als Nachteil für viele PatientInnen stellt sich die Wiederholung der psychoedukativen Inhalte der Kerngruppen¹⁹ dar und es besteht die Gefahr einer gewissen Hospitalisierung.

- **Woche 5**

Das Thema Co-Abhängigkeit²⁰ bildet in dieser Woche den Auftakt zum so genannten Angehörigentag. Die PatientInnen haben die Möglichkeit am Freitag ihre Angehörigen einzuladen. Am Vormittag hören alle gemeinsam einen Vortrag zum Thema Sucht. Nach

¹⁷ Saint-Exupéry, S. 20

¹⁸ Der Begriff *Outing* bezeichnete in der englischen Sprache ursprünglich eine Exkursion, beispielsweise einen Schul- oder Firmenausflug, und wird auch heute noch meistens in dieser originären Bedeutung verwendet. Erst seit Ende des 20. Jahrhunderts kam die neue Bedeutung analog zum deutschen Begriff hinzu, und schließlich ebenso – zeitlich verzögert – ihre Verwässerung. <http://de.wikipedia.org/wiki/Outing>. Dieser Begriff wurde in der Homosexuellenszene kreiert und verwendet. Heute sind Outing-Themen u.a: sexuelle Vorlieben, der Gebrauch von (vor allem illegalen) Drogen, Medikamentenmissbrauch, der Besuch von Prostituierten, Mitgliedschaften in so genannten Sekten und eheliche Untreue.

¹⁹ Erkennbar im Gruppenplan weiter vorne

²⁰ Wir verwenden diesen Begriff sehr kritisch, da er eine Schuldthematik aufwirft. Dennoch finden wir ihn brauchbar zum Verstehen bestimmter Phänomene bei Angehörigen. Eine vollständige Problematisierung dieses „brisanten“ Begriffes würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen.

dem gemeinsamen Mittagessen findet für die PatientInnen eine Freizeitgruppe statt und die Angehörigen treffen sich zum Austausch in den geleiteten Angehörigengruppen.

Diesen Tag finde ich persönlich besonders wertvoll, da er eine erste Brücke in den Alltag nach der Therapie bilden kann und für mich als Therapeutin durch die Berichte der Angehörigen eine Erweiterung der Optik²¹ durch eine Veränderung der Perspektive²² bedeutet. Danach können die PatientInnen ins erste gemeinsame Wochenende zu Hause starten. Die Wochenendausgänge haben ebenfalls den Sinn, die Stolpersteine²³ zu erkennen, die in einer Fortführung der Sucht münden könnten. Daran kann in der noch verbleibenden Therapiezeit in den Gruppen und in den Einzelgesprächen gearbeitet werden.

- **Woche 6**

Die Nachbearbeitung des Angehörigentages und der Frage nach dem ersten gemeinsamen Wochenende im sozialen Netz bildet in dieser Woche den Schwerpunkt. Es werden auch Informationen über Anti-Craving Medikationen und die Wichtigkeit sowie die Möglichkeiten der Nachbetreuung erörtert. Das letztere wird vom Leiter oder einer Mitarbeiterin des Sozialmedizinischen Dienstes der Caritas gemacht. Zu kritisieren ist dabei, dass es zu wenig Kontakt mit den PatientInnen gibt, diese nicht nach ihren Zweifeln oder auch Widerständen (z.B. gegen Gruppenangebote) befragt werden und so auch keine alternativen Möglichkeiten aufgezeigt werden können. Diesen Mangel versuchen wir zum Zeitpunkt der Fertigstellung dieser Arbeit gerade zu beheben.

- **Woche 7**

Die Rückfallgefährdung und die Prävention eines Rückfalles sind die Themen dieser Woche. Auch Themen wie die Abstinenzgestaltung und Umgang mit Craving werden bewusst behandelt. Dabei begleiten wir die PatientInnen beim Finden persönlicher, gehbarerer Wege.

- **Abschlusswoche 8**

In dieser Woche wird in den Gruppen Abschied genommen und Bilanz gezogen. Da schon neue PatientInnen aufgenommen werden, können die „Erfahrenen“ den Ankommenden „Tipps und Tricks“ erzählen, um ihnen die Ankunft und den Einstieg in die Therapie ein wenig zu erleichtern.

Der Prozess der PatientInnen während der ganzen Therapiedauer wird im Allgemeinen vom gesamten therapeutischen Team und im Speziellen von den jeweiligen EinzeltherapeutInnen

²¹ Optiken sind Betrachtungsweisen, die sich z.B. auf Entwicklung beziehen, auf Psychodynamik, auf systemisch-interaktionale, ökologische oder kognitiv-behaviorale Aspekte beziehen. Schuch, 2007, S. 11

²² Die Angehörigen berichten oft von eigenem erlebten Leid, das die PatientInnen evtl. bisher ganz ausblendeten

²³ krankmachende und krankheitserhaltende Faktoren und Verhaltensweisen

begleitet. Dabei leiten mich die vier Wege der Heilung und Förderung, denn diese bieten mir eine differentielle Praxeologie:

- I. *Weg*: kognitives Verstehen/Bewusstseinsarbeit → Einsicht in biographische Determinierungen, neue Sinnfindung durch Evidenzerlebnisse
- II. *Weg*: Emotionale Differenzierungsarbeit, parenting, Durcharbeiten →, Nachsozialisation, Bekräftigung von Grundvertrauen
- III. *Weg*: Erlebnisaktivierung, Training → Förderung assertiven und kreativen Verhaltens, Persönlichkeitsentfaltung
- IV. *Weg*: Solidaritätserfahrung, empowerment → Förderung persönlicher Souveränität (2002a)

2.2. Behandlungsansätze

Wie aus dem vorher Beschriebenen sichtbar wird, sind in unserem Krankenhaus durchaus vielfältige Behandlungsangebote, wie psychotherapeutische, ärztliche, sozialarbeiterische und sozialpädagogische im Verbund tätig. Meiner Einschätzung nach, fehlt derzeit noch eine gute konzeptionelle Kohärenz und fachliche Abstimmung um die wir uns, supervisorisch begleitet, in den beiden Teams sehr bemühen.

2.2.1. Psychosoziale Begleitung²⁴

Psychosoziale Unterstützungsmaßnahmen sollen ein menschenwürdiges, selbständiges Leben ermöglichen und sind damit wichtiger Bestandteil einer umfassenden Humantherapie. In unserem Haus bahnen diese Maßnahmen seit 1997 vorwiegend die SozialarbeiterInnen an. Das Angebot umfasst:

Finanzen, Existenzsicherung: Taschengeld, Sozialhilfe, Beihilfen, Schuldenaufstellung, kleinere Schuldensanierungen, Überbrückungshilfen

Arbeit, Berufsorientierung: Hilfestellungen bei der Arbeitssuche, Umschulung, Weiterbildung, Vermittlung an betreute Arbeitsprojekte, Arbeitstrainingsprogramme, geschützte Arbeitsplätze.

Wohnen: Hilfestellung bei der Wohnungssuche, Wohnungsanträge bei den Gemeinden, Vermittlung an betreute Wohnformen.

Rechtsfragen: Strafen, Vorstrafen, Verwaltungsstrafen, Führerschein, familienrechtliche Angelegenheiten, Scheidung, Besuchsrecht, Unterhalt, sorgenrechtliche Anliegen, versicherungsrechtliche Fragen, pensionsrechtliche Fragen.

²⁴ Auch nachzulesen in unserem Internetportal unter <http://www.mariaebene.at/admin/web/kh.php?textID=329&katID=158>

Organisation und Koordination der Nachbetreuung in Sozialbelangen:

Zusammenarbeit mit allen anderen sozialen Einrichtungen des Landes, Behörden, Gerichte, Krankenkassen, Gemeinden, Land, Versicherungen und anderen öffentlichen Einrichtungen.

„Im Jahr 2000 wurden bei 276 Patienten 445 Interventionen durchgeführt, wobei der Bereich Finanzen mit 187 Interventionen (42 %) klar in Führung liegt vor Recht 106 (24 %) und Arbeit 92 (21 %). 187 Interventionen im Finanzbereich heißt nicht, dass bei 2/3 aller betreuten Patienten finanzielle Probleme vorliegen. Es ist vielmehr so: Wenn es finanzielle Probleme bei Patienten gibt, sind bei diesen Patienten oft mehrere Intervention nötig, z. B. Schuldensanierung und Sozialhilfeantrag.

Wir arbeiten mit allen anderen sozialen Einrichtungen des Landes, sowie Behörden, Gerichten, Krankenkassen, Gemeinden, Ländern, Versicherungen und anderen öffentlichen Einrichtungen zusammen.

Da einige unserer Patienten aus anderen Bundesländern, Liechtenstein und aus Südtirol kommen, richtet sich unsere Tätigkeit, in Zusammenarbeit mit den Einrichtungen vor Ort, in diesen Gebieten nach den dort bestehenden Bedingungen aus.“²⁵

2.3. Auszüge aus der Hausordnung

Da die MitarbeiterInnen davon ausgehen, dass es ein guter Rahmen und Struktur die Grundbedingung dafür sind, um neue Verhaltensweisen zu erlernen und das Haus bereits auf lange Erfahrungen zurückgreifen kann, gibt es eine ausführliche Hausordnung, die jede PatientIn schon nach Hause zugeschickt bekommt. Sie gilt fast wie ein Vertragswerk und bei Nichteinhaltung derselben ist mit Konsequenzen bis zur Entlassung zu rechnen.

Inhalte:

- Abstinenzparadigma und Einhaltung während der 8 Wochen
- Regelung der Ausgänge
- Informationen über Brandschutz
- Allgemeine Verhaltensregeln im Umgang miteinander wie Gewaltfreiheit auch in der Sprache
- Allgemeine Regeln zum Handygebrauch und Telefonieren, Filmen und Fotografieren, Geldverleihen, Besuchszeiten, Werkstattbenutzung und Rauchfreiheit im Haus
- Ordnung, Sauberkeit, Kleiderordnung
- Fixtermine während der Therapiezeit
- Gesprächsmöglichkeiten mit verschiedenen MitarbeiterInnengruppen
- Müllgebarung
- Info zur Dokumentation und Verschwiegenheitspflicht

Ein spezieller, viel diskutierter Punkt ist der zum sogenannten „Pairing“:

²⁵ <http://www.mariaebene.at/admin/web/kh.php?textID=329&katID=158>

„Vermeiden Sie es, während des Aufenthaltes sowie an Wochenendbeurlaubungen partnerschaftliche und sexuelle Beziehungen zu Mitpatientinnen oder Mitpatienten („Pairing“) einzugehen.

Erfahrungsgemäß lenken diese von der Therapie ab und sie werden von Seiten des Hauses nicht toleriert!

Bei Nichteinhaltung eines Pairing-Vertrages müssen beide Beteiligten mit einer vorzeitigen Entlassung rechnen.

Gegen sexuelle Beziehungen zwischen Patientinnen und Patienten sprechen weiters die Gefahr der Übertragung von Infektionskrankheiten (hohe Rate an Hepatitis und HIV-Infektionen bei Suchtpatienten), die Problematik unerwünschter Schwangerschaften, die Gefahr von Missbrauch bei Patienten²⁶ in Krisensituation oder bei Patienten mit schweren psychischen Problemen und nicht zuletzt die Erfahrung, dass die meisten Beziehungen, die zwischen Suchtkranken eingegangen werden, schon nach kurzer Zeit scheitern und die Probleme danach oft größer sind als zuvor.“

Das Beziehungsverhalten gemeint im Falle eines „Pairings“ wird in jedem Fall thematisiert, sei es um sicher zu gehen, dass der/die Patient/Patientin weiterhin offen für die Weiterbehandlung ist, im speziellen offen für die Bearbeitung und Reflexion seines/ihrer „aktuellen“ Beziehungsverhaltens.

Die Patientenzimmer sind prinzipiell für Besucher und MitpatientInnen tabu. Dies soll zum einen die Patienten schützen, indem sie einen Rückzugsraum haben und zum anderen gelebte Sexualität verhindern helfen. Auch kommt es immer wieder zu Eigentumsdelikten, denen so vorgebeugt werden soll.

Einerseits ist eine klar definierte Tagesstruktur, die größtenteils durch die Hausordnung geregelt ist, notwendig für das Zusammenleben von so vielen Menschen. Andererseits ist sie immer wieder Anlass für Diskussionen, nicht nur von Patienten und Patientinnen unter sich, sondern auch zwischen Patienten und Mitarbeitern. Einzelne MitarbeiterInnen sind geneigt, dahinter pädagogische Haltungen zu entdecken, die nicht Autonomie, sondern vordergründige Überangepasstheit und Heimlichkeiten²⁷ fördern.

2.3. Hausinterne Evaluation

Seit September 2005 hat die Klinik eine erneuerte Fassung einer hausinternen Evaluation. Sogenannte PatientInnenbefragungen sind für österreichische Krankenanstalten verpflichtend. Sie wurde in Zusammenarbeit einer Sozialarbeiterin und einer Psychologin in unserem Haus erstellt. Der Fragebogen sowie die vollständige Auswertung davon, befinden

²⁶ Im gesamten Text gibt es keine Berücksichtigung einer geschlechtergerechten Sprache

²⁷ Es stellt sich die Frage, ob wir damit Verhaltensweisen fördern, die auch suchtimmanent sind und so deren Persistenz gefördert wird.

sich im Anhang. Die Ergebnisse besagen, dass die PatientInnen die Einzelgespräche mit den TherapeutInnen am hilfreichsten empfanden und sich mehr davon wünschen. Die Qualität der Psychotherapie wird weder in ihren Ergebnissen, noch im Prozess evaluiert. Die Hausordnung und Hausdienste wurden von den PatientInnen am Wenigsten als hilfreich gesehen. Abgefragt werden noch persönliche Determinanten wie körperliches und seelisches Wohlbefinden, die soziale Situation, und die Qualität von amicalen und familiären Beziehungen, sowie die Abstinenzzuversicht.

Ebenso erhoben werden Determinanten von Strukturqualität wie das Essen, die räumliche Ausstattung, nicht jedoch die Qualifikation der Therapeutinnen. Meines Erachtens böte das Instrument der Evaluation noch nützliche Möglichkeiten für eine Qualitätsverbesserung im therapeutischen Angebot. Sie erwies sich in dieser Fassung jedoch schon als sehr hilfreich bei der Überprüfung der Krankenanstalt durch den Österreichischen Rechnungshof, was ganz im Sinn der PatientInnen und MitarbeiterInnen ist, da es doch um Finanzierung und damit einem Möglichmachen von stationärer Suchttherapie überhaupt geht.

3. Integrative Therapie

An dieser Stelle kann nur in Ansätzen dargestellt werden, was IT ist und mir für meine Arbeit bedeutet. Zur Vertiefung und Explikation verschiedener Fachbegriffe sei auf die vielfältige Bibliographie von Petzold verwiesen.²⁸

Was ich in dieser Arbeit genauer darstellen werde, ist der „Tree of Science“ als persönliche Standortbestimmung für mein Menschenbild, mein mehrperspektivisches Therapieverständnis, meine theoretische Basis und mein therapeutisches Handeln im Rahmen der Suchtklinik.

"Integrative Therapie" ist ein ganzheitliches therapeutisches Verfahren, das Psychotherapie, Leibtherapie, Soziotherapie und Arbeit mit "kreativen Medien" umfasst und Mitte der sechziger Jahre von **Hilarion Petzold** begründet wurde (Rahm et al. 1993). Es wird von ihm und seinen Mitarbeitern seitdem systematisch als methodenübergreifender Ansatz weiterentwickelt. Ausgangspunkt war die Vorstellung, daß der "ganze Mensch" in seiner leiblichen, emotionalen und kognitiven Realität und in seinen sozialen und mikroökologischen Bezügen behandelt werden müsse und nicht nur seine "Psyche" - es wird deshalb auch von einer "Integrativen Humantherapie" gesprochen.²⁹

Das Leben der Menschen wird in der Philosophie der IT als Weg gesehen, genauso wie deren Erkenntnissuche. Die Therapieverfahren erachten wir als Wege zum Menschen, die TherapeutInnen als WegbegleiterInnen. Daraus ergibt sich das Ende der „ewigen Wahrheiten“ und endgültigen Sicherheiten. Als Integrative Therapeutin versuche ich mich

²⁸ <http://www.fpi-publikationen.de/bibliographie.htm>

²⁹ <http://www.psychologische-beratung-bern.ch/IT-Einf.htm>

immer wieder neu auf den Weg zu begeben und mich auf die Wahrheiten desjenigen Menschen einzustellen, mit dem ich gerade arbeite³⁰. Um dabei in der für mich spannenden Komplexität einen Überblick zu behalten, dient mir das ordnende Modell des Tree of Science. Damit ist es mir möglich, das Individuum und seine Welt für psychotherapeutische Theoriebildung und die daraus erwachsende Praxis und Reflexion annähernd fassbar zu machen.

„Der Ansatz der Integrativen Therapie verlangt, dass man sich der umfassenden Vielfalt, der Komplexität aussetzt, die die Welt bereitstellt, dass man die Unsicherheiten aushält, denen man ohnehin nicht entgehen kann – es sei denn durch Strategien der Verleugnung und Banalisierung.“³¹

Trotz allem suchen Menschen nach Beständigkeit, denn Krankheiten wie in dieser Arbeit die Sucht und die im Alltag gut verdrängte Tatsache der Sterblichkeit sind schwer auszuhalten und werden nur im Mit-Teilen, in der Hinwendung zum Mitmenschen annähernd tragbar, was wir an der Klinik u.a. zu leisten versuchen. Dabei leitet mich in allen meinen beruflichen und privaten Settings folgende Grundannahme:

"Eine tragfähige Beziehung und empathisches Verständnis für erlebtes Leid, konkrete Hilfe in Problemlagen, Einsicht in die gesellschaftlichen Bedingungsgefüge der Biographie, des aktuellen Lebens und der Zukunftsentwürfe, Bewußtheit für den eigenen Leib sowie Räume für emotionalen Ausdruck und soziales Miteinander, das ist es, was unsere Patienten brauchen, um gesund zu werden, was Menschen brauchen, um gesund zu bleiben, und was Psychotherapie bereitstellen muß, um wirksam zu sein. Dabei müssen vielfältige, kreative Methoden und Medien eingesetzt sowie differentielle und integrative "Wege der Heilung und Förderung" beschritten werden. Dies ist die Richtung, die wir in der Praxis der Integrativen Therapie eingeschlagen haben." ³²

3.1. Tree of Science

Im Folgenden möchte ich die Inhalte des Tree of Science für meine Zwecke auf das Wesentliche reduziert, darstellen. Damit versuche ich sichtbar zu machen, aus welchem umfangreichen theoretischen Fundus ich bei der Begleitung der PatientInnen auf ihrem stationären und auch poststationären Weg schöpfen kann. Trotzdem ich den gesamten Inhalt aufliste, kann die Beschreibung nur fragmentarisch bleiben.³³

Das Erklärungs- und Erkenntnismodell für die Theorie und Praxis³⁴ der IT gliedert sich wie folgt:

³⁰ Das scheint zu einem „neuen“ Paradigma in der Suchtbehandlung zu werden. Vgl. dazu Musalek 2009

³¹ Zak-Theo Arbeitsmaterial, S.5

³² Petzold 1993 a, zit nach <http://www.psychologische-beratung-bern.ch/IT-Einf.htm>

³³ Zur Vertiefung siehe Petzold, 1993, S.383ff

³⁴ Theorie-Praxis-Dialektik

3.1.1. Metatheorien

- a - Erkenntnistheorie - phänomenologisch- struktural, hermeneutisch
- b - Wissenschaftstheorie - evolutiv-pluralistisch, metahermeneutisch
- c - Kosmologie - evolutionär, heraklitisch, ökosophisch
- d - Anthropologie - existentialistisch, intersubjektiv, kreativ
- e - Gesellschaftstheorie - synarchisch, kritisch-pragmatisch
- f - Ethik - diskursiv, situativ/ historisch, mutual
- g - Ontologie - synoptisch, partizipativ

Die Metatheorien haben eine große Reichweite, sind Theorien über das Wesen des Menschen, den Sinn des Lebens, Geheimnisse der Welt und weltanschauliche Annahmen. Deshalb sind sie bei der Behandlung von kranken Menschen immer im Hintergrund präsent. Die Theorien sind durch empirische Forschung nicht überprüfbar, und es gelten Konsens-Dissens-Prozesse sowohl für die inhaltliche Konsistenz der Theorie selbst als auch für die Begleitung, das Wahrnehmen – Erfassen – Verstehen und eventuelle Verändern (hermeneutische Spirale³⁵) der persönlichen Theorien der PatientInnen. Die Theorien sind dem Bewusstsein oft nicht zugänglich, wirken jedoch handlungsleitend. Wie der Neurobiologe Hüther beschreibt, sind dies Vorstellungen und Überzeugungen, die er innere Bilder nennt.

„Wenn Psychotherapeuten sich darum bemühen, die bisherigen Überzeugungen, Haltungen und Einstellungen eines Menschen zu verändern, so arbeiten sie an diesen inneren Mustern und versuchen sie umzuformen. Therapeuten versuchen, andere Menschen in die Lage zu versetzen, Sicherheit bietende innere Bilder wachzurufen, wenn Angst erzeugende Bilder übermächtig und damit denk- und handlungsbestimmend zu werden drohen. Und sie versuchen, zu eng und übermächtig gewordene innere Bilder, die Das Denken, Fühlen und Handeln eines Menschen in immer enger werdende Sackgassen leiten, wieder zu öffnen, aufzulösen, weiter und lockerer zu machen.“³⁶

Im Folgenden beschreibe ich die einzelnen Theorien, um auf ihre Relevanz für meine derzeitige Arbeit im Praxisfeld der Suchtkrankenhilfe hinzuweisen. Für eine vertiefende Auseinandersetzung und vollständige Begriffsklärung verweise ich auf das Gesamtwerk von Petzold.

a - Erkenntnistheorie - phänomenologisch- struktural, hermeneutisch

Bevor wir uns mit einem Menschenbild und konkreten Menschen auseinandersetzen ist es wichtig zu wissen, wie Erkenntnisse über den Menschen gewonnen werden.

³⁵ Vgl besonders Petzold, 1993, Bd 1, S. 364ff

³⁶ Hüther, 2010, S. 16

Die IT geht dabei phänomenologisch von den Phänomenen zu den Strukturen vor. Die hermeneutische Spirale des Erkenntnisgewinnes ermöglicht einen Erkenntnisprozess vom Leibe her über die sinnhafte Wahrnehmung. Dies geschieht als Prozess zwischen Subjekt und Mitsubjekt im Kontinuum der gesellschaftlichen Zusammenhänge.

Als Therapeutin reflektiere ich gemeinsam mit den PatientInnen, was sich im Hier und Jetzt an alten Szenen zeigt, die dann fokalthérapeutisch behandelbar werden oder einer weiteren nachstationären Bearbeitung zugeführt werden können.

In der Klinik legen wir auf die Phänomenologie besonderen Wert. Wir lernen gemeinsam zu verstehen, was Sucht für jede einzelne Person bedeutet, wie sie in den verschiedenen Ebenen eingebettet ist und wo Veränderungsansätze liegen.³⁷ Für die Diskussion in den Teambesprechungen jeweils am Mittwochvormittag, bietet diese Theorie eine wertvolle Basis.

b - Wissenschaftstheorie - evolutiv-pluralistisch, metahermeneutisch

Die Wissenschaftstheorie wird deswegen als evolutiv-pluralistisch und metahermeneutisch bezeichnet, da sie in Korrespondenzprozesse mit wissenschaftlichen Strömungen und Schulen tritt, um der Erkenntnis als einem evolutionären Prozess gerecht zu werden.

Es gibt keine ewigen Wahrheiten, sondern beständige kreative Neuentwürfe, Revolutionen und Revisionen. In der Suchtkrankenhilfe ist diese Haltung wichtig, da nur sie es ermöglicht, die jeweiligen Erkenntnisse der verschiedenen Referenztheorien³⁸ mit zu berücksichtigen, um die Viation³⁹ der Patienten individuell, adäquat mithilfe eines Helfernetzwerkes zu begleiten. Im Krankenhaus besteht die Möglichkeit eine interne Weiterbildung in Anspruch zu nehmen, bei der immer wieder MitarbeiterInnen oder ReferentInnen von Außen mit einem erarbeiteten differenziellen Thema zu Wort kommen.

c - Kosmologie - evolutionär, heraklitisch, ökosophisch

In den Kosmos, der als Koexistenz alles Seienden begriffen wird, sind wir aufgrund unserer Leiblichkeit als Menschen eingebunden. Alles ist im Fluss und in beständiger Entwicklung und Entfaltung. Aufgrund der Möglichkeit der Reflexion und Exzentrizität der Menschen wurde auch die Entfremdung und Verdinglichung – eine prinzipielle disembeddedness (Giddens 1991)⁴⁰ der Menschen der Moderne/Postmoderne möglich. Dadurch droht auch Einebnung von zuvor gelebter kultureller Vielfalt, die Zerstörung des Lebensraumes mit den

³⁷ Vgl dazu das Wochenkonzept dieser Arbeit, besonders Woche 3 mit der Bearbeitung des Suchtdreiecks

³⁸ So zum Beispiel die Neurobiologie, die Medizin, Soziologie, Psychologie, Theologie usw.

³⁹ Vgl Petzold, 1993, S.

⁴⁰ Der britische Soziologe Giddens beschreibt mit diesem Terminus die prinzipielle Unvertrautheit des modernen Menschen mit den Lebensbedingungen auf die er angewiesen bleibt, da er nicht mehr in direktem Zusammenhang und Einflussbereich steht.

nötigen Grundlagen für das Leben selbst. Durch diese prinzipielle Möglichkeit der Entfremdung und Verdinglichung suchen Menschen oft Trost in der Inexistenzialität des Rausches. Sloterdijk beschreibt in seinem Artikel Weltsucht:⁴¹

„Für die therapeutische Ethik ist nur der Weg des Mitgefühls mit den inexistentiellen Tendenzen des Lebens noch offen. Auf diesem Weg eröffnen sich Einsichten in die verborgensten Suchtdispositionen unserer Zivilisation.“

Mit diesem Zitat wird auf die Verflochtenheit der Metatheorien verwiesen, die sich individuell im menschlichen Sein und Verhalten und kollektiv in gesellschaftlicher Realität und somit auch der Suchtkrankheit ausdrückt.

d - Anthropologie - existentialistisch, intersubjektiv, kreativ

Mensch wird man durch den Mitmenschen.⁴²

Der Mensch ist somit ein Körper-Seele-Geist-Wesen im Kontext und Kontinuum, dabei einem stetigen Wandel, einer andauernden Metamorphose unterworfen. Exzentrizität zu sich selbst und zu anderen ermöglicht erst Selbsterkenntnis, Selbstbewusstsein und die Wahrnehmung von sich selbst und anderen in Subjekthaftigkeit und Würde.

Auch in der Anthropologie der IT spielt die Leiblichkeit, die Wesensverbundenheit mit dem sich ausfaltenden Kosmos und die damit einhergehende Schöpferkraft eine zentrale Rolle. Der von der Sucht kolonialisierte Mensch erleidet eine multiple Entfremdung von sich selbst, seiner Zugehörigkeit zu anderen und fühlt sich isoliert. Ein stationärer Aufenthalt gibt ihm erstmals wieder das Gefühl von Zugehörigkeit zu den anderen Suchtkranken. Damit erklärt sich auch ein Teil der aufkommenden Ängste der Menschen bei Therapieende. Mit Hilfe von Vernetzungsarbeit mit Nachsorgeeinrichtungen bemühen wir uns die Ängste gut zu begleiten und eventuell auch zu beseitigen.

e - Gesellschaftstheorie - synarchisch, kritisch-pragmatisch

Der Mensch wird durch Sozialisation zum Subjekt, kann selbstreflexiv sein und zur Welt in Beziehung treten. Durch Verinnerlichung des „generalized other“⁴³ kann er sich selbst zum Gefährten werden. Fortschreitende kulturelle Entwicklung, Differenzierung und Disziplinierung hat die Zunahme personaler Subjektivität ermöglicht, ebenso wie gesellschaftliche Pluralität. Für das Individuum ist es nicht einfach, dabei weder zu

⁴¹ Sloterdijk 1990, S. 160

⁴² Vgl. Petzold/Mathias 1983

⁴³ Mead, 1934

vereinzeln noch zu vermessen⁴⁴, da das hochkomplexe gesellschaftliche Milieu plurale Vernunft erfordert, die selten gelebt wird.

„Plurale Gesellschaft erfordert plurale Vernunft, und diese trägt bei zur Humanität von Gesellschaft, denn sie fördert die „Wertschätzung von Vielfalt“ und die „Achtung von Andersartigkeit“.“⁴⁵

Die gesellschaftlichen Konstruktionen von Wirklichkeit⁴⁶ mit der damit einher gehenden Drohung der multiplen Entfremdung kann zur Ausbeutung und Verdinglichung des eigenen Leibes, der Mitmenschen und Lebenswelt führen.

Im Krankenhaus arbeiten wir mit dem multifunktionalen Faktoren- bzw. Ursachenmodell von Suchtkrankheiten, dem so genannten Ladewigschen Suchtdreieck⁴⁷. Es berücksichtigt drei wesentliche Komponenten: Suchtmittel, Umwelt (Gesellschaft) und Mensch. In der Großgruppe von meist 25 Patienten erarbeiten wir psychoedukativ⁴⁸ einen persönlichen Zugang zum Suchtdreieck und die PatientInnen haben die Gelegenheit des Austausches über ihre persönlichen Erfahrungen. Dies bewirkt einerseits die Auflösung von Vereinzelung und mit der je spezifischen individuellen Erlebnisweise ein Herauslösen von Vermassung.

f - Ethik - diskursiv, situativ/ historisch, mutual

In der Integrativen Therapie gibt es keine reinen Normsetzungen von richtig und falsch, gut und böse, sondern eine intersubjektive Korrespondenz in der Dialektik von Selbst- und Fremdbeziehung darüber. Dies setzt voraus, dass die Therapeutin in eigene Prozesse der Auseinandersetzung mit Werten und Lebenssinn getreten ist. „Psychotherapie als Wissenschaft interpretiert Wirklichkeit.“⁴⁹ Ethik reguliert die Interpretation und die aus ihr folgenden Handlungskonsequenzen. Da es keine absoluten Werte gibt und die IT gegenüber Polarisierungen sensibel ist, werden ethische Aussagen in einem erneuten Diskurs folgenden Postulaten und Reflexionen unterzogen:

- Konsistenzpostulat – logisch und widerspruchsfrei
- Kongruenzpostulat – zeitgemäße wissenschaftliche Erkenntnis einbinden
- Realisierbarkeitspostulat – sollen realisierbar sein
- kritische Reflexionen auf einem historischen Hintergrund

⁴⁴ Vgl dazu Soziologen wie Riesman, Adorno, Tönnies, Weber ...

⁴⁵ Petzold nach Levinas in Zak-Theo 1991, S.31

⁴⁶ Berger/Luckmann, 1969

⁴⁷ Kielholz & Ladewig, 1973, siehe Anhang und Woche 3/4

⁴⁸ Ziel der Psychoedukation ist, die Krankheit besser zu verstehen und besser mit ihr umgehen zu können, zum Beispiel, indem persönliche Erfahrungen mit der eigenen Erkrankung mit dem gegenwärtigen Wissen über die Erkrankung verbunden werden. Auch sollen eigene Ressourcen und Möglichkeiten kennen gelernt werden, um mögliche Rückfälle zu vermeiden und selbst langfristig zur eigenen Gesundheit beizutragen. Die Aufklärung des Patienten über die Entstehungs- und Aufrechterhaltungsbedingungen der Störung bildet vor allem in der Verhaltenstherapie aber auch in der IT (Theorie als Intervention) oftmals die Grundlage für sich anschließende Behandlungsschritte.

⁴⁹ Petzold, 1993, S. 414

Die Psychotherapie braucht ethische Grundlagen und deren Transparenz, da sie Haltungen und Verhalten der Menschen beeinflusst. Aufgrund gesellschaftlicher Normen, Rechtsvorschriften und institutionellen Bestimmungen müssen TherapeutInnen Entscheidungen treffen und es kann nicht immer informed consent mit den Patienten erreicht werden.⁵⁰

So gilt in unserem Krankenhaus das Abstinenzparadigma und mit dessen stringenter Anwendung, können wir durch institutionelle Bestimmungen nur einem Teil unserer PatientInnen gerecht werden, da viele noch weiterhin moderat trinken wollen.

Foki der TherapeutInnen, für welche das Prinzip der Akribie gilt:

- Verantwortung gegenüber dem Patienten
- Bewertung der Lebenssituation und des Verhaltens von Patienten
- Verantwortung des eigenen Handelns gegenüber dem eigenen Gewissen
- Verantwortung gegenüber der professional community
- Verantwortung gegenüber der Gesellschaft im Rahmen der Gesetze
- Verantwortung gegenüber der Institution (persönliche Erweiterung der Verfasserin)

„In der Arbeit mit Patienten wird in der Regel das Prinzip der „oikonomia“, der Nachsicht, indiziert sein, da diese Menschen oft genug durch Unnachsichtigkeit und Strenge geschädigt wurden und sich durch toxische Über-Ich-Strukturen – sie sind in unserer Theorie Teil der Identität, Resultat der Internalisierung von „Szenen überstrenger Bewertung“ – häufig sehr beschneiden. Hier wäre das Prinzip kategorischer Akribie sicher kontraindiziert, und wird das Prinzip des Verstehens, der Nachsicht anzuwenden sein.“⁵¹

In der Suchtkrankenhilfe ringen wir BegleiterInnen immer mit dem Maß an Oikonomia und Konsequenz, das für die jeweiligen Patienten angemessen und hilfreich erscheint.

Wie weiter vorne beschrieben, verstehe ich mich als jeweilige Karrierebegleiterin der mir zugewiesenen PatientInnen und achte besonders auf die ethischen Maximen von informed consent, client security, client wellbeing und client dignity⁵² und vertrete „meine PatientInnen“ dem therapeutischen Team gegenüber. Im Sinne des informend consent wäre es begrüßenswert, wenn wir als Team die PatientInnen in Entscheidungsprozesse – wie z.B. Gruppeneurteilungen mehr einbeziehen würden.

g - Ontologie - synoptisch, partizipativ

Das Sein als Wirklichkeit ist an leibliche Erfahrungen gebunden und wird im Mit-Sein getragen. Das ist es auch, was die Begleitung suchtkrankender Menschen oft so schwer und

⁵⁰ Vgl. dazu Hausordnung

⁵¹ Petzold, 1993, S.421

⁵²Vgl dazu Märtens, Petzold 2002

auch essentiell macht. Im Angesicht der Sucht stellen sich der Therapeutin Fragen in Richtung Selbstreflexion.

„Wir wissen, es kommt alles darauf an, nicht mehr Sorgen zu haben als Likör, aber auch nicht mehr Likör als Sorgen. Solange wir uns an diese Regel halten können, bleibt die Tragödie auf Distanz. Mit dem Abstand zu den Extremen, den uns die Nüchternheit und der Wille zur Realitätsprüfung gewähren, gewinnen wir die Freiheit, die eigentliche Menschenwelt zu betreten. Dort wissen die Abgründe, wie es um den Mitabgrund steht. Aus der Tiefe des Mitwissens verbinden wir uns zum gemeinsamen Leben. In der Menschenwelt kommt es, nicht bloß für Suchttherapeuten, darauf an, sich zu bewähren als Mitwisser vom Existieren und seinem Gegenteil; mit unseresgleichen teilen wir die Verlegenheit, zu sein.“⁵³

In der Klinik haben wir die Möglichkeit einer Teamsupervision und wie vorangehend schon beschrieben, hausinterner Fortbildungen, in welchen wir uns auch ontologischen Fragen zuwenden können, denn

„es gibt Themen, die muss man immer wieder überdenken, weil sie einen nicht loslassen. Es sind dies zumeist Themen, die mit der menschlichen Natur zu tun haben, ihren schwierigen, dunklen, ja gefährlichen Seiten und mit ihren wunderbaren, lichten und erstaunlichen Seiten. Diese Themen fesseln, faszinieren und bedrücken, weil es immer wieder auch die eigenen Themen sind, mit denen man – über den Menschen nachspürend, nachsinnend, nachdenkend – in Kontakt kommt.“⁵⁴

3.1.2. Realexplikative Theorien

- A – Allgemeine Theorie der Therapie und Beratung - intersubjektiv, tiefenhermeneutisch
- B – Persönlichkeitstheorie - entwicklungsbezogen-relational
- C – Entwicklungstheorie - synoptisch, interaktional, ökologisch, lebenslaufbezogen
- D – Gesundheits- und Krankheitslehre - kontextbezogen, multifaktoriell
- E – Spezielle Theorie der Therapie - mehrperspektivisch, systematisch-heuristisch

Diese Theorien sind auf konkrete Situationen gerichtet und eignen sich prinzipiell zur empirischen Überprüfung ihrer Annahmen und Aussagen. Anhand dieser Theorien können mittelfristige Grob- und auch Feinziele erreicht werden. Im Rahmen der Sucht wurde dazu von der IT schon viel veröffentlicht.⁵⁵

A Allgemeine Theorie der Therapie und Beratung - intersubjektiv, tiefenhermeneutisch

In der allgemeinen Theorie der Therapie geht es um die Bestimmung von Inhalten, Zielen und den Möglichkeiten des Erreichens dieser in und durch Therapie. Sie befasst sich mit den Wirkweisen therapeutischen Handelns in Kontext/Kontinuum, mit der Integration von

⁵³ Sloterdijk 1990, S162,163

⁵⁴ Sieper/Orth/Petzold,09,2010, Seite 3/4

⁵⁵ Zwei wertvolle Beispiele dafür sind Petzold, Schay, Ebert 2004; Petzold, Schay, Scheiblich 2006 und die Polyloge

Ergebnissen relevanter Grundlagenforschung in Methodik und Praxis, den spezifischen und unspezifischen Wirkfaktoren, mit dem Wesen der therapeutischen Beziehung sowie den möglichen Problemen therapeutischer Interaktion. Sie versteht sich als Rahmen für eine Integrative Humantherapie und ist in radikaler Weise an das zwischenmenschliche Milieu gebunden. Einzelne Dimensionen des Menschen sollen indikationsspezifisch erreicht werden in dem Bewusstsein, dass eine Auswirkung auf einen Teil auch das Ganze verändert. Ihrem Wesen nach ist Integrative Therapie relational, interaktionistisch und sinnorientiert. Damit wird die zwischenmenschliche Wirklichkeit als Geschichte von Beziehungen von den Phänomenen - zu den Strukturen - zu den Entwürfen evident, was sie auch für gute Suchttherapie geeignet macht.

Für mich ergibt sich daraus eine geleitete Vorgehensweise im dyadischen Setting und in der Arbeit mit Gruppen, die ich im Kapitel Integrative Fokale Kurzzeittherapie beschreibe.

B Persönlichkeitstheorie - entwicklungsbezogen-relational

„Persönlichkeit wächst in Beziehungen.“⁵⁶ Sie ist somit eine soziale Realität.

Persönlichkeitstheorie bietet Erklärungsmuster für den Aufbau, das Zustandekommen und das „Funktionieren“⁵⁷ der Person und muss mit den Grundaussagen der Anthropologie kompatibel sein. Die Persönlichkeitstheorie der IT gründet in der Relationalität und die Persönlichkeit entwickelt sich in vier verschränkten Matrizen:

1. Dyade - Mutter – Kind
2. Triade – Mutter – Vater – Kind
3. Soziales Milieu – Geschwister, Familie, Freundeskreis, Nachbarschaft, Arbeitskollegen, auch Tiere etc.
4. Ökologischer Zusammenhang – Wohnung, Quartier, Landschaft

Persönlichkeit ist gegenwärtiger Lebensvollzug, Geschichte und Lebensentwurf im Kontext/Kontinuum in den Ausfaltungen Selbst, Ich und Identität des Leibsubjektes. Dieser Lebensentwurf und -vollzug wird durch eine Sucht grundlegend in Frage gestellt. Die als chronisch bezeichnete Erkrankung muss von der betroffenen Person **und** ihrem sozialen Netz integriert werden, wozu eine therapeutische Begleitung hilfreich ist.

Das archaische Leibselbst des Föten steht schon in utero mit dem Leib der Mutter in Kommunikation und bildet im Heranwachsen durch Zusammenwirken von genetischen Vorgaben und der Stimulierung der Außenwelt ein ICH mit allen Ich-Funktionen⁵⁸, die es ihm ermöglichen, Identität zu konstituieren. Diese besteht aus bewerteten und verinnerlichten

⁵⁶ Petzold, 1993, S.430

⁵⁷ Hier nicht in einem funktionalistisch verkürzten Maschinenmodell gemeint, sondern als grobe Beschreibung von Zusammenhängen und gegenseitigen Verstärkungen der Verhaltensweisen eines Menschen.

⁵⁸Primäre: bewusstes Wahrnehmen, Denken, Fühlen, Wollen, Handeln, Memorieren, Werten; sekundäre: intentionale Kreativität, Identitätskonstitution, innere Dialogik, bezogene Selbstreflexion, soziale Kompetenz, Demarkation

Fremdattributionen sowie aus den daraus übernommenen Selbstattributionen und wirken bis in die konkrete Leiblichkeit hinein.

„Leib ist der sich selbst und das Umfeld intentional wahrnehmende und das Wahrgenommene speichernde Organismus, welcher sich damit zum Leibsubjekt transzendiert.“⁵⁹

Im Identitätskonzept zeigt sich die leibhaftig formende Wirkung äußerer Einflüsse für die Persönlichkeit in der Lebensspanne, da die Identität als Schnittstelle zwischen dem Individuum und der Gesellschaft, zwischen Privatem und Kollektivem verstanden wird. Identität teilen wir in der IT in fünf Schwerpunktbereiche ein mit denen wir auch in der Klinik arbeiten.

5 Säulen der Identität

1. Leiblichkeit

Durch die eigene Wahrnehmung meines Leibes erkenne ich mich selbst. Ist mein Leib bereits körperlich geschädigt durch die Folgezustände der Sucht bzw. chronischer Vernachlässigung, werden die eigene Identifikation und die Identifizierung durch andere verändert. Themen der Versehrtheit, Schuld und Scham aufgrund der eigenen Verantwortung werden dabei wach.

2. Soziales Netzwerk

Durch die Erkrankung werden Menschen oft auch von ihrem sozialen Netz (Freunde, Familie, Arbeitskollegen usw.) gemieden. Sucht und Lüge gehen meist Hand in Hand und so verabschieden sich viele Angehörige und Freunde aus vielfach erlebten Enttäuschungen und nicht eingehaltenen Versprechungen⁶⁰. Durch die Vernachlässigung der Pflege von Sozialkontakten müssen weitere Verluste in Kauf genommen werden. Vielfach verlieren die Männer als letztes noch ihre „Saufkumpanen“, wenn es ihnen zu schlecht geht. Frauen trinken vielfach heimlich und alleine und pflegen aufgrund ihres Trinkdruckes keine Kontakte mehr.

3. Arbeit und Leistung

Der Fortfall dieses identitätsstiftenden Faktors ist oft sehr schwer zu ertragen. In unserem Krankenhaus legen wir mit Hilfe der Sozialarbeit großen Wert auf die Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt bzw. den Erhalt der beruflichen Tätigkeit. Sollte die betroffene Person

⁵⁹ Petzold, 1993, S. 435

⁶⁰ Vgl. die Arbeit mit Angehörigen, Kapitel....

schon pensioniert sein, oder aber es gibt keine Möglichkeit für eine Erwerbstätigkeit, wird der Fokus auf sinnvolle Zeitgestaltung gerichtet. Dazu stehen in unserer Kreativwerkstätte vielfältige Möglichkeiten zur Verfügung, um ausprobieren zu können, was die Menschen gerne machen, was sie können und präferieren.

4. Materielle Sicherheiten

Durch eine lange Krankheitsdauer, hoher Kostenfaktor der Suchtmittel, Vernachlässigen von Zahlungsaufforderungen usw., können ökonomische Ressourcen knapp werden oder ihr primär geringes Vorhandensein wird zur zusätzlichen Belastung. Beim Thema Sucht haben viele Menschen den obdachlosen „Säufer“ vor Augen, der so bei uns nicht anzutreffen ist, da es auch Institutionen für die so genannten „nassen AlkoholikerInnen“ gibt, an die wir vermitteln, wenn die Abstinenz kein erreichbares Ziel der Betroffenen ist.

5. Werte und Normen

Diese Säule wird durch körperliche, geistige, psychische und soziale Folgeschäden der Sucht oft immens erschüttert. Gesundheit ist für die Masse der Menschen ein hoher Wert und Sucht zerstört nachhaltig ebendiese. Dann wird es wichtig, andere tragende Werte und Normen zu finden, die haltgebend sind.

„Ein stabiles Wertgefüge, das Wissen um den Lebenssinn, Vertrauen auf eine tragende Weltordnung und die Bejahung der Lebensziele trägt die Identität und gibt unschätzbare Hilfen, Krisen zu überwinden und Rückfälle zu vermeiden. Drogenkonsum kann als Craving (Sehnen) aufgefasst werden. Dieses Sehnen kann seelisch, geistig und körperlich verstanden werden. Es muss ernst genommen werden, um die Sucht zu begreifen.“⁶¹

Die Suche nach dem Wert des Daseins ist in der Begleitung unserer PatientInnen oft zentral.

C Entwicklungstheorie - synoptisch, interaktional, ökologisch, lebenslaufbezogen
Entwicklung geschieht von der Geburt bis zum Tod. Die Entwicklungstheorie der IT findet sich auch in allen bereits erwähnten Theorien des ordnenden Tree of Science wieder, denn alles ist im Fluss, in Entwicklung, im Wandel. Die IT versteht sich in der Praxis selbst als Entwicklungstherapie des Subjekts. Ein ausgereiftes theoretisches Modell liegt jedoch erst in Ansätzen vor.

- **Entwicklungspsychologie der Lebensspanne**

Die Entwicklung der Menschen im jeweiligen Lebensraum, in Kontext und Kontinuum beginnt mit der Konzeption, zieht sich über die Säuglingszeit und Kindheit und findet gravierende Veränderungen in der Jugend- Adoleszenzphase. Selbst im Erwachsenenalter und im Senium machen Menschen weitere einschneidende

⁶¹ Hochstein in Petzold/Schay/Scheiblich 2006, S.258

Entwicklungen durch Erfahrungen mit Freundschaften, Elternschaft, Krankheiten, wie hier Suchterkrankungen, Verlusterlebnissen, berufliche Verantwortung, Verluste, Verletzungen usw. Als Integrative Therapeutin versuche ich mit verschiedenen Techniken und Medien die protektiven und adversiven, salutogenen und pathogenen Einflüsse gerade im Hinblick auf die Suchtentwicklung in der Lebensspanne in den Blick zu nehmen.

- **Neuro- und sensumotorische Entwicklung**

Von zentraler Bedeutung und integraler Bestandteil der Persönlichkeit (Leibsubjekt) sind die Entwicklung des Bewegungsverhaltens, des Wahrnehmungsvermögens und der sensumotorischen Koordination, um auf den Aufforderungscharakter der Welt in individueller Weise zu reagieren. „Kognitionen gründen im sensumotorischen Er-fahren, Be-greifen, Er-fassen, Ver-Stehen der Welt.“⁶² Alkoholfolgeschäden betreffen auch diesen Entwicklungsbereich und es gibt dabei oftmals irreversible Schädigungen, denen wir in der Klinik mithilfe von Copingstrategien (Heilgymnastik, Qui-Gong, Feldenkrais) zu begegnen versuchen.

- **Emotionale Entwicklung**

„Emotionen bestimmen den Weltbezug des Menschen, sein Verhalten in Situationen und Interaktionen.“⁶³

Emotionen wirken somatisch, bestimmen die Psyche und sind auf Gegenstände, Personen und Sachverhalte gerichtet. Aus diesem Grund sind sie und ihre Feinabstimmung in einer emotionalen Differenzierungsarbeit zentral für die IT. Dabei ist sich die IT der biologischen Basis (genetische Disposition) der Emotionen bewusst, ohne jedoch einem Biologismus zu verfallen, indem sie den soziokulturellen und -ökologischen Kontext mitbeachtet. Mit den Patienten⁶⁴ ist in der Suchttherapie vielfach Emotionsarbeit ein eingeschlagener Weg, da Emotionen der Wahrnehmung nicht mehr zugänglich, abgeflacht oder auch verdrängt sind.

- **Kognitive Entwicklungstheorie**

„Kognitive Entwicklung befasst sich in engerem Sinne mit den ‚höheren geistigen Prozessen‘, wie Wissen, Bewusstsein, Intelligenz, Denken, Imagination, Kreativität, das Generieren von Plänen und Strategien, Überlegen, Folgern, Problemlösen, begriffliches Fassen, Klassifizieren und Verknüpfen, Symbolisieren und vielleicht Phantasieren und Träumen“⁶⁵ und ist auf die Herstellung individueller und kollektiver Sinnstrukturen gerichtet.

Wie vorne ersichtlich, ist das Theorieprogramm der Klinik auch auf das Wiedererlernen solcher Fähigkeiten ausgerichtet, da sich der Alkoholkonsum besonders hier vielfach schädigend und zerstörend auswirkte.

⁶² Petzold, 1993, S.439

⁶³ Petzold, 1993, S.608

⁶⁴ Diesmal bewusst die männliche Form, da Männer vermehrt betroffen sind

⁶⁵ Petzold, 1993, S. 441

- **Ökologische Entwicklungspsychologie**

Wahrnehmen geschieht im ökologischen Kontext und wird von diesem mitbestimmt. Räumliche Gegebenheiten wie Wohnung, Haus, Viertel, Stadt, Landschaft, Kinderheim, Altersheim, Krankenhaus haben einen Einfluss auf die Entwicklung von Menschen, dem in der IT Beachtung geschenkt wird. Auch in der Klinik binden wir den ökologischen Kontext vermehrt ein, was in den Hausdiensten und vor allem in der Gartentherapie sichtbar wird.

- **Sozial-interaktionale Entwicklungstheorie**

Die Entwicklung des Individuums ist unlösbar mit der Entwicklung zwischenmenschlicher Beziehungen im gesellschaftlichen Kontext verwoben. Wird der Mensch in einem gesunden sozialen Netzwerk durch die Verinnerlichung des ‚generalized other‘ sich selbst zum Gefährten und kann Krisen überstehen, so wird er durch mangelhafte oder schädigende Netzwerke gefährdet sein, zu erkranken. Aus diesem Grund nehmen wir in der IT und in der Klinik auch die sozialen Netzwerke in Augenmerk, um Menschen dahingehend zu sensibilisieren, solche aktiv zu pflegen, damit sie zu sozialem Engagement fähig werden. Dafür gibt es den so genannten Angehörigentag (Woche 5) und die Möglichkeit von Paar- oder Familiengesprächen mit den EinzeltherapeutInnen. Allerdings spricht der vorne diskutierte Punkt der Hausordnung (pairing) gegen eine Neuanbahnung einer Beziehung mit einem/r SuchtpatientIn.

- **Synoptische Entwicklungstheorie**

Die Zusammenschau des komplexen entwicklungstheoretischen Materials ermöglicht es zu einem generellen Verständnis von Gesundheit und Krankheit als Ergebnis von Entwicklungsprozessen zu gelangen. Wir TherapeutInnen in der Klinik (nicht nur ich mit meiner IT Ausbildung) verwenden dafür die Panoramatechnik, die dann auch im Sinne eines Karriere- bzw. Suchtpanoramas themenspezifisch eingegrenzt werden kann.⁶⁶

D Gesundheits- und Krankheitslehre der IT⁶⁷ - kontextbezogen, multifaktoriell

Gibt man die Begriffe Gesundheit/Krankheit in die Suchmaschine Google ein, dann kommen in 0,10 Sekunden 5.130.000 Ergebnisse. Alle diese Ergebnisse beschäftigen sich mit der Definition, den Ursachen und Folgen beider, so scheint es, dichotomer Zustände. Dabei sind sie nur zwei Dimensionen menschlicher Existenz. In unserer Gesellschaft hat sich neben

⁶⁶ Vgl. dazu Flinks in Petzold/Schay/Ebert 2004, S.437ff

⁶⁷ Vgl. Petzold, 1993, S. 447-489

einem Jugendkult auch ein Gesundheitskult breit gemacht und Krankheit gilt es mit allen Mitteln vor zu beugen, um sie möglichst zu verhindern. Bei der Suchtkrankheit ist es trotz der nun schon seit 1968 erfolgten Anerkennung als Krankheit ein Problem für die Betroffenen und auch deren Angehörige, Suchtkranke nicht als lediglich willensschwach oder charaktergestört zu bezeichnen. Auch die 61.600 Ergebnisse bei Google zum Begriff Suchtkrankheit in 0.10 Sekunden oder auch 39.600.000 Ergebnisse in 0,06 Sekunden zum Schlagwort Sucht, zeigen die Brisanz dieses Themas. Gerade die Sucht lehrt uns die multifaktorielle, kontextbezogene Genese von Krankheit. Andererseits gibt es auch schon vereinzelt Stimmen aus der Antipsychiatriebewegung, die Sucht als Lebensstil anerkennen wollen.⁶⁸

Die IT lehnt sich gegen einen einseitigen Gesundheitskult auf, ebenso steht sie eindimensionalen Gesundheits- und Krankheitsdefinitionen, wie sie in der Medizin zu finden sind, kritisch gegenüber. Es gibt Menschen, die organisch gesund sind und trotzdem ihre Integrität verloren haben und leiden sowie solche, die mit schweren körperlichen Erkrankungen ihren Lebensvollzug zufrieden realisieren. So kann sich ein Mensch mit einer Suchtdiagnose lange Zeit als gesund und gut in seine Lebenswelt integriert oder krank und entfremdet fühlen.

Die Gesundheits- und Krankheitslehre der Integrativen Therapie differenziert sich in eine philosophisch-anthropologische und eine klinische Perspektive. Sie ist immer kontextbezogen und multifaktoriell. Gesundheit und Krankheit sind als zwei Dimensionen menschlicher Existenz in gesellschaftliche Interessen und deren Hilfsagenturen eingebunden.

„Krankheit ist eine mögliche Qualität der Lebensprozesse des Leibssubjektes **und** seiner Lebenswelt. Sie kann im Verlauf des Lebens durch exogene Ketten schädigender Ereignisse, die das Bewältigungspotential und die Ressourcenlage des Individuums überlasten, verursacht werden oder/und durch endogene Dysregulation und natürliche Abbauerscheinungen. Die Folge ist, dass die gesunden Funktionen des Organismus, die Fähigkeit der Person zur alloplastischen Gestaltung und kokreativen Entfaltung des Lebens in Kontext/Kontinuum mehr oder weniger beeinträchtigt, gestört, außer Kraft gesetzt werden oder irreversibel verloren gehen können und dysfunktionale autoplastische Reaktionen auftreten. Damit verbunden können internal subjektive Dissonanzen zum vertrauten Gefühle eigenleiblich gespürter Gesundheit entstehen sowie external perzipierbare Abweichungen von stabilisierten Erscheinungsbildern gesunder, körperlicher, seelischer, geistiger und sozialer Lebensprozesse erkennbar werden. Diese Abweichungen werden durch das eigene Gesundheitserleben des Subjekts bzw. durch einen externalen Beobachter festgestellt, wobei sie an kulturellen bzw. gesellschaftlichen normativen Konsensbildungen, Gesundheit und Krankheit betreffend orientiert sind.“⁶⁹

⁶⁸ Vgl. Gresch Ulrich, <http://www.psy-knowhow.de/psychiatrie/sucht-krankheit-lebensstil.htm>

⁶⁹ Petzold, 1993, S.451

Multiple Entfremdungen und der Verlust von Zugehörigkeit sind Entstehungs- aber auch Erhaltungsbedingungen von Krankheit. Es kann unterschieden werden zwischen der Entfremdung

1. von sich selbst als Leib
2. vom Mitmenschen
3. von der Welt
4. von der Zeit.

Zu 1.: Elias (1986) beschreibt den Zivilisationsprozess als eine allmähliche Verinnerlichung der zunehmenden gesellschaftlichen Kontrolle über den Leib, seine Empfindungen, seine emotionalen Bedürfnisse und dem leiblich-konkreten Ausdruck von Gefühlen. Spontane Körperregungen und Emotionen werden durch Verhaltenskontrollen zu Verlegenheit, Peinlichkeit, Scham- und Schuldgefühlen diszipliniert. Der Preis der für ein Überleben in komplexen modernen Gesellschaften unumgänglichen Selbst- und Sozialkontrolle ist damit eine zunehmende Entfremdung vom spontanen, affektiven Ausdruck des Leibes. Manche Menschen verlernen sich zu spüren und betrachten den Leib als Körper, den sie haben und der wie ein Apparat genutzt werden kann, der auch so funktionieren soll. Normal, oder gesund ist ein Mensch dann, wenn die Organe schweigen.

Zu 2.: Zugehörigkeit und Altruismus gehen vor allem in unseren westlichen Industriegesellschaften zunehmend verloren, die Identifikation am anderen Menschen gelingt nicht mehr. Es zählt nur noch Individualität und Konkurrenz, was die Arbeit mit den PatientInnen des Krankenhauses in der Großgruppe sehr erschwert. Vielfach zeigt sich statt Individualität Konfluenz und dieser gilt es mithilfe der Mitmenschen entgegen zu wirken.

Zu 3.: Die Lebenswelt, für die das Individuum Sorge trägt, wird durch zunehmende Verdinglichung und Zerstörung der Umwelt lebensbedrohlich.

Zu 4.: Die Zeit als positiver Prozess sich vollziehender Lebenszeit mit dem leiblich erlebten Strom ständig vergehender Jetzt-Momente, vor dem Hintergrund von Vergangenheit und Zukunft, wird zur ökonomisch-bürokratisch vorgegebenen, verknappten und technisch verdinglichten Zeit. In unserer Leistungsgesellschaft ist dadurch ein großer Druck entstanden und ökonomische und institutionelle Gegebenheiten lassen keine individuellen Gangarten mehr zu, wie wir an der Zunahme von Suchtkrankheiten und Menschen mit der Diagnose von Burn-out, reaktiver Depression usw. feststellen können.

Die Ursachen von multiplen Entfremdungen sind vielfältig und deshalb nur in Bezug auf gesellschaftliche Rahmenbedingungen und ethische Grundsätze zu reflektieren. Dazu haben wir in der IT die Möglichkeit der Duplex- und Triplexreflektion.⁷⁰

Neben der anthropologischen Perspektive richtet die klinische Perspektive den Blick auf das Individuum. Die zentrale Aussage findet sich im Konzept der

„multiplen pathogenen Stimulierungen als Wirkung in konkreten Szenen, die für alle Bereiche der Persönlichkeit: Selbst, Ich und Identität zum Tragen kommen kann: Überstimulierung (*Trauma*), Unterstimulierung (*Defizit*), inkonstante Stimulierung (*Störung*), widerstreitende Stimulierung (*Konflikt*). Hier wird deutlich, dass Pathogenese in konkreter, sinnhafter Erfahrung wurzelt und diese die Syntax der eigenen Geschichte ist.“⁷¹

Pathogenesefaktoren:

- genetische/somatische Einflüsse und Dispositionen
- Entwicklungsschädigungen in der Lebensspanne
- adverse psychosoziale Einflüsse als Milieufaktoren
- Negativkarriere im Lebenslauf
- Internale Negativkonzepte
- auslösende aktuelle Belastungsfaktoren
- diverse Negativeinflüsse, ungeklärte Faktoren

In der Integrativen Kurzzeittherapie⁷² dienen mir die Pathogenesefaktoren zur gemeinsamen Zielentwicklung mit den PatientInnen während des stationären Aufenthaltes, so wie zur Vorbereitung der Inhalte, Dauer und dem bevorzugten Setting der Nachbetreuung.

Gesundheit wird als „eine subjektiv erlebte und bewertete sowie external wahrnehmbare, genuine Qualität der Lebensprozesse im Entwicklungsgeschehen des Leib-Subjektes **und** seiner Lebenswelt gesehen. Sie ist dadurch gekennzeichnet, dass der Mensch sich selbst, ganzheitlich und differentiell, in leiblich-konkreter Verbundenheit mit dem Lebenszusammenhang (Kontext und Kontinuum) wahrnimmt und im Wechselspiel von protektiven und Risikofaktoren entsprechend seiner Vitalität/Vulnerabilität, Bewältigungspotentiale, Kompetenzen und Ressourcenlage imstande ist, kritische Lebensereignisse bzw. Probleme zu handhaben, sich zu regulieren und zu erhalten, schließlich, dass er auf dieser Grundlage seine körperlichen, seelischen, göltigen, sozialen und ökologischen Potentiale kokreativ und konstruktiv entfalten und gestalten kann und so ein Gefühl von Kohärenz, Sinnhaftigkeit, Integrität und Wohlbefinden entwickelt persönliche Souveränität und Lebenskunst“.⁷³

Gesundheit ist somit kein Zustand, sondern ein Prozess der Gestaltung von positiven und

⁷⁰ vgl. Petzold 2003, S.34ff

⁷¹ Petzold 2003, S 452

⁷² Vgl nächstes Kapitel und Petzold 1993, S. 985-1050

⁷³ Petzold 2003, S.448

negativen Ereignisketten in der Lebensspanne und ist im Leibgedächtnis archiviert. Salutogenesefaktoren, die auch Zielfoki oder Trajektorien⁷⁴ bei der Begleitung der PatientInnen für mich darstellen:

- Entwicklungsförderung in der Lebensspanne
- Konstruktive psychosoziale Einflüsse als Millieufaktoren
- Positivkarriere im Lebensverlauf
- Internale Positivkonzepte
- Wirksame aktuelle Unterstützungsfaktoren

E – Spezielle Theorie der Therapie - mehrperspektivisch, systematisch-heuristisch

„Die **spezielle Theorie der Therapie** befasst sich mit den Feinstrukturen des therapeutischen Geschehens, mit den kurzfristigen und mittelfristigen *Zielen*, mit spezifischen Phänomenen in der therapeutischen Interaktion (z.B. Übertragung, Gegenübertragung, Widerstand, Abwehrmechanismen).“⁷⁵

Diese Theorie findet sich vor allem im eigenen supervisorischen Kontext als Grundlage wieder und kann in diesem Rahmen nicht näher ausgeführt werden.

3.1.3. Praxeologie

1. Prozesstheorie - differentiell, variabel
2. Interventionslehre - multimodal, multilateral
3. Theorie des Settings
4. Theorien zu spezifischen KlientInnen/PatientInnensystemen
5. Theorien zu spezifischen Feldern, Formen der Beratung und Therapie: Fokal-, Kurzzeit-, Langzeittherapie, intermittierende Karrierebegleitung
6. Methoden,- Technik und Medienlehre - elastisch, pluriform, integrativ
7. Theorien über kritische Lebensereignisse – protektive Faktoren, Resilienzen, Copingstile, Ressourcen, Potentiale
8. Theorie der Institutionen, Praxisfelder, Zielgruppen - systemisch, differentiell

Der letzte Punkt der Praxeologie wird in manchen Veröffentlichungen⁷⁶ zu den Realexplikativen Theorien geordnet. Ansonsten ist die Praxeologie die Wissenschaft von der „systemischen Praxis“ in den angewandten Humanwissenschaften, wie in dieser Arbeit im Rahmen einer Suchtklinik beschrieben. In der Psycho- Soziotherapie, Beratung oder Supervision tauchen übergreifende und allgemeine Elemente auf. Alle Bereiche der Metatheorien sowie der realexplikativen Theorien kommen zum Tragen und so gibt es

⁷⁴ Petzold 2003, S.492ff

⁷⁵ Zak-Theo, 1991, S.63

⁷⁶ Vgl. Petzold, Schay 2004, S. 185

vielfältige Berührungspunkte und Verflechtungen. Sowohl Erfahrungen aus der Praxis wie auch wissenschaftliche Erkenntnisse durchdringen sich gegenseitig und führen so zu einer Veränderung von Perspektiven, einer Erweiterung des Verständnishorizontes und zum Entstehen neuer Erklärungsmodelle für unsere alltäglichen Erfahrungen und Prozesse, wie in dieser Arbeit dargestellt und in laufenden Fortbildungen der MitarbeiterInnen erworben.

3.1.4. Praxis

„Praxis findet sich in Dyaden, in Gruppen, in Organisationen und Institutionen, als Praxis in verschiedenen Feldern, in verschiedenen PatientInnen- und KlientInnensystemen, als Praxis in Netzwerken und Sozialräumen“⁷⁷

In dieser Arbeit ist die Praxis der IT als angewandte Humantherapie in einer Institution beschrieben, dabei differenziere ich in Gruppen- und dyadisches Setting⁷⁸.

3.2. Integrative Fokale Kurzzeittherapie⁷⁹

„In der Integrativen Therapie wurden neben Langzeittherapien (zwei Jahre und mehr, 80 Stunden und mehr), mittelfristige Therapien (sechs bis achtzehn Monate, 30-80 Stunden) stets auch Kurzzeittherapien mit stützender, aber auch mit fokalisierender, konfliktzentriert-aufdeckender Ausrichtung bei entsprechender Indikation eingesetzt.“⁸⁰

Die zeitökonomische Begrenzung unserer Institution von 8 Wochen führt zur Wahl eines Fokus bei den PatientInnen. Der Fokus und das zu erreichende Ziel sind abhängig vom Krankheitsbild, der Lebenssituation und der Ressourcenlage der PatientInnen und führen folglich zur Anwendung unterschiedlicher Methoden. Dabei ist oft die Integrative supportive Kurzzeittherapie angebracht, wenn konfliktzentriertes Vorgehen bereits bestehende mangelhafte Supportsysteme/soziale Netzwerke und Ressourcenlagen noch mehr erschüttern und labilisieren würde.

Als therapeutisches Team stellen wir mit unserem „social support“ eine schützende Inseleerfahrung dar und arbeiten während des Aufenthaltes motivierend an der Weiterführung einer ambulanten Therapie, vor allem mit dem Besuch von Nachbetreuungsgruppen, um einen längerfristigen Therapieerfolg zu unterstützen oder eine Karrierebegleitung mit dem Ziel der harmreduction⁸¹ bei prekären Lebenslagen zu ermöglichen.

„Die **Integrative Fokale Kurzzeittherapie** (IFK) ist ein effizienter Weg, Menschen in schwierigen Lebenssituationen, Problemen und Störungen mit Krankheitswert *kurativ*

⁷⁷ Petzold, Schay, Ebert 2004, S.185

⁷⁸ Mein Stil im dyadischen Setting ist in meinem Behandlungsjournal erkennbar

⁷⁹ Im folgenden IFK genannt

⁸⁰ Petzold in Petzold/Sieper 1993, S. 267

⁸¹ Siehe dazu die Erklärung der international harmreduction Association unter:
http://www.ihra.net/files/2010/06/01/Briefing_What_is_HR_German.pdf

zu helfen, bei fehlender bzw. schwieriger Motivationslage *motivierend* auf tiefergehende therapeutische Arbeit vorzubereiten oder *fraktioniert* in längerfristigen, „intermittierenden“, karrierebegleitenden Therapien Teilziele der Behandlung zu realisieren. Die IFK ist damit ein wichtiges methodisches Instrument innerhalb der Integrativen Therapie, bei dem allerdings – wie bei allen Formen der Kurzzeittherapie – durch kritische Reflexion des Handelns, der Situation und der institutionellen „Sachzwänge“ darum Sorge getragen werden muss (trotz der Sicherung des „Standardfokus“). Dass unter dem Druck der Kostenminimierung nicht emanzipatorische Therapieziele auf der Strecke bleiben oder Patienten kurzzeittherapeutisch behandelt werden, wo doch eigentlich eine mittelfristig oder langfristig angelegte Therapie wichtig, ja unerlässlich wäre.“⁸²

Mittels der IFK versuche ich Störungen mit Krankheitswert mit ihren historischen Hintergründen und biografischen Bedingtheiten zu behandeln. Dazu verwende ich gerne das Konzept des Szenischen mit den Techniken „leerer Stuhl“ und Rollentausch, welche korrigierende emotionale Erfahrungen ermöglichen. Auch wenn es durch die Kurzzeittherapie nicht gelingen kann, eine „stabile Verinnerlichung positiver Erfahrungen im Sinne eines reparenting zu erreichen“⁸³, so kann es doch gelingen, Kontrastprogramme im Sinne einer schützenden Inselerfahrung⁸⁴ durch kognitive und emotionale Umbewertungen zu ermöglichen, vor allem wenn an biografisch erlebte supportive Erfahrungen angeknüpft werden kann. Die Suche nach diesen stellt einen wichtigen Teil meiner ressourcenorientierten Arbeit dar.

„Es ist ein Charakteristikum unseres, am Konzept der Interaktion von pathogenen und salutogenen Einflüssen, Risiko- und Schutzfaktoren (Petzold, Goffin, Oudhoff 1993) orientierten Modell der fokalisierenden Kurzzeittherapie (und der Integrativen psychotherapeutischen Arbeit insgesamt), positive Vergangenheitserfahrungen zu vergegenwärtigen und „innere Beistände“ zu aktivieren als Verinnerlichungen von „*significant caring adults*“.“⁸⁵

Die verschiedenen Techniken geben mir auch diagnostische Hinweise, im Hinblick auf Fähigkeiten zur Selbst- und Fremdwahrnehmung, das Vermögen szenisch zu verstehen, atmosphärisch zu erfassen, Identifikations- und Empathiefähigkeit und emotionale Klimata der Ursprungsfamilie, die für die Auswahl der Foki und die Bestimmung der Ziele wichtig sind. Wichtige Instrumente oder persönliche Viationen, die ich während meiner langjährigen Ausbildung im dyadischen- und im Guppensetting vertiefen konnte, sind mein empathischer, engagierter und emotional zugewandter Stil und meine Grundhaltung, dass der Patient Fachmann/frau für seine/ihre Biographie ist und wir gemeinsam in doppelter Expertenschaft miteinander arbeiten können.⁸⁶

Der Hauptfokus (Makrofokus) ist die Suchterkrankung, die wie ich im Rahmen des 8-Wochenkonzepts beschreibe, vor allem psychoedukativ in den Kerngruppen behandelt wird.

⁸² Petzold, 1993, S.1047

⁸³ Petzold in Petzold/Sieper 1993, S. 291

⁸⁴ Petzold, Integrative Therapie, Bd. 3 S. 902

⁸⁵ Petzold, Sieper 1996, S. 307

⁸⁶ Vgl. Grundregel der IT, Petzold, 1993, S.1050

In den therapeutischen Kleingruppen geht es psychotherapeutisch um Sucht und auch um Mesofoki mit starker emotionaler Besetzung und biographischem Gewicht sowie Mikrofoki, die diese flankieren. Im dyadischen Setting wende ich mich oftmals den Meso- und auch Mikrofoki zu und treffe gemeinsam mit den Patienten die Wahl für diejenigen, die es aktuell zu bearbeiten gilt.

„Aus der Gesamtheit des Materials, wie es sich einerseits aus der Perspektive des Therapeuten, andererseits aus der Perspektive des Patienten darstellt, schälen sich in der Regel mehrere Schwerpunkte heraus, die von ihrer Wichtigkeit und ihrem lebensbestimmenden Umfang sich als Makrofokussierung, Mesofokussierung und Mikrofokussierung charakterisieren lassen können. Dabei erfolgt der Blick des Therapeuten in der Regel aus größerer Abständigkeit und Exzentrizität und ist in der Ausgangsposition breiter angelegt. Der Blick des Patienten – zumeist aus geringerer Exzentrizität, in sich selbst gefangen, durch Widerstände und Abwehrgeschehen behindert – greift häufig schmaler.“⁸⁷

4. Ausblick

Ich weiß nicht wie lange ich die Integrative Kurzzeittherapie in diesem Rahmen noch weiterhin machen kann. Ich erlebe bei mir eine wachsende Unzufriedenheit, die mit unklaren Strukturbedingungen zu tun hat, die wiederum Einzelgängertum und Machtkämpfe so wie „gefährliche Therapie“ fördern. Ich kenne mich als hochsensiblen Menschen und ich brauche für mich eine große Offenheit und Klarheit, um dauerhaft gute Arbeitsleistung zu erbringen, die für mich einen persönlichen Maßstab für Arbeitszufriedenheit bedeutet.

Arbeitszufriedenheit wiederum ist für mich eine Grundbedingung, damit ich meine ganze Kraft zur Begleitung der Patienten fruchtbringend einsetzen kann, statt mich gegen Machtkämpfe wappnen zu müssen.

Was müsste sich in der Klinik verändern, damit ich die Integrative Therapie, die wie ich zeigen konnte als wichtige Basis fungiert, weiterhin mit Praxis füllen kann?

- Es müsste mehr Wertschätzung gegenüber der therapeutischen Arbeit erlebbar und der Austausch in den Teams, sowie zwischen den Teams konstruktiver sein.
- Die therapeutische Leitung müsste ihre eigenen Strukturen einhalten und für deren Transparenz mit sorgfältiger Kommunikation sorgen.
- Die PatientInnen müssten mehr als „ExpertInnen in eigener Sache“⁸⁸ anerkannt werden und in Entscheidungsfindungsprozesse mit eingebunden werden „im Respekt ihrer Mündigkeit, zur Stärkung ihres „locus of control“

⁸⁷ Petzold, Sieper, 1996, S. 296

⁸⁸ Vgl. Therapeutische Grundregel, Petzold 1993, S. 1050, 2000a

(Flammer 1990), ihrer Selbstwirksamkeit und Souveränität⁸⁹, entgegen einseitigem Fachmännertum.

- Es müsste ein gemeinsames Verständnis von Gesundheit- und Krankheit geben, oder die Achtung von und Auseinandersetzung mit differenten Verständnissen.
- Konsens- Dissensprozesse müssten offen angegangen werden, statt wie derzeit informell.
- Soziales Kompetenztraining müsste breiter angeboten werden und auch im Alltag bewusst gelebt und reflektiert werden.
- Das Abstinenzparadigma und das Konzept der Co-Abhängigkeit müssten grundlegend hinterfragt, sowie der Umgang mit Rückfällen optimiert und für die jeweiligen PatientInnen unterstützender werden. Dabei kann auch eine Entlassung als klare Grenzsetzung unterstützend sein, wenn die nachstationären Rahmendbedingungen für die Betroffenen genügend haltgebend sind.

5. Zusammenfassung: Integrative Fokalthherapie im Rahmen einer Suchtklinik – eine Theorie-Praxisverknüpfung

Nach einem kurzen und teilweise kritischen Einblick in die Abläufe eines Sucht-Therapie-Krankenhauses, welches mit multifunktionalen Faktoren- bzw. Ursachenmodellen von Suchtkrankheiten arbeitet-, ermöglicht die vorliegende Arbeit einen fundierten Einblick in die theoretische Basis der Integrativen Therapie, die so ein breites therapeutisches Angebot für die Suchtkrankenarbeit bietet.

Es wird aufgezeigt, dass das ganzheitliche therapeutische Verfahren der Integrativen Therapie durch die Strukturen welche „Maria-Ebene“ bietet, problemlos umgesetzt werden kann. Allerdings werden auch Grenzen aufgezeigt, die mit persönlichen Haltungen des therapeutischen Personals zu erklären sind.

Schlüsselwörter: Integrative Therapie, Suchtklinik und Rahmenbedingungen, Tree of science, Integrative Fokale Kurzzeittherapie, mehrperspektivisches Therapieverständnis

⁸⁹ Petzold in Petzold/Schay/Scheiblich 2006, S.363

summary: Integrative focal therapy as part of an addiction clinic - a theory-practice link

After a brief and sometimes critical insight into the working of a drug-treatment hospital, which works with different multifunctional factors or models of drug addiction, this paper gives an in-depth perspective on the theoretical basis of integrative therapy, it provides a broad therapeutic range for the addiction work.

It is shown that the therapeutic process of integrative holistic care through the structures of "Maria-Ebene" can be easily implemented. However, limits are also shown, which can be explained by personal attitudes of the therapeutic staff.

Keywords: integrative therapy, addiction clinic and conditions, Tree of science, Integrative Focal short-term therapy, more understanding treatment perspective

6. Anhänge folgen nach Literaturverzeichnis: Evaluationsbogen

Evaluationsauswertung 9/05-12/07

7. Literaturverzeichnis:

- Antonovsky, Aaron* (1997): Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: Dgvt-Verlag.
- Bastiaan P.* (2007): Vom Sündenbock zum Partner. In: Kontakt – Zeitschrift der HPE Österreich, 1/2007: S.14-17.
- Baudisch F., Linden M.* (2007). Das therapeutische Milieu. In: Österreichische Gesellschaft für „Gemeindenaher Psychiatrie“, 1/2007. Linz, Altenfelden: Erntagsblätter-Verlag. S.33-49.
- Bauman, Zygmunt* (1995): Moderne und Ambivalenz. Frankfurt am Main: Fischer.
- Beck AT, Wright FD, Newmann CF, Liese BS* (1997): Kognitive Therapie der Sucht. Weinheim: Beltz Verlag/Psychologische Verlagsunion.
- Berger, Peter L. / Luckmann, Thomas* (1969): Die gesellschaftliche Konstruktion von Wirklichkeit. Frankfurt am Main: Fischer.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen* (Hrsg.2010): Jahrbuch Sucht. Hamm: Neuland Verlagsgesellschaft, Geesthacht.
- Elias, Norbert* (1986): Über den Prozess der Zivilisation, 2 Bde., Frankfurt.
- Erbach F., Richelshagen K.* (1999). Isomorphe Strukturen im Kontext der Suchtkrankenhilfe. In: Familiendynamik 14, S.27-46.
- Erdheim, Mario* (1988): Die gesellschaftliche Produktion von Unbewusstheit. Eine Einführung in den ethnopschoanalytischen Prozess. Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft 456, Frankfurt / Main
- Feuerlein W., Kufner H., Soyka M.* (1998). Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit (5. Aufl.). Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag.
- Flammer, A.* (1990): Erfahrung der eigenen Wirksamkeit. Einführung in die Psychologie der Kontrollmeinung. Bern: Huber.
- Galtung, J.* (1975): Strukturelle Gewalt. Reinbek: Rowohlt.
- Heinz A.*: Serotonerge Dysfunktion als Folge sozialer Isolation Bedeutung für die Entstehung von Aggression und Alkoholabhängigkeit.
<http://www.springerlink.com/content/9bwc4251c48a25e6/>
- Hien, D., Cohen, L., & Campbell, A.* (2005): Is traumatic stress a vulnerability factor for women with substance use disorders? *Clinical Psychology Review*, 25, 813-823.
Literaturübersicht. *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*

- Hüther, Gerald (2010): Die Macht der inneren Bilder. Wie Visionen das Gehirn, den Menschen und die Welt verändern. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht
- Märtens, M., Petzold, H.G. (2002): Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Mainz: Grünewald.
- Mayring, Ph. (1986): Kontrollüberzeugung. Augsburger Berichte zur Entwicklungspsychologie und Pädagogischen Psychologie 10:1-17.
- Moebius, Stephan (2003): *Die soziale Konstituierung des Anderen. Grundrisse einer poststrukturalistischen Sozialwissenschaft nach Lévinas und Derrida*. Frankfurt/New York: Campus.
- Moltmann-Wendel, Elisabeth (1984): Mein Körper bin ich. Neue Wege zur Leiblichkeit. Gütersloh: Verlagshaus.
- Musalek, Michael (2009): Das Orpheus-Programm. Paradigmenwechsel in der Suchtbehandlung. *Spectrum Psychiatrie*, 4. 18-20.
http://www.medmedia.at/medien/spectrumpsychiatrie/artikel/2010/02/9086_04-09_Paradigmenwechsel.php
- Osten, Peter (2000): Die Anamnese in der Psychotherapie: Klinische Entwicklungspsychologie in der Praxis. München; Basel, E. Reinhardt.
- Petzold, H. G., Sieper, J. (2008a): Integrative Soziotherapie - zwischen Sozialarbeit, Agogik und Psychotherapie. Zur Konnektivierung von Modellen der Hilfeleistung und Entwicklungsförderung für optimale Prozessbegleitung. In: POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - Jg. 2008
- Petzold, H.G. (2000a): Eine "Grundregel" für die Integrative Therapie als Verpflichtung zur Transparenz und Anstoß, "riskanter Therapie", Fehlern und Ungerechtigkeiten in der Psychotherapie entgegenzuwirken. Vortrag an der EAG, Düsseldorf/Hückeswagen Mai 2000. Bei www.fpi-publikationen.de/polyloge - POLyLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 12/2001.
- Petzold, H.G. (2006n): Für PatientInnen engagiert - Werte, Grundregeln, Ethikprinzipien für die Psychotherapie. Schulenübergreifende, integrative Perspektiven. Hückeswagen: FPI-Publikationen (in Vorber.) und Krammer Verlag: Wien 2008.
- Petzold, H.G., Orth, I.(1988a): Methodische Aspekte der Integrativen Bewegungstherapie im Bereich Supervision, Motorik, Zeitschrift für Motopädagogik und Mototherapie 2 44-56.
- Petzold, H.G., Orth, I. (1993a): *Therapietagebücher, Lebenspanorama, Gesundheits-/Krankheitspanorama als Instrumente der Symbolisierung, karrierebezogenen Patientenarbeit und Lehranalyse in der Integrativen Therapie*, *Integrative Therapie* 1/2 (1993) 95-153; auch in: Frühmann, Petzold (1993a) 367-446.
- Petzold, H. G. (2004): Integrative Therapie. Modelle, Theorien und Methoden einer schulenübergreifenden Psychotherapie. Junfermann-Verlag, Paderborn. 2. überarbeitete und ergänzte Auflage.
- Petzold, H. G. (Hrsg. 2003): Lebensgeschichten erzählen. Biographiearbeit, Narrative Therapie, Identität. Junfermann-Verlag, Paderborn.

Petzold, H. G. (Hrsg.1980): Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung. Junfermann, Paderborn.

Petzold, H. G. (2003i): **Psychotherapie, die Menschen "gerecht" wird? – Kritische Überlegungen zu Therapie und Gerechtigkeit, "Just therapy" und "PatientInnenwürde"**, Düsseldorf: Polyloge. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikationen.de/materialien.htm) - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 12/09

Petzold, H. G. (2007j): "HOT SEAT ?" Ein problematischer Begriff – Anlass für kritische Überlegungen zu Therapieideologien und „risikosensibler Praxis“ von Psychotherapie – Über die Notwendigkeit weiterführender Entwicklungen. Düsseldorf: Polyloge. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikationen.de/materialien.htm) - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 12/09

Petzold, H. G. (2008e): Trauma und Beunruhigung, Trauer- und Trostarbeit. Unkorrigierte e-version. <http://evans-experientialism.freewebspace.com/petzold02.pdf>

Petzold, H. G. (2008g): Zur Wissensstruktur der Integrativen Therapie –für PsychotherapeutenkollegInnen. http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/petzold_pol-03-2009_2008g_wissenstruktur_druck.pdf, abgerufen 08/2010

Petzold, H. G., Orth, Ilse (Hrsg.1990): Die neuen Kreativitätstherapien: Handbuch der Kunsttherapie. Junfermann, Paderborn.

Petzold, H. G., Sieper, Johanna (Hrsg.1996): Integration und Kreation. Modelle und Konzepte der Integrativen Therapie, Agogik und Arbeit mit kreativen Medien. Junfermann-Verlag, Paderborn.

Petzold, H. G.; Kirchmann, Edith (1990): Selbstdarstellung mit Ton und „projektives Tonfeld“ in der Integrativen Kindertherapie in *Petzold, Hilarion G., Orth, Ilse* (Hrsg.): Die neuen Kreativitätstherapien: Handbuch der Kunsttherapie. Junfermann-Verlag, Paderborn.

Petzold, H. G.; Leuenberger, Res; Steffan, Angela: Ziele in der Integrativen Therapie. <http://www.integrative-therapie.ch/ziele.htm> , abgerufen 10/2008

Petzold, H. G., Mathias, U. (1983): Rollenentwicklung und Identität. Junfermann-Verlag, Paderborn

Petzold, H. G.; Schay, Peter; Ebert, Wolfgang (Hrsg. 2004): Integrative Suchttherapie. Theorie, Methoden, Praxis, Forschung. VS Verlag für Sozialwissenschaften Wiesbaden.

Petzold, H. G.; Schay, Peter; Scheiblich, Wolfgang (Hrsg. 2006): Integrative Suchtarbeit. Innovative Modelle, Praxisstrategien und Evaluation. VS Verlag für Sozialwissenschaften Wiesbaden.

Presseerklärung der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen. http://www.moses-online.de/nachrichten/2010_04_12/auf-alkohol-folgt-gewalt-%E2%80%93-gewalt-folgt-alkohol, abgerufen 02/2011

Pusch, Luise F. (Hrsg.1983): Feminismus: Inspektion der Herrenkultur. Ein Handbuch. Edition Suhrkamp.

- Renz, H., Petzold, H.G.* (2006): Therapeutische Beziehungen – Formen „differentieller Relationalität“ in der integrativen und psychodynamisch-konflikttherapeutischen Behandlung von Suchtkranken. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit - Jg. /2006
- Rogers, Carl*(1972): Die nicht direktive Beratung: Counseling and psychotherapie. Fischer, München.
- Saint Exupéry, Antoine de*(2000): *Der Kleine Prinz*. Karl Rauch-Verlag
- Scholz, Herwig*(2009): Die enorme Komorbidität zwischen Sucht und affektiven Erkrankungen – eine therapeutische Herausforderung. *Spectrum Psychiatrie* 04/09 http://www.medmedia.at/medien/spectrumpsychiatrie/artikel/2010/02/9090_04-09_Die_enorme.php
- Schuch, Hans-Waldemar*(2007): *Darum Integrative Therapie*. http://dr.hans-waldemar-schuch.de/pdf/psychotherapie/DARUM_INTEGRATIVE_THERAPIE.pdf
- Schwarzer, Alice* (2000): *Der große Unterschied : gegen die Spaltung von Menschen in Männer und Frauen* /1. Aufl.. - Köln: Kiepenheuer und Witsch.
- Seidler, Günter H.*: *Psychotrauma und Sucht – Mehr als eine Komorbidität?* <http://www.aerztekammer-bw.de/25/08laek/dokumentation/061123/02.pdf>
- Sieper, Johanna, Orth, Ilse, Petzold, H. G.* (2010): Warum die „Sorge um Integrität“ uns in der Integrativen Therapie wichtig ist – Überlegungen zu Humanität, Menschenwürde und Tugend in der Psychotherapie. In: POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit – JG 9/2010 :<http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-09-2010-sieper-j-orth-i-petzold-h-g.html>
- Sloterdijk P.* (1990) *Weltsucht. Anmerkungen zum Drogenproblem*. Vortrag im Rahmen der 40. Lindauer Psychotherapiewochen 1990, erschienen in den Lindauer Texten 1991, Springer Vgl. ebd. Teil 2, S.145-163.
- Thomasius, Rainer* (Hrsg. 2000) : *Psychotherapie der Suchterkrankungen*. Stuttgart: Thieme
- Von Schlippe A., Schweitzer J.* (2007): *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung* (10. Auflage). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co.KG.
- Von Schlippe A., Schweitzer J.* (2007): *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung II* (2. Auflage). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co.KG.
- Winnicott, Donald W.*: *Vom Spiel zur Kreativität*, Stuttgart: Klett Cotta 2006

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Wir hoffen, Ihr Aufenthalt im Krankenhaus Maria Ebene hat für Sie eine positive Veränderung bewirkt.

Um die Qualität unserer Arbeit und die Gestaltung des Hauses besser überprüfen zu können, bitten wir Sie diesen Fragebogen auszufüllen.

Ihre ehrliche und direkte Meinung ist uns ein Anliegen!

Was haben Sie während Ihres Aufenthaltes als hilfreich empfunden?

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

	sehr hilfreich	hilfreich	weniger hilfreich	nicht hilfreich	nicht beanspr.
Die Noten 1 - 4 werden gleich gewertet wie Schulnoten	1	2	3	4	
Wie hilfreich war die suchtmmedizinische Betreuung der Ärzte ?					
Wie hilfreich war die Betreuung der Pflege?					
Wie haben sie die gesamte Atmosphäre des Hauses empfunden?					
Die Einzelgespräche mit Ihrem Bezugstherapeuten waren					
Wie hilfreich waren die Kerngruppen (Information) bzw. Seminare?					
Wie hilfreich waren die therapeutischen Gruppen?					
Die themenbezogenen Gruppen am Donnerstag Nachmittag waren					
Das Psych. Angebot (Autog. Training, Testung, Gedächtnistr.) war					
Wie hilfreich war die Freizeitgestaltung am Freitag Nachmittag?					
Das aktive Erwachen (Spaziergang, Qi Gong) und der Sport waren					
Wie hilfreich war die Arbeit in der Kreativwerkstatt?					
Wie hilfreich waren die Hausdienste (Soziotherapie)?					
Wie hilfreich waren die Sozialarbeiter?					
Wie hilfreich war die Hausordnung mit ihren Regeln?					
Die Arbeit mit meinen Angehörigen (Tag, Nachmittag, Gespräche)					

Bitte nun in eigenen Worten ausdrücken:

Was haben Sie vermisst:

.....
.....
.....

Was würden Sie ändern:

.....
.....
.....

Was haben Sie als besonders positiv empfunden:

.....
.....
.....

Hat sich Ihre Lebensqualität durch den Aufenthalt in folgenden Bereichen verbessert:

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

	<i>sehr verbessert</i>	<i>verbessert</i>	<i>wenig verbessert</i>	<i>unverändert gut</i>	<i>unverändert schlecht</i>
	1	2	3		
Körperliches Wohlbefinden:					
Seelisches Wohlbefinden:					
Soziale Situation: Arbeit, Wohnen, rechtl. Absicherung, Finanzen					
Partnerschaftliche, familiäre und freundschaftliche Beziehungen					

Bezüglich meiner Abstinenz habe ich:

Bitte Zutreffendes ankreuzen

viel Zuversicht	Zuversicht	wenig Zuversicht	keine Zuversicht

NAME:

ODER

ANONYM:

Bewertung der Rahmenbedingungen Ihres Aufenthaltes im Krankenhaus Maria Ebene

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

	sehr gut 1	gut 2	weniger gut 3	nicht gut 4	weiß nicht
Essen					
Unterkunft (Einrichtung der Zimmer)					
Gruppenräume					
Aufenthaltsräume					
Außenbereich					
Freizeiteinrichtungen im und um das Haus					

Was könnte verbessert werden (Ideen, Vorschläge):

.....

.....

.....

Ich war der Kerngruppe A B zugeteilt

Ich hatte ein Einzelzimmer Doppelzimmer

Wir danken für Ihre Mitarbeit!

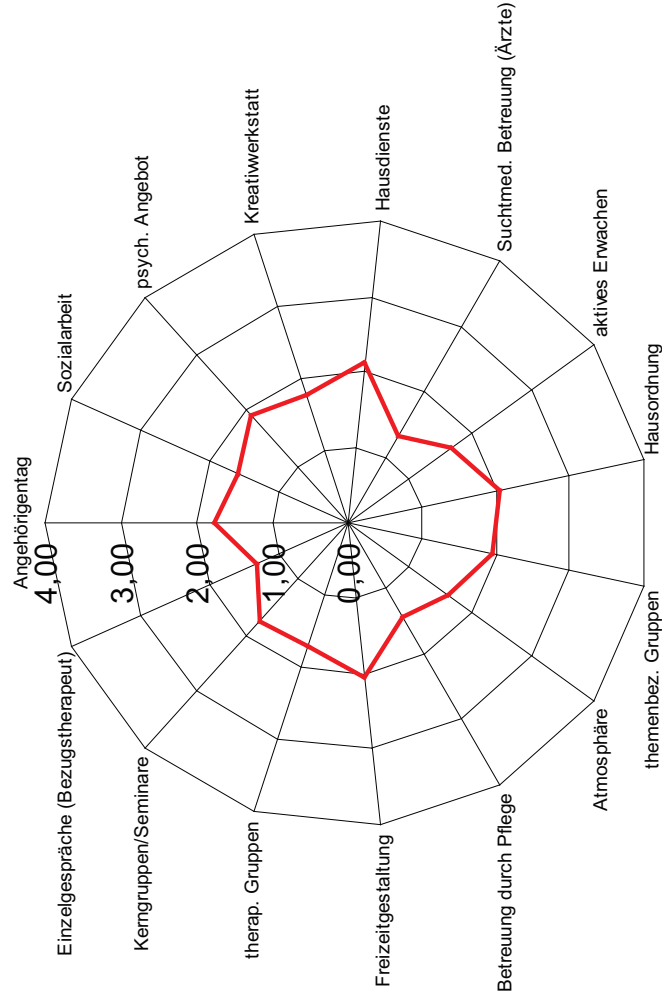
Für das therapeutische Team
Prim. Univ. Prof. Dr. R. Haller

Die Verwaltung
Mag. Günter Amann

Evaluation

9/2005 – 12/2007

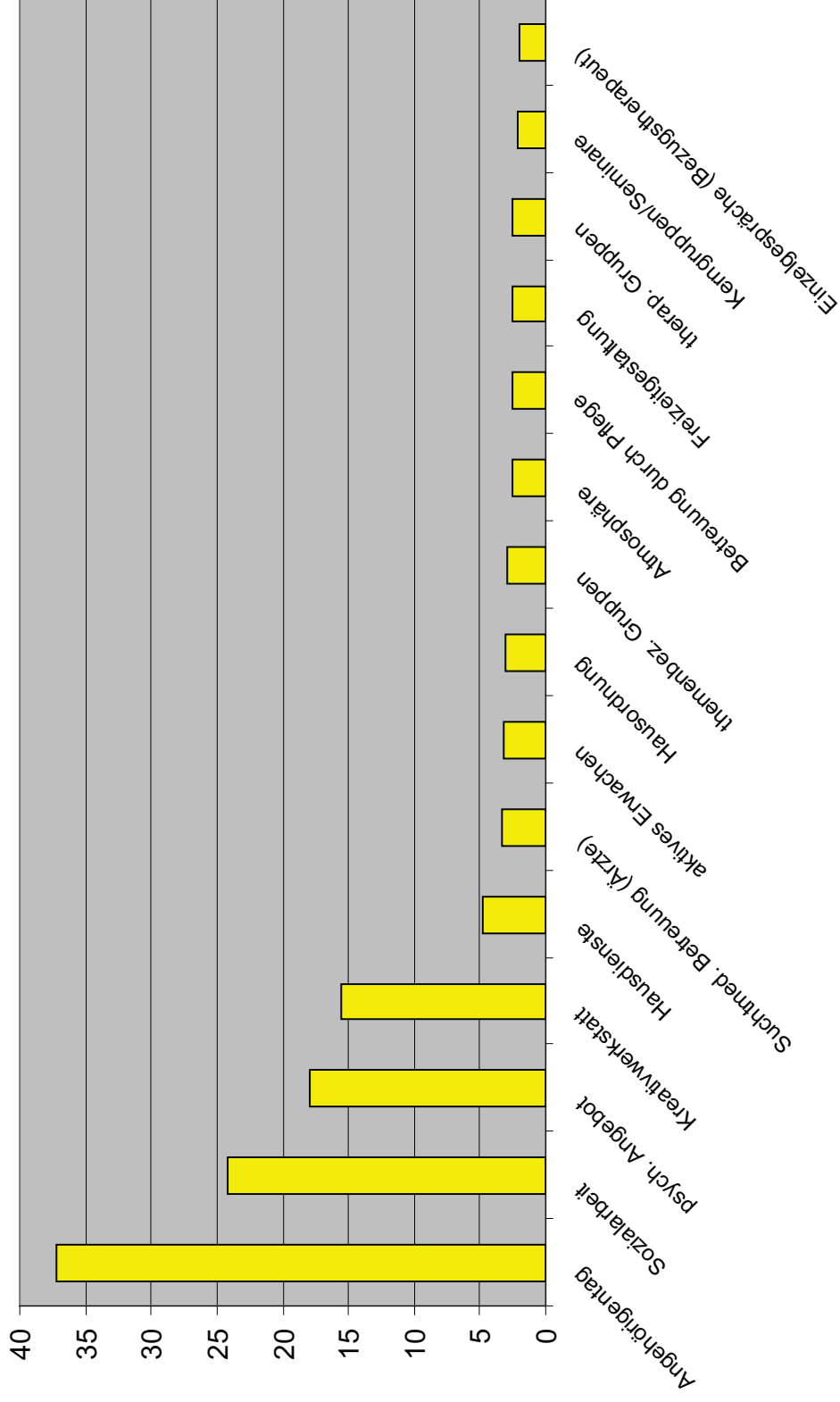
Was haben Sie während Ihres Aufenthaltes als hilfreich empfunden?



- 1 = sehr hilfreich
- 2 = hilfreich
- 3 = weniger hilfreich
- 4 = nicht hilfreich

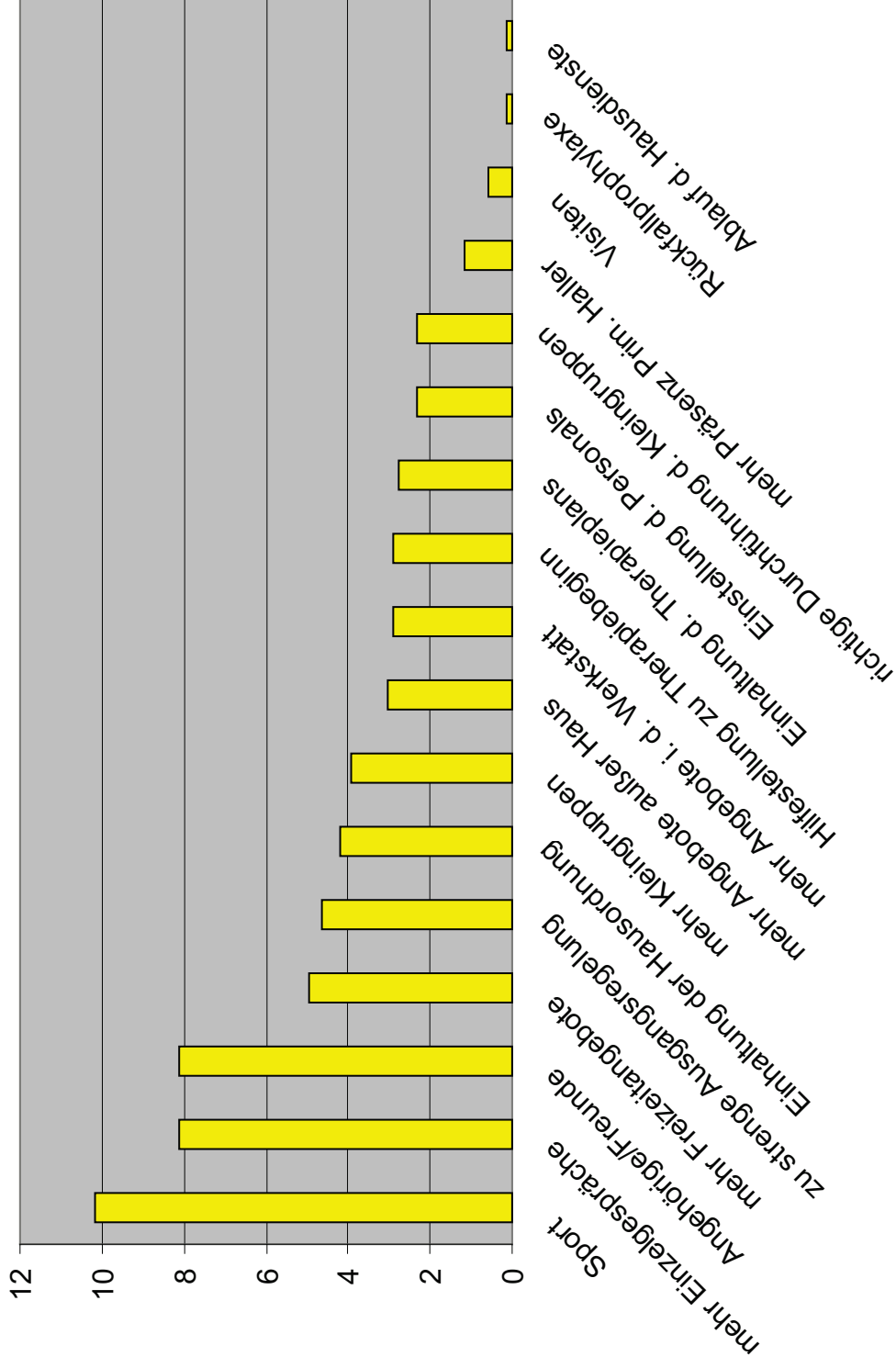
Nicht beanspruchte Angebote

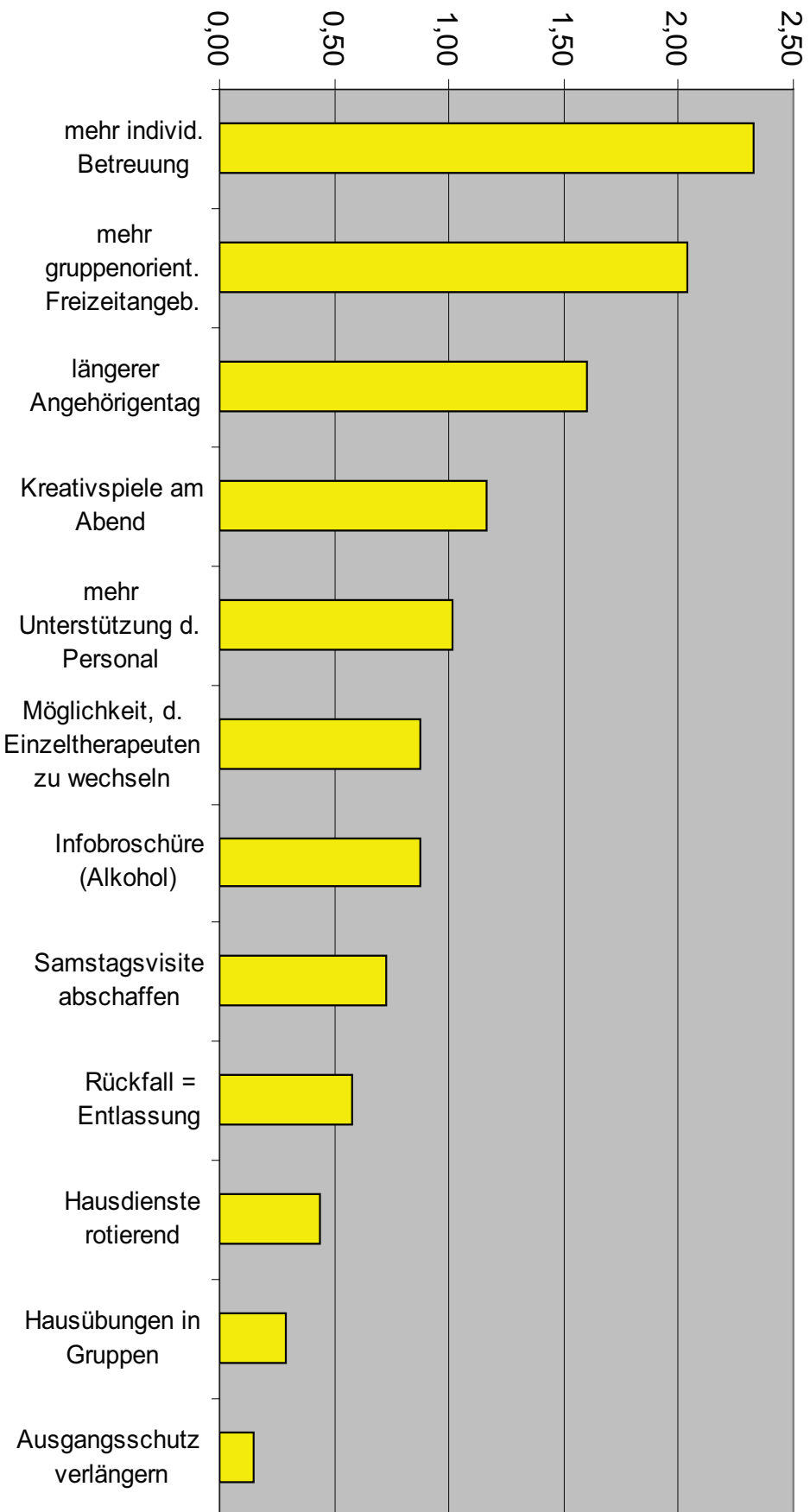
(Angaben in %)



Was haben Sie während der Therapie vermisst?

(Angaben in %)

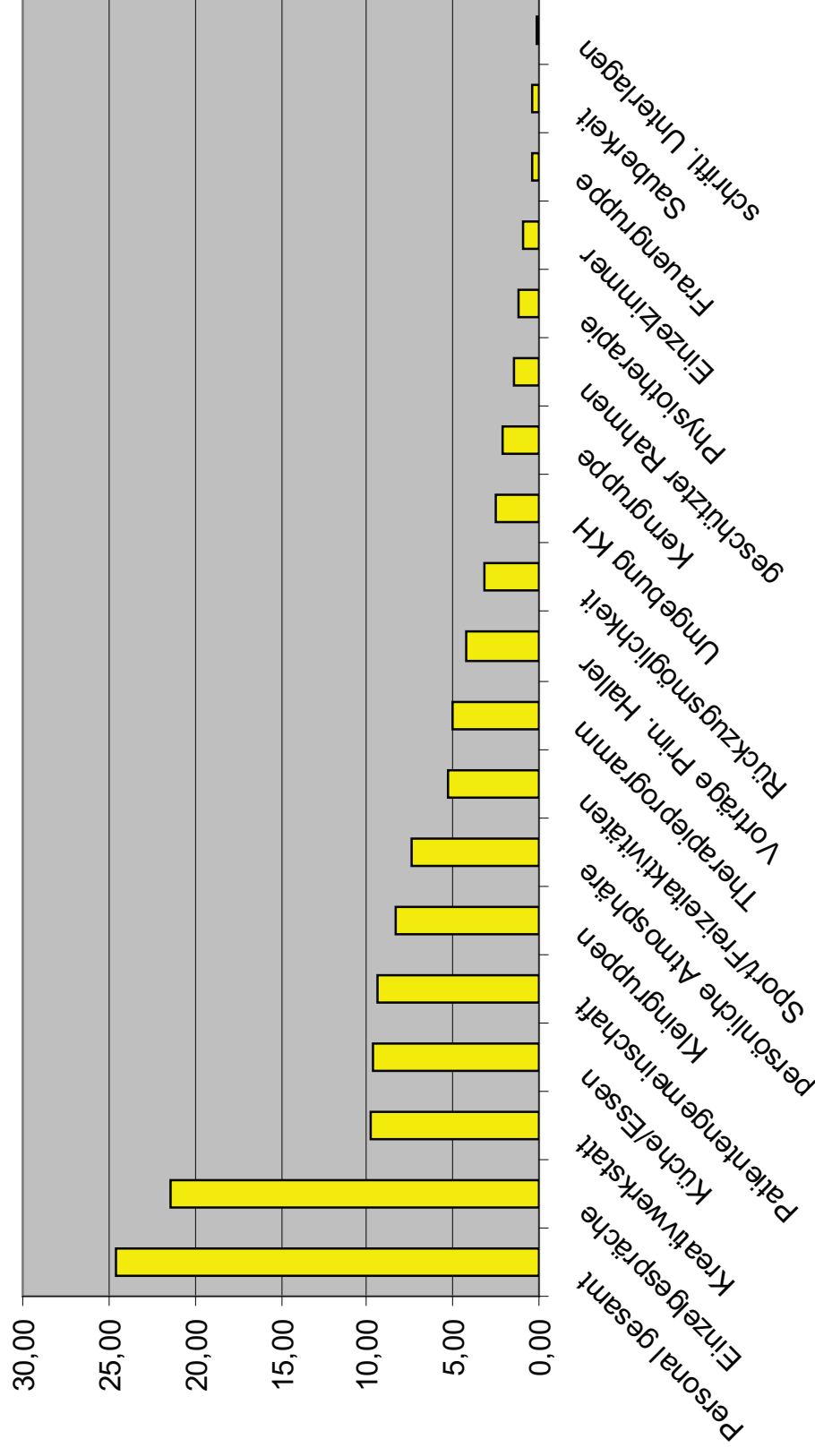




Was würden Sie ändern? (Angaben in %)

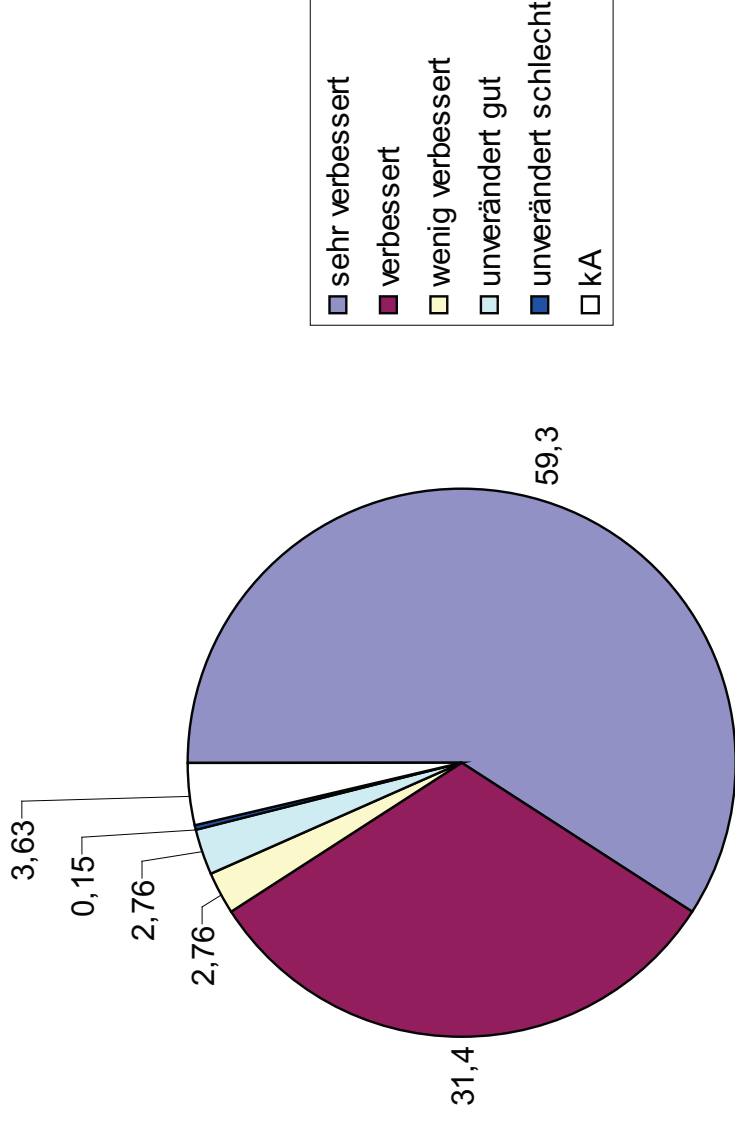
Was haben Sie als besonders positiv empfunden?

(Angaben in %)



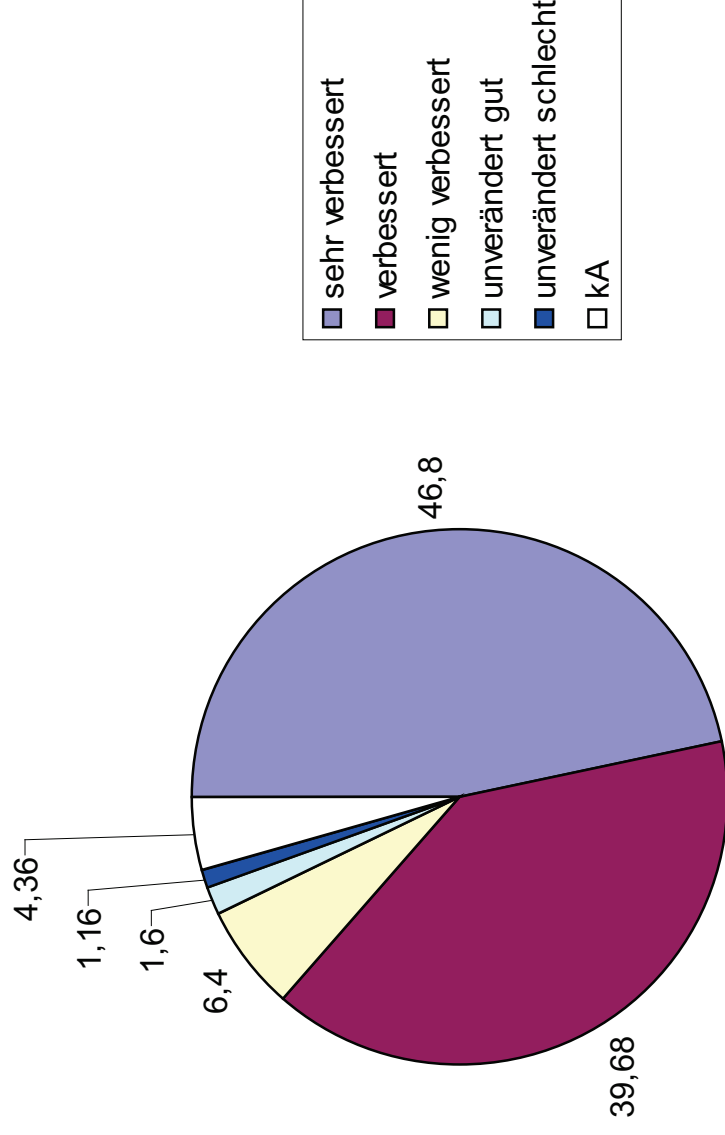
Körperliches Wohlbefinden

(Angaben in %)



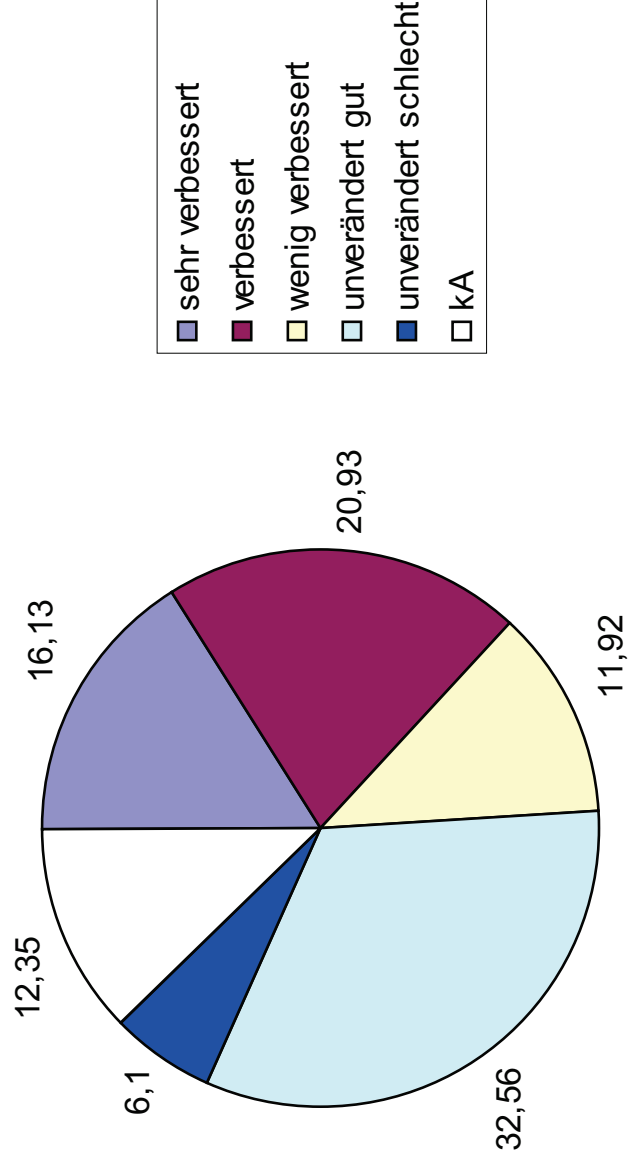
Seelisches Wohlbefinden

(Angaben in %)



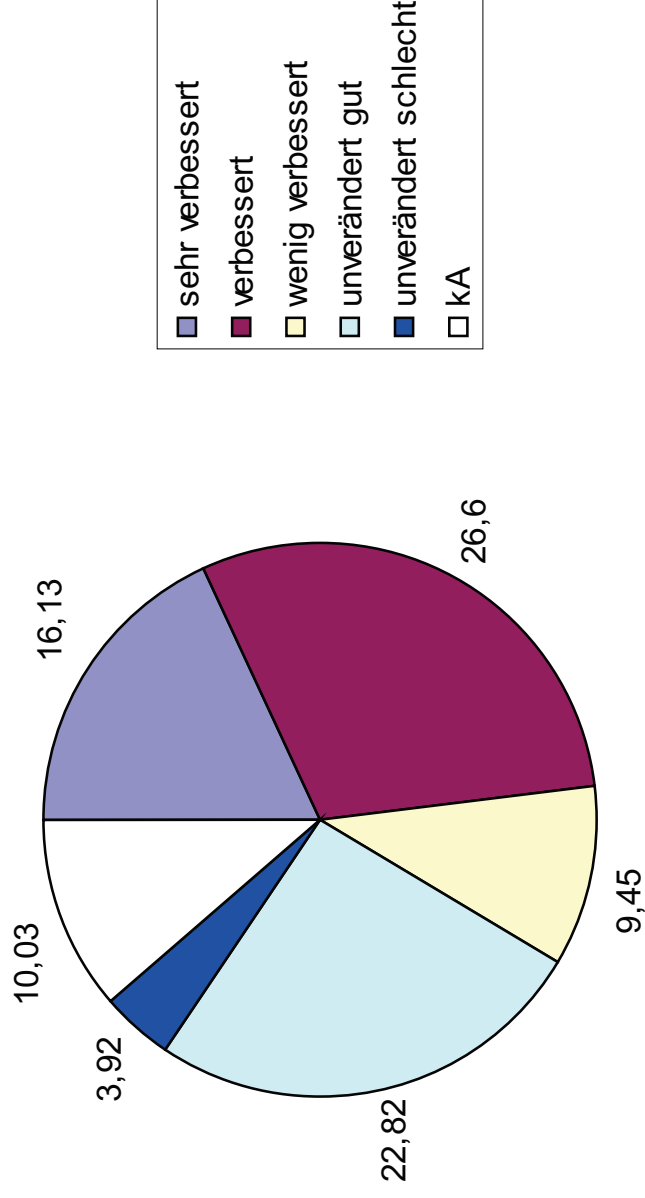
Soziale Situation

(Angaben in %)

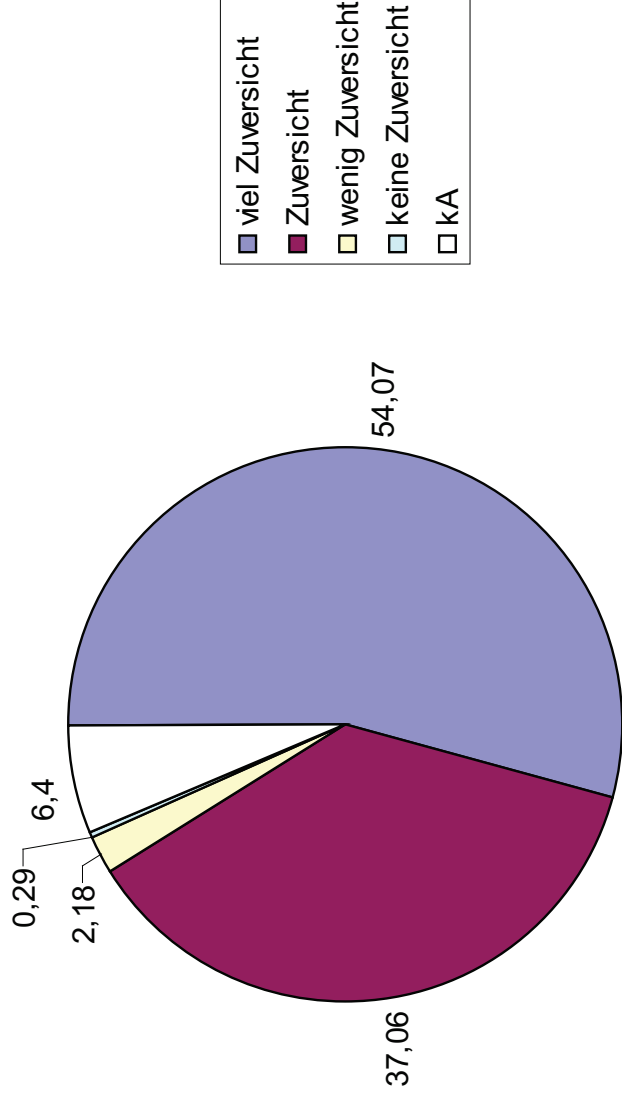


Partnerschaftliche, familiäre und freundschaftliche Beziehungen

(Angaben in %)

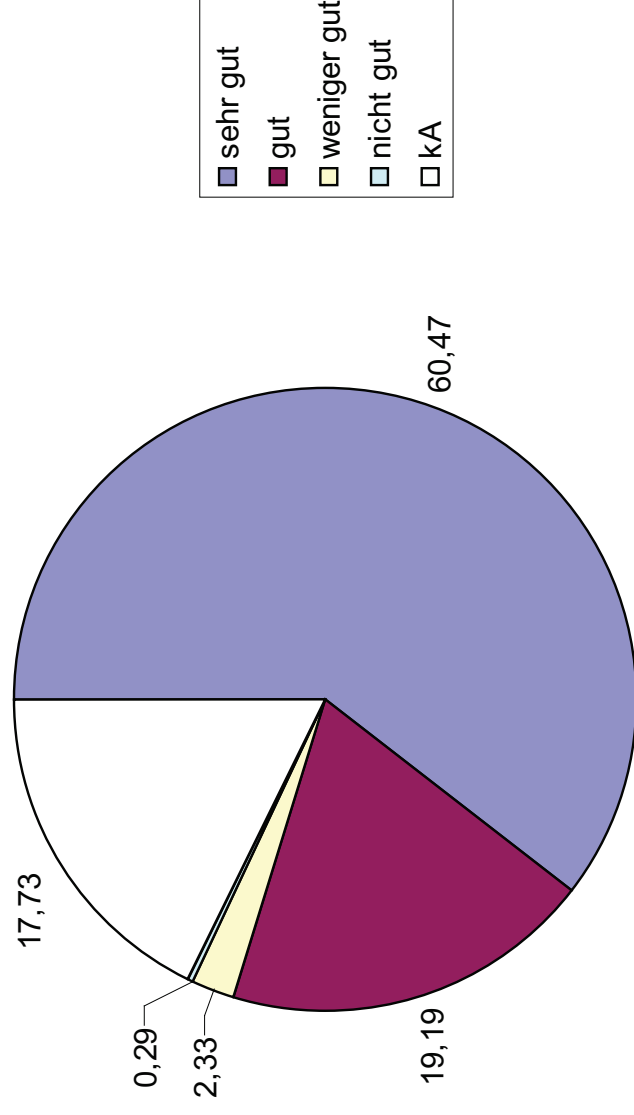


Zuversicht Abstinenz



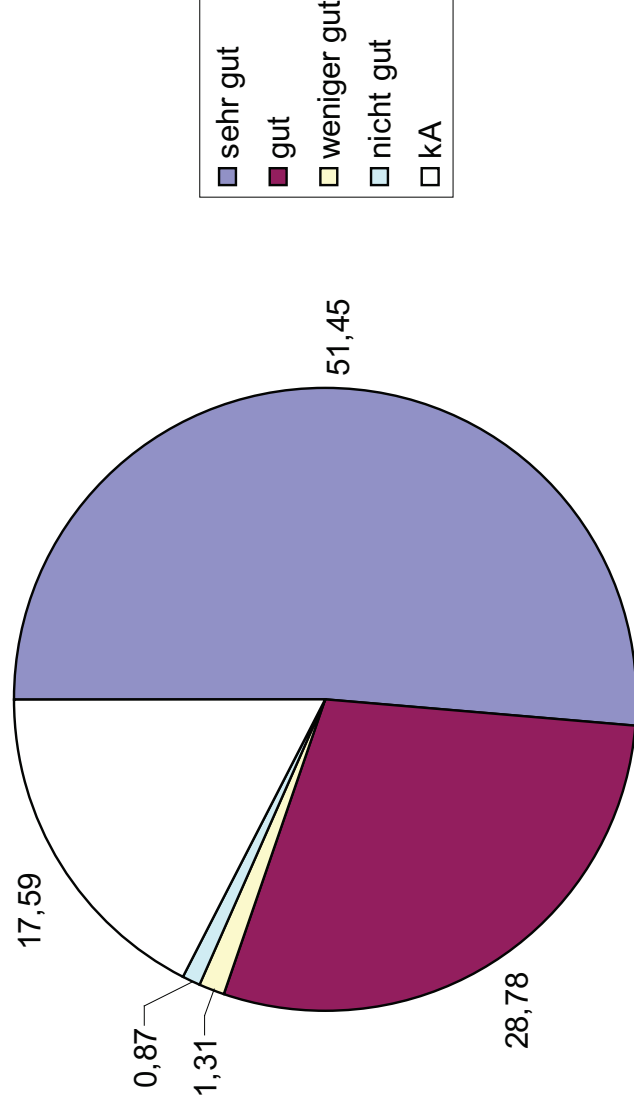
Rahmenbedingungen: Essen

(Angaben in %)



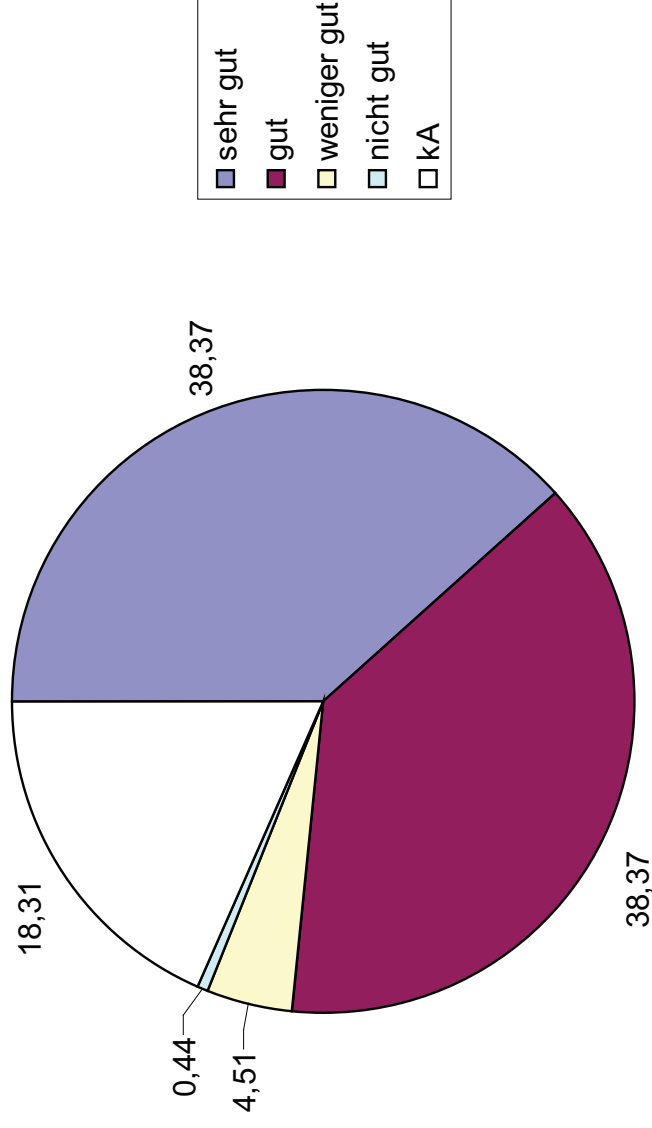
Rahmenbedingungen: Unterkunft

(Angaben in %)



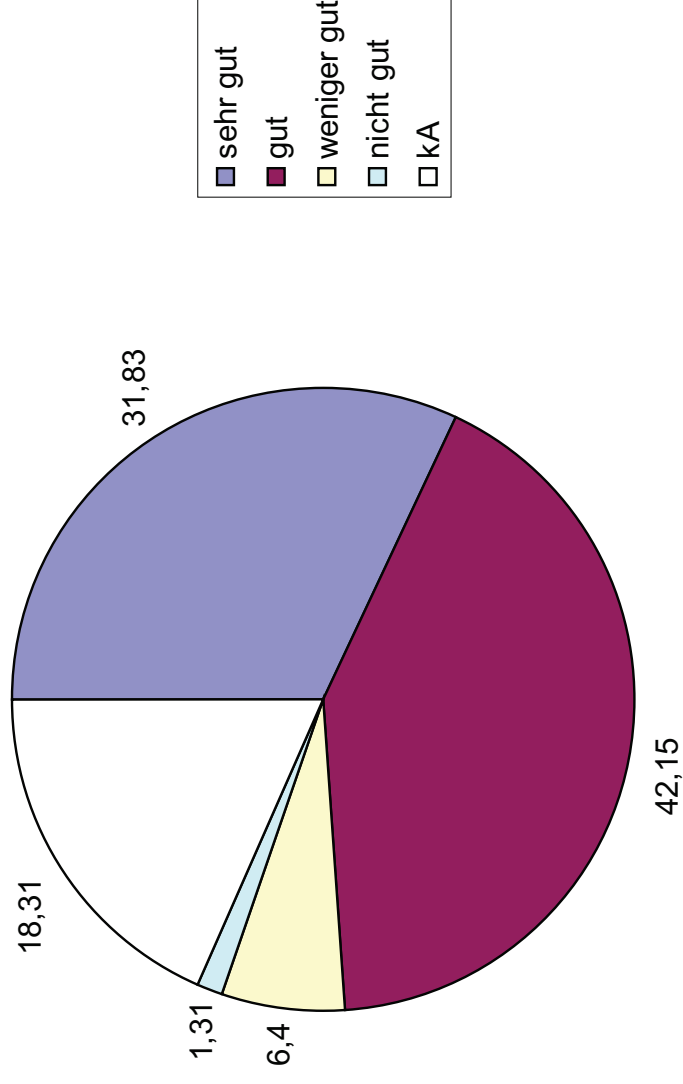
Rahmenbedingungen: Gruppenräume

(Angaben in %)



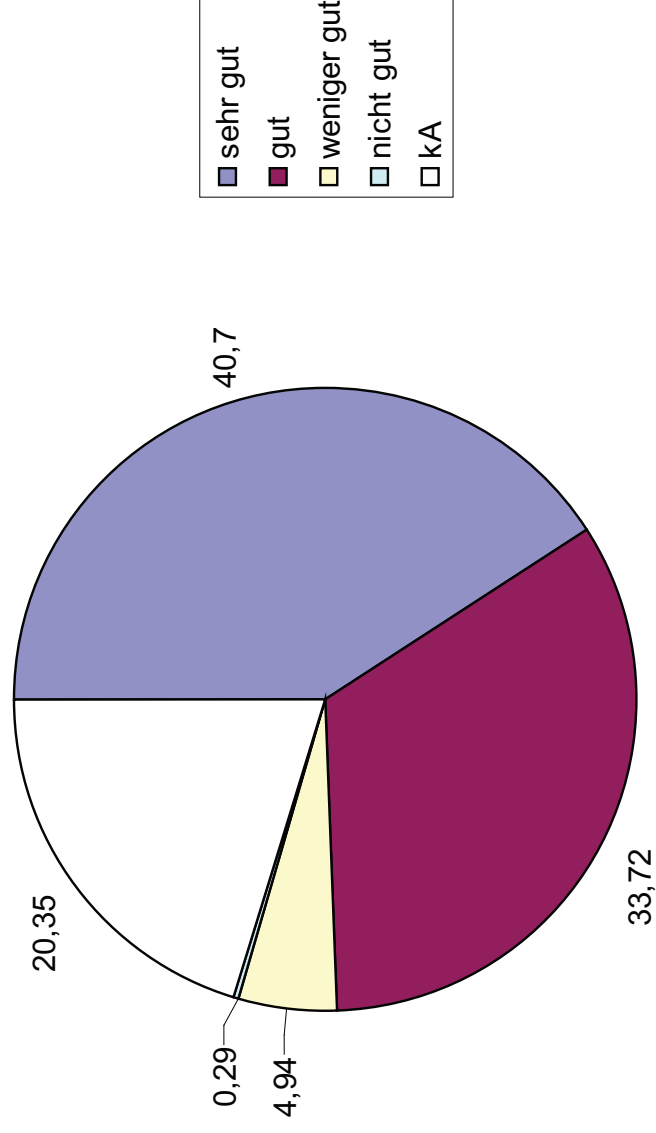
Rahmenbedingungen: Aufenthaltsräume

(Angaben in %)



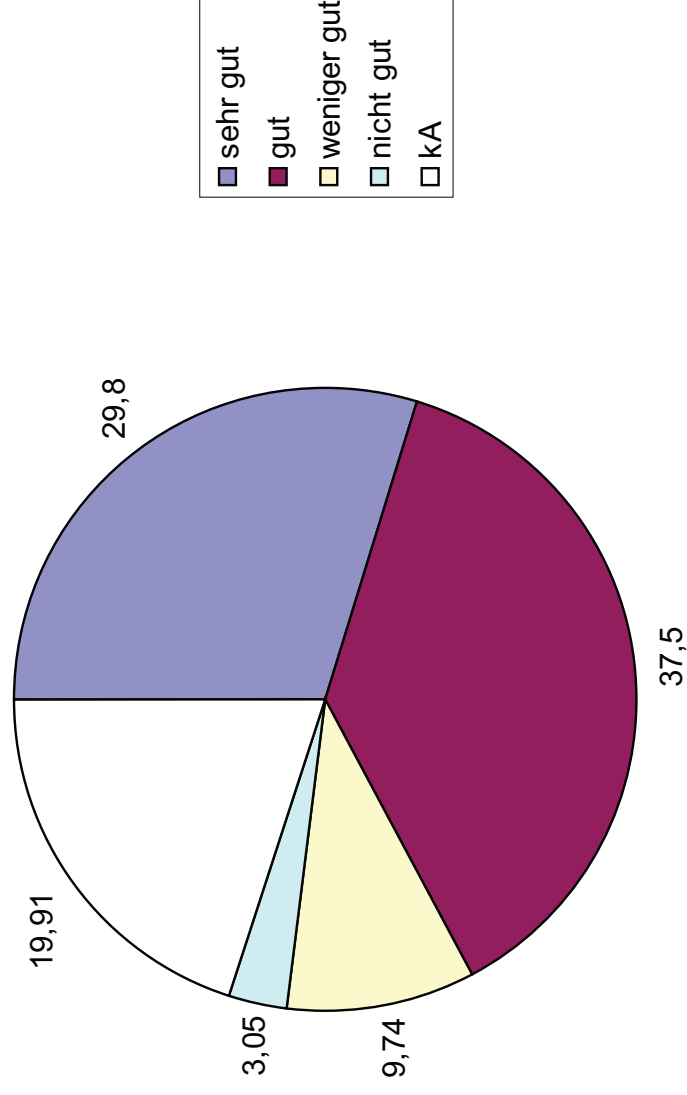
Rahmenbedingungen: Außenbereich

(Angaben in %)



Rahmenbedingungen: Freizeiteinrichtungen

(Angaben in %)



Was könnte an den Rahmenbedingungen verbessert werden?

(Angaben in %)

