

BerTha
Frauensuchtberatung



Konzeption

Überarbeitung Feb 2007

BerTha F. e.V.
Höhenstrasse 25
40227 Düsseldorf
Telefon 0211 44 16 29
Telefax 0211 4 92 08 51
E-Mail bertha.f@arcor
www.berthaf.de

1 DAS VORWORT	4
2 DIE SUCHTBERATUNGSSTELLE BERTHA F. E.V.....	4
2.1 Die Trägerschaft.....	4
2.2 Die Entstehungsgeschichte.....	5
2.3 Das Versorgungsgebiet.....	5
2.4 Die Lage, Räumlichkeiten und Öffnungszeiten.....	5
2.5 Das Mitarbeiterinnenteam der Beratungsstelle.....	6
2.6 Die Qualitätssicherung.....	7
2.7 Die Vernetzung mit anderen Einrichtungen.....	7
DIE GRUNDSÄTZE UNSERES BERATUNGS- UND BEHANDLUNGS- KONZEPTES.....	7
2.8 Das Menschenbild und Therapieverständnis.....	7
2.9 Das Persönlichkeits- und Krankheitsmodell.....	9
2.9.1 Das Persönlichkeitsmodell der integrativen Therapie.....	10
2.9.2 Das Krankheitsmodell der integrativen Therapie	10
2.9.3 Das Suchtverständnis.....	11
2.10 Die frauenspezifische Suchtarbeit.....	12
2.10.1 Die Gesellschaftlichen und psychosozialen Rahmenbedingungen der Suchterkrankungen von Mädchen und Frauen.....	12
2.10.2 Das Erscheinungsbild der Erkrankungen / Frauensucht ist anders.....	13
2.10.3 Die Ziele frauen- und mädchenspezifischer Suchtarbeit.....	16
DIE ANGEBOTE DER BERATUNGSSTELLE.....	18
2.11 Die Kontaktphase.....	18
2.11.1 Ziele.....	19
2.11.2 Setting.....	19
2.12 Die Motivations- und Beratungsphase.....	20
2.12.1 Dauer.....	21
2.12.2 Ziele.....	21
2.12.3 Diagnostik.....	21
2.12.4 Setting.....	22
2.12.5 Vermittlung und Begleitung in stationäre Entwöhnungsbehandlung.....	23
2.13 Das Angebot der ambulanten medizinischen Rehabilitation.....	24
2.13.1 Zielgruppe und Behandlungsvoraussetzungen.....	24
2.13.2 Indikationskriterien.....	24
2.13.3 Kontraindikation.....	25
2.13.4 Ziele der Rehabilitation.....	25
2.13.5 Antragsverfahren und Behandlungsvertrag.....	26
2.13.6 Setting.....	26
2.13.6.1 Eingewöhnungsphase	27
2.13.6.2 Haupttherapiephase.....	27
2.13.6.3 Ablösephase.....	29
2.13.6.4 Behandlungsdauer.....	29

2.13.7 Krisenintervention.....	29
2.13.8 Umgang mit Rückfällen.....	30
2.13.9 Therapeutisches Personal.....	30
2.13.10 Qualitätssicherung.....	31
2.14 Die Nachsorge	31
2.15 Die Einzeltherapie.....	32
2.16 Die Psychosoziale Betreuung	32
2.17 Das Gruppensetting	33
2.17.1 Gruppe für substituierte Frauen.....	34
2.17.2 Gruppe für Frauen mit Ess-Störungen.....	35
2.17.3 Therapiegruppe	36
DIE PRÄVENTION.....	38
2.18 Die Präventionsangebote.....	38
2.18.1 Präventionsveranstaltungen mit Schulklassen.....	38
2.18.2 „Hilfe, mein Kind pubertiert“ ein Angebot für Mütter.....	39
2.18.3 „Wenn Essen zum Problem wird“ - ein Angebot für Mütter.....	40
2.18.4 Fortbildung für MultiplikatorInnen.....	40
DIE ÖFFENTLICHKEITSARBEIT.....	41
2.19 Angebote.....	41
2.20 Ziele.....	41
DER ANHANG.....	42
<u>BEHANDLUNGSVERTRAG FÜR DIE AMBULANTE MEDIZINISCHE REHABILITATION.....</u>	<u>42</u>
LITERATUR.....	46

1 Das Vorwort

Suchtentstehung und Verlauf immer von geschlechtsspezifischen Faktoren beeinflusst. So ist es wissenschaftlich unumstritten, dass Frauen andere Gebrauchs-, Missbrauchs- und Ausstiegsmuster entwickeln als Männer. Entsprechend gehört es zu einem Qualitätsmerkmal in Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe frauenspezifische Angebote zu installieren. Bezüglich der gesundheitspolitischen Einordnung der Thematik gibt es auf der Ebene der Landesregierung im Rahmen des Landesprogramms gegen Sucht eine klare Entscheidung frauenspezifische Belange in das Gesamtsystem der Versorgung Suchtkranker einzubinden und dies entsprechend zu fördern. Ein zielgruppenorientiertes Beratungs- und Behandlungsangebot muss auf die Lebenszusammenhänge und die Lebenssituation suchtmittelabhängiger bzw. substituierter Frauen ausgerichtet sein. BerTha F. e.V. schließt bezüglich der o. g. therapeutischen Anspruchsmerkmale eine regionale Versorgungslücke im Einzugsgebiet Düsseldorf.

Wer, wenn nicht diejenigen, die ein schweres Los getroffen hat, könnte besser bezeugen, dass unsere Kraft weiter reicht als unser Unglück, dass man, um vieles beraubt, sich zu erheben weiß, dass man enttäuscht, und das heißt ohne Täuschung zu leben vermag

ist

2 Die Suchtberatungsstelle BerTha F. e.V.

2.1 Die Trägerschaft

Träger der Frauensuchtberatungsstelle ist der gemeinnützige Verein BerTha F. e.V. (**B**eratung und **T**herapie **a**bhängiger **F**rauen) der 1990 aus einem Zusammenschluss von therapeutisch tätigen Frauen ins Leben gerufen wurde. Ziel der Vereinsgründung war es, die Lücke in der psychosozialen Versorgung suchtkranker Frauen und Mädchen in Düsseldorf zu schließen.

Seit 1996 ist BerTha F. e.V. eine Mitgliedsorganisation des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes.

Der Vorstand des Vereins besteht derzeit aus fünf Personen.

Die Beratungsstelle trägt sich durch eine Mischfinanzierung. Öffentliche Mittel, der Hauptanteil liegt hier bei der Stadt Düsseldorf, werden durch Eigenmittel und Spenden ergänzt. Bei einigen Klientinnen werden die Kosten der Behandlung im Rahmen der poststationären Rehabilitation von den Sozialversicherungsträgern übernommen.

Ein mit der Stadt Düsseldorf vereinbarter Leistungsvertrag bildet für die Beratungsstelle eine fest kalkulierbare Basisfinanzierung.

Aufgrund der Rahmenverträge zur Sicherung von sozialen Diensten und Leistungen zwischen der Landeshauptstadt Düsseldorf und den Verbänden der freien Wohlfahrtspflege in Düsseldorf übernimmt BerTha F. e.V. über einen Einzelvertrag mit dem Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband Aufgaben aus dem Bereich der Gesundheitshilfe. Diese sind über eine Produkt- und Leistungsbeschreibung mit klar definierten Kennzahlen festgeschrieben.

2.2 Die Entstehungsgeschichte

Nach der Gründung hatte sich der Verein BerTha F. e.V. nach einigen Jahren konzeptioneller Arbeit einerseits und praktischer-therapeutischer Arbeit andererseits, im Jahr 1995 entschieden, zwei wichtige Schritte zu tun:

Der erste Schritt bestand in der Entscheidung, „eigenen Raum“ zu beanspruchen und eine Beratungsstelle eröffnen. Während der ersten Jahre hatte der Verein nur stundenweise angemietete Räume zur Verfügung und die praktisch – therapeutische Arbeit beschränkte sich im Wesentlichen auf die Durchführung einer offenen angeleiteten Frauensuchtgruppe.

So wurden wir Untermieterin unseres Dachverbandes „**Der Paritätische**“, bezogen ein Ladenlokal in der Benedikt-Schmittmann-Strasse, das wir in Eigenleistung renovierten.

Der zweite Schritt bestand darin, parallel zur Eröffnung der Frauensuchtberatungsstelle eine wissenschaftliche Forschungsstudie zu integrieren, deren Ziel es war möglichst viele Informationen über die Lebensbedingungen abhängiger Frauen und ihrer Kinder im Raum Düsseldorf und die Hilfestellungen, die sie erfahren, zusammenzutragen.

Gebunden an unser Vorhaben, die genannte Studie umzusetzen, war auch die Entscheidung eine Arbeitsstelle hierfür einzurichten. Das Arbeitsamt Düsseldorf bewilligte eine Vollzeit- ABM-Stelle für eine wissenschaftliche Mitarbeiterin.

Damit wurden aus dem Initiativkreis engagierter Therapeutinnen mit einem Mal Mitarbeiterinnen einer Beratungsstelle und Vorgesetzte einer hauptamtlichen Kraft, gleichzeitig wurde der Verein in die „Arbeitsgemeinschaft der Düsseldorfer Suchtkrankenhilfe“ aufgenommen.

Über eigene Räumlichkeiten gelang es BerTha F., den Verein als Träger der Suchtberatungsstelle zu etablieren, das Beratungsangebot auszuweiten, die Beratungsarbeit selbst zu professionalisieren und die sozial- und gesellschaftspolitischen Positionen und Forderungen des Vereins offensiver zu vertreten. Mit anderen Worten: BerTha F. wurde zu einem integralen Bestandteil der Düsseldorfer Suchtkrankenhilfe.

2.3 Das Versorgungsgebiet

Die Frauensuchtberatungsstelle BerTha f. e.V. hat ihre Räumlichkeiten zentral und innerstädtisch in der Höhenstrasse 25 in 40227 Düsseldorf.

Die Beratungsstelle ist über die Straßenbahnlinie 706, Haltestelle Flügelstrasse, die Buslinien 736, 721 und 722, Haltestelle Stahlstrasse sowie die U-Bahn-Linien U74, U77 und U79, Haltestelle Oberbilk Markt zu erreichen.

Das Einzugsgebiet der Suchtberatungsstelle umfasst die Großstadt Düsseldorf mit ca. 300.000 weiblichen Einwohnerinnen von 575.000 Gesamteinwohnern. Mit zum Versorgungsgebiet gehören der Kreis Neuss, der Kreis Mettmann sowie die an Düsseldorf grenzenden Ortsteile von Duisburg, Essen sowie Krefeld. Sie ist mit öffentlichen Verkehrsmitteln innerhalb von 45 Minuten gut zu erreichen.

2.4 Die Lage, Räumlichkeiten und Öffnungszeiten

Seit März 2007 befindet sich die Beratungsstelle in der Höhenstrasse 25 in Düsseldorf-Oberbilk

Die Einrichtung umfasst 167 m² in fünf Räumen und einem Sozialraum.

Die Einrichtung ist behindertengerecht und barrierefrei.
Die Beratungsstelle ist täglich in der Zeit von 8:30 bis 17:00 besetzt.
Termine werden in der Regel telefonisch vereinbart.
Sprechstundenzeiten, die ohne Voranmeldung genutzt werden können sind:
am Montag und Dienstag von 10:00 bis 12:00 Uhr und am Donnerstag von 16:00 bis 18:00 Uhr.

2.5 Das Mitarbeiterinnenteam der Beratungsstelle

Das Team der Mitarbeiterinnen von BerTha F. besteht aus 7 Frauen. Alle Frauen kommen aus pädagogisch-sozialarbeiterischen Berufsfeldern und verfügen über psycho- und soziotherapeutischen Zusatzausbildungen (Schwerpunkt Gestalttherapie). Eine Mitarbeiterin verfügt über die Erlaubnis zur heilkundlich-praktischen Psychotherapie (HPG), eine andere ist Kunsttherapeutin.

Die Heterogenität der Klientinnen in Bezug auf ihren soziodemographischen Hintergrund, Krankheitsbild, Suchtmittelmissbrauch etc., erfordern eine Heterogenität in der Methodik, die durch die unterschiedlichen Therapieansätze der Mitarbeiterinnen gewährleistet werden: indikationsübergreifende Gestalttherapie, integrative Therapie, Sozialtherapie, Kunsttherapie, Verhaltenstherapie etc.

Die Mitarbeiterinnen von BerTha F. sind sich der gesellschaftlichen Strukturen und ihrer Auswirkungen auf alle Frauen und Mädchen bewusst. Alle Mitarbeiterinnen setzen sich mit ihrer eigenen Lebenssituation, eigenen Rollen, eigenen Konzepten von weiblicher Identität, Einflüssen ihrer Sozialisation, eigenen Gewalterfahrungen und eigenen Lebensstrategien auseinander.

Zudem ist ihre Haltung von „Parteilichkeit“ und „Betroffenheit“ geprägt:
Dies meint ein Engagement für die Frau / das Mädchen mit der gearbeitet wird, das sich nährt aus dem Wissen über die benachteiligte Lebenssituation von Frauen und Mädchen und die spezifischen Bewältigungsmechanismen, die daraus entstehen. Weiter wird das Engagement in der Arbeit mit der Gewissheit getragen, bei allem, was einer Frau / einem Mädchen passiert, selbst betroffen sein zu können und der Sichtweise, dass psychische Störungen und soziale Krisen bei Frauen durch geschlechtsspezifische Rolle und Identität beeinflusst sind, dass sie nicht individuelles Versagen bedeuten, sondern einen misslungenen, mit persönlicher Qual erkauften Konfliktlösungsversuch darstellen.

Teamstruktur

Wöchentlich finden Gesamtteamsitzungen statt. Nach einer festgelegten Struktur werden alle aktuellen Fragestellungen zur Beratungsarbeit thematisiert. Des Weiteren findet hier der Informationsfluss zwischen den Gruppenleiterinnen und den Bezugstherapeutinnen statt. Es werden Fallbesprechungen durchgeführt.

Aspekte, welche die Organisation und die Verwaltung der Beratungsstelle betreffen, sowie konzeptionelle Planungen und Überlegungen werden besprochen.

Neben der beschriebenen Teamstruktur werden zeitlich befristete projektbezogene Arbeitsgruppen gebildet.

2.6 Die Qualitätssicherung

Alle Beratungs- und Behandlungsangebote der Beratungsstelle werden supervidiert. Die Supervision findet monatlich im Gesamtteam statt und wird von einer externen Supervisorin angeboten. Die Supervision erfolgt je nach Bedarf als Fall- oder Teamsupervision. Fälle werden auch im Rahmen der kollegialen Fallbesprechung im Gesamtteam supervidiert.

Einmal jährlich finden ein bis zweitägige Teamklausuren statt, die ein Forum des konzentrierten Erfahrungsaustausches bieten und der konzeptionellen Weiterentwicklung dienen.

Weiterhin tragen externe Fortbildungen der Mitarbeiterinnen, sowie die regelmäßige Teilnahme an verschiedenen kommunalen und überregionalen Arbeitsgruppen zur Qualitätssicherung der Arbeit bei.

Die Teilnahme an Tagungen und die zu Verfügung stehende neueste Literatur dienen der Auseinandersetzung mit neuen Erkenntnissen der Wissenschaft.

Des Weiteren beteiligt sich BerTha F. e.V. an der jährlichen Datenerhebung über EBIS. Die Daten werden an das Institut für Therapieforschung in München, im Auftrag der Wohlfahrtsverbände und der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren weitergegeben.

2.7 Die Vernetzung mit anderen Einrichtungen

Auf der strukturellen Ebene kooperieren wir grundsätzlich mit allen Einrichtungen der Düsseldorfer Suchtkrankenhilfe. Hierzu gehören insbesondere die Arbeitskreise der

- Düsseldorfer Gesundheitskonferenz und
- Die Arbeitsgemeinschaft der Düsseldorfer Suchtkrankenhilfe.

Eine Vernetzung mit KollegInnen in der Beratungsarbeit findet im

- Düsseldorfer Arbeitskreis Mädchen, Frauen und Sucht
- überregionalen Arbeitskreis Frauen und Sucht
- Arbeitskreis Methadon der PSB-BeraterInnen

statt.

Des Weiteren arbeiten wir eng mit Institutionen der Jugend- und Gesundheitshilfe sowie der Justiz und anderen Trägern, insbesondere auch fallbezogen zusammen.

Die Grundsätze unseres Beratungs- und Behandlungskonzeptes

2.8 Das Menschenbild und Therapieverständnis

Die Arbeit von BerTha F. basiert auf dem Menschenbild und den Prinzipien der **humanistischen Psychologie**. Unser Tun ist geprägt von Werten, Haltungen und Grundlagen der **Gestalttherapie** und der **Integrativen Therapie**.

Die humanistische Psychologie legt 5 Prinzipien zugrunde:

- Jeder Mensch ist auf seine Art einzigartig.
- Das menschliche Existieren vollzieht sich in menschlichen Zusammenhängen, Beziehungen zu anderen Menschen sind existentiell.

Gleichzeitig bleibt das Bestreben nach Autonomie und Eigenständigkeit eine Sehnsucht jedes Menschen.

- Der Mensch lebt bewusst; die jeweils verfügbare Bewusstheit ist ein Wesensmerkmal des Menschen und Grundlage für das Verstehen menschlicher Erfahrung.
- Der Mensch ist in der Lage zu entscheiden, er hat Wahlmöglichkeiten; er ist nicht Zuschauer seiner Existenz.
- Der Mensch lebt zielgerichtet, er weist auf die Zukunft; er hat Zweck, Werte und Sinn.

(vgl. Bugental zitiert in: Yalom, Existenzielle Therapie, 1989)

Basierend auf den Prinzipien der humanistischen Psychologie wird in der Integrativen Therapie der Mensch als Körper-Seele-Geist-Einheit verstanden. Der Mensch lebt in seinem sozialen und ökologischen Umfeld und ist nur im Zusammenhang mit Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft, in einem Zeitkontinuum, in dem er sich immer gleichzeitig befindet zu begreifen. Der Mensch wird als dialogisches Wesen verstanden. Er wird von bewussten und unbewussten Strebungen bestimmt und befindet sich zugleich in einer Korrespondenz mit anderen Menschen und der Welt. Dieser Dialog ist für sein physisches und psychisches Überleben unerlässlich.

Die Persönlichkeitsentwicklung wird als interaktiver Entwicklungsprozess während der ganzen Lebensspanne verstanden.

(vgl. Petzold 1996, und Schuch 2001)

Wir gehen davon aus, dass der Mensch zu jedem Zeitpunkt nicht nur der Ausdruck der Ist-Situation ist, sondern er spiegelt die Gesamtheit aller seiner Erfahrungen und die Art und Weise, wie er diese Erfahrungen hat verarbeiten können. Menschliche Erfahrungen

hinterlassen im Körper

„Eindrücke“, die durch den Körper auch wieder „aus-gedrückt“ werden.

Dieser Ansatz ist gerade in der Arbeit mit Frauen von zentraler

Bedeutung, da diese an und über ihren Körper oft Abwertung, Missbrauch und Gewalt erfahren und das Wissen um diese Tatsache und die möglichen Auswirkungen in der Arbeit in den Blick genommen und berücksichtigt werden muss. Als Hauptaugenmerk unserer Arbeit mit Menschen sehen wir das Wachstum und die Verwirklichung der in uns Menschen vorhandenen Potentiale, unserer Vitalität und unserer Lebenslust. Eine Grundlage hierfür liegt in der Überzeugung, dass Menschen alle Fähigkeiten in sich tragen, die sie für die Gestaltung ihres Lebens und zur Problemlösung benötigen (SELBSTHEILUNGSKRÄFTE, SELBSTREGULIERUNG), sowie in der Überzeugung, dass Menschen nach Ganzheit und Vollständigkeit streben.

Diese Fähigkeiten sind im Laufe eines Lebens jedoch oft verschüttet. Um wieder eine Verbindung zu den eigenen positiven Kräften herzustellen, bedarf es folgender Voraussetzungen, deren Entwicklung im therapeutischen Prozess unterstützt wird:

- Wache Bewusstheit und Aufmerksamkeit für sich und seine Umwelt und zwar auf der sensomotorischen, als auch auf der emotionalen und der kognitiven Ebene (AWARENESS) entwickeln
- Wünsche und Gefühle zuzulassen und auszudrücken

Als lebendes Geschöpf bin ich Teil zweier Arten von Kräften - Wachstum und Verfall, Sprießen und Welken, Leben und Sterben und in jedem Moment unseres Lebens steht jeder von uns aktiv irgendwo an einem nahtlosen Übergang zwischen

- Fähigkeiten, Fertigkeiten und Schwächen anzunehmen und die in ihnen steckenden Chancen und Erfahrungen nutzbar zu machen
- Andere mit ihren Stärken und Schwächen wahrzunehmen.

Für BerTha F. ergibt sich aus dem zugrunde gelegten Menschenbild folgende Grundsätze in der konkreten Arbeit:

- Wir arbeiten mit ganzheitlichen, die Souveränität der Klientinnen fördernden Handlungskonzepten, indem die gesamte Lebenswelt der einzelnen Klientinnen ernst genommen und in den Beratungsprozess mit einbezogen wird.
- Wir orientieren uns an den Ressourcen und Stärken unserer Klientinnen.
- Wir arbeiten prozess- und lösungsorientiert.
- Die Arbeit ist getragen von Respekt vor dem Weg der einzelnen Frau und von Akzeptanz des jeweiligen Lebenswelt- und Kulturbezuges sowie der jeweiligen Lebensform. Es gibt keinerlei Einschränkung, die sich durch Konfession, Herkunft oder Lebensform herleiten lässt.

In unserer Arbeit stützen wir uns im Wesentlichen auf vier Grundfähigkeiten des Menschen: Die Entwicklung dieser Fähigkeiten ist immer gleichzeitig Ziel und -zumindest in minimaler Ausprägung - Voraussetzung der Therapie:

1. Die Ko-Respondenz des Menschen mit seiner sozialen und ökologischen Umwelt. (Wer durch „schlechte Umwelten“ und Beziehungen krank geworden ist, kann durch gute gebessert oder sogar geheilt werden.)
2. Das spontane, kreative Potential, die Fähigkeit des Menschen zu Wahrnehmung, Ausdruck und Gestaltung, die Fähigkeit, Neues zu erproben.
3. Die Exzentrizität, d.h. die Fähigkeit, sich selbst und seine Umwelt in Vergangenheit und Gegenwart bewusst erleben, reflektieren und relativieren zu können, und dadurch alternative Entwürfe entwickeln zu können.
4. Die Regression, d.h. die Fähigkeit emotional in frühere Szenen und Beziehungen zurückzugehen. Dies ermöglicht es, den Sinn heutiger Gefühle und Symptome zu verstehen, indem diese Gefühle und Symptome mit damaligen Szenen in Verbindung gebracht werden. Diese Art des emotionalen Verstehens geht über das kognitive Verstehen hinaus.

2.9 Das Persönlichkeits- und Krankheitsmodell

Der wissenschaftstheoretische Hintergrund unserer Beratungs- und Behandlungskonzeption sowie unseres Verständnisses der Psychodynamik suchtkranker Menschen bildet das Persönlichkeits- und Krankheitsmodell der integrativen Therapie (vgl. Petzold 1991-1993; Rahm et al. 1993).

Hierbei handelt es sich um ein ganzheitliches therapeutisches Verfahren, das historisch auf wesentlichen Konzepten der klassischen Gestalttherapie (Perls, Goodman), des Psychodramas (Moreno) und der Psychoanalyse (Ferenczi, Balint, Ijine) basiert. (vgl. Rahm, 1993).

2.9.1 Das Persönlichkeitsmodell der integrativen Therapie

Das Selbst, Ich und Identität werden in der integrativen Therapie nicht als feste Instanzen verstanden, sondern sind gedankliche Konstrukte, mit dem Ziel, die komplizierten Prozesse der Entwicklung von Persönlichkeit und Persönlichkeitsstrukturen verstehbar zu machen. Sie werden im Persönlichkeitsmodell der integrativen Therapie nicht als nebeneinander stehende Begriffe verstanden, sondern als ineinander verwobene Konstrukte. Das Selbst ist die Grundlage und das Gesamt der Persönlichkeit des einzelnen Menschen. Das Selbst ist „die angeborene Ausstattung des Menschen, seine Leiblichkeit, kollektive Vorstellungen, überlieferte Geschichten der Völker und des eigenen Volkes, die persönliche Geschichte und die der eigenen Familie, die individuelle Erlebens- und Verhaltenstendenz, die gegenwärtigen Beziehungen, Motivationen und Zukunftsvorstellungen (vgl. Rahm et al. 1993).

So entsteht eine individuelle Biografie aus verschiedenen, vom sozialen Kontext abhängigen Identitätszuschreibungen, die über eine positive oder negative Ich-Bewertung mit Identifikationen versehen werden und internalisiert werden.

2.9.2 Das Krankheitsmodell der integrativen Therapie

Wenn wir von Gesundheit und Krankheit sprechen, sprechen wir auch immer von anthropologischen Konzepten, von unserem Verständnis von Menschsein: Krankheit gehört zu unserem Leben, ebenso wie Schmerzen und wie der Tod. Ziel von Heilungsprozessen - auch psychischen - ist daher nicht Gesundheit in einem absoluten Sinne, sondern das Anstreben von Gesundheit. Oft müssen wir Verständnis für unsere eigenen und für fremde Krankheiten entwickeln und die Fähigkeit, sie zu tolerieren und uns auf sie einzustellen. Gesundheit im Sinne von optimalem Funktionieren ist häufig etwas ganz anderes als Gesundheit im Sinne von Lebendigkeit.

Das Gefühl, krank zu sein, ist nur scheinbar unmittelbar gegeben. In Wirklichkeit ist es ein höchst komplexes, sozial vermitteltes Phänomen. Als krank gelten allgemein also diejenigen Abweichungen vom normalen Reagieren, über deren Krankheitswert in einer gegebenen Gesellschaft zu einem gegebenen Zeitpunkt Konsens herrscht. Entfremdung kann so zum gesellschaftlich Normalen werden, selbst wenn sie zu Krankheiten führt.

*Mein Körper, mein Leib
wir gehören zusammen - mehr
ich habe dich, ich benutze dich,
du sollst funktionieren
sollst schön sein, stark und fit,
sollst nicht empfindlich sein, nicht
müde, nicht alt,
ich hasse dich,
wenn du nicht mitmachst,
wenn ich mich auf dich nicht verlassen
kann,
wenn du kaputt bist.
Ich vergesse, daß du kein Instrument
bist,
daß ich ohne dich nicht wäre,
ich vergesse, was dir angetan wurde,
von den anderen und von mir,
wie wenig Liebe du bekamst,
von den anderen und von mir,
ich vergesse, was du mir geschenkt
hast -
Spaß, Lust und vor allem zwei Kinder,
es tut mir weh,
ich möchte dich mehr sehen, mehr
lieben können.
(Dorothea Rahm 1993)*

Krankheit äußert sich für die Kranken in unterschiedlichsten Symptomen und Phänomenen, deren Sinn und deren Ursachen oft zunächst nicht klar sind. Dies gilt insbesondere für psychische Krankheiten.

Den „Sinn“ und die Ursachen psychischen und psychosomatischen Leidens herauszufinden bedeutet, den Situationsbezug des Leidens, des Symptoms wiederherzustellen, die Szenen zu finden und zu verstehen, zu denen das Symptom „passt“, in denen es adäquat war/ist oder sein könnte.

Auch wenn Krankheit, sprich auch Sucht, als ein „sinnvolles Geschehen“ interpretiert wird, sind wir der Meinung, dass Krankheit immer ein Übel ist, der Zusammenbruch eines potentiell gesunden Systems, ausgelöst durch Überforderung oder Mangel.

Veränderungen fallen oft schwer, weil das unter Umständen die Aufgabe alter Lebenstechniken erfordert oder zumindest den Abschied von alten Selbstbildern nahe legt. Jede psychische Störung ist ein Lösungsversuch eines Lebensproblems, der vor allem deshalb langfristig schwer

lebensfähig ist, weil er gewalttätig gegen sich und/oder Andere ist.

Thesen zur Entstehung von psychischen und psychosomatischen Krankheiten:

- Entwicklungen, die zu einer psychischen Erkrankung führen, sind niemals eindimensional-ursächlich zu verstehen. Sie sind komplex. Bei der Entwicklung von Krankheit sind im Allgemeinen somatische, psychische und soziale Faktoren beteiligt, die in ihrer Interdependenz gesehen werden müssen.
- Zu einer Erkrankung kommt es nur dann, wenn langfristig keine Kompensationsmöglichkeiten gegeben sind und wenn die vergangenen Erfahrungen und die gegenwärtige Lebenswelt zu weitgehend negativen Erwartungen für die Zukunft führen.

2.9.3 Das Suchtverständnis

Abgeleitet aus dem Persönlichkeits- und Krankheitsmodell der integrativen Therapie verstehen wir Sucht als „eine komplexe somatische, psychische und soziale Erkrankung, die die Persönlichkeit des Menschen, sein soziales Netzwerk und seinen mikroökologischen Rahmen betrifft, beschädigt und, wenn sie lange genug wirkt, zerstört“

Eine weitere Basis unseres Verständnisses einer Suchterkrankung ist die Definition Wankes: „Sucht ist ein unabweisliches Verlangen nach einem bestimmten Erlebnis-

zustand. Diesem Verlangen werden die Kräfte des Verstandes untergeordnet“ (vgl.: Wanke 1984). Die diagnostische Grundlage bildet der ICD10 und der DSM IV.

Vor diesem Hintergrund stellt für uns eine Suchterkrankung von Frauen immer auch „ein(en) Versuch dar, Konflikte zu lösen, die sich aus den Widersprüchen, Belastungen und Grenzen weiblicher Lebensrealität

Zur Erklärung des Entwicklungszusammenhangs einer Suchterkrankung wird ein multifaktorielles Bedingungsgefüge zu Grunde gelegt (vgl. Feuerlein 1986). Eine Suchterkrankung entsteht in der Interaktion von sozialen, psychischen und physischen Voraussetzungen des

Individuums, seiner sozialen Umwelt und der Beschaffenheit des Suchtmittels. Die multifaktorielle Genese und die Komplexität einer Suchterkrankung spiegeln sich in den unterschiedlichen Ursachen der Erkrankung sowie den verschiedenen Lebens- und Suchtverläufen der erkrankten Frauen wieder.

Dabei wird die Klientin grundsätzlich in der Entwicklung ihrer Lebensspanne, d.h. unter den Perspektiven ihrer Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft gesehen. Es wird davon ausgegangen, dass Schädigungen und heilende Wirkungen an jeder Stelle des Lebensverlaufes eintreten können. Schädigende Einflüsse wirken immer dann besonders pathogen, wenn sie auf entsprechende Empfindsamkeiten und Verletzlichkeiten (Prävalenzen und Vulnerabilität) treffen und keine ausreichenden Kompensationsmöglichkeiten und /oder Substitutionen zur Verfügung stehen (vgl. Rahm et al. 1993).

Durch die für eine Suchterkrankung typische Entwicklung eines eigendynamischen Suchtprozesses und dessen Folgen im sozialen, physischen und psychischen Bereich wird eine dysfunktionale Abwehrstruktur errichtet, die immer wieder neue Schädigungen der Person und des sozialen Umfeldes nach sich zieht. Es ist somit im diagnostischen Prozess immer wieder zu überprüfen, inwieweit die aktuelle psychosoziale Situation der Klientinnen Ausdruck einer innerpsychischen Konstellation ist, oder wo das vorliegende Krankheitsbild durch ausgeprägte sekundäre Folgeerscheinungen geprägt ist, die inzwischen losgelöst von der ursprünglichen Dynamik eine Bedeutung entwickelt haben.

Wir verstehen Sucht als einen fehlgeleiteten Selbstheilungsversuch bei der Bewältigung von Lebenskrisen und als einen symptomatischen Ausdruck einer, nicht selten bereits zuvor bestehenden Störung der Persönlichkeitsentwicklung. Das Suchtmittel übernimmt in diesen Fällen häufig die Funktion eines Substituts und dient der Unterstützung, individuell unterschiedlicher, im Sozialisationsprozess nicht angemessen entwickelter Ich- und Selbstfunktionen. Besonders zu benennen sind aus unserer Erfahrung z.B. nicht genügend entwickelte Abgrenzungs- und Schutzmechanismen, Defizite im angemessenen Ausdruck von Affekten, in der Affektregulation oder der Affektkontrolle sowie massive Selbstwertstörungen. Ein zentraler psychodynamischer Aspekt in der therapeutischen Arbeit ist dabei der Abhängigkeits- / Autonomiekonflikt.

Suchtkrankheit wird als Störung der Persönlichkeit aufgrund von Konstellationen schädigender Wirkung betrachtet. Nach diesem Ansatz entstehen Pathologien aus fehlgesteuerten Stimulierungsprozessen, wobei als Stimulierung die ganze Fülle von Erlebnisweisen des Menschen verstanden wird.

2.10 Die frauenspezifische Suchtarbeit

Eine geschlechtsspezifische Beratungsstelle für Mädchen und Frauen stellt immer auch einen Schutzraum für die jeweilige Klientin dar. Viele der Frauen, die uns aufsuchen, haben (sexualisierte) Gewalt erfahren, gehören zum Teil zu gesellschaftlich stigmatisierten „Randgruppen“ (Drogenabhängige, Prostituierte, lesbische Frauen, abhängige (werdende) Mütter), Frauen aus anderen Kulturkreisen. Diesen Frauen fällt es oft sehr schwer bzw. ist es ihnen unmöglich über ihre Erfahrungen in gemischten Gruppen zu erzählen, da sie weitere Stigmatisierung befürchten. So machen wir immer wieder die Erfahrung, dass Frauen die aus stationären oder ambulanten gemischtgeschlechtlichen Therapieeinrichtungen zu uns kommen, ohne an Themen wie Gewalt, Prostitution, Schwangerschaftsabbrüche etc. gearbeitet zu haben.

2.10.1 Die Gesellschaftlichen und psychosozialen Rahmenbedingungen der Suchterkrankungen von Mädchen und Frauen

Die Biographie jeder einzelnen Frau und Mädchen steht immer in einem direkten Zusammenhang mit den gesellschaftlichen Realitäten und den sich daraus ableitenden Möglichkeiten und Grenzen.

Im Vergleich zu früheren Generationen haben sich die Rahmenbedingungen für Mädchen und Frauen entscheidend gebessert. Und dennoch wird die Lebenswirklichkeit von Frauen durch gesellschaftliche Benachteiligungen geprägt. Dies zeigt sich z. B.: am Armutsanteil von Frauen, am geschlechtsspezifischen Arbeitsmarkt, an der Hauptzuständigkeit für unbezahlte Reproduktionsarbeit und Kindererziehung, der geschlechtsspezifischen Sozialisation, der Vermarktung des weiblichen Körpers in den Massenmedien, sowie an dem unverändert erschreckend hohen Ausmaß von (sexualisierter) Gewalt gegen Frauen und Mädchen.

Frauen haben heute eine Vielzahl gesellschaftlich akzeptierter Lebensentwürfe: Frauen haben Kinder oder keine, leben als Single oder mit Partner, sind berufstätig oder nicht, leben mit Partnerin, sind verheiratet oder nicht, machen Karriere, haben Erfolg, nehmen Einfluss, tragen Verantwortung.

Egal, welche Lebens- und Arbeitsorganisation Frauen wählen, ihre Ambivalenzen heben sich niemals auf und sind nie beendet. Frauen wird nach wie vor vorgegeben, wie sie als Frauen zu sein haben und über welche Eigenschaften sie verfügen sollten. Ein eigener Entwicklungsprozess, der im Widerspruch zu den vorherrschenden Werten, Normen und Rollenfestschreibungen steht, ist nicht erwünscht und erfährt ggf. Sanktionen. Der Alltag von Frauen ist folglich durch ein permanentes Spannungsverhältnis zwischen Anpassung an die vorgegebenen sozialen Normen und Verhältnisse einerseits und dem Aufbegehren andererseits gekennzeichnet. Dieses Spannungsverhältnis ist in sämtlichen Lebensbereichen von Frauen wieder zu finden und wirkt sich dauerhaft belastend, Kräfte zehrend und somit suchtfördernd aus.

Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass das Suchtverhalten von Frauen als Bewältigungsform für Problemlagen unterschiedlichster Art zu verstehen ist.

Strukturelle und personale Diskriminierung, die bis heute in gewissem Umfang das Leben von Mädchen und Frauen prägen, wirken sich auf das Selbstbild und ihre Identität aus. So sind auch die Suchtformen, die Frauen entwickeln, nicht nur

Ausdruck individuellen Leidens, sondern spiegeln zugleich ein Stück ihrer gesellschaftlichen Situation wieder.

Vor dem Hintergrund von struktureller Diskriminierung wird personale Gewalt in Szene gesetzt. Die Untersuchungen der Biographien süchtiger Frauen (Vogt 1996) zeigen, dass Gewalterfahrungen und Traumatisierungen der Entwicklung von Alkohol- und Drogenabhängigkeit vielfach vorausgehen oder sie begleiten. Vermutet wird, dass ca. 70% der süchtigen Frauen sexualisierte Gewalt in der Kindheit erlebt haben.

2.10.2 Das Erscheinungsbild der Erkrankungen / Frauensucht ist anders

Die genauere Betrachtung der Einstiegs- und Konsummuster, der Entwicklung von Sucht und Abhängigkeit sowie ihre Manifestation und der Begleiterkrankungen zeigt, dass es erhebliche Unterschiede zwischen Frauen und Männern gibt.

Frauen zeigen eher gesellschaftlich unauffälliges Suchtverhalten wie Medikamentenmissbrauch und Ess-Störungen.

Von Suchtmittel abhängige Mädchen und Frauen konsumieren häufig im privaten Umfeld bzw. ganz allein. Diese Geheimhaltung ihrer Sucht ermöglicht es den Frauen über einen langen Zeitraum in ihrem Alltag zu funktionieren. Sie benutzen ihr Suchtmittel um mit Gefühlen wie Angst, Wut, innerer Leere, Machtlosigkeit und ihrer unsicheren Geschlechtsidentität zurechtzukommen. Suchtkranke Frauen schreiben sich primär die Schuld für ihre Sucht selbst zu und schämen sich. Dies begünstigt die Chronifizierung der Abhängigkeit.

Viele Frauen, setzen Suchtmittel / Suchtverhalten ein, um mit erlebten Gewalterfahrungen besser fertig zu werden und es spricht alles dafür, dass Alkohol, Drogen und Ess-Störungen die Gewalttätigkeiten ertragen bzw. abspalten lassen. Sie bekommen einen trostpendenden Charakter und schaffen die Illusion, selbstbestimmt und mächtig zu sein trotz aller Ohnmächtigkeit.

(Alle epidemiologischen Daten dieses Kapitels sind aktuellen Quellen der DHS entnommen, Jahrbücher und Internetseiten.)

Medikamente

$\frac{2}{3}$ bis $\frac{3}{4}$ der medikamentenabhängigen Menschen sind Frauen

Psychisch wirksame Medikamente werden besonders oft verwendet, wenn Belastungen wie Zeitdruck, Beziehungskonflikte oder andere Schwierigkeiten in Familie und / oder Beruf zu stark werden und wenig soziale Unterstützung vorhanden ist, bzw. die Handlungsspielräume für Frauen zugleich eingeschränkt sind. Die - meist von ÄrztInnen verschriebenen - Medikamente unterstützen zunächst das sozial erwünschte Verhalten und helfen den Frauen ihre Gefühle zu unterdrücken bzw. nicht wahrzunehmen. Durch Verleugnen und Ausweichen der eigenen Gefühle und die Unmöglichkeit, ihnen Ausdruck zu verleihen, verlieren Frauen den Kontakt zu sich. Dies führt sie zu einem enormen Leidensdruck und begünstigt die Entwicklung süchtiger Verhaltensweisen.

Alkohol

$\frac{1}{3}$ der alkoholabhängigen Menschen sind Frauen

Konfliktvolle Lebenskonstellationen in Partnerschaft und Familie, Doppel-, bzw. Mehrfachbelastungen durch Haushalt, Beruf, Mutterschaft oder Trennungen können Auslöser für Alkoholabhängigkeit sein.

Die Alkoholabhängigkeit von Männern und Frauen wird gesellschaftlich unterschiedlich bewertet. Frauen insbesondere Mütter, die ihr Suchtverhalten in der Öffentlichkeit zeigen, werden gesellschaftlich moralisiert und stigmatisiert. Alkoholranke Frauen können in der Regel weniger auf die Unterstützung ihrer Partner zählen und werden häufiger verlassen.

Illegale Drogen

Gut $\frac{1}{3}$ der von illegalen Drogen abhängigen Menschen sind Frauen

Abhängigkeit von illegalen Drogen ist die nach außen auffallendste Form der Sucht. Die davon Abhängigen haben noch viel deutlicher als Alkoholikerinnen den ihnen zugeschriebenen sozialen Raum verlassen. Sie stehen geradezu in Opposition und Widerstand zur Gesellschaft. Heroinabhängige Frauen sind im dramatischen Ausmaß von sozialer Verelendung betroffen. Sie verlieren oft vollständig den Kontakt zu drogenfreien Kreisen. Die soziale Isolation verschärft den Problemdruck besonders für die Gruppe drogenabhängiger Mütter. Außerdem gehen Frauen oft abhängige Beziehungen zu Männern ein und bleiben in diskriminierenden Rollenstrukturen verhaftet.

Innerhalb der Szene sind Frauen in der Zeit des Drogengebrauchs vielfach auch im Zusammenhang mit Beschaffungsprostitution (sexualisierter) Gewalt ausgesetzt. Bei den Frauen, die sich auf exzessiven Konsum psychotroper Substanzen einlassen, dominieren polytoxikomane Muster mit episodischen Verläufen. Diese sind begleitet von Depressionen und Ängste sowie Ess-Störungen, die sich gegenseitig verstärken, je länger die exzessiven Konsumphasen andauern (vgl. Vogt, Winkler 1996).

Substitution

Drogenabhängigkeit ist eine komplexe somatische, psychische und soziale Störung, die die Persönlichkeit der Drogenabhängigen und ihr soziales Netzwerk betrifft, beschädigt und - wenn sie lange genug besteht - zerstört. Drogenabhängigkeit hat eine multikausale, zum Teil sehr stark variierende Genese. Sie zeigt unterschiedliche Ausprägungen und Verlaufsformen, abhängig von Vorschädigungen, psychosozialer Gesamtsituation, Ressourcenlage - und natürlich Suchtmittel (vgl. Petzold, Schay, Hentschel 2002 in: Drogenarbeit und Drogenpolitik in NRW e.V. 2003).

Die Substitutionsbehandlung hat sich inzwischen zu einem sehr spezifischen Hilfeangebot entwickelt, das die bisherigen drogenfreien Formen der Hilfe sinnvoll ergänzen kann. Dieses Hilfeangebot erfordert eine komplexe Angebotsstruktur, die sowohl medizinische, suchtttherapeutische als auch psychosoziale Hilfen umfasst. Aufgrund der bisher vorliegenden Daten zur Substitutionsbehandlung in Deutschland kann diese eine medizinische Hilfe für die darstellen, die für keine andere Behandlungsmöglichkeit erreichbar sind. Die Klientinnen können sich stabilisieren und im Sinne einer Brückenfunktion weiterführende Ausstiegshilfen annehmen. (vgl. Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V.: Texte Nr. 2)

Opiatabhängige sollen ihre oft vorliegende Mehrfachabhängigkeit überwinden. Da insbesondere bei langjähriger oder schon früh einsetzender Drogenabhängigkeit die psychosoziale Situation sehr instabil ist, wird oft eine lange Phase der Substitution und psychosozialer Betreuung erforderlich sein, damit die Klientin sich ausreichend stabilisieren kann.

Ess-Störungen

Es sind überwiegend Frauen betroffen (Schätzungen liegen bei 90 – 99 %
Magersucht und Bulimie sind die am häufigsten vorkommenden psychischen Erkrankungen bei Mädchen und jungen Frauen.

Medien und Werbung greifen die Verunsicherungen von Frauen auf, indem sie eine Scheinwelt kreieren: die glückliche perfekte Frau, die alle Situationen meistert und dabei selbstverständlich schlank ist. Versprochen wird die Modellierbarkeit des Körpers und somit des Glücks und der Perfektion. Ein Mittel zur Regulierung des Körpergewichts besteht in der Durchführung von Diäten oder der Einnahme von Medikamenten, sowie dem selbstinduzierten Erbrechen.

Allen Ess-Störungen ist gemein, dass Nahrungsaufnahme und Nahrungsverweigerung in den Dienst von Bedürfnissen gestellt werden, die mit Ernährung nichts mehr zu tun haben. Ess-Störungen stehen in engem Zusammenhang mit einem gestörten Körperempfinden, einem geringen Selbstwertgefühl und der Kompensation emotionaler Bedürfnisse.

„Einstiegsdroge“ für suchtarartige Ess-Störungen ist in den meisten Fällen eine Diät. Der selbstzerstörerische Kreislauf findet im Verborgenen statt. Die Frauen und Mädchen betrachten ihr „Problem“ nicht als Ausdruck ihrer schwierigen Lebensrealität, sondern als individuelles Versagen und verheimlichen es meist selbst vor Angehörigen, Bezugspersonen und ÄrztInnen.

Frauen als Angehörige von Abhängigen

Die dargestellten gesellschaftlichen und psychosozialen Rahmenbedingungen gelten ebenso für Frauen in ihrer Rolle als Angehörige von Abhängigen.

Das gängige Konzept der „Co-abhängigkeit“ betrachten wir kritisch, da es oft kränkende Schuldzuweisungen an die Frau für die Suchtproblematik des Abhängigen impliziert. Das Verhalten der angehörigen Frauen wird dysfunktional für eine Änderung des Suchtverhaltens des Abhängigen beschrieben und sie erhalten häufig eine eigene Krankheits- oder Störungszuschreibung.

In unserer Arbeit legen wir von daher das Konzept der „Verantwortungsfallen“ zugrunde, das beschreibt, dass Frauen für andere zuviel und für sich zuwenig Verantwortung übernehmen (Appel, Christa, 1992, zitiert in: Musterkonzeption des geschlechtsspezifischen Ansatzes in der Suchtarbeit, Koordinationsstelle der bayrischen Suchthilfe (HRSG), 1998).

Dies trägt auch der Tatsache Rechnung, dass Angehörige Frauen wesentlich länger bei ihren abhängigen Partnern bleiben, als umgekehrt. Abhängige Frauen werden schneller von ihren Partnern verlassen.

Das Konzept hat sich als geeignet erwiesen, die Frau mit ihrem Erleben zum Mittelpunkt zu machen und mit ihr Zieldefinitionen und Lösungen zu finden, die ihr selbst angemessen und richtig erscheinen.

2.10.3 Die Ziele frauen- und mädchenspezifischer Suchtarbeit

In der konkreten Arbeit mit Frauen und Mädchen ergeben sich neben den auf individuelle Bedürfnisse und Notwendigkeiten der Klientin abgestimmten Zielen folgende übergeordnete Ziele:

- Entwicklung neuer Perspektiven in ein selbstbestimmtes und ggfls suchtmittelfreies Leben
- Kritische Auseinandersetzung mit Suchtmittelkonsum und Abhängigkeitsstrukturen.
- Lösung aus schädigenden Abhängigkeitsstrukturen
- Entwicklung von Selbstständigkeit / Souveränität
- Stärkung und Förderung von Eigenverantwortung und Entscheidungsfähigkeit

- Entwicklung eines positiven Selbstbildes und Verbesserung des Selbstwertgefühls
- Förderung von Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie die Erweiterung ihres Handlungsspielraums.
- Entwicklung von sozialer Kompetenz und Durchsetzungsfähigkeit
- Sicherung der familiären Bezüge und des weiteren sozialen Umfeldes
- Reflexion, Unterstützung und/oder Neuentwicklung von Werthaltungen
- Wiederherstellung und/oder der Erhalt der Arbeitsfähigkeit

Ein Hauptaugenmerk unserer Arbeit liegt auf der Entwicklung einer positiven weiblichen Identität. Identität bildet sich unserem Verständnis nach prozessual in fünf zentralen Bereichen des menschlichen Lebens:

- **Leiblichkeit:** (Körper und Selbstbild): bin ich gesund oder krank, schön oder hässlich; habe ich einen guten Bezug zu meinem Körper?
- **Soziales Netzwerk:** Habe ich viele soziale Kontakte? Habe ich Freunde und oder Freundinnen? Wie ist der Kontakt zu meiner Familie?
- **Arbeit und Leistung:** Macht mir meine Arbeit Spaß? Habe ich überhaupt Arbeit? Wie leistungsfähig bin ich? Werden meine Leistungen anerkannt?
- **Materielle Sicherheit:** Wie ist meine finanzielle Situation? Wie ist meine Wohnsituation? Wie ist die derzeitige ökonomische und ökologische Situation?
- **Werte:** Wie will ich sein, woran glaube ich?

(vgl. auch: Dorothea Rahm, Gestaltberatung, Paderborn 1988, S.98)

Eine Lösung aus schädigenden Abhängigkeitsstrukturen hat immer langfristig Verbesserungen in allen genannten Lebensbereichen zur Folge und umgekehrt.

Die Erfahrung von Akzeptanz und Wertschätzung ermöglichen die Einsicht in die eigene Wertschätzung und somit auch die Entwicklung eines Wertes ihres eigenen Lebens und Körpers. Nur wenn Frauen sich selbst als wertvoll erleben, können sie einen Sinn dafür entwickeln, dass es sich für sie subjektiv lohnt sich aus dem selbst zerstörerischen Suchtkreislauf zu lösen

Die Angebote der Beratungsstelle

Die Beratungs- und Behandlungsarbeit bezieht sich ausschließlich auf Frauen und Mädchen. Bei Bedarf beziehungsweise auch auf Wunsch der Klientinnen werden auch männliche Partner bzw. Bezugspersonen kurzzeitig in den Beratungskontext mit einbezogen.

Alle Gespräche unterliegen der Schweigepflicht. Die Klientin kann die zuständige Mitarbeiterin bei notwendigen Außenkontakten (z.B. Rechtsanwalt, Gericht, ÄrztInnen, Ämter...) von der Schweigepflicht entbinden. Eine Schweigepflichtsentbindung kann aber auch eine Voraussetzung für die Beratungsaufnahme sein. (z.B. bei Magersucht, extremem Missbrauch von Medikamenten, Substitution)

2.11 Die Kontaktphase

Viele der abhängigen Frauen benötigen eine besondere motivierende Ansprache für eine Behandlung in einer Suchteinrichtung, da das Eingeständnis einer Suchterkrankung angesichts des negativen Images von Abhängigkeit und insbesondere auch weiblicher, einen Angriff auf ihr Selbstwertgefühl und das tradierte Rollenverständnis darstellt.

Behandlungsangebote werden von abhängigen Menschen in der Regel erst dann aufgesucht, wenn den Betroffenen aufgrund gesundheitlicher Probleme oder sozialen Drucks keine andere Wahl mehr bleibt. Die Entscheidung, krank zu sein bzw. die Tatsache von anderen für krank gehalten zu werden, definiert für den Menschen eine neue Rolle, berührt seine Identität, zeitlich befristet oder permanent. Hinzu kommt z.B. dass innerhalb einer Alkoholkultur - wie der unseren - Abstinenz als schwerwiegende soziale Einschränkung erscheint.

So wird der Behandlungsbeginn oft nicht als hilfreich erlebt, sondern viele Fragen der Therapeutinnen als aversiv.

Bei Lindenmeyer (in: Steingass, 2003) werden die folgenden drei Motivationshürden für Alkoholabhängige beschrieben, die es so schwer machen, sich auf eine Sucht-(Alkohol-)behandlung einzulassen:

- **Patientenrolle:** Suchtbehandlung bedeutet für jeden Neuling eine fremde, in vieler Hinsicht unverständliche Welt mit eigenen, meist ungewohnt strengen Regeln, insbesondere bezüglich stationärer Therapie.
- **Lebenslange Abstinenz:** In unserer Kultur stellt Alkoholabstinenz ein sozial abweichendes Verhalten dar. Lediglich 5-10% der erwachsenen Bevölkerung trinken hierzulande keinen Alkohol. Entsprechend schlecht ist das Image des Abstinenzlers als lustfeindlichen, ungeselligen und humorlosen Mensch.
- **Bedingungslose Selbstüberzeugung:** während eine Betroffene oftmals gerade zu Behandlungsbeginn viel einstecken und akzeptieren muss, soll sie gleichzeitig neues Selbstvertrauen und Hoffnung in die Wirksamkeit der Therapie entwickeln. Auch dies bedeutet einen schwierigen Veränderungsschritt: sich einerseits das wiederholte Scheitern in der Vergangenheit einzugestehen, andererseits aber alle Zweifel zu überwinden und die feste Überzeugung zu gewinnen, es diesmal für immer schaffen

zu können.

Die für Alkoholabhängige beschriebenen Motivationshürden, decken sich nur zum Teil mit denen für illegal Abhängige.

Die Abhängigkeit von illegalen Drogen drängt viele der Abhängigen in eine andere, randständige Suchtkultur mit ihren eigenen Regeln und Formen des sozialen Miteinanders. Für die Frauen bedeutet ein Ausstieg fast immer soziale Isolation, da frühere drogenfreie Beziehungen fast immer zerbrochen sind, zur so genannten "Szene" Kontakte kontraindiziert sind und neue nicht da sind.

2.11.1 Ziele

- Erfragen der aktuellen Situation und des Beratungsanliegens
- bei Bedarf Einleitung von Soforthilfen im Sinne von Krisenintervention
- Informationen über Abhängigkeit und ihre Behandlungsmöglichkeiten
- Motivationsklärung bezüglich der Abstinenz
- Entwicklung von Einsicht in Abhängigkeit
- Bereitschaft zur Behandlung
- Integration der Angehörigen/PartnerIn in die Beratung
- vorläufige Behandlungsplanung
- Vermittlung in die Motivationsgruppe
- Kontaktaufnahme zu zuweisenden oder mitbehandelnden Personen und Institutionen (Ärzte, Krankenkassen, Betriebe, Schuldnerberatung etc.)

2.11.2 Setting

Kontakt- und Informationsgespräche

Diese bieten wir sowohl telefonisch als auch in der Einrichtung an. Sie dienen der Information über unser Angebot, der Aufklärung über Suchtmittel, Suchtprozesse etc., der Verweisung an andere Einrichtungen, der ersten Krisenbewältigung bei Nicht-Klientinnen etc.

Erstgespräche

Sie sind ausführliche Gespräche mit einzelnen Klientinnen über den Einstieg in die Beratung und den weiteren Behandlungsverlauf, bzw. Vermittlung in andere Einrichtungen. Sie finden immer in der Beratungsstelle statt. Die Klientinnen kommen entweder alleine oder in Begleitung von MitarbeiterInnen anderer Einrichtungen, BetreuerInnen, Familienangehörige, Jugendgerichts-, Bewährungshilfe etc.

Erstgespräche dienen der Aufnahme erster biographischer Daten, insbesondere auch der Suchtgeschichte, es werden erste Behandlungsziele formuliert und die Angebote der Beratungsstelle werden vorgestellt. Diese Angaben dienen der Therapieplanung im Team.

Kontakt-, Informations- und Erstgespräche sind kostenlos.

Offene Sprechstunde

Jeden Dienstag in der Zeit von 10:00 bis 12:00 Uhr sind zwei Mitarbeiterinnen telefonisch und persönlich zu erreichen. Zu dieser Zeit können Interessierte ohne Anmeldung einfach in der Beratungsstelle vorbeikommen. Dieses Angebot erleichtert für einige Klientinnen den Erstkontakt, da ein direkter Kontakt zu einer Therapeutin möglich ist.

Offene Mädchensprechstunde und Beratung für Mädchen und junge Frauen

Jeden Donnerstag in der Zeit von 16:00 bis 18:00 Uhr sind zwei Mitarbeiterinnen telefonisch und persönlich zu erreichen. Zu dieser Zeit können Interessierte ohne Anmeldung einfach in der Beratungsstelle vorbeikommen.

Das Angebot richtet sich an Mädchen und junge Frauen zwischen 14 und 21 Jahren,

- die selber Suchtmittel konsumieren
- die ihr Ess-Verhalten reflektieren möchten
- die Informationen zu Sucht und Suchtmitteln haben möchten
- die abhängige Eltern haben
- die sich Sorgen um FreundInnen machen

Die Beratungsgespräche unterliegen der Schweigepflicht, ihre Inhalte werden nicht an Eltern, LehrerInnen oder andere weitergegeben.

Die Mitarbeiterinnen begleiten die Mädchen auch über einen längeren Zeitraum, wenn sie das wünschen. Sie können weitere Gesprächstermine vereinbaren. Geplant ist die Installierung einer Gruppe für Mädchen.

Die Sprechstunde ist auch offen für

- Mütter (Eltern) von konsumierenden Jugendlichen
- LehrerInnen und andere MultiplikatorInnen
- alle, die privat oder beruflich Kontakt mit suchtgefährdeten Mädchen haben

Das Angebot dient diesen Zielgruppen als Möglichkeit

- Informationen über Sucht und Suchtmittel zu bekommen
- ihre Handlungsschritte und Kommunikationsstrukturen zu reflektieren und zu planen
- eigene Ängste und Unsicherheiten formulieren zu können
- ggfls eine längerfristige Unterstützung zu vereinbaren
- Hinweise auf andere unterstützende Einrichtungen zu erhalten

2.12 Die Motivations- und Beratungsphase

Die Übergänge zwischen Kontakt- und Motivations- bzw. Beratungsphase stellen sich im therapeutischen Alltag fließend dar. Im Unterschied zur Kontaktphase steht nun weniger die Symptomebene als vielmehr die Auseinandersetzung mit suchtauslösenden Lebenszusammenhängen im Vordergrund.

Die Motivationsphase stellt in unserem therapeutischen Konzept einen zentralen Bestandteil des gesamten Behandlungsprozesses dar, für den die zuständige Therapeutin einen Grossteil der Verantwortung trägt. Beginnend mit dem Erstkontakt über die Durchführung der Therapie bis hin zum Behandlungsende bedarf es eines stetigen Behandlungsanreizes für die Patientin, d.h. wir und unsere Behandlungsangebote müssen motivierend sein.

Wir arbeiten gerade in der Motivationsphase sehr nah an den individuellen Bedürfnissen der Klientinnen, was sich darin zeigt, dass die Motivationsphase in zeitlicher Hinsicht und im Setting individuell angepasst wird.

Wir verstehen Motivation als interaktionellen Prozess (siehe auch Lindenmeyer in Steingass 2003), da kein Mensch unter allen Umständen immer zu allem motiviert ist.

Seine Motivation ist viel mehr abhängig davon, inwieweit er eine konkrete Situation bzw. das Verhalten seiner Umwelt als motivierend erlebt. Ob und wie sich die Behandlungsmotivation einer Patientin entwickelt, ist somit untrennbar mit dem Verhalten der Therapeutin und der Beziehung zwischen beiden Beteiligten verwoben.

2.12.1 Dauer

Die Motivations- und Clearingphase dauert bis zu einem halben Jahr kann aber, wenn notwendig, individuell verlängert werden, da insbesondere bei co-morbiden Störungen, schweren Traumatisierungen oder langjähriger Abhängigkeit nicht alle Ziele in einem halben Jahr erreicht werden können

2.12.2 Ziele

- Entwicklung von Behandlungsmotivation und Veränderungswünschen
- Einsicht in die Erkrankung
- Förderung der Impulskontrolle
- Sichtung der Funktionalität des Suchtverhaltens
- Aufbau einer Verantwortungsübernahme für das Suchtverhalten
- Aufbau von Gruppenfähigkeit
- Erreichen einer stabilen Abstinenz / eines gefestigten Abstinenzwillens
-

2.12.3 Diagnostik

Die Diagnostik hat unserem Verständnis nach einen beschreibenden Charakter. Dementsprechend stellt die Diagnostik ein prozesshaftes Geschehen dar, das sich über den gesamten Behandlungsverlauf erstreckt.

Grundlage sind die diagnostischen Kriterien des ICD10 und des DSM IV.

Die Diagnose beinhaltet neben dem Überprüfen der diagnostischen Kriterien nach DSM IV eine ausführliche psychosoziale Erhebung:

- Anamnese (Lebensgeschichtlicher Hintergrund, Lebensphasen, biographische Brüche, berufliche Anamnese, etc.)
- Analyse der aktuellen Lebenssituation (aktuelle und generationsübergreifende familiäre Situation, berufliche Situation, materielle Lebensgrundlage, Freundeskreise, Freizeitverhalten, entsprechend dem Modell der 5 Säulen der Identität nach Petzold etc.)
- Exploration der Entwicklung des süchtigen Verhaltens im Kontext der individuellen Lebensgeschichte
- Ressourcen, Fähigkeiten und Kompetenzen
- Medizinische Diagnostik

Innerhalb der individuellen Hilfeplanung setzen wir zur differenzierten Indikationsstellung verschiedene Diagnoseinstrumente im Rahmen der psychologischen Testdiagnostik ein.

Unsere Teamärztin leitet bei Bedarf eine neurologische u./o. psychiatrische Untersuchung ein. Zur Mitbehandlung von Nebenleiden der Klientinnen koordiniert

sie weitere Befunde und kooperiert mit den beteiligten Haus- und FachärztInnen.

2.12.4 Setting

Die Motivationsphase findet in Form von

- Einzelgesprächen
- Paargesprächen
- ggf. Familiengesprächen
- einer wöchentlich stattfindenden Motivationsgruppe
- einer wöchentlich stattfindenden Beratungsgruppe für substituierte Frauen

statt.

Einzelberatung

In Einzelgesprächen bieten wir kurz- mittel- oder langfristige intensive Begleitung von Frauen und Mädchen an. Hier werden Hilfemöglichkeiten bei Schwierigkeiten mit Behörden, Wohnungs- und Arbeitssuche besprochen, und bei Bedarf die Klientinnen an entsprechende Einrichtungen weitervermittelt. (Schuldnerberatung, Mieterverein, BSD, Gesundheitsamt...)

Es geht in den Beratungsgesprächen auch um die Motivation zum Ausstieg (Vermittlung in Entzugsbehandlung) und zur Therapie, um die Vermittlung in eine geeignete Therapieform (Schreiben des Sozialberichtes für Entwöhnungsbehandlung) und um Krisenintervention.

Für viele Klientinnen ist die Verlässlichkeit, das Interesse und die Parteilichkeit der Therapeutin eine neue Erfahrung, die sie aus ihren Alltagsbeziehungen kaum kennen. Diese Arbeit bedeutet für die Therapeutinnen oft einen Akt der Balance zwischen Nähe und Distanz und zwischen Unterstützung und Konfrontation unter Berücksichtigung der individuellen Grenzen der Klientinnen.

Das Beratungsgespräch dauert in der Regel 60 Minuten und findet je nach Bedarf wöchentlich oder 14tägig statt (in Krisensituationen auch häufiger).

Offene therapeutisch geleitete Informations- und Motivationsgruppe

Wir verstehen diese Gruppe als ein niederschwelliges Angebot im Rahmen der Motivationsphase. Anmeldung, regelmäßige Teilnahme und Abstinenz stellen keine Vorbedingung für die Teilnahme dar. Die Teilnehmerinnen können sich jeden Dienstagabend neu entscheiden, ob sie an dem Gruppenangebot teilnehmen oder nicht, sie müssen jedoch tagesabstinent sein.

Die Teilnahme an der Motivationsgruppe ist auf ein halbes Jahr begrenzt, da sich in der Vergangenheit gezeigt hat, dass eine nicht begrenzte Verweildauer es oft verhinderte, dass die Frauen in ein therapeutisches Setting wechselten, da die persönliche Beziehung zu den Therapeutinnen oft „zu“ eng wurde und ein Wechsel einer langen Abschiedsphase bedurfte. Einige Klientinnen wurden durch die Unbegrenztheit in der Selbstwahrnehmung unterstützt, dass sie vieles erreicht hätten, da sie sich immer wieder zu den Neueinsteigerinnen in Bezug setzen konnten, jedoch nach einiger Zeit in ihrer eigenen Entwicklung stagnierten.

Zielgruppe:

Es handelt sich um ein suchtmittelübergreifendes Angebot für Frauen, die von Alkohol, Medikamenten oder illegalen Drogen abhängig sind, bzw. Ess-Störungen haben. Das Angebot ist auch offen für Angehörige. Die Gruppe wird durch zwei Therapeutinnen angeleitet.

Ziele der Gruppe sind:

- Klärung, ob ein süchtiges Konsumverhalten ausgebildet wurde
- die eigene Suchtgeschichte als Teil der Lebensgeschichte zu verstehen, sie annehmen zu lernen und auf die Suche zu gehen nach dem Sinn, den es gemacht hat, süchtig zu werden
- Entwicklung eines individuellen „Heilungsplanes“ in Zusammenarbeit mit den Frauen. Wir zeichnen auf, welche Angebote innerhalb oder außerhalb der Einrichtung dabei hilfreich sein können

Dazu werden den Teilnehmerinnen Informationen über Suchtentstehung, -verlauf, Konsumgewohnheiten etc. gegeben. Dies macht es den Frauen leichter sich selbst mit dem eigenen Konsummuster zwischen Suchtmittelmissbrauch und -abhängigkeit einzuordnen. Ein Weg aus dem missbräuchlichen Umgang mit dem Suchtmittel kann der begleitete Versuch eines risikoarmen Konsums sein. Für viele Frauen ist dieser Weg nicht möglich, da die Sucht sich schon manifestiert hat. Hier steht der Umgang mit der Abhängigkeit im Vordergrund.

Rahmenbedingungen:

- Die Gruppe hat einen sehr stark ritualisierten Ablauf, so dass sich die Frauen auch nach Fehlzeiten leicht orientieren können.
- Die Gruppenregeln werden für neue Teilnehmerinnen transparent gemacht.
- Die Frauen duzen sich untereinander und auch mit den Therapeutinnen, wodurch sie etwas leichter in der Anonymität bleiben können, auch von der Beratungsstelle werden zu Beginn nur einige wenige Kerndaten schriftlich abgefragt.
- Während der zwei Stunden wird eine kurze Pause gemacht, da einige der Frauen entzückt sind, bzw. die Konzentrationsfähigkeit unter dem oft langjährigen Suchtmittelmissbrauch gelitten hat.

Am Ende der Beratungs- und Motivationsphase steht die Überprüfung der Eignung für die ambulante Rehabilitationsphase, beziehungsweise die Weitervermittlung in geeignete Behandlungsmaßnahmen:

- stationäre,
- teilstationäre medizinische Rehabilitation,
- Psychotherapie,
- Psychiatrie,
- Selbsthilfegruppen etc.
- bzw. die Weiterbehandlung im Beratungs-Setting der Beratungsstelle

2.12.5 Vermittlung und Begleitung in stationäre Entwöhnungsbehandlung

Bei einer Indikation zu einer stationären Rehabilitation leisten wir Hilfestellung bei der Antragstellung inklusive der Erstellung eines Sozialberichtes für den Leistungsträger und die Fachklinik. Im Rahmen der Antragstellung ist die Zusammenarbeit mit dem Hausarzt und dem vertrauensärztlichen Dienst selbstverständlich. Während der stationären Behandlung halten wir grundsätzlich den Kontakt zu den Klientinnen aufrecht um ggf. eine qualifizierte poststationäre Rehabilitationsmaßnahme / strukturierte Nachsorge durchführen zu können.

Bei einer Indikation zu einer ambulanten medizinischen Rehabilitation bereiten wir die Klientinnen entsprechend vor.

2.13 Das Angebot der ambulanten medizinischen Rehabilitation

Für die ambulante Rehabilitation gelten die allgemeinen Rehabilitationsrichtlinien der Kosten- und Leistungsträger.

2.13.1 Zielgruppe und Behandlungsvoraussetzungen

Welche Patientinnen können behandelt werden?

Die ambulante medizinische Rehabilitation kommt im Wesentlichen für folgende Klientinnengruppen in Frage:

- Alkohol- und/oder Medikamentenabhängige,
- für Abhängige von illegalen Drogen,
- sowie Patientinnen bei denen zusätzlich eine Ess-Störung vorliegt.
- Opiatabhängige unter Substitution

Unser Angebot richtet sich an Frauen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben.

Die ambulante medizinische Rehabilitation bezieht sich auf die oben genannten Zielgruppen, bei denen prognostisch günstige Voraussetzungen zur Wiederherstellung oder Erhalt des Leistungsvermögens gegeben sind.

Eine ambulante Rehabilitation kann grundsätzlich:

- alternativ zu einer stationären Rehabilitation
- als ambulante Weiterbehandlung poststationär wenn diese nicht zu einer ausreichenden Festigung geführt hat oder
- als strukturierte Nachsorge poststationär

durchgeführt werden.

2.13.2 Indikationskriterien

Eine Indikation zur ambulanten medizinischen Rehabilitation liegt vor, bei:

- Abstinenz
- Einsicht in die eigene Abhängigkeit (kognitiv und emotional)
- Bereitschaft der Klientin zur regelmäßigen Teilnahme und aktiven Mitarbeit,
- ausreichender Fähigkeit, Beziehungen in der Gruppe und in den Einzelgesprächen aufzunehmen
- ausreichenden deutschen Sprachkenntnissen
- stabilem sozialen Bezugsrahmen
- tragfähigem sozialem Gefüge
- stabiler Wohnsituation
- allgemein gesichertem Lebensunterhalt
- einem bestehenden oder anzustrebenden Arbeitsverhältnis,
- vorausgehender ambulanter Beratung und Vorbereitung der Rehabilitation einschließlich ggf. notwendiger medizinischer Behandlung.

Bei ambulanter medizinischer Rehabilitation unter Substitution gelten zusätzlich folgende Indikationen:

- kein Beigebrauch von Alkohol, Drogen und anderen psychotropen Medikamenten

- die Bereitschaft, sich regelmäßigen und unregelmäßigen Urinkontrollen in der Substitutionsstelle zu unterziehen
- keine aktuelle Straffälligkeit
- aktive Teilnahme an der psychosozialen Betreuung

2.13.3 Kontraindikation

Welche Patientinnen können nicht behandelt werden?

Eine ambulante Entwöhnungsbehandlung kann generell nicht durchgeführt werden bei:

- unzureichender Fähigkeit die Abstinenzentscheidung längerfristig aufrecht zu erhalten,
- akuter Suizidgefahr
- schwerer organischer Erkrankung
- psychotischer Erkrankung
- schwerwiegender intellektueller Beeinträchtigung.

Sollte im Rahmen der Diagnostik deutlich werden, dass zunächst eine stationäre bzw. teilstationäre Maßnahme angezeigt ist, wird die Klientin in eine entsprechende Einrichtung vermittelt.

Bei ambulanter medizinischer Rehabilitation unter Substitution gelten zusätzlich folgende Kontraindikationen:

- eine nicht mit Substitutionsmaßnahmen therapierbare Mehrfachabhängigkeit (Polytoxikomanie).

2.13.4 Ziele der Rehabilitation

Die ambulante medizinische Rehabilitation verfolgt das grundlegende Behandlungsziel, eine dauerhafte Abstinenz der Klientinnen zu erreichen. Daraus resultierend wird eine wesentliche Besserung oder Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit sowie die wesentliche Besserung des Gesundheitszustandes angestrebt.

Individuelle Behandlungsziele müssen an der Patientin und deren Lebenszusammenhängen orientiert und ausgerichtet sein.

Unser Handeln wird durch einen emanzipatorischen Ansatz bestimmt: die Klientin ist im Beratungs- und Behandlungsprozess immer wieder aufgefordert, Ziele und Teilziele, sowie die dazu notwendigen Schritte zu formulieren und zu überprüfen (prozessuale Diagnostik und Therapieplanung).

Wesentliche Ziele sind:

- Förderung der Krankheitseinsicht, Reflexion des eigenen süchtigen Verhaltens
- Vertiefung der Einsicht in die Zusammenhänge der persönlichen Entwicklung
- Aufbau und Stabilisierung von mehr persönlicher und sozialer Verantwortung
- Klärung von Konflikten mit der Herkunftsfamilie
- Aufbau von suchtmittelfreien und stabilen sozialen Beziehungen

- Erarbeitung konstruktiver Konfliktlösungsmodelle
- Entwicklung einer positiven weiblichen Identität
- Entwicklung einer besseren emotionalen und körperlichen Selbstregulation
- Überwindung von einschränkenden Rollenmustern
- Wahrnehmung und Differenzierung eigener Gefühls- und Bedürfnislagen
- Reaktivierung der eigenen Ressourcen
- Förderung der konstruktiven Beziehungsfähigkeit insbesondere der Nähe- und Distanzregulation in engen Beziehungen
- Entwicklung und Ausbau der individuellen Fähigkeit zur Strukturierung von Arbeit, Wohnen und Freizeit.

Bei ambulanter medizinischer Rehabilitation unter Substitution gelten zusätzlich folgende Behandlungsziele:

- eine dauerhafte Monoabhängigkeit (Substitutionsmittel) bzw. langfristig
- eine dauerhafte Abstinenz zu erreichen und zu erhalten.

2.13.5 Antragsverfahren und Behandlungsvertrag

Nach Abschluss der Motivationsphase, der Indikationsstellungen, der medizinischen, psychosozialen und psychologischen Diagnostik wird das Antragsverfahren beim zuständigen Kosten- oder Leistungsträger eingeleitet. Der Antrag umfasst in der Regel:

- den Antrag der Versicherten an den zuständigen Kostenträger
- ein medizinisches Gutachten oder einen Befundbericht des Hausarztes
- einen qualifizierten Sozialbericht

Der zuständige Kostenträger entscheidet dann über die beantragte Maßnahme.

Bei Kostenbewilligung wird zwischen der Klientin und der Einrichtung ein Behandlungsvertrag abgeschlossen. Mit der Unterzeichnung verpflichten sich die Klientinnen zur unbedingten Abstinenz und zur regelmäßigen und aktiven Teilnahme an den therapeutischen Angeboten.

2.13.6 Setting

Die ambulante medizinische Rehabilitation wird in folgenden Rahmenbedingungen eingebunden:

- symptomgemischte ambulante Rehabilitationsgruppe für von Alkohol, Medikamenten und von illegalen Drogen abhängigen Frauen (Dauer: 100 Min. / wöchentlich)
- symptomspezifische ambulante Rehabilitationsgruppe für Frauen unter Substitution (Dauer: 100 Min. / wöchentlich)
- 14-tägige therapeutische Einzelgespräche (Dauer 50 Min.)
Paar- und Familiengespräche (Dauer 100 Min.)
- themenspezifische Intensivtage

Substituierte Patientinnen können grundsätzlich in beide Rehabilitationsgruppen aufgenommen werden.

Die Zuordnung erfolgt auf Grund diagnostischer Kriterien. Die symptomgemischte Gruppe ist speziell für Patientinnen, die sich bereits aus der Drogenszene gelöst haben und über ein stabiles soziales Umfeld verfügen.

Die therapeutische Arbeit ist in drei Behandlungsphasen gegliedert. Sie finden in einer Kombination von Einzel- und / oder Paar- und Gruppentherapie statt.

2.13.6.1Eingewöhnungsphase

Dauer: ca. 4-6 Wochen

In dieser ersten Phase geht es für die Klientinnen insbesondere um:

- den Aufbau eines tragfähigen Arbeitsbündnisses in Einzel- und Gruppentherapie
- die Vertiefung von Informationen über die Suchterkrankung
- die Weiterentwicklung von Krankheitseinsicht und Veränderungsmotivation

2.13.6.2Haupttherapiephase

Dauer ca. 9 Monate

In dieser zweiten Phase geht es für die Klientinnen insbesondere um:

- Verständnis und Annahme der Suchtgeschichte als Teil der eigenen Lebensgeschichte
- Förderung der Selbstwahrnehmung (Wahrnehmung emotionaler Erlebnisinhalte, Wahrnehmung von Konflikten, Sensibilisierung für Körpersignale und deren Verbalisierung)
- Erkennen und Einsetzen von Ressourcen
- Erarbeitung von Stärken und Schwächen
- Soziales Kompetenztraining zur Förderung der Kontakt- und Kommunikationsfähigkeit
- Umsetzung neu erworbener Handlungsalternativen im Alltag und deren Reflexion in der Gruppenbehandlung
- die Entwicklung und Förderung suchtmittelfreier Sozialkontakte
- Rückfallprophylaxe
- Überprüfung und Sicherung beruflicher Perspektiven

Gruppentherapie

Schwerpunkt der therapeutischen Arbeit bildet die Gruppentherapie.

Die Gruppe bietet den Frauen ideale Rahmenbedingungen, das eigene Agieren in sozialen Bezügen zu überprüfen, korrigierende emotionale Erfahrungen zu machen und situationsgerechte Verhaltensweisen zu erlernen.

Im Mittelpunkt stehen die

- Stabilisierung des Selbstwertgefühles,
- Erarbeitung von angemessenen Konfliktlösungsstrategien,
- Auseinandersetzung mit der bisherigen Gestaltung des Alltagslebens, dessen Reflexion und Umgestaltung und
- der Erwerb eines fürsorglichen Umgangs mit sich selbst und anderen.

Gruppentherapie mit Kunsttherapieelementen

Ein gruppentherapeutisches Angebot, das kunsttherapeutische Elemente einbezieht, bietet im Sinne eines stützenden und zusätzlichen Angebotes gute Zugänge zu den affektiven und emotionalen Anteilen der Klientinnen. Kunsttherapie bietet den Klientinnen eine Form der Auseinandersetzung mit Lebenserfahrungen – und Gefühlen, für deren Ausdruck Worte allein oft nicht reichen. Durch die Möglichkeit kreativer Selbstdarstellung werden innere Bilder in Symbolen ausdrückbar. Auf diese Weise werden im therapeutischen Prozess korrigierende emotionale Erfahrungen möglich.

Einzel-, Paar- und Familientherapie

Zusätzlich zur Gruppenbehandlung, finden regelmäßige Einzeltherapiesitzungen statt. Ziel der Einzeltherapie ist es, die Prozesse in der Gruppentherapie zu stützen. Sie können den gruppentherapeutischen Prozess fokussierend begleiten, Blockaden aufgreifen sowie zum Einbringen von Themen ermutigen. Besonders angst- und schambesetzte Themen der Klientinnen können in diesem Setting eher verbalisiert werden als in der Gruppe. Weiterhin hat die Einzeltherapiesitzung die wichtige Funktion der Krisenintervention.

Bei Bedarf werden auch Angehörige in die Behandlung einbezogen, d.h. es finden Paargespräche oder auch Gespräche mit der Klientin und weiteren Familienmitgliedern statt.

Intensivtherapietage

Im Rahmen der Gruppentherapie finden im Behandlungszeitraum zwei themenspezifische Intensivierungstage statt. Diese sind ein integraler Bestandteil der ambulanten Rehabilitation. Die Teilnahme ist für die Klientinnen verpflichtend und im Therapievertrag festgeschrieben. Das Angebot findet in den Räumen der Beratungsstelle statt und wird von zwei Therapeutinnen geleitet. Im Verlauf eines Tages finden zwei therapeutische Sitzungen á 100 Minuten statt. Die inhaltliche Struktur des Tages ist an der Gruppenphase und den Themen des aktuellen Gruppenprozesses orientiert.

Intensiviert werden soll an diesem Tag die Gruppenzusammengehörigkeit, die Kommunikation der Teilnehmerinnen untereinander, um eine stärkere Öffnung für persönliche Themen zu bewirken. Dies erfolgt über die thematische Festlegung der therapeutischen Gruppensitzungen, die Einbindung von Körperarbeit und Entspannungstechniken, kreativen Medien sowie Übungen zur Erweiterung der sozialen Kompetenzen.

Hilfeangebote zur beruflichen Wiedereingliederung

Suchtkranke Menschen sind weitaus häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen als der Durchschnitt der Bevölkerung. Da fehlende Perspektiven auf eine berufliche und soziale Integration den angestrebten Erfolg einer ambulanten Rehabilitation jedoch stark gefährden können, sind Maßnahmen zur Unterstützung bei der beruflichen Wiedereingliederung ein fester Bestandteil der Behandlung. Neben der Analyse der gegebenen schulischen und beruflichen Vorbildung, wird auch die individuelle Arbeitslosensituation der einzelnen Klientin exploriert. Für die weitere gezielte Planung einer beruflichen Wiedereingliederung ist die Feststellung eines ggf. vorhandenen Weiterbildungs- oder Umschulungsbedarfes sowie deren Kostenträger wichtig. BerTha F. e.V. arbeitet hierfür mit allen regional vorhandenen Trägern der Wiedereingliederung zusammen bzw. stellt den Kontakt zu diesen Einrichtungen her.

Die Klientinnen erhalten Unterstützung bei der Erstellung von Bewerbungsunterlagen.

2.13.6.3Ablösephase

Dauer ca. 6 Wochen

In dieser dritten Phase geht es für die Klientinnen insbesondere um:

- Vorbereitung auf den Abschied aus der Gruppenbehandlung
- das bewusste Erleben des Loslösungs- und Trennungsprozesses
- Reflexion und Rekapitulation des gesamten Therapieprozesses
- die Entwicklung von individuellen Perspektiven im Anschluss an die Behandlung (z. B. die Vermittlung in eine Selbsthilfegruppe)

2.13.6.4Behandlungsdauer

Die Behandlungsdauer der ambulanten Rehabilitation beträgt im Durchschnitt 9-12 Monate. Sie kann in begründeten Einzelfällen und vorbehaltlich der Zustimmung der Leistungsträger auf bis zu 18 Monaten verlängert werden.

Wird die ambulante Rehabilitation im Rahmen einer ambulanten Weiterbehandlung im Anschluss an eine stationäre Rehabilitation durchgeführt so richtet sich die Dauer nach den Empfehlungen der überweisenden Fachklinik und umfasst in der Regel 40 / 4 therapeutische Einheiten innerhalb von 12 Monaten.

Die Dauer einer ambulanten Rehabilitation im Anschluss an eine erfolgreich abgeschlossene stationäre Behandlung beträgt in der Regel 20/2 Behandlungseinheiten in 26 Wochen.

Bei einem Übergang von stationärer zu ambulanter Rehabilitation ist dies durch den Entlassungsbericht der Klinik sowie einen erneuten Antrag der Versicherten zu dokumentieren.

2.13.7Krisenintervention

Das Auftreten von Krisen ist unserem Verständnis nach ein zum Leben gehörender und damit lebensnotwendiger Prozess. Eine Krise tritt u.a. dann auf, wenn sich die Struktur einer Persönlichkeit gegenüber anstehenden Veränderungen als zu starr und unflexibel erweist. Sie bedeutet immer, das alte und vertraute Verhaltensmuster nicht mehr greifen und sind damit immer mit massiven Ängsten verbunden. Im therapeutischen Setting kann es somit in allen Phasen der Behandlung zu Krisensituationen kommen. Nicht selten steht eine Krise am Beginn eines grundlegenden Veränderungsprozesses. Im therapeutischen Umgang mit Krisen sind demnach sofortige Interventionen erforderlich, um die Krise für die Klientin nutzbar zu machen.

Bewältigte Krisen bieten für die Klientinnen die Sicherheit auch zukünftige Krisen meistern zu können (Selbstwirksamkeitserwartung).

2.13.8 Umgang mit Rückfällen

Wir gehen davon aus, dass Rückfälle fast immer Ereignisse sind, die eingebunden sind in die aktuellen Lebenszusammenhänge der Klientin und sich meistens über bestimmte Verhaltens- und Handlungsweisen ankündigen. Dies gilt insbesondere in Stresssituationen, bzw. Umständen in denen die Klientin besonderen Belastungen ausgesetzt ist. Unserem Verständnis nach beginnt ein Rückfall somit nicht erst, wenn jemand wieder zum Suchtmittel greift. In diesem Sinne soll die Klientin während der Rehabilitation schon früh darauf sensibilisiert werde, mögliche Ursachenbereiche sowie individuelle Signale, die einen Rückfall zur Folge haben können, zu erkennen. Ein wichtiges Ziel der Rehabilitation ist es mit den Klientinnen individuelle Handlungsstrategien zur Rückfallprophylaxe zu entwickeln.
(vgl. Körkel, J., 1988)

Kommt es dennoch zu einem aktiven Rückfall, bewerten wir dies zunächst als Krise und damit auch als Chance aus dieser zu lernen. Im therapeutischen Prozess gilt es nun für die Therapeutin gemeinsam mit der Klientin herauszufinden, wie es zum Rückfall gekommen ist, und was zur abstinenter Bewältigung des Konfliktes gefehlt hat. Voraussetzung für die Weiterführung der therapeutischen Arbeit ist, dass die Klientin bereit ist, den Rückfall bzw. die Hintergründe des Rückfalles in die Behandlung einzubringen und im therapeutischen Prozess zu nutzen. Bei einer fehlenden Bereitschaft der Klientin zur Exploration des Rückfallverhaltens, wird die Behandlung von Seiten der Einrichtung abgebrochen. Sollte die Klientin zu einem späteren Zeitpunkt die Bereitschaft mitbringen, sich auf die Thematik einzulassen, kann sie erneut Kontakt zu unserer Einrichtung aufnehmen.

2.13.9 Therapeutisches Personal

Das multidisziplinär arbeitende Behandlungsteam besteht aus Mitarbeiterinnen aus den Berufsgruppen Diplom Sozialpädagogin, -arbeiterin, Diplompädagogin und Kunsttherapeutin, die über langjährige Erfahrungen in der Suchtkrankentherapie und über VDR anerkannte Zusatzausbildungen verfügen.

Über eine Kooperation miteingebunden in das Behandlungsteam ist eine erfahrene Fachärztin für Psychotherapie und Suchtmedizin. Die Fachärztin trägt die medizinische Verantwortung in somatischer und psychiatrischer Sicht für die Leistungserbringung in der Rehabilitation. Die Patientin hat einen obligatorischen Kontakt zur Teamärztin zu Beginn, zur Zwischenauswertung und zum Abschluss der ambulanten Rehabilitation.

Die Einbindung einer Diplom Psychologin in unser Behandlungsteam ist im Rahmen einer Kooperation mit dem Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf geplant.

Die Ärztin und die Psychologin nehmen regelmäßig an Besprechungsterminen des Teams teil

Die Aufgaben der Ärztin

Zentrale Aufgaben der Ärztin innerhalb der Rehabilitation sind:

- Indikationsstellung im Rahmen der allgemeinärztlichen Untersuchung einschließlich der Anamneseerhebung

- Kooperation mit den behandelnden Hausärzten innerhalb des Behandlungsverlaufes insbesondere in somatischer und psychiatrischer Hinsicht
- Mitwirkung an der Erstellung des Behandlungsplans
- Erstellung eines qualifizierten Entlassungsberichts
- Teilnahme an Fallbesprechungen,

Die Aufgaben der Psychologin

Zentrale Aufgaben der Psychologin innerhalb der Rehabilitation sind:

- Psychodiagnostik, Einsatz von Testverfahren
- Mitwirkung bei der Anamneseerhebung
- Mitwirkung bei der Erstellung des Behandlungsplans
- Durchführung von Zwischen- und Abschlussuntersuchungen
- Mitwirkung bei der Erstellung des Zwischen- bzw. Abschlussberichts
- Teilnahme an Fallbesprechungen

Die Aufgaben der Sozialarbeiterinnen/ -pädagoginnen

Zentrale Aufgaben der Sozialarbeiterinnen /-pädagoginnen innerhalb der Rehabilitation sind:

- Psychosoziale Diagnostik
- Durchführung von Einzel- und Gruppentherapie
- Aktenführung / Verlaufsdokumentation
- Mitwirkung bei der Erstellung des Behandlungsplans
- Kooperation mit komplementären Diensten, Durchführung sozialtherapeutischer Hilfsangebote
- Mitwirkung bei der Erstellung des Zwischen- bzw. Abschlussberichts

Psychotherapeutisch arbeiten wir nach einem integrativen Ansatz. Methoden der Gesprächspsychotherapie, der Gestalttherapie, der Familientherapie, der Verhaltenstherapie und des Psychodramas werden eingesetzt. Grundsätzlich ist es unser Ziel, die Methode den Bedürfnissen der Klientinnen anzupassen.

2.13.10 Qualitätssicherung

Das Team führt aus Qualitätssicherungsgründen regelmäßige Organisations- und Fallsupervisionen durch.

Im Rahmen der Qualitätssicherung beteiligt sich BerTha F. e.V. an der jährlichen Datenerhebung über EBIS. Die Daten werden an das Institut für Therapieforschung in München, im Auftrag der Wohlfahrtsverbände und der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren weitergegeben.

2.14 Die Nachsorge

Ziel der Nachsorgephase ist, die in der Entwöhnungsbehandlung erworbenen Alternativen zum Suchtverhalten weiter zu festigen und damit eine Stabilisierung der abstinenten Lebensführung zu erreichen. Das gilt für die Bereiche:

- Beruf bzw. Übergänge zu Bildungs- und Beschäftigungsmaßnahmen als Wiedereinstieg ins Erwerbsleben
- Familie

- Sozialkontakte
- Freizeitgestaltung.

Nachsorge umfasst:

- die Anbindung an eine Selbsthilfegruppe und / oder
- stützende Einzel- und / oder Gruppengespräche in der Beratungsstelle und / oder
- die Inanspruchnahme komplementärer Hilfsangebote

Auf eine gute Zusammenarbeit mit anderen Institutionen, Sozialleistungsträgern und komplementären Diensten legen wir hierbei besonderen Wert. (Zielsetzung: Vernetzung).

2.15 Die Einzeltherapie

Im Rahmen der Einzeltherapie werden über eine längerfristige Betreuungsdauer die zur Sucht führenden Faktoren, Themen der aktuellen Lebenssituation, Aufarbeitung der eigenen Lebensgeschichte, wie z. B. sexueller Missbrauch und Gewalterfahrungen bearbeitet. Die sowohl in der Kindheit als auch im aktuellen Lebenszusammenhang erlebten (sexualisierten) Gewalterfahrungen haben bei den Mädchen und Frauen schwere psychische Verletzungen bewirkt. Hierbei erfüllte die Sucht unterschiedliche Funktionen. Ziel der Therapie ist es aktuelle Verhaltensmuster als Auswirkung von z.B. Kindheitserfahrungen zu erkennen und Alternativen zu entwickeln und in den Alltag zu integrieren.

Oft beobachten wir eine große Verunsicherung durch die Intensität und das Ausmaß an Gefühlen und Erinnerungen bei den Klientinnen, die durch den Missbrauch des Suchtmittels in den Hintergrund getreten waren bzw. als vergessen galten. Hier greifen viele Klientinnen auf alte vertraute Verhaltensmuster zurück und die Möglichkeit des „Rückfalls“ ist sehr groß. Auch tritt hier oft eine schon „abgelegt geglaubte“ Ess-Störung wieder in den Vordergrund.

Das Therapiegespräch findet in der Regel einmal wöchentlich statt und dauert 60 Minuten (in Krisensituationen wird es auch häufiger angeboten).

2.16 Die Psychosoziale Betreuung

Die Psychosoziale Betreuung (PSB) ist ein spezielles Angebot für heroinabhängige Klientinnen, die sich in einer Substitutionsbehandlung befinden.

Die PSB findet im Rahmen eines umfassenden Behandlungskonzeptes, das die ärztlich verordnete Substitution sowie die jeweils erforderlichen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen und die psychosozialen Betreuungsmaßnahmen mit einbezieht.

Eine klassische Psychotherapie ersetzt in der Regel nicht die psychosoziale Betreuung, wie sie durch das Suchthilfesystem erbracht wird. Gegenstand der psychosozialen Betreuung ist die Veränderung der Lebensumstände der Klientin. Die PSB soll der Patientin durch geeignete Unterstützungsmaßnahmen in psychischen, sozialen und lebenspraktischen Bereichen helfen, die psychischen und sozialen Folgen der Abhängigkeit von illegalen Substanzen zu erkennen und zu überwinden. Ihr Umfang richtet sich dabei nach den individuellen Umständen und dem Krankheitsverlauf der Klientin. PSB und ärztliche Behandlung müssen koordiniert werden. (nach BUB , Stand März 2002)

Die Kooperation mit den Anbietern qualifizierter Angebote zur Arbeitserprobung, betreuter Arbeits- und Wohnprojekte, Schuldnerberatung, Bildungsträger, Träger der

Jugendhilfe dient der Integration gemäß SGB IX. Anreize und Anregungen zur selbständigen Lebensgestaltung sollen vermittelt werden um soziale Fähigkeiten einzuüben. Angesichts der jahrelang gelebten Einbindung in das Milieu von Drogenszene / -beschaffung / -einnahme / -kriminalität sollen Möglichkeiten geschaffen werden um konkrete Erfahrungsmöglichkeiten veränderter Lebensweisen kennen zu lernen.

Im Verlauf der psychosozialen Betreuung sind ggf. spezifische suchtherapeutische Interventionen zur Klärung und Bearbeitung psychischer Störungen bzw. auffälliger und einen positiven Betreuungsverlauf behindernder Verhaltensmerkmale explizit einzusetzen.

BerTha F. bietet mit der Flexibilität der Einrichtungsangebote die Möglichkeit solcher Interventionen. Hat die betreute Klientin sich persönlich und ihr soziales Umfeld stabilisiert, kann eine längerfristige ambulante oder stationäre Suchttherapie angezeigt sein, damit der Aufbau gesunder Ich-Strukturen und funktionierender Beziehungsstrukturen unterstützt werden kann um die Suchtmechanismen zu überwinden.

Rahmenbedingungen

Im Rahmen unserer Einrichtung wird die PSB mit einem Erstgespräch begonnen. Nach 5 zeitlich engmaschigen probatorischen Sitzungen wird die Vereinbarung zur psychosozialen Betreuung als Vertrag zwischen Klientin, behandelnder Substitutionsstelle und BerTha F. ausgestellt. Das Betreuungs-Setting wird mit der Klientin ausgehandelt. Je nach Situation und Unterstützungsbedarf kann eine engmaschige Betreuung (Gruppe / Gruppe und unterstützende Einzelsitzungen / Einzel) oder aber große Abstände zwischen den Gesprächen sinnvoll sein. Bei Abbruch erfolgt nach 6 Wochen eine Mitteilung an die Substitutionsstelle.

Klientinnen, deren psychosoziale Gesamtsituation und Ressourcenlage von uns als stabil diagnostiziert werden, können in Absprache mit der behandelnden Substitutionsstelle von der PSB freigestellt werden. Eine Überprüfung erfolgt quartalsweise.

Umgang mit Beigebrauch

Ein wichtiges Teilziel im Prozess der Substitutionsbehandlung ist ein kontrolliertes monovalentes Konsummuster, wenn es nicht schon zu Beginn der Behandlung besteht.

Die möglichen Ursachen für Beikonsum, situative Aspekte des Beikonsums und eventuell feststellbare Suchtverlagerungstendenzen werden thematisiert.

Bei wiederholtem Beikonsum werden in Zusammenarbeit mit Klientin und Substitutionsstelle weitergehende Maßnahmen besprochen, bzw. eingeleitet (Erhöhung der Substitutdosis, Beikonsumentgiftung, etc.)

Beendigung der PSB

Die PSB wird beendet, wenn die Ziele der Substitutionsbehandlung zum großen Teil umgesetzt werden konnten und kein Handlungsbedarf mehr gegeben ist. Des Weiteren ist die PSB beendet, wenn die Klientin keine Bereitschaft mehr zeigt, sich für die Erreichung der vereinbarten Ziele einzusetzen.

2.17 Das Gruppensetting

Innerhalb der Gruppenpsychotherapieforschung hat sich ein Konsens darüber gebildet, dass es im Unterschied zur Einzelpsychotherapie bestimmte Wirkfaktoren

der Gruppenpsychotherapie gibt, die über alle verschiedenen Theorien und Schulen hinweg ihre differenzielle Wirksamkeit entfalten und Veränderungsprozesse bei den Klientinnen initiieren. Diese Wirkfaktoren wurden von Yalom (1996), beschrieben. Gruppenarbeit ermöglicht den Klientinnen die Erfahrung mit ihren Problemen nicht alleine zu sein und dies bewirkt Erleichterung. Sie verhilft zu einer Anerkennung der in der Regel verleugneten Identität der Suchtkranken. Schuld und Schamgefühle können in einer Umgebung des Vertrauens, der Sicherheit und des gegenseitigen Akzeptierens bearbeitet werden. Frauen machen die Erfahrung in der Gruppe akzeptiert zu sein und gewinnen an emotionaler Bezogenheit. Sie lernen durch die Beobachtung anderer und können neue Rollen ausprobieren. Die Gruppe bietet einen geschützten Rahmen für die Freisetzung von Gefühlen und die Mitteilung von schambesetzten privaten Problemaspekten. Der Erfahrungsaustausch von erfolgreicher Bewältigung dient als Modellfunktion und bewirkt Hoffnung und festigt die Abstinenzentscheidung. Die Gruppe dient als Korrektiv (Feedbackprozesse) und fördert soziales Lernen sowie Verhaltensänderungen und macht das Erleben von Konsequenzen veränderten Verhaltens möglich. Die Gruppenmitglieder wiederholen innerhalb der Gruppe ihre im Laufe des Lebens erworbenen Beziehungserfahrungen (z.B. Herkunftsfamilie) und Muster, haben so die Möglichkeit diese zu rekapitulieren und auf zu arbeiten. Die Gruppe dient als Übungsfeld verfestigte Beziehungsmuster zu modifizieren und im geschützten Rahmen zu leben.

2.17.1 Gruppe für substituierte Frauen

Dieses Angebot war das erste indikationsspezifische Angebot der Beratungsstelle. Es wendet sich an Frauen, die opiatabhängig sind und mit Methadon oder vergleichbaren Ersatzstoffen substituiert werden.

Die Arbeit mit substituierten Frauen hatte gezeigt, dass die Integration von heroinabhängigen bzw. substituierten Frauen, insbesondere nach einem langjährigen Abusus, in die bestehenden suchtmittelübergreifenden Gruppenangebote oft nur schwer oder gar nicht möglich war. Das Leben in der illegalen Szene der Drogenabhängigen bringt zum Teil ein hohes Maß an körperlicher und psychischer Verwahrlosung mit sich. Die Erfahrungen, insbesondere auch geprägt durch Prostitution, Kriminalisierung und Beschaffungskriminalität, lassen eine Auseinandersetzung mit Frauen, die trotz ihrer Sucht „unauffällig“ in dieser Gesellschaft leben, oft kaum zu.

Frauen, die ein Substitut erhalten, sind oft gerade zu Beginn der Behandlung nicht beikonsumfrei, bzw. durch das Substitut auch nicht abstinent, sondern stehen unter der Wirkung eines Betäubungsmittels. Ziel der Beratung ist von daher oft nicht die Abstinenz sondern die Monovalenz, vielleicht auch mit der Entscheidung sich noch auf lange Sicht (oder immer) substituieren zu lassen.

Dies sind Themen, die in einer symptomgemischten Gruppe nur schwierig zu besprechen sind.

Im Rahmen der Gruppe wird auch für einige Frauen die Psychosoziale Beratung integriert. Dies sind Klientinnen, die relativ stabil sind, bzw. durch andere Einrichtungen noch zusätzlich betreut werden (§ 72 BSHG, §39 BSHG.), so dass eine intensive Einzelfallhilfe nicht erforderlich ist. Frauen, die eine intensive psychosoziale Beratung/Betreuung benötigen, erhalten diese zusätzlich im Rahmen von Einzelgesprächen.

Ziele

- Einüben von Kommunikationsstrukturen
- Befähigung zur persönlichen Konfliktlösung und Beziehungsfähigkeit

- Stabilisierung der Lebenssituation (Schuldenregulierung, Wohnungssuche, Kontakte zur Familie etc.)
- Unterstützung beim Aufbau drogenfreier Kontakte
- Entwickeln von ersten Schritten für die weitere Lebensplanung
- Unterstützung des Abstinenzwunsches
- Erarbeitung individueller Klientinnenziele
- Berufliche Rehabilitation

Rahmenbedingungen

- Es findet vor der Aufnahme ein Vorgespräch mit einer der Therapeutinnen statt. Danach wird über die Aufnahme in die Gruppe entschieden.
- Nach drei probatorischen Sitzungen wird ein schriftlicher Vertrag über die Teilnahme an der Gruppe unterzeichnet.
- in dem die Klientin sich unter anderem zur regelmäßigen Teilnahme verpflichtet. Wenn eine Klientin den Kontakt zur Gruppe ohne Rückmeldung länger als vier Wochen unterbricht, gilt der Vertrag als beendet.
- Die Verweildauer wird individuell mit den Frauen abgestimmt.
- In Krisensituationen und bei Bedarf werden der Klientin Einzelgespräche angeboten.

2.17.2 Gruppe für Frauen mit Ess-Störungen

Seit 1995 bieten wir Beratung und Therapie für Frauen mit behandlungsbedürftigen Ess-Störungen an. Ess-Störungen weisen deutliche Elemente süchtigen Verhaltens auf (Stahr, u.a., 1995), als Beispiele sind zu nennen: angestrebter Gefühls-, Erlebnis- und Bewusstseinszustand, Kontrollverlust, Wiederholungszwang, kontinuierliche Steigerung, Interessensabsorption und Zentrierung sowie zunehmende Isolation. Das erste Merkmal der Sucht ist der **Kontrollverlust**, der bei Ess-Störungen in der Unfähigkeit besteht, mit dem zwanghaften Überessen, Entleeren (Erbrechen, Abführmittel) sowie Fasten aufzuhören. Eine willentliche Kontrolle ist nicht mehr möglich, alle Versuche (Versprechen, Essenspläne, Vorsätze etc.) scheitern und subjektiv wird Essen, Erbrechen und Fasten als Zwang, als Besessenheit erlebt. Es liegt hier der verzweifelte Kampf gegen das Essen vor, der täglich immer wieder verloren wird und der an den Kampf des Alkoholikers gegen die Flasche erinnert. Die zweite Parallele ist die **Herstellung eines Rauschzustandes** durch Essen, Erbrechen oder Fasten. Er äußert sich in einem Gefühl des "High-seins", der Betäubung und der anschließenden "Katerstimmung". Des Weiteren bekommt die „Droge Essen“ neue **Funktionen**, sie wird zur Ersatzbefriedigung, zum Gefühlsdämpfer und Lebensbewältiger. Dabei verliert es seine ursprüngliche Funktion als Lebensmittel. Essen, Sich-Voll-Stopfen und Erbrechen werden als "**Problemlöser**" in Situationen eingesetzt, die für die Betroffenen scheinbar unlösbar sind. Sie helfen vorübergehend, weil sie Spannungen abbauen, eine kurze Zufriedenheit hervorrufen und die Wirklichkeit für einige Zeit ausblenden (Vgl. Wardetzki, 1991).

Zielgruppe

Wir beraten Frauen mit allen Formen der Ess-Störungen. Die Gruppe wendet sich schwerpunktmäßig an Frauen mit

- Magersucht (Anorexia nervosa, F50.0) und
- Bulimie (Bulimia nervosa, F50.2).

Frauen mit Essattacken bei sonstigen psychischen Störungen (F50.4) können in Absprache mit den Therapeutinnen und unter Berücksichtigung der Gruppendynamik neuerdings auch aufgenommen werden.

Ziele

- Erlangung von Wissen über Ursachen und Folgen der Ess-Störungssymptomatik
- Förderung der Krankheitseinsicht
- Motivation zur Behandlung
- Entwicklung eines Selbstkonzeptes mit positiven Selbstreferenzen (das sich nicht hauptsächlich auf Äußerlichkeiten bezieht (Ich bin liebenswert)),
- Entwicklung eines positiven Körperbildes (ganzheitliche Pflege und Fürsorge statt Abwertung der Körperlichkeit und Vernachlässigung der Gesundheit)
- Heraustreten aus der Polarität von Überanpassung und Rebellion in Richtung auf eine gesunde beziehungsförderliche Souveränität
- Mut zur Mitte; Heraustreten aus den Extremen (z.B.: Schwanken zwischen Größen- und Minderwertigkeitswahn)
- Veränderung des konkreten Ess-Verhaltens und Aufgabe von destruktiven Gewichtskontrollmethoden wie Erbrechen und Missbrauch von Abführmitteln und Appetitzüglern
- Veränderung der Überkonzentration auf das Essen und der alles dominierenden Bedeutung des Gewichts

Rahmenbedingungen

- Die Teilnahme an der Gruppe setzt keine Symptom-Abstinenz voraus, hat diese jedoch zum Ziel.
Wir gehen davon aus, dass sich Symptomreduktion und Symptomverlust spätestens dann einstellen, wenn sich eine Person als Ganzes stabilisiert hat und neue Ausdrucksformen/Lösungsmöglichkeiten für die Ursache der Symptomatik entwickelt worden sind.
- Kurzfristige Rückfälle (in essgestörtes Verhalten) sind in der Regel Begleiter auf dem Weg zur Genesung und dienen dem allmählichen Aufbau eines symptomfreien Ess-Verhaltens.
- Nach zwei Gruppensitzungen wird eine Entscheidung für eine regelmäßige Teilnahme erwartet und ein Gruppenvertrag abgeschlossen.
- Die Mindestverweildauer beträgt 6 Monate und kann nach Abstimmung mit der Klientin verlängert werden.
- Wenn eine Klientin den Kontakt zur Gruppe ohne Rückmeldung länger als vier Wochen unterbricht, gilt der Vertrag als beendet.
- Die Kosten der Teilnahme richten sich nach dem monatlichen Einkommen der Teilnehmerin und werden individuell errechnet.

2.17.3 Therapiegruppe

Die Therapiegruppe ist seit 1997 ein kontinuierliches Angebot unserer Einrichtung. Sie ist in ihrem therapeutischen Ansatz suchtmittelübergreifend und abstinenzorientiert konzipiert. Das heißt, sie richtet sich an Frauen, die bereits abstinent sind

und abstinent leben wollen. Im Rahmen der Gruppe soll dieser Entschluss unterstützt und gefestigt werden.

Aufgrund der speziellen Aspekte der Abhängigkeitsentwicklung bei Frauen ist eine Behandlung in einem geschützten homogenen Gruppensetting wichtig, damit Frauen die Möglichkeit haben, sich mit ihrer Suchterkrankung auf die ihnen jeweils eigene Art, in dem von ihnen bestimmten Tempo auseinander zu setzen. Viele suchterkrankte Frauen sind traumatisiert durch Erfahrungen von Gewalt und sexuellen Grenzverletzungen. Geschlechtshomogene Gruppen bieten den nötigen geschützten Raum zur Ansprache besonders angst- und schambesetzter Themen. Des Weiteren bietet eine Frauentherapiegruppe besondere Unterstützung bei der Entwicklung suchtmittelfreier Lösungsstrategien, da die Frauen in der Gruppe von ihren Stärken gegenseitig profitieren können, ohne - wie dies in der Beziehung zu männlichen Bezugspersonen oft der Fall ist - ihre eigenen Bedürfnisse und ihre Selbstverantwortung aufzugeben,

Einer der wichtigsten prognostischen Faktoren für ein gutes Behandlungsergebnis ist ein hohes Maß an „Gruppenkohäsion“. Bei dieser sind die Gruppenmitglieder aufeinander bezogen und haben ein starkes Interesse an ihrem eigenen Fortschritt und ihrer Entwicklung, sowie am Fortschritt und der Entwicklung der Anderen und der Gesamtgruppe. Die Gruppenarbeit soll erreichen, dass bei jeder Einzelnen unveröhnliche Selbstanteile miteinander in Austausch treten können und die abgespaltenen Selbstanteile integriert werden können. Sie soll den Austausch untereinander fördern, sowie die Fähigkeit, sich gegenüber den anderen Gruppenteilnehmerinnen sowohl zu öffnen als auch abzugrenzen.

Ein Ziel der Gruppenarbeit ist der Transfer dessen, was die Gruppenmitglieder innerhalb der Gruppe an Weiterentwicklung für sich erarbeiten konnten, in ihr Leben außerhalb der Gruppe.

Die Aufgabe der Gruppentherapeutinnen besteht u. a. darin, den Zusammenhang zwischen den intrapsychischen Prozessen der Klientinnen, der Erprobung alternativer Verhaltensweisen in der Gruppe und den Transfer des Erlernten in die Lebensumstände und Lebensbezüge immer wieder herzustellen und zu reflektieren. Wir halten es für ebenso für einen stabilisierenden Faktor, die gruppenspezifischen Prozesse zu erfassen und sie in einer klaren und prägnanten Art und Weise mitzuteilen, um sie konstruktiv nutzen zu können.

Ziele

- Förderung der Krankheitseinsicht, Reflexion des eigenen süchtigen Verhaltens.
- Vertiefung der Einsicht in die Zusammenhänge der persönlichen Entwicklung
- Aufbau und Stabilisierung von mehr persönlicher und sozialer Verantwortung
- Klärung von Konflikten mit der Herkunftsfamilie
- Aufbau von suchtmittelfreien und stabilen sozialen Beziehungen
- Erarbeitung konstruktiver Konfliktlösungsmodelle
- Entwicklung einer positiven weiblichen Identität:
- Entwicklung einer besseren emotionalen und körperlichen Selbstregulation
- Überwindung von einschränkenden Rollenmustern
- Wahrnehmung und Differenzierung eigener Gefühls- und Bedürfnislagen
- Reaktivierung der eigenen Ressourcen

- Förderung der konstruktiven Beziehungsfähigkeit insbesondere der Nähe- und Distanzregulation in engen Beziehungen
- Entwicklung und Ausbau der individuellen Fähigkeit zur Strukturierung von Arbeit, Wohnen und Freizeit.

Rahmenbedingungen

Mit der Teilnahme an der Gruppe werden der grundsätzliche Wille zur Abstinenz und die Wahrung der Anonymität der Gruppenteilnehmerinnen vorausgesetzt.

Eine vertragliche Vereinbarung verpflichtet die Frauen zu einer Mindestverweildauer von 12 Monaten. Die Gruppe findet wöchentlich statt und dauert zwei Stunden.

Neben der regelmäßigen und pünktlichen Anwesenheit in der Gruppe ist auch die Bereitschaft zu einer eintägigen Intensivveranstaltung bindend.

Die Klientin verpflichtet sich, an den gemeinsam erstellten Therapiezielen zu arbeiten.

Die Therapeutinnen verpflichten sich die Klientinnen bei der Erreichung der Therapieziele zu unterstützen.

Die Prävention

Hauptzielgruppe unserer Angebote im Bereich der Prävention sind jugendliche Mädchen (12-14 Jahre). In diesem Alter werden erste Erfahrungen mit Suchtmitteln gemacht, Experimentieren und Neugier auf Suchtmittel treten in den Vordergrund. Der Umgang mit Suchtmitteln ist eine der zu leistenden Entwicklungsaufgaben in diesem Alter, da die Kontrollmöglichkeiten der Eltern durch den erweiterten Lebensraum zunehmend geringer werden.

Wir arbeiten in unserer Einrichtung sekundärpräventiv, d.h., dass wir uns in unseren Präventionsveranstaltungen an Jugendliche und junge Erwachsene richten, die meist bereits Konsumerfahrung haben, in deren Verhalten jedoch noch kein chronischer Suchtverlauf erkennbar ist.

Wir verfolgen mit unserer Präventionsarbeit drei Zielsetzungen:

- Kinder und Jugendliche, die kein Suchtmittel konsumieren, wollen wir in ihrer Haltung bestärken
- der Konsumbeginn soll soweit wie möglich hinausgeschoben werden
- bei bereits Konsumierenden sollen die Konsummenge reduziert bzw. ein risikoarmer Konsum angestrebt werden

(Nach DHS Bielefelder Erklärung)

2.18 Die Präventionsangebote

2.18.1 Präventionsveranstaltungen mit Schulklassen

Im Rahmen der Suchtprophylaxewochen kommen **Mädchen der 6. bis 8. Klassen** der weiterführenden ortsansässigen Schulen in die Beratungsstelle.

Dabei geht es neben Informationen zum Thema Sucht und zur Arbeit unserer Beratungsstelle auch um die Auseinandersetzung mit dem eigenen Konsumverhalten.

Wir bieten die Präventionsveranstaltungen bewusst in der Beratungsstelle an, um dadurch die Hemmschwelle für einen späteren Besuch unserer oder anderer Einrichtungen zu senken.

Das Themenangebot erfolgt in Absprache mit den zuständigen KlassenlehrerInnen und umfasst folgende Themenblöcke, die variabel zusammenstellbar sind:

- Informationen zu Sucht und Suchtmitteln
- eigene Konsumerfahrungen
- Ess-Störungen
- Körperbild
- Gruppenzugehörigkeit, -druck
- Grenzen - die Sehnsucht nach Freiheit und Schutz

Die Themenbereiche „Sucht“ sowie „Ess-Störungen“ bieten wir sowohl als einzelne 2-stündige Workshops als auch im Rahmen einer Veranstaltungsreihe an. Die Themenbereiche „Gruppenzugehörigkeit“, „Körperbild“ und „Grenzen“ sind Folgeveranstaltungen und sind ein vertiefendes Angebot.

2.18.2. „Hilfe, mein Kind pubertiert“ ein Angebot für Mütter

Aus dem Angebot der Suchtprophylaxe für Mädchen entwickelte sich für uns die Konsequenz mit den Müttern der (teilnehmenden Schülerinnen) zu arbeiten. Wir haben diese Angebote speziell auf Mütter ausgerichtet, da wir der Realität Rechnung tragen möchten, dass Mütter erfahrungsgemäß die Hauptlast der Erziehungsarbeit tragen. Mütter nehmen auch wesentlich häufiger an Elternabenden und Informationsveranstaltungen teil.

Angeboten wird eine Seminarreihe über 4 Abende für Mütter pubertierender und mit Suchtmitteln experimentierender Jugendlicher.

Sie umfasst folgende Themen:

- Informationen zu Sucht
- Suchtmittel-Lehre
- eigener Umgang mit Suchtmittel
- Informationen zur Pubertät
- eigene Erinnerungen an diese Altersphase
- Kommunikationsmethoden für das aktive Zuhören und zur
- Konfliktklärung
- Themen der Mütter

Des Weiteren beschäftigt sich das Seminar ganz alltagsnah und praktisch mit Fragen wie z.B.:

- Wie gebe ich Orientierungshilfe?
- Wie reagiere ich, wenn mein Kind erste Erfahrungen mit Alkohol und Haschisch macht?
- Wie kann ich Grenzen setzen?
- Wie handle ich zuverlässige Absprachen aus?

Ziel dieser Reihe ist es, die Erziehungskompetenz zu stärken, indem Ängste und Unsicherheiten abgebaut und indem die Teilnehmerinnen ermutigt werden, über den Konsum von Alkohol und Drogen mit ihren Kindern ins Gespräch zu kommen. Es hat sich bewährt, die Kurse nicht in der Beratungsstelle sondern in der Schule anzubieten, um die Hemmschwelle zu senken und möglichst viele Mütter zu erreichen.

2.18.3,„Wenn Essen zum Problem wird“ - ein Angebot für Mütter

Dies ist ein Angebot für Mütter, die merken, dass sich die Aufmerksamkeit ihrer Töchter vermehrt auf das Essen bzw. Nicht – Essen richtet, die dadurch beunruhigt sind und die nach Möglichkeiten suchen, ihr Kind in der jeweiligen Situation angemessen zu unterstützen.

Dieses Seminar erstreckt sich über 2 Stunden, ist jedoch bei Bedarf ausbaufähig.

Die Veranstaltung kann von Schulen, Einrichtungen der Weiterbildung etc. angefragt werden und der Inhalt auch genau abgesprochen werden.

Veranstaltungsort ist die Beratungsstelle oder nach Absprache ein anderer.

2.18.4Fortbildung für MultiplikatorInnen

Die Beratungsstelle bietet Schulungen für MultiplikatorInnen an, da wir diese Art der Arbeit im Präventionsbereich primär gesehen für am nachhaltigsten erachten.

Dabei sind folgende Fragestellungen wichtig:

- Wie beginnt Suchtvorbeugung schon im Kindesalter?
- Wie kann Suchtvorbeugung sinnvoll in der Einrichtung durchgesetzt werden?
- Wie gehe ich auf Eltern zu, bei denen ich den Verdacht habe, dass sie Suchtmittel missbrauchen?

Diese Schulungen werden individuell auf die jeweiligen Einrichtungen abgestimmt.

Die Öffentlichkeitsarbeit

Vorstand und Mitarbeiterinnen von BerTha F. e.V. betreiben eine gezielte Informations- und Öffentlichkeitsarbeit, um den Bekanntheitsgrad der Einrichtung und des Themas „frauen-spezifische Suchtarbeit“ zu erhöhen.

*Esse est percipi - Sein ist Wahrgenommen werden.
Berkeley 1685- 1753*

2.19 Angebote

Wir nutzen verschiedene Medien und Informationskanäle:

- Informationsmaterial über die Beratungsstelle (Broschüre, Flyer etc.) werden gezielt an verschiedene Institutionen und Einzelpersonen weitergeleitet (ÄrztInnen, Schulen, Interessierte, Fachstellen, etc.)
- Zielgruppenspezifische Informationsveranstaltungen, auf denen wir unsere Arbeit vorstellen, z.B. auf Veranstaltungen im Rahmen der Suchtweeks, Schulveranstaltungen etc.
- Veröffentlichung von Jahresberichten und Konzeptionen, die die Arbeit detailliert darstellen, die Verwendung öffentlicher Gelder rechtfertigen, und neue Angebote und Projekte vorstellen.
- Regelmäßige Pressemitteilungen in regionalen Tageszeitungen, die auf die Motivationsgruppe hinweisen.
- Fachbezogene Pressemitteilungen anlässlich markanter Ereignisse, die die Beratungsstelle bzw. ihre Arbeit betreffen
- Aufbau einer Internetpräsenz.

2.20 Ziele

Ziele der Öffentlichkeitsarbeit sind:

- Sensibilisierung für das Thema: „frauenspezifische Suchtarbeit“.
- Informationen über Gefahren von Suchtverhalten (Alkohol, Medikamente, illegale Drogen, Ess-Störungen etc.) zu geben.
- Intensivere Informationsverbreitung über Hilfsangebote und Behandlungsmöglichkeiten in der Öffentlichkeit
- Verdeutlichen auf sozialer, ökonomischer und politischer Ebene, dass Suchtprobleme keine Einzelschicksale sind, sondern andere davon mitbetroffen sind, z.B. Familienangehörige
- Wertschätzung der Suchtkrankenhilfe auf gesellschaftlicher und politischer Ebene. Das bedeutet auch die Interessen der Betroffenen politisch zu vertreten.

Der Anhang



BerTha F. • Duisburger Str. 77 • 40479 Düsseldorf

Behandlungsvertrag für die ambulante medizinische Rehabilitation

zwischen

Name: _____

Anschrift: _____

und der

Frauensuchtberatungsstelle BerTha F. e.V.

Die Frauensuchtberatungsstelle BerTha F. bietet suchtmittelabhängigen volljährigen Frauen die Möglichkeit der Behandlung ihrer Abhängigkeit im Rahmen einer ambulanten Rehabilitationsmaßnahme.

Die ambulante medizinische Rehabilitation richtet sich an folgende Klientinnengruppen:

- Alkohol- und/oder Medikamentenabhängige,
- Abhängige von illegalen Drogen
- Patientinnen bei denen zusätzlich eine Essstörung vorliegt.
- Opiatabhängige unter Substitution

Behandlungsziele:

Vorrangiges **Ziel** der ambulanten Rehabilitation ist, die Klientinnen zu befähigen, die gegenwärtigen und zukünftigen Lebenssituationen ohne Suchtmittel zu bewältigen, um dadurch eine Eingliederung, bzw. Wiedereingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft zu erreichen bzw. eine Ausgliederung zu vermeiden.

Wesentliche Ziele sind:

- Förderung der Krankheitseinsicht, Reflexion des eigenen süchtigen Verhaltens.
- Vertiefung der Einsicht in die Zusammenhänge der persönlichen Entwicklung
- Aufbau und Stabilisierung von mehr persönlicher und sozialer Verantwortung

- Klärung von Konflikten mit der Herkunftsfamilie
- Aufbau von suchtmittelfreien und stabilen sozialen Beziehungen
- Erarbeitung konstruktiver Konfliktlösungsmodelle
- Entwicklung einer positiven weiblichen Identität:
- Entwicklung einer besseren emotionalen und körperlichen Selbstregulation
- Überwindung von einschränkenden Rollenmustern
- Wahrnehmung und Differenzierung eigener Gefühls- und Bedürfnislagen
- Reaktivierung der eigenen Ressourcen
- Förderung der konstruktiven Beziehungsfähigkeit insbesondere der Nähe- und Distanzregulation in engen Beziehungen
- Entwicklung und Ausbau der individuellen Fähigkeit zur Strukturierung von Arbeit, Wohnen und Freizeit.

Bei ambulanter medizinischer Rehabilitation unter Substitution gelten zusätzlich folgende Behandlungsziele:

- eine dauerhafte Monoabhängigkeit (Substitutionsmittel) bzw. langfristig
- eine dauerhafte Abstinenz zu erreichen und zu erhalten.

Voraussetzungen für die Klientinnen

Für die Durchführung einer ambulanten Rehabilitation sollen folgende

Voraussetzungen weitestgehend erfüllt sein:

- Die Klientin soll sich als abhängig erkennen, zur ambulanten Rehabilitation motiviert sein und das Ziel haben, ihr zukünftiges Leben selbstverantwortlich zu gestalten.
- Die Klientin soll bereit und in der Lage sein, regelmäßig und suchtmittelfrei an den Therapiestunden teilzunehmen sowie insgesamt ein suchtmittelunabhängiges Leben zu führen.
- Das soziale Umfeld soll stabil sein und ein gewisses Maß an stützender Integration ermöglichen.
- Die Klientin soll sich während der Rehamassnahme nicht in Haft befinden.

Angebote

Die ambulante medizinische Rehabilitation wird in folgenden Rahmenbedingungen eingebunden:

- symptomgemischte ambulante Rehabilitationsgruppe für von Alkohol, Medikamenten und von illegalen Drogen abhängige Frauen (Dauer: 100 Min. / wöchentlich)
- symptomspezifische ambulante Rehabilitationsgruppe für Frauen unter Substitution (Dauer: 100 Min. / wöchentlich)
- 14-tägige therapeutische Einzelgespräche (Dauer 50 Min.)
Paar- und Familiengespräche (Dauer 100 Min.)
- themenspezifische Intensivtage
- Medizinische Beratung und Behandlung
- Psychosoziale Beratung
- Berufliche Planung
- Beratung von Bezugspersonen / Angehörigenberatung
- Krisenintervention

Erklärung der Mitarbeiterinnen

Die MitarbeiterInnen der Beratungsstelle verpflichten sich:

- ihre gesamten Erfahrungen und Fähigkeiten dafür einzusetzen, die Klientin darin zu unterstützen, ein suchtmittelunabhängiges Leben zu führen.
- die Klientin bei ihren Therapiefortschritten zu unterstützen und zu begleiten.
- bei Bedarf kurzfristig Krisenhilfe anzubieten.
- regelmäßige therapeutische Einzelgespräche anzubieten.
- die geltenden Datenschutz- und Schweigepflichtsbestimmungen zu achten und einzuhalten. Innerhalb des Reha-Teams und in der Supervision werden klientenbezogene persönliche Daten ausgetauscht, sofern dies für die weitere Behandlung notwendig ist.
- alle von Ihnen erfassten Daten fünf Jahre nach Abschluss der Behandlung zu vernichten.

Erklärung der Klientin

Ich verpflichte mich:

- aktiv und regelmäßig an den vereinbarten therapeutischen Maßnahmen teilzunehmen. Ich bin mir bewusst, dass wiederholtes, unentschuldigtes Fernbleiben von den Therapiesitzungen zum Abbruch der Reha-Maßnahme führt.
- Informationen über andere Klientinnen und Klienten, die ich im Rahmen der Gruppentherapie erhalten habe, nicht an Dritte weiterzugeben (Schweigepflicht).
- zur Suchtmittelabstinenz von allen legalen und illegalen Suchtmitteln und Stimulanzien (außer Nikotin und Koffein).

Ich bin damit einverstanden,

- dass ihre persönlichen Daten (Angaben zur Krankheitsvorgeschichte, zu jetzigen Beschwerden, zur Diagnose, zum Beratungs- bzw. Therapieplan und -verlauf) innerhalb der Beratungsstelle und in der Supervision ausgetauscht werden, sofern dies für meine weitere Behandlung notwendig ist.
- dass die Beratungsstelle von der Schweigepflicht mit allen systemrelevanten Personen und Institutionen entbunden wird.

Ich habe den Behandlungsvertrag gelesen und bin damit einverstanden.

Besondere Vereinbarungen:

Düsseldorf, den

REHA-Teilnehmerin

Bezugstherapeut/in

Einrichtungsleiterin

Literatur

- Appel, Christa, 1992, zitiert in: Musterkonzeption des geschlechtsspezifischen Ansatzes in der Suchtarbeit, Koordinationsstelle der bayrischen Suchthilfe (HRSG), 1998
- DHS (Hrsg.) 1994 – 2004, Jahrbücher Sucht , Bielefelder Erklärung
- Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V.: Texte Nr. 2
- Feuerlein, W. (Hrsg.) 1986, Theorie der Sucht, Berlin, Springer Verlag
- Feuerlein, W. 1996, Alkoholismus, München, Beck Verlag
- Frühmann, R. (Hrsg.) 1985, Frauen und Therapie, Paderborn, Junfermann
- Heigl-Evers (Hrsg.) 2002, Therapie bei Sucht und Abhängigkeit, Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht
- Körkel, J. (Hrsg.) 1988 Der Rückfall des Suchtkranken, Berlin, Springer Verlag
- Kutscher, in: Stahr, I. (Hrsg.) 1995, Suchtarbeit mit Frauen, Weinheim und München, Juventa
- Landesprogramm gegen Sucht, 1995, Ministerium für Frauen, Jugend Familie und Gesundheit
- Lindenmeyer in: Steingass H.P. 2003, Chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängige, Geesthacht, Neuland
- Petzold, H. Der Krankheitsbegriff
- Petzold, H. u. Sieper (Hrsg.) 1996, Integration und Kreation, Paderborn, Junfermann
- Petzold, Schay, Hentschel 2002 in Drogenarbeit und Drogenpolitik in NRW e.V. 2003
- Rahm, D. u.a., 1995, Einführung in die Integrative Therapie, Paderborn, Junfermann
- Rahm, D. u.a., Gestaltberatung
- Rost, W.D. 1994, Der psychoanalytische Ansatz: Die Therapie der Grundstörung
In Scheiblich, W.D. (Hrsg.) 1998, Sucht aus der Sicht psychotherapeutischer Schulen, Freiburg, Lambertusverlag
- Schuch, W. 2001, Grundzüge eines Konzeptes und Modells „Integrativer Psychotherapie“, in: Integrative Therapie, Jubiläumsausgabe, Paderborn
- Stahr, I. (Hrsg.) 1995, Suchtarbeit mit Frauen, Weinheim und München, Juventa

Vogt, I., 1996, Beratung süchtiger Frauen, Freiburg, Lambertusverlag

Wanke, K. 1985, DHS Süchtiges Verhalten,

Wardetzki, B., 1991, Weiblicher Narzissmus - Der Hunger nach Anerkennung,
München, Kösel

Yalom, I. 1989, Existenzielle Therapie, Köln, Edition Humanistische Psychologie

Yalom, I. 1996, Theorie und Praxis der Gruppentherapie. Ein Lehrbuch. 4.Aufl.,
München, Pfeiffer