Zeitschrift: SuchtMagazin
Herausgeber: Infodrog
Band: 40 (2014)
Heft: 1

Artikel: Komorbidität im stationären Setting einer Suchtklinik
Autor: Pauchard, Esther / Tschopp, Simone
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-800086

Nutzungsbedingungen
Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation
L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use
The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 07.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Komorbidität im stationären Setting einer Suchtklinik

Die Suchtfachklinik Selhofen in Burgdorf BE hat für Menschen mit Komorbidität ein stationäres Spezialprogramm mit integrativem Behandlungsansatz entwickelt. Anfang 2010 startete das Programm «D+» als dreijähriges Pilotprojekt im Auftrag des Kantons Bern. Die detaillierte Evaluation des Projekts zeigt gute Ergebnisse. Das Programm D+ ist heute mit sechs stationären Betten fester und gefragter Bestandteil des Behandlungsangebots der Klinik Selhofen.

Esther Pauchard
Dr. med., Oberärztin Klinik Selhofen, Emmentalstrasse 8, CH-3401 Burgdorf, esther.pauchard@selhofen.ch, www.selhofen.ch

Simone Tschopp
Psychologin lic. phil., Projektleiterin Klinik Selhofen, Emmentalstrasse 8, CH-3401 Burgdorf, simone.tschopp@selhofen.ch, www.selhofen.ch

Schlagwörter: Komorbidität | Diagnostik | integrative Behandlung | stationäre Therapie |

Programm D+ – Doppeldiagnosebehandlung

Die Klinik Selhofen in Burgdorf BE bietet sechs Plätze für PatientInnen, bei welchen neben der Suchtmittelabhängigkeit eine oder mehrere psychische Störungen (gemäss ICD 10 Kapitel F) vorliegen. Die Behandlung verfolgt als Hauptziel eine Verbesserung der Situation hinsichtlich Psyche, Sucht und sozialer Situation. Das Behandlungsteam ist interdisziplinär, der Behandlungsansatz ist integrativ nach dem bio-psycho-sozialen Suchtmodell, bei welchem medizinische, psychotherapeutische und suchtspezifische Interventionen miteinander kombiniert werden. Basierend auf einem lösungs- und ressourcenorientierten Therapieverständnis wird in einer engen Folge von Einzel- und Gruppengesprächen prozessorientiert an den individuellen Therapiezielen gearbeitet.

Integratives Behandlungsverständnis

Die integrative Behandlung von DoppeldiagnosepatientInnen besteht nicht in einer grundlegend anderen oder neuen Therapiemethode, sondern hauptsächlich in der Verbindung von sucht- und psychotherapeutischen Elementen innerhalb einer Klinik. Dabei sind weniger zusätzliche Behandlungselemente entscheidend, sondern mehr die Intensität der einzelnen Interventionen durch deren individuelle Kombination. Ziel dabei ist es, sowohl der Komplexität der komorbiden Störungen gerecht zu werden als auch eine klare und übersichtliche Therapiestruktur zu gewährleisten. Der Therapiebeziehung zwischen dem interdisziplinären Behandlungsteam und Patientin oder Patient kommt dabei eine besondere Bedeutung zu. Die integrative Behandlung unter einem Dach gewährleistet:

- Berücksichtigung der Multidynamik von komorbiden Störungen durch gleichzeitige sucht- und psychotherapeutische Interventionen
- Kontinuität der Therapiebeziehungen mit Fachpersonen verschiedener Disziplinen
- Individuelle, passgenaue Therapieplanung und interdisziplinäre Behandlung
- strukturiertes, intensives und reichhaltiges Therapieangebot durch die Einbettung in ein etabliertes Behandlungsangebot einer Suchtfachklinik

Strukturiertes Behandlungsangebot

Für eine gelingende Behandlung müssen die Möglichkeiten des Behandlungsangebots mit den Ressourcen und Zielen der Klientel übereinstimmen. Entscheidend ist dabei die Individualität in der Indikation, der Behandlungsplanung und der Massnahmenkoordination durch professionelle Fallführung. Das Programm D+ kombiniert folgende Behandlungselemente, auf die individuelle Situation zugeschnitten, damit die übergeordneten Therapieziele in einem Gesamtprozess erreicht werden können:

- ärztlich geleitete, individuell abgestimmte medikamentöse Entgiftungsbehandlung
- eingehende psychiatrische Abklärung und Diagnostik
- Klärung der pharmakologischen Behandlung
- individuelle Zielerarbeitung und Zielüberprüfung
- engmaschige Betreuung durch psychotherapeutische Einzel- und Standortgespräche
- Teilnahme an psychotherapeutischen Gruppengesprächen des Entzugs-, Stabilisierungs- oder Integrationsprogramms der Klinik Selhofen
- Psychoedukation bezüglich des Zusammenspiels von Sucht, Psyche und Körper
- Aktivierungs- und Entspannungsangebot
- psychosoziale Unterstützung in der Klärung der Anschlussziele und zur Integration in eine geeignete Anschlussbehandlung
- milieutherapeutische Unterstützung durch Bezugsperson des Pflegedienstes, Unterstützung in einer realitätsbezogenen Tagesgestaltung
- Einbezug des professionellen Helfernetzes und des privaten Lebensumfeldes

Diese Behandlungselemente sind nicht generell spezifisch für Doppeldiagnose-PatientInnen, das Spezifische liegt in der Kombination und zeitgleichen Anwendung – so werden suchttherapeutische Massnahmen mit störungsspezifischen Vorgehensweisen kombiniert und in Berücksichtigung der Lebensgeschichte und aktuellen Situation des Patienten oder der Patientin angewandt, mit Familiengesprächen wird systemischen Ansätzen Rechnung getragen, je nachdem braucht es auch medikamentöse

Behandlungsstrategien etc. Da das Doppeldiagnoseklientel eine heterogene PatientInnengruppe ist, liegt das Geheimnis deren Behandlung darin, dass das behandelnde Team gut und intensiv zusammenarbeitet, über ein breites Spektrum an therapeutischen Optionen (idealerweise nicht nur einer Psychotherapieschule zugehörig) verfügt und die Behandlung hochspezifisch auf den einzelnen Patienten zuschneidet.

Diagnostik und Behandlungsplanung

Die Diagnostik bei komorbiden PatientInnen wird in der Klinik Selhofen aufwändig und mit besonderer Sorgfalt betrieben. Dazu gehört, dass frühere Diagnosen und Vorberichte gewürdigt werden. Bei der eigenen Diagnostik wird viel Wert darauf gelegt, dass der Patient oder die Patientin zum Zeitpunkt der Diagnosestellung nicht unter Substanzeinfluss steht, da der Konsum, aber auch der Entzug von psychoaktiven Substanzen das psychiatrische Zustandsbild massgeblich verändern können, indem psychiatrische Symptome hervorgebrachtoder überdeckt werden. Entsprechend erfolgt in der Klinik Selhofen die psychiatrische Abklärung erst nach einem Entzug oder zumindest Teilentzug und einer ausreichenden Stabilisierungsphase, die je nach suchtspezifischer Ausgangslage (Art und Dauer des Vorkonsums) Tage bis Monate dauern kann.

Individuelles Krankheitsmodell

Die eigentliche Diagnostik besteht aus mehreren Teilen. Zum einen erfolgt im Vorfeld eine der Situation angepasste Testdiagnostik mit einem strukturierten klinischen Interview,[1] und je nach Bedarf einer ADHS-Testbatterie[2] und/oder einem Intelligenztest.[3] Zum andern werden im interdisziplinären Team die verschiedenen Eindrücke und Wahrnehmungen zum Behandlungsfall gesammelt. Alle diese Informationen fliessen dann in das ausgedehnte psychiatrische Indikationsgespräch ein, bei dem neben der Diagnosestellung auch die Erstellung eines individuellen Krankheitsmodells unter Berücksichtigung der Lebensgeschichte zentral ist. Die Diagnosestellung erfolgt transparent, das heisst, die Patientin oder der Patient wird ausführlich darüber informiert, welche Diagnosen gestellt wurden und auf welche Weise und mit welchen Zielen psychotherapeutisch gearbeitet wird. Transparenz ist in der Klinik von grosser Bedeutung. Das behandelnde Team arbeitet mit offenen Karten und auf gleicher Augenhöhe mit der Patientin oder dem Patienten.

Interdisziplinäre Behandlungsplanung

Zur Behandlungsplanung gehört einerseits die detaillierte Zielplanung, die von den PatientInnen (unter Mithilfe der TherapeutInnen) für verschiedene Bereiche wie Sucht, Psyche und Soziales erstellt wird. Die Zieldefinition und -überprüfung wird systematisch anhand einer Zielerreichungsskala[4] durchgeführt. Ziele werden konkret ausformuliert und im Verlauf der Behandlung regelmässig gemeinsam überprüft.
Andererseits wird auch der Behandlungsplanung viel Bedeutung zugemessen. Ähnlich wie bei der Diagnosestellung ist die interdisziplinäre Perspektive hier zentral – oft können Pflegepersonal oder ArbeitstherapeutInnen besonders wertvolle Beiträge leisten, weil sie die PatientInnen nicht nur in der relativ künstlichen Gesprächssituation, sondern im Klinikalltag sehen und beurteilen können. Bei jedem Doppeldiagnosefall wird im Team eine individuelle Fallkonzeption erstellt, die Ressourcen und Probleme, ein funktionelles Problemverständnis, eine Analyse der Beziehungsgestaltung und eine in verschiedene Aspekte (psychotherapeutisch, medizinisch, milieutherapeutisch, sozial) unterteilte, den Zielen die PatientInnen angepasste Behandlungsplanung umfasst. Diese wird in der elektronischen Krankenakte abgelegt und ist für alle an der Behandlung Beteiligten einsehbar.

Integrative Behandlung

Eine der Herausforderungen in der Behandlung von Doppeldiagnosen ist es, die verschiedenen Grundhaltungen von Sucht- und Psychiatriearbeit zu koordinieren. Klassischerweise wird in der Suchttherapie eher konfrontierend, fordernd und realitätsnah gearbeitet, in der Psychiatrie im engeren Sinne dagegen eher gewährend und beschützend, einen allfälligen Konsum tolerierend. Während in der Psychiatrie routiniert und häufig mit Psychopharmaka gearbeitet wird, versucht die Suchttherapie tendenziell, medikamentöse Therapien auf ein Minimum zu beschränken und eine allfällige Suchtentwicklung streng im Auge zu behalten.Diese unterschiedlichen Bestrebungen müssen in der integrativen Behandlung von Doppeldiagnose-PatientInnen unter einem Dach vereint, gegeneinander abgewogen und individuell an die einzelnen PatientInnen angepasst werden, optimalerweise unter Zuhilfenahme einer Fallkonzeption. Dies fordert das interdisziplinäre Team und macht entsprechende Gefässe (Rapporte, Supervisionen), aber auch Weiterbildungen notwendig. Zudem verfügt das gesamte Team mit dem lösungs- und ressourcenorientierten Therapieansatz über eine verlässliche psychotherapeutische Basis.

Timing der Interventionen

Neben der Kombination verschiedener Grundhaltungen dürfen auch zeitliche Zusammenhänge nicht vergessen werden: die notwendigen therapeutischen Interventionen sollen zum geeigneten Zeitpunkt eingesetzt werden. Dieser Zeitpunkt ist nicht für jeden Behandlungsfall gleich – während es z.B. bei depressiven PatientInnen Sinn macht, den Entzug und damit eine Beruhigung der medikamentös bedingten emotionalen Instabilität abzuwarten, ehe die Psychotherapie begonnen wird, mag dies bei AngstpatientInnen, für die ihr Benzodiazepinkonsum eine zentrale Vermeidungsstrategie darstellt, viel zu spät und damit kontraproduktiv sein. Hier muss eine intensive Therapie früher einsetzen, ungeachtet der Tatsache, dass die PatientInnen durch ihren Konsum kognitiv noch schwer beeinträchtigt sind.

Rückfälle als Entlassungsgrund

Dass in der Klinik Selhofen während eines stationären Aufenthalts nicht mit Rückfällen gearbeitet wird, hat positive und negative Seiten. Die disziplinarische Entlassung bei Substanzkonsum während des stationären Aufenthalts unterbricht einerseits vielversprechende therapeutische Prozesse, andererseits macht diese Prozesse vielleicht auch erst möglich. Die Arbeit mit Rückfällen basiert in der Klinik Selhofen auf sich ergänzenden stationären und ambulanten Behandlungsphasen. Dass im stationären Setting nicht mit Rückfällen gearbeitet wird, hat seinen Grund. Um es mit den Worten eines Patienten zu sagen: «Wenn ich weiss, dass ich Rückfälle haben darf, dann habe ich sie. Ich schätze den klaren Rahmen der Klinik Selhofen, der mir hilft, ohne Substanzkonsum auszukommen».

Soziale Integration

Der Mensch lebt nicht von Psychotherapie allein, und eine Doppeldiagnose wirkt sich auch auf Bereiche wie Arbeit/Tagesstruktur, Wohnen, Finanzen, rechtliche Situation und die soziale Einbettung in Beziehungen aus. All diese Aspekte prägen die Gesamtsituation und damit auch die Prognose der Behandlung; sie müssen dringend berücksichtigt werden, wenn eine Behandlung Erfolg haben soll. In der Klinik Selhofen wird im Idealfall bereits am Eintrittstag mit der Austrittsplanung begonnen. Dies mit dem Ziel, den Übergang zwischen dem hochstrukturierten stationären Aufenthalt und dem «Alltag draussen» möglichst geschmeidig zu gestalten, sprich stationäre und ambulante Angebote zu verzahnen. Die Klinik darf kein «Elfenbeinturm» sein, sie muss Verbindung aufnehmen mit der Realität der PatientInnen. Dazu gehört

neben einer geeigneten Wohnsituation und Beschäftigung auch der Umgang mit Leerzeiten und Versuchungssituationen – die PatientInnen werden darin gefördert, sich ihrer Realität zu stellen, Wochenendurlaube dafür zu nutzen, Sicherheit zu gewinnen, auf sich selbst geworfen zu sein.

Vernetzung mit dem Helfernetz

Zentral für uns ist auch die Vernetzung mit dem ambulanten HelferInnennetz. Wo auch immer es möglich ist, laden wir Angehörige und HelferInnen für Systemgespräche ein und arbeiten mit vor- und nachbetreuenden TherapeutInnen zusammen.
Seit die Klinik Selhofen neben der stationären Arbeit auch ambulante Angebote an verschiedenen Standorten (Burgdorf, Bern und Biel) zur Verfügung stellt, ist es möglich, gerade Doppeldiagnose-PatientInnen die dringend notwendige Behandlungskontinuität, aber auch dem HelferInnennetz eine gleichbleibende Ansprechperson zu bieten.

Evaluationsergebnisse

Das Programm D+ startete im Rahmen eines dreijährigen Pilotprojekts im Auftrag des Kantons Bern mit vier Betten. Die Pilotphase wurde vom Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung (ISGF) in Zürich evaluiert und zeigte zusammengefasst folgende Ergebnisse.[5]

Behandlungsfälle

In den drei Projektjahren vom 01.01.2010 bis 31.12.2012 wurden 85 Behandlungen durchgeführt. 40% der PatientInnen waren weiblich, das Durchschnittsalter betrug 29 Jahre. Die Dauer der Behandlungen betrug durchschnittlich 56 Tage (Minimum 7 Tage, Maximum 134 Tage). Die Auslastung der damals noch 4 Betten lag im Durchschnitt bei 108%. Mindestens wöchentlich wurde vor Eintritt von der Mehrheit der PatientInnen Heroin (52%) konsumiert. Darauf folgen Alkohol (48%), Cannabis (41%), Kokain (36%) und verschriebenes Methadon (33%).

Häufigkeit der Zusatzdiagnosen

Die häufigsten psychiatrischen Zusatzdiagnosen während des Pilotprojekts waren Persönlichkeitsstörungen (58% aller Fälle), gefolgt von adultem ADHS, affektiven und neurotischen Störungen, Belastungs- und somatoformen Störungen (jeweils ca. 15% aller Fälle). Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis waren mit 3% selten. Ein Drittel aller Doppeldiagnose-PatientInnen hatte neben der Suchterkrankung mehr als eine weitere psychiatrische Diagnose.

Therapieergebnisse

- *Sucht:* Insgesamt hatten 76% der PatientInnen im Pilotprojekt keinen Rückfall während der Behandlung. In 60% der Fälle wurde die Behandlung regulär abgeschlossen, bei 49% erfolgte eine ambulante, bei 13% eine stationäre Anschlussbehandlung, davon 2 von 9 Fällen in einer Psychiatrie. 86% der PatientInnen hatten ihr Entzugsziel bei Austritt erreicht.
- *Psyche:* Bei Eintritt waren 78% der PatientInnen aufgrund ihrer psychischen Beeinträchtigung[6] behandlungsbedürftig, bei Austritt waren es nur noch 45%. Bei 30% der PatientInnen lag eine klinisch signifikante Verbesserung der Symptomatik vor, d.h. es gab eine Verbesserung vom dysfunktionalen zum funktionalen Normbereich. Bei 49% gab es eine statistisch signifikante Verbesserung der Symptomatik. Eine positive Veränderung im Erleben und Verhalten[7] bei Austritt gaben 95% der PatientInnen an.
- *Individuelle Zielerreichung:* Die Behandlung orientierte sich an den individuellen Zielen der PatientInnen in den Bereichen Sucht, Psyche und Soziales, welche zu Beginn der Behandlung definiert und danach regelmässig überprüft worden waren. Bei der Überprüfung der Zielerreichung[8] bei Austritt hatten 90% ihr suchtspezifisches, 84% ihr psychisches und 93% ihr soziales Behandlungsziel erreicht.
- *Zufriedenheit:* Die Zufriedenheit mit der Behandlung[9] war sehr gut, der Anteil der eher bis völlig zufriedenen PatientInnen lag bei 98%. Ebenso wurde die therapeutische Arbeitsbeziehung,[10] welche wöchentlich erhoben wurde, als äusserst positiv eingeschätzt. Bereits die erste Sitzung wurde von 96% als positiv eingeschätzt. Bei der letzten Sitzung lag diese positive Einschätzung sogar bei 100%.
- *Konsum und Wohlbefinden drei Monate nach Austritt:* Die Anzahl konsumierter Substanzen und die Konsumhäufigkeit wurden bei Eintritt in die Klinik und bei der Nachbefragung drei Monate nach Austritt erhoben. Dabei zeigte sich bei allen Substanzen eine (statistisch nicht signifikante) Abnahme des täglichen oder fast täglichen Konsums. Es zeigte sich ebenso eine deutliche, jedoch statistisch nicht signifikante Verbesserung des körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens[11] sowohl des subjektiv erlebten allgemeinen Gesundheitszustandes zwischen Eintritt und Austritt, als auch zwischen Eintritt und Nachbefragung. Zwischen dem Austritt und der Nachbefragung zeigten sich wieder leichte Verschlechterungen.
- *Tendenzen bei Wiederbehandlungen:* In den drei Projektjahren erfolgte bei 21 PatientInnen ein wiederholter Eintritt in die Doppeldiagnosebehandlung. Für die psychische Beeinträchtigung[12] zeigte sich beim zweiten Eintritt eine tendenziell geringere Beeinträchtigung als beim ersten Eintritt. Bei der Selbstwirksamkeitserwartung[13] zeigten sich beim zweiten Eintritt im Vergleich zum ersten Eintritt tendenziell höhere Werte.
- *Zufriedenheit Zuweisende/Nachbehandelnde:* Von 90 zuweisenden bzw. nachbehandelnden Stellen liegen Bewertungen hinsichtlich der Zusammenarbeit mit der Klinik Selhofen vor. Sie bewerten die Zusammenarbeit mit der Klinik Selhofen in allen Bereichen überwiegend positiv. Das Programm D+ ist bei mehr als der Hälfte der Stellen bereits gut bekannt.

Die suchtspezifischen Kennzahlen für die übrige Klientel der Klinik Selhofen (von der jedoch ein hoher Prozentsatz auch eine Doppeldiagnose aufweist) zeigen folgende Vergleichsdaten: 78% der PatientInnen hatten keinen Rückfall während der Behandlung. In 61% der Fälle würde die Behandlung regulär abgeschlossen, bei 27% erfolgte eine ambulante, bei 12% eine stationäre Anschlussbehandlung, davon 9 von 102 Fällen in einer Psychiatrie. Die Unterschiede sind bis auf den Anteil der ambulanten Anschlussbehandlung, der bei den Doppeldiagnose-PatientInnen höher war, praktisch identisch.

Fazit und Ausblick

Die spezifischen Doppeldiagnosebehandlungen haben sich als sinnvolle Ergänzung des Angebots der Klinik Selhofen bewiesen. Zwar ist das Programm D+ aufwändig in zeitlichen und personellen Ressourcen, doch der Gewinn liegt im Behandlungserfolg und der Zufriedenheit aller Beteiligten. Bereits vor der Einführung des Doppeldiagnoseprogrammes wurde in der Klinik Selhofen die Erfahrung gemacht, dass PatientInnen mit einer Doppeldiagnose ohnehin aufwändiger in der Behandlung sind. Die heute vorliegenden klaren Abläufe und Strukturen und das gut ausgebaute Angebot erleichtern die Zusammenarbeit zwischen PatientInnen und Team einerseits und innerhalb des Teams andererseits. Trotz-

dem darf nicht vergessen werden, dass DoppeldiagnosePatientInnen oft besonders schwer belastet sind, was die Prognose beeinträchtigt. Auch für ein erfahrenes Behandlungsteam ist es wichtig, die Erwartungen nicht zu hoch anzusetzen und weniger auf rasche, umfassende Erfolge zu hoffen als vielmehr in langsame, aber nachhaltige Fortschritte zu investieren.

Das Programm D+ scheint ein zeitgemässes und notwendiges Angebot zu sein. Es schliesst eine Behandlungslücke zwischen Suchttherapie und Psychiatrie. Es ist zu erwarten, dass auch in Zukunft der Bedarf nach integrativen Behandlungsformen vorhanden sein wird, wobei die Individualität der Behandlungsplanung, die Interdisziplinarität der Interventionen und die Kontinuität der Therapiebeziehung ausschlaggebend sind.

Fallbeispiel

Frau H., Jahrgang 1985. Frau H. stammt ursprünglich aus dem Kosovo. Vor zwei Jahren kam sie mit ihrer Ursprungsfamilie aus wirtschaftlichen Gründen in die Schweiz und lebte mit ihren Eltern und einem Bruder gemeinsam in einer Mietwohnung in Bern. Sie hatte im Kosovo eine Ausbildung abgebrochen. Seit sechs Jahren bestand eine Opiatabhängigkeit, bei Eintritt stand die Patientin in einem Methadon-Substitutionsprogramm. Frau H. trat mit dem Ziel eines vollständigen Opiatentzugs bei uns ein.

Schon recht früh zeigten sich bei der Patientin, die immer freundlich und motiviert auftrat, gravierende Verhaltensauffälligkeiten. Ihre Ambivalenz, die sich nicht nur auf Fragen von Sucht und Konsum (klarer Entzugswunsch einerseits, starker Suchtdruck und Konsumwunsch andererseits), sondern auch auf alltägliche Entscheidungen (z.B. ob sie am Gruppenspaziergang teilnehmen wolle oder nicht) erstreckte, war massiv und zeitweise fast lähmend. Sie wirkte instabil und leidend, suchte viel Kontakt zum Behandlungsteam und neigte dazu, sich an bestimmte weibliche Teammitglieder zu klammern, wobei sie grosse Mühe mit auch nur zeitweiligen Trennungen hatte. Insgesamt wirkte sie auffallend haltlos und instabil, und in den ersten Wochen schien es beinahe unmöglich, dass sie den Entzug schaffen würde – das Team rechnete täglich mit einem Behandlungsabbruch ihrerseits. Bereits zu diesem Zeitpunkt wurde interdisziplinär (Fallmanagerin, Ärztin, Pflegefachpersonen) eng zusammengearbeitet, Beobachtungen wurden geteilt und Strategien entwickelt, um der Patientin die bestmögliche Unterstützung zu bieten.

Ihre Fallmanagerin und ihre Bezugsperson vom Pflegedienst begannen mit ersten, harzigen Strukturierungsmassnahmen, klärten mit Frau H. ihre Motivation hinsichtlich Sucht und stellten dabei auch die Option einer Beibehaltung der Methadonsubstitution in den Raum. Sie setzten Regeln hinsichtlich der übermässigen und übergriffigen Inanspruchnahme von Teammitgliedern, boten aber auch viel Raum für Klärung: Was steckte hinter dieser massiven Sehnsucht nach Nähe und Verbindlichkeit? Wie führt die Patientin Beziehungen, wer ist sie, wer möchte sie sein?

Mit der Zeit wurde Frau H. geordneter, ruhiger, konnte sich auf die ihr gebotenen Strukturen einlassen. Der Entzug dauerte lange und verlief zäh und mühsam; weniger, weil Frau H. unter starken Entzugssymptomen gelitten hätte, sondern mehr aufgrund ihrer starken Erwartungsangst – hier brauchte sie von Seiten ihrer Ärztin viel Zuspruch und Verständnis. Nach knapp sechs Wochen war die Patientin opiatfrei.

Im Anschluss folgte die Testdiagnostik und das psychiatrische Abklärungsgespräch, die die Diagnosen einer abhängigen und depressiven Persönlichkeitsstörung sowie eines leichten adulten ADHS ergaben. Frau H. schaffte es wider eigene Erwartung, sich von ihrer Fallmanagerin teilweise abzulösen und mit ihrer neuen Psychotherapeutin eine Therapiebeziehung einzugehen. In dieser neuen Therapiebeziehung zeigten sich deutlich die Fortschritte, die Frau H. im Vorfeld gemacht hatte: Frau H. gab sich kaum mehr anklammernd, sondern reflektiert und in gesunder Weise selbstkritisch. Es gelang ihr in den therapeutischen Einzelgesprächen, ihr Verhalten auf einer Metaebene wahrzunehmen und auch zu steuern. Entsprechend begann sie aktiv Beziehungen zu MitpatientInnen zu gestalten, statt geschehen zu lassen. Ihr Umgang mit ihrer Sucht war besonnen, ihre Selbsteinschätzung realistisch. Zunehmend vertiefte sie sich gemeinsam mit ihrer Therapeutin in die Klärung von Themen wie Ablösung von ihrer Ursprungsfamilie, Identität und Selbstbild. Sie eignete sich Fertigkeiten an, mit Leerzeiten und Alleinsein umzugehen, traute sich mehr und mehr selbständiges und selbstverantwortliches Handeln zu und verteidigte dieses auch angesichts der (über)protektiven Familie.

Im Verlauf der Hospitalisation entschloss sich die Patientin selbstbewusst gegen einen Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik und für eine stationäre Suchttherapie. Sie engagierte sich in Zusammenarbeit mit ihrer Fallmanagerin aktiv in deren Planung. Teil davon war die Besichtigung der Institution. Der Abschied von der Klinik machte ihr Mühe und beschäftigte sie, er wurde in den Gesprächen immer wieder zum Thema gemacht. Der Übertritt gelang aber schliesslich reibungslos und Frau H. machte diesen nächsten Schritt in Richtung Abstinenz mit Überzeugung und Neugier.

Im Rückblick auf die knapp vier Monate, die Frau H. in der Klinik Selhofen verbracht hatte, stellte das gesamte Behandlungsteam fest, dass Frau H. sich in beeindruckender Weise verändert und entwickelt und nicht mehr wiederzuerkennen war – aus der instabilen, hilflosen Patientin war eine selbstbewusste, anpackende junge Frau geworden.●

Literatur

Duncan, B.L./Miller, S.D./Sparks, J.A./Reynolds, L.R./Brown, J./Johnson, L.D. (2003): The session rating scale: Preliminary psychometric properties of a «working alliance» inventory. Journal of Brief Therapy 3(1): 3-11.

Franke, G.H. (2000): BSI – Brief Symptom Inventory. Deutsche Version. Göttingen: Beltz.

Fydrich, T./Renneberg, B./Schmitz, B./Wittchen, H.-U. (1997): SKID-II: Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse II Persönlichkeitsstörungen. Bern: Hogrefe.

Haug, S./Schaaf, S. (2013): Evaluation Pilotprojekt Doppeldiagnosebehandlung der Klinik Selhofen: Abschlussbericht. Zürich: Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung ISGF. www.selhofen.ch/pdf/eval_dplus.pdf, Zugriff 06.01.14.

Kiresuk, T./Lund, S. (1994): Goal Attainment Scaling: A general method for evaluating comprehensive community mental health programs. Community Mental Health Journal 4: 443-453.

Schwarzer, R./Jerusalem, M. (1999): Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen. Berlin: Freie Universität Berlin.

Stieglitz, R.-D./Rösler, M./Retz-Junginger, P./Retz, W.(2007): HASE: Homburger ADHS-Skalen für Erwachsene. Bern: Hogrefe.

Von Aster, M. et al. (2009): WIE: Wechsler Intelligenztest für Erwachsene. Deutschsprachige Bearbeitung und Adaption des WAIS-III von David Wechsler. Frankfurt: Pearson.

Willutzki, U. (1999): VEV-VW – Neue Version des Veränderungsfragebogens des Erlebens und Verhaltens von Zielke. Unpublizierter Fragebogen. Institut für Psychologie der Ruhr-Universität Bochum.

Endnoten

1 SKID-II: Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse II: Vgl. Fydrich et al. 1997.
2 HASE: Homburger ADHS-Skalen für Erwachsene: Vgl. Stieglitz et al. 2007.
3 WIE: Intelligenztest für Erwachsene, deutschsprachige Version des WAIS-III: Vgl. Von Aster et al. 2009.
4 GAS: Goal Attainment Scaling: Vgl. Kiresuk et al. 1994.
5 Vgl. Haug/Schaaf 2013.
6 BSI: Brief Symptom Inventory: Vgl. Franke 2000; GSI-Trennwert: 0.54.
7 VEV-VW: Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens: Vgl. Willutzki 1999; Trennwert: 108.
8 GAS: Goal Attainment Scaling: Vgl. Kiresuk et al. 1994.
9 Fragebogen Zufriedenheit Klientel: Vgl. Klinik Selhofen intern.
10 SRS: Session Rating Scale: Vgl. Duncan et al. 2003.
11 Die wird mittels eines internen Fragebogen zum Wohlbefinden und Gesundheitszustand erhoben.
12 BSI: Brief Symptom Inventory: Vgl. Franke 2000.
13 SWE: Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung: Vgl. Schwarzer/Jerusalem 1999.