

Das Konzept der medizinischen Rehabilitation in der Fachklinik Melchiorsgrund

für Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen
und
manifesten psychiatrischen Grund- oder Begleiterkrankungen

Inhalt:

Inhalt:	2
Ausgangssituation	3
Der psychisch kranke Mensch im Verständnis der modernen anthropologischen Psychiatrie	5
Die aktuelle Auseinandersetzung mit dem Begriff „Sucht“	5
Patienten mit Doppeldiagnose	8
Konsequenzen für das therapeutische Konzept	9
Ortsbeschreibung	12
Die therapeutische Technik „Dorf“	13
Therapieverbund – Kooperation	16
Integrierte Therapien	17
Das Therapiedorf in der lebenspraktischen Bedeutung	18
Lebenspraktische Autonomie – Gremien der Selbstverwaltung – die Kunst der Zumutung	19
Hauswirtschaft, Budgetierung – die „Maßvolle Beschränkung“	21
Diagnostik	23
Leitungsteam	23
Verlauf	24
Indikationen	24
Kontraindikationen	25
Aufnahme, Personenkreis, Therapieplätze	25
Forschung	26
Qualitätssicherung	26
Literatur	27

Ausgangssituation

Im Jahre 1980 wurde die Fachklinik Melchiorgrund als Teil eines kulturtherapeutischen Dorfes in Schwalmtal, unweit von Alsfeld, Vogelsbergkreis konzeptioniert. Die Einrichtung ist seit 1981 als Stätte der medizinischen Rehabilitation für rauchmittelabhängige und psychisch erkrankte junge Menschen anerkannt. Ursprünglich wiesen nur ein Teil der Abhängigkeitserkrankten manifeste psychiatrische Begleiterkrankungen auf, zur damaligen Zeit zumeist als „drogeninduziert“ klassifiziert. Dies änderte sich in den letzten Jahren zunehmend dahingehend, dass inzwischen der Großteil der behandelten Patienten (45 %) schon vor Beginn der eigentlichen Abhängigkeitserkrankung manifeste psychiatrische Diagnosen erhalten hatte. Diese reichen von Hebephrenie, über paranoid-halluzinatorische Psychosen, schizoaffektive Psychosen bis hin zu organischen Psychosen und schweren Persönlichkeitsstörungen. Bedingt ist diese Entwicklung durch vier wesentliche Faktoren:

1. Das Profil der Patienten hat sich gleichsinnig mit dem veränderten Konsumverhalten gewandelt (jüngeres Einstiegsalter, „lifestyle“ - gemäße Absenkung der Hemmschwelle, Verlagerung auf psychoaktive, halluzinogene Substanzen, Mehrfachabhängigkeit).
2. Es findet eine Vorauswahl der zuweisenden Institutionen (Psychiatrien, Beratungsstellen, Betreuer) statt, bedingt durch die erfahrungsgemäß gute Eignung der Konzeption „Melchiorgrund“ für Patienten mit Doppeldiagnosen und das entsprechende Feedback der kooperierenden Einrichtungen.
3. Die diagnostische Validität hat sich verbessert, d.h. es fand ein Paradigmenwechsel dahingehend statt, dass ein Patient mit einer Abhängigkeitserkrankung, im Gegensatz zu früher, auch noch im Hinblick auf weitere psychiatrische Erkrankungen diagnostiziert und gegebenenfalls behandelt wird.

4. Neben den zweifelsohne positiven Auswirkungen gemeindenaher Psychatriekonzepte, der Deinstitutionalisierung und der Integration schizophrener Patienten in ein „normales“ soziales Umfeld, sind diese sowohl den positiven, wie auch den negativen Einflüssen desselben stärker als früher ausgesetzt. Dazu gehört dann auch der verbreitete Konsum von Alkohol und zumindest Cannabis in weiten Teilen der Bevölkerung, mit den entsprechenden psychopathogenen Potenzen. (*Mueser et. al. 1998*)

Um dieser Entwicklung Rechnung zu tragen, musste jedoch an dem ursprünglichen Konzept der Therapeutischen Gemeinschaft und der Milieuthherapie nichts Grundlegendes geändert werden, vielmehr wird es, ursprünglich aus therapeutischen und pädagogischen Überlegungen, sowie empirischer Erfahrungsbildung entwickelt, nach über zwei Jahrzehnten durch die Ergebnisse der wissenschaftlichen Forschung untermauert und hat sich im Laufe der Jahre bestens bewährt. Dies wird u.a. auch durch die hohe Anfragenzahl, die Monat für Monat jeweils die Aufnahmekapazität eines ganzen Jahres übersteigt, belegt. Die Änderungen in der praktischen Arbeit, die vor allem in personeller und in gewissem Sinne auch struktureller Hinsicht notwendig wurden, zielten im Wesentlichen auf die gestiegenen Anforderungen im Bereich der Diagnostik, der Verlaufskontrolle, und der Qualitätssicherung. Zum besseren Verständnis soll im Folgenden jedoch auch umfassend auf das zugrundeliegende Krankheitsverständnis und die daraus resultierende therapeutische Ratio eingegangen werden.

Der psychisch kranke Mensch im Verständnis der modernen anthropologischen Psychiatrie

Die seelische Erkrankung ist (nach *Blankenburg*) nicht in erster Linie ein durch Defizienz gekennzeichneter Zustand, der beispielsweise die nicht-gelungene Selbstthematization, mnestiche oder kognitive Fehlfunktionen und mangelhaftes Sich-Darleben in Eigengeschichtlichkeit beschreibt, sondern eine Ereignis, das in eine vorher bestehende Pseudo-Gesundheit einbricht und damit einer drohenden oder bereits eingetretenen Stagnation des Werdens (*v. Gebsattel*) ein Ende bereitet. Diese Stagnation des Werdens (Stagnation der Entwicklung) ist die zentrale Prädisposition der seelischen Erkrankung. Sie manifestiert sich sowohl milieubedingt, konstitutionsbedingt, als auch substanzbedingt (z.B. als Langzeiteffekt des Cannabiskonsums bei Jugendlichen). Häufig ist es dann die akute psychotische Episode, die den entscheidenden Anlass für Entwicklung und Veränderung gibt. Hierbei ist allerdings zu beachten, dass es in der akuten Phase zu einem massiven Verlust der „natürlichen Selbstverständlichkeit“, von manchen Autoren auch als „natürliche Autonomie“ bezeichnet, kommt, bis hin zur radikalsten Einschränkung der Autonomie durch Gewalt, (Freiheitsentzugs/Zwangseinweisung).

Der Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit ist, besonders für den jungen Patienten, bei dem diese bereits vorher fragil konstituiert ist, eine Tatsache, die zu einer massiven Erschütterung führt und mitunter zeitlebens andauert. Daher ist es vornehmliche Aufgabe einer Stätte, die sich für diese Patientengruppe zur Aufgabe gemacht hat „Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, eine Verschlimmerung zu verhüten...“(SGB IX), nach der Akutbehandlung, die beispielsweise die Reduktion der produktiven Symptomatik auf ein „integrationsfähiges Maß“ (*Th. Bock et al., 1997*) zum Ziel hat, sich der Wiederherstellung der „lebenspraktischen Autonomie“ des Patienten zu widmen.

Die aktuelle Auseinandersetzung mit dem Begriff „Sucht“

Vor einigen Monaten erschien in der renommierten Fachzeitschrift „Suchttherapie“ (4. Jahrgang, Nr. 2 Juni 2003) eine Übersichtsarbeit zu diesem Thema, in der der

Verfasser (*Hand, 2003*) das Dilemma mit dem Suchtbegriff beschreibt: Einerseits sei es bisher nicht gelungen, in den zahlreichen Erklärungsansätzen zu einer klaren Abgrenzung und Definition der „Suchterkrankungen“ zu kommen, es existiere keine „konsensfähige Operationalisierung“ der „Sucht“ oder der „psychischen Abhängigkeit“, und andererseits sei es beeindruckend, „dass dennoch bei Laien, Betroffenen und Teilen der Fachkreise beide Begriffe ein ‚Aha-Erlebnis des Verstehens‘ hervorrufen“. Neben der Darstellung der heterogenen Datenlage bei der Mehrzahl untersuchter Kriterien in der Suchtforschung, betont auch der Herausgeber der Zeitschrift „Suchttherapie“, M. Krausz, in der gleichen Ausgabe die Tatsache, dass trotz immensen sozialmedizinischen Drucks nicht einmal die Diskussion über die Zielvorgaben der „Suchttherapie“ zu gemeinsamen Kriterien führt. Der Begriff der „Sucht“ scheint demnach geeignet, gleich der Büchse der Pandora, Projektionsgefäß für unterschiedliche Meinungen, Wertvorstellungen und nicht-wissenschaftliche Vorgaben zu sein, und dem eigentlichen Krankheitsbild, wie es sich in der Praxis beim „abhängigen“ Patienten darstellt, nur wenig gerecht zu werden.

Vor allem die tägliche Arbeit mit den „Betroffenen“ macht es dennoch notwendig, sich mit den verschiedenen *Modell*vorstellungen zur Suchterkrankung auseinander zu setzen, da zunehmend junge Patienten mit einer Vielzahl von Begriffen und medizinischen Termini zur „Suchterkrankung“ ausgestattet sind, über deren spezifische Inhalte sie zwar nur vage Kenntnisse besitzen, die sie jedoch als Ausdrucksmittel zur Formulierung variabler Wünsche und Bedürfnisse an die Behandlung oder Versorgung benutzen.

Ein aktueller Versuch zur scharfen Abgrenzung der „Sucht“ gegenüber anderen psychischen Störungen auf psychodynamischer Grundlage, stammt von R. Voigtel (1996). Auf ihn kann hier insofern Bezug genommen werden, als sein Beitrag dazu geeignet ist, gewisse Aspekte der Komorbidität „Psychose“ und „Sucht“ mit zu behandeln und letztlich auch eine Richtung zum Verständnis der gemeinsamen prädisponierenden Faktoren, der Prodromalstadien oder des Zustands der „Pseudo-Gesundheit“ anzugeben. Bezeichnenderweise greift der Verfasser allerdings zunächst auf den Psychoanalytiker E. Simmel zurück, der bereits 1948 beschrieb, dass, bezogen auf die Alkoholkrankheit, sich diese nicht vordergründig als Wirkung der Substanz erklären ließe, da der eine Alkohol trinke um aus der Realität zu flüchten und der andere beispielsweise trinke, um die Realität zu bewältigen. Es sei

also nicht die biochemische Wirkung der Substanz (in diesem Fall Alkohol) ausschlaggebend, sondern die psychologische (seelische) Wirkung, die das Ich daraus bezieht. Voigtel umgeht also die teils unfruchtbare Diskussion der letzten Jahrzehnte, die sich zwischen Moraldiktaten, Biologismus und Weltanschauungen aufzureiben schien, und greift die Annahme der vorrangig psychologischen (seelischen) Funktion des Suchtmittels auf. Diese besteht demnach vornehmlich in der beruhigenden Eigenschaft des dinglichen Charakters und der daher zuverlässigen Verfügbarkeit. „Süchtige ertragen die Enttäuschungen des Lebendigen nicht“. Er veranschaulicht dies durch die Aussage einer Patientin: „Ich möchte mich von keinem (Menschen) so abhängig machen – höchstens von Gegenständen“. Voigtel sieht den psychodynamischen Modus der „Sucht“ darin, sich nicht in eine wandelbare Beziehung zu einer fehlbaren menschlichen Mitwelt mit all den unkalkulierbaren Veränderungen des Lebendigen begeben zu können, sondern sich unbelebten Objekten (Suchtstoffen) zu überlassen, da diese nicht nur „zuverlässig sind, sondern darüber hinaus weder kränken, noch unerfüllbare und damit wiederum kränkende Forderungen stellen können“. Die „Hingabe an ein unbelebtes Objekt“, die als spezifisch für die Psychodynamik der Sucht angesehen wird, vollzieht sich durch die Projektion menschlicher Qualitäten auf das Suchtmittel.

Der individuelle Mensch erwartet zuverlässige Linderung seiner Beschwerden, seiner Ohnmachts-, Leere- und Verlassenheitsgefühle, er erwartet auch Glück und Geborgenheit nicht mehr durch die Auseinandersetzung mit seiner Umwelt und gegebenenfalls aus der Befriedung, die der Erkenntnisprozess einer schmerzlichen Konfrontation nach sich zieht, sondern vom Suchtmittel, dem er fortan diese eigentlich menschlichen Fähigkeiten zuschreibt. Als zugrundeliegend für eine solche Modulation der Beziehungsgestaltung und sinnlichen Erfüllungserwartung können prädisponierende Faktoren unterschiedlicher Art angenommen werden, die allesamt in ihrer Auswirkung auf den individuellen Menschen, mit einem Verlust der lebenspraktischen Autonomie (s.o.) gleichzusetzen sind, bei gleichzeitig vorhandener Sehnsucht nach derselben. So ließe sich auch das scheinbare Paradoxon erklären, dass die Abhängigkeit, bzw. Hingabe an ein unbelebtes Objekt, begleitet wird von der Vorstellung der ständigen Verfügbarkeit und zuverlässigen Kontrolle über dasselbe, denn hierbei handelt es sich dann um die Herstellung einer „virtuellen Autonomie“.

Patienten mit Doppeldiagnose

Bei Patienten mit sogenannter Doppeldiagnose (Mehrfacherkrankung im seelischen Bereich, hier überwiegend Psychose und Rauschmittelabhängigkeit) kommt erschwerend hinzu, dass sie, sozialisations- und kulturkreisabhängig, den Gebrauch von psychoaktiven Substanzen als „Eigenmedikation“ zur Reduktion der quälenden Symptome ihrer psychischen Erkrankung einsetzen und damit, bildlich gesprochen, den „Teufel mit dem Beelzebub“ austreiben, da diese Substanzen wiederum definierte pathogenetische Potenz besitzen. – Die subjektive Befindlichkeit kann dabei durchaus vorübergehend gebessert werden. Auf diesen Zusammenhang – die mangelhafte Autonomie-Entwicklung, das daraus resultierende Defiziterleben im Bereich der Beziehungsgestaltung, der Affektdifferenzierung und Affektsteuerung, und den Gebrauch von psychoaktiven Substanzen als Psychose- und Depressionsabwehr – haben in den letzten Jahren namhafte Autoren aufmerksam gemacht und die empirischen Resultate unserer Verlaufsbeobachtungen untermauert (*Wurmser, Kohut, Krystal, Dervaux, Gut-Fayand, etc.*). In vielen Fällen kommt es, zusätzlich zum krankheitsbedingten Verlust der lebenspraktischen Autonomie, zur subjektiv erlebten, behandlungsspezifischen Einschränkung der Autonomie durch die Verabreichung spezifischer Psychopharmaka. Die subjektiv erlebte Besserung der Befindlichkeit durch die meist illegalen Substanzen wird zu Beginn der Behandlung mit Psychopharmaka meist nur ungenügend kompensiert werden können. Häufig muss dies in subtiler Weise, im Falle der Zwangsbehandlung aber auch offen gegen den Willen des Patienten durchgesetzt werden. Mangelhafte Compliance und teilweise lebenslange Kränkungen des Selbstwertgefühls können die Folge und der Auslöser rezidivierender oder auch chronischer Verläufe sein. (*W.Blankenburg, 1997*).

Für den Verlauf der Erkrankung bei Patienten mit Doppeldiagnosen ist der Einfluss der einen Teilerkrankung auf die andere von Bedeutung. Erstaunlicherweise berichten die meisten Studien, dass zwar einerseits der Verlauf der Psychose wenig Einfluss auf das Konsumverhalten und somit den Verlauf der „Suchterkrankung“ hat, wobei die Ergebnisse wohl aus methodischen Gründen widersprüchlich erscheinen; andererseits scheint es aber gesichert, dass der Konsum psychoaktiver, psychomimetischer Substanzen einen deutlich verschlechternden Effekt auf die

Entwicklung der psychotischen Komponente aufweist. Es kommt zu deutlich häufigeren und gravierenderen Krankheitsphasen mit längeren und häufigeren Krankenhausaufenthalten, ausgelöst durch den Gebrauch psychoaktiver Substanzen. (*Drake et al. 1993, Bartels et al, 1993, Linszen et al. 1994, Haywood et. Al. 1995, etc. bis Hunt et. Al. 2002*).

Das Dilemma bei der Behandlung von Patienten mit Doppeldiagnosen im Rahmen der bisherigen therapeutischen Institutionen bestand darin, therapeutische Maßnahmen anwenden zu müssen, die im herkömmlichen Sinne konträr zueinander stehen: Einerseits die differenzierte Behandlung der Psychose mit Psychopharmaka, auf deren Gabe in der klassischen Entwöhnungstherapie gänzlich verzichtet wird, da hier die Gesundung aus eigener Kraft erfolgen soll und nicht durch die Einnahme psychotroper Substanzen – andererseits die Behandlung der Sucht, die häufig stark konfrontative, meist mit Großgruppentechniken verbundene Interventionen beinhaltet, die bei der Behandlung schizophrener Patienten ungeeignet sind. Dieser Widerspruch ist gleichwohl umso schwieriger aufzulösen, als bei den Patienten mit Doppeldiagnosen sowohl eine schlechtere Compliance als auch eine höhere Suizidrate und somit in Krisensituationen eine dringlichere Behandlungsbedürftigkeit besteht.

Konsequenzen für das therapeutische Konzept

Zur Frage des geeigneten therapeutischen Handelns und die Wahl des entsprechenden Settings bei Patienten mit Doppeldiagnosen fasst E. Gouzoulis-Mayfrank in einem kürzlich erschienen Buch (*Komorbidität Psychose und Sucht, Köln 2003*), die bisherigen Studien zu dieser Frage zusammen. Demnach gilt es inzwischen als anerkannt, dass beide Störungen der „DD“-Patienten möglichst vom selben Therapeuten bzw. im selben Setting behandelt werden sollten. Dieser integrierte Therapieansatz zeigt deutliche Vorteile gegenüber einem sequentiellen (beide Störungen werden nacheinander angegangen) oder einem parallelen (beide Teile der Erkrankung werden gleichzeitig, aber in unterschiedlichen Institutionen behandelt). (*Minkhoff et al. 1989, Ridgely et al. 1990, Drake und Mueser 2000*). Bei der Frage der Intensität und der Dauer der Therapiemaßnahmen, zeigte sich, dass die stationäre, intensive Kurzzeittherapie, gemessen an dem therapeutischen Aufwand, nur sehr ernüchternde Resultate, mit Abbruchraten von 45-85% und

Rückfallraten von bis zu 95%! Aufwiesen. (Drake et. al.) Es ist davon auszugehen, dass die hohe Dichte therapeutischer Interventionen im Rahmen der intensiven Kurzzeittherapien Patienten mit Doppeldiagnosen überfordern und eher zur Progredienz oder Chronifizierung beitragen. Es kann an dieser Stelle nicht entschieden genug betont werden, dass es sich hierbei um seelische Erkrankungen handelt, die in ihrer zeitlichen Dimension nicht in mechanische Zeitraster eingepasst werden können. Es sei erlaubt, das bekannte Bild H. E. Richters anzuführen, der den Therapeuten mit einem Gärtner verglich, der eben dafür zu sorgen habe, dass die Pflanze (Patient, Klient) genügend Raum, Substrat, Licht und Wasser erhalte, der das Gedeihen jedoch nicht durch intensives Interagieren oder Umtopfen beschleunigen könne.

Unter Berücksichtigung des eingangs Beschriebenen gilt es also, einen therapeutischen Rahmen zu gestalten und täglich neu zu bilden, der es dem Patienten ermöglicht, seine „natürliche Selbstverständlichkeit“ (*Blankenburg*) wieder zu erlangen und sich den Herausforderungen des „Lebendigen“ (*R. Voigtel*) zu stellen; Toleranzen gegenüber der eigenen Fehlbarkeit und der der Mitmenschen zu entwickeln. „Natürliche Selbstverständlichkeit“ kann jedoch nachhaltig vor allem in natürlichen Umgebungen und Beziehungen erworben werden und der Zugang zum „Lebendigen“ nur im lebensnahen Milieu errungen werden, ansonsten sind Identitätsprobleme, Übernahme von Therapeutenansichten in das eigene Inventar, Hospitalismus oder die Entwicklung therapeutischer Abhängigkeiten die bekannten Nebenwirkungen. Um die natürliche Entwicklung zu ermöglichen, tritt der Therapeut in den Hintergrund, begegnet dem Patienten in dessen Räumen und Alltagssituationen und spricht ihn von sich aus nur themenbezogen an. Der Patient darf für sich in Anspruch nehmen, nicht zu jeder Zeit für den Therapeuten zur Verfügung zu stehen oder seine Entwicklungsschritte nur zu vereinbarten Terminen zu vollziehen und/oder zu reflektieren. Gleichzeitig besteht die Notwendigkeit, auf Krisen, die im Verlauf von Entwicklungen natürlicherweise, d.h. auch beim Gesunden auftreten, im Fall des psychisch Kranken jedoch spezifische Interventionen verlangen, unmittelbar adäquat eingehen zu können, um diese auf ein erträgliches (integrationsfähiges) Maß zu reduzieren. Der theoretisch auftauchende Widerspruch von autonomer Orientierung in größtmöglicher Gestaltungsfreiheit einerseits und strukturiertem professionellen Handeln andererseits, kann mit dem milieutherapeutischen Ansatz der Therapeutischen Gemeinschaft aufgehoben

werden. Das Prinzip der Therapeutischen Gemeinschaft ist in der medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation psychisch Kranker inzwischen psychiatrisches Gemeingut über alle Schulen hinweg. Ausgehend von den Arbeiten von *Maxwell Jones* in Großbritannien, während und nach dem Zweiten Weltkrieg, über *Hermann Simons* Arbeitstherapie in der Landeskrankenhauspsychiatrie des frühen 20. Jhds. können seine historischen Wurzeln bis zum „Moral Treatment“ im frühen 19. Jahrhundert zurückverfolgt werden. Im Melchiorgrund konkretisiert sich das Prinzip der Therapeutischen Gemeinschaft als gemeinsames Leben, Lernen, Wohnen und Arbeiten von Rehabilitanden und Mitarbeitern. Der Vorteil dieses – für die beruflich Handelnden anspruchsvollen – Konzepts besteht darin, dass auf engem Raum ein komplexer lebensweltlicher Zusammenhang besteht, bei dem die Übergänge von der Privatheit des Zusammenlebens in die Öffentlichkeit des Arbeitens und des Verwaltens und Gestaltens des dörflichen Gemeinschaftslebens sowie in die Beratungssituation kontinuierlicher Rahmung bedürfen.

Übereinstimmend bei verschiedenen Ansätzen der Therapie und Rehabilitation wird gerade in der Rahmung von Übergängen (affektiv, situativ, therapeutisch) die rehabilitative Potenz gesehen. Als Beispiele zu nennen wären die „Psychothérapie Institutionnelle“ in Frankreich mit ihren Nachfolgern in der Schweiz und in Deutschland, hier vor allem im Saarland, die Objektbeziehungs-Psychologie (Verein für psychoanalytische Sozialarbeit, Tübingen/Rottenburg), die Systemische Therapie (*Bateson, Ciompi*) sowie die anthropologische Psychiatrie (*Binswanger, Blankenburg, Brücher, Hildenbrand*). Entsprechend bestehen international langjährige Erfahrungen mit diesem Konzept. Z. B. wäre die Spring Lake Ranch, Vermont, USA., exemplarisch zu erwähnen, ebenso die Soteria-Häuser in Kalifornien und der Schweiz.

Der innovative Schritt, der in Melchiorgrund verwirklicht wird und damit eine Weiterentwicklung des traditionell bewährten Ansatzes bildet, besteht nun darin, das „Milieu“, das üblicherweise im „normalen“ Klinik – Setting künstlich hineingebildet wird, lebensnah, den Patienten in seiner natürlichen Wahrnehmung und Orientierungsmöglichkeit nicht beeinträchtigend, in die Grundgestaltung des Therapiedorfes aufzunehmen. (*Hildenbrand, 1988*).

Lebensnah bedeutet auch wandlungsfähig, d.h. nach vernünftigen Gesichtspunkten auch und gerade von den Patienten mitgestaltbar. Das Mitleben von Therapeuten und Ärzten bedingt, dass die Rahmung der Übergänge (*Goffmann, 1980, Oury,*

1986, Grathoff, 1989) einerseits durch professionelles Wahrnehmen und Handeln auch außerhalb der üblichen Dienstzeiten gestützt wird, andererseits die Qualität der Mitbestimmung und Gestaltung geprägt und der Raum für Veränderungen erweitert wird. Das zunächst Nicht-Vorstellbare wird hierbei stellvertretend durchgesetzt und schafft so den Raum dafür, dass sich bei Menschen mit traumatischer Verletzung des Selbstwertgefühls überhaupt erst wieder der Mut zur konkreten Umsetzung eigener Bedürfnisse und Vorstellungen bilden kann. Therapeutische Gemeinschaft bedeutet allerdings keinesfalls die Auflösung von Grenzen zwischen Rehabilitanden und Betreuenden. Statt dessen dient die Herstellung von Gemeinschaft dazu, einen Ort zu schaffen, an dem es möglich wird, soziale Beziehungen in unterschiedlichen Modalitäten zu erproben, beispielsweise dem professionell Handelnden auch privat zu begegnen und ihm möglicherweise bei der Lösung seiner Probleme sozusagen „über die Schulter zu schauen“.

Ortsbeschreibung

Am nördlichen Rand des Vogelsberges, ca. 7 km südlich von Alsfeld, in der Gemeinde Schwalmatal, liegt „Melchiorsgrund“. Es ist eine Flurbezeichnung in einem ca. 100 ha großen Hochtal (390 m ü. N.N.) und gleichzeitig der Name der modernen Dorfsiedlung, die sich mit neun Block-Holzhäusern an ein ehemaliges Hofgut aus dem 18. Jahrhundert angliedert. Der Aufbau der Blockhaussiedlung (1981-83) war eines der ersten konkreten Arbeitsprojekte, bei dem Handwerker, Künstler, Ärzte und Patienten das Prinzip der praktisch-arbeitenden therapeutischen Gemeinschaft erprobten. Zwei „Stationen“ für Patienten in der medizinischen Rehabilitation, untergliedert in je 2 Gruppen, den „Häusern“, sind in der Blockhaussiedlung untergebracht, ebenso das Medizinerhaus mit Behandlungsräumen, Untersuchungszimmer, Gesprächsräumen, Sauna- und Bäderabteilung, Labor, Konferenzraum und angegliedertem Bettenhaus. Die individuelle Gestaltung der Einzelzimmer wird gefördert und ist gleichzeitig Teil des therapeutischen Programms, gegebenenfalls diagnostisches Kriterium. Jedes „Haus“ hat eine komplett eingerichtete Küche und einen großzügigen Gemeinschaftsraum. Diese Bereiche sind von den Bewohnern ebenfalls gestaltbar, wobei jeder ein Mitspracherecht besitzt und letztlich konsensfähige qualitative oder ästhetische Kriterien ausschlaggebend

sind. Außerdem befindet sich in der Blockhaussiedlung die Verwaltung, das kulturell-kommunikative Zentrum mit Teestube und angegliedertem Multifunktionsaal.. Das Hofgebäude und die dazugehörigen Nebengebäude wie Kuhstall, Rinderställe und Scheunen wurden in den Jahren 1981 – 1991 sukzessive um- bzw. neu aufgebaut. Hierbei handelte es sich um z.T. aufwendige Restaurierungsaufgaben an historischen Gebäuden. Es entstand dadurch Raum für 4 Hausgemeinschaften. Diese sind dem Bereich der sozialen Rehabilitation vorbehalten.

Zum angegliederten landwirtschaftlichen Bereich, von wo aus ca. 150 ha Wiesen und Ackerland bewirtschaftet werden, gehören ein großer Kuhstall für 40 Milchkühe, mehrere Rinderställe, Schweinestall, Scheunen, Maschinenhalle, Metallwerkstatt, Milchküche, Käserei, Backstube und Garten.

Zum Werkstatt-Atelierbereich im Werkhof gehört ein Schreinereigebäude, ein Malatelier und das Seminargebäude mit 2 großen Seminarräumen.

Angegliedert an den Garten befindet sich das Laden-Gebäude, die zentrale Verteilerstelle für hochwertige Lebensmittel und Produkte für den hauswirtschaftlichen Bereich.

Das Außengelände gliedert sich in ein differenziertes Ökosystem mit renaturiertem Bachlauf, Wegesystem und ausgedehnten Heckenpflanzungen, einem Reit- und Sportplatz, ein komplexes Wässerungs-Entwässerungssystem mit Hochwasserbehälter, bio-technologischer Schilfkläranlage und Löschwasserreservoir. Hinzu kommt der ökologische Energieverbund mit Blockheizkraftwerk und Stromerzeugung im Inselbetrieb.

Die therapeutische Technik „Dorf“

Für die Integration der unterschiedlichen Therapieansätze und Indikationsgruppen im selben therapeutischen Setting ist die milieubildende Technik des therapeutischen Dorfes unabdingbar. Der Begriff des Dorfes lässt sich zwar in der Aufzählung der einzelnen dörflichen Strukturelemente beschreiben, (Bauernhof, Schreinerei, Metallwerkstatt, Backstube, Arztpraxis, Theater, Laden, Verwaltung...) dies wird jedoch, selbst bei angenommener Vollständigkeit, nicht dem gerecht, was es als Gesamtheit, als therapeutische und soziale Wirksamkeit für den einzelnen Menschen bedeutet. Das Ganze ist eben mehr als die Summe seiner Teile. So soll hier versucht

werden, am Beispiel der Landwirtschaft, eine Beschreibung der ineinander übergreifenden Bereiche und der möglichen therapeutischen Synergieeffekte zu geben:

Selbstverständliche Grundlage des dörflichen Lebens ist der „Bauernhof“. – So ist auch im Therapiedorf der „Hof“ oder „die Landwirtschaft“ der Bereich, mit dem die meisten Arbeitsprojekte assoziiert sind und der für viele die geeignete Eingangssituation darstellt. Durch die natürlichen Abläufe des Umgangs mit der Kuhherde, den Ziegen, Schweinen und den üblichen Kleintieren, ergibt sich ein Arbeitszusammenhang und ein Rhythmus, der sich selbst begründet und nicht durch autoritäre Vorgaben durchgesetzt werden muss. Der in seiner natürlichen Selbstverständlichkeit beschädigte Mensch, erfährt unter Umständen zum ersten Mal, dass ein Lebewesen von ihm und seinen sachgerechten Handlungen abhängig ist und erlebt sich selbst vergleichsweise autonom. Die mögliche Entwicklung einer emotionalen Bindung an ein Tier, oder auch an die ganze Herde, ist für manchen ein erster Schritt zur Entwicklung tragfähiger zwischenmenschlicher oder therapeutischer Beziehungen – auch ein erster Schritt weg von der „Hingabe an ein unbelebtes Objekt“. Auch wenn er es zunächst „nur“ für ein Tier tut, bedeutet es für den Patienten sehr viel, nicht mehr nur wegen „unbelebter“ Bedürfnisse morgens aufzustehen und sich in Bewegung zu setzen. Es ist tatsächlich als eine zaghafte Annäherung an das „Lebendige“ zu sehen, verbunden mit dem Risiko der dadurch möglichen Enttäuschungen (*Voigtel*). Nicht selten kann das Tier als „Hilfs – Du“ (analog zum Hilfs-Ich) Trainingspartner zur Erweiterung emotionaler Toleranzgrenzen sein. Diese Beobachtungen bestätigte bereits 1983 Prof. Dr. Hussey / Freya von Moltke in der Beschreibung der Spring Lake Ranch, Cuttingsville, Vermont. Der Schwerpunkt sinnlich-lebendiger Erfahrungen ist für den landwirtschaftlichen Bereich, insofern er mit der Tierpflege zu tun hat, für das individuelle Seelenleben im emotionalen Bereich zu sehen. Anders verhält es sich beim Ackerbau, wo stärker planerisches Vorgehen, das Miterleben jahreszeitlicher und meteorologischer Abläufe, Kenntnis der Fruchtfolge und sogar der Umgang mit komplizierter Technik geübt wird. Fachliche Fragen aus den anderen Arbeitsbereichen, wie Schlosserei, Elektrowerkstatt und Bau greifen dabei ineinander. Ohne einen expliziten Wechsel des Tätigkeitsbereiches zu vollziehen, kommt der einzelne mit unterschiedlichen Qualitäten der Arbeitswelt in Berührung und trifft dabei auf dieselben Fachleute, mit denen er bei einem von ihm selbst

angestrebten Übergang wiederum zusammen arbeitet. Die soziale Gestalt des Dorfes beinhaltet darüber hinaus vielfältige Begegnungsmöglichkeiten, etwa beim Einkauf im Laden, beim Mittagessen, bei gesellschaftlichen Anlässen, Seminaren, Festen und Kulturveranstaltungen, so dass häufig schon Kontakte geknüpft werden, bevor es zu einer eigentlich thematisch motivierten Beziehungsaufnahme, bzw. neuen therapeutischen Rahmung kommt. Dies ist ein wesentliches Element zur angstfreien, autonomen Gestaltung von Übergängen, in denen sich der Betroffene als eigenständig handelnder Mensch erlebt.

In der sachlichen Folge der landwirtschaftlichen Produktion schließt die Produktveredelung, beispielsweise die Käseherstellung, an die Milcherzeugung an. Auch wenn es sich hierbei um eine stringente Abfolge im Bereich der Milchproduktion handelt, sind die Anforderungen an den dort (Käserei) tätigen Menschen in Fragen der Präzision, der Hygiene, der Fähigkeit zur Umsetzung (zunächst) abstrakter Arbeitsvorschriften, Akzeptanz strenger externer Kontrollen (EU-Richtlinien) und der Möglichkeit zur Differenzierung zwischen sachlicher und persönlicher Kritik in Ihrer qualitativen Gewichtung quasi diametral zu den Anforderungen an diejenigen im Kuhstall. Die affektive Rahmung geschieht natürlicherweise dadurch, dass derjenige, der im Kuhstall tätig ist, „zufällig“ mehrfach am Tag mit den Menschen, die in der Käserei arbeiten zusammentrifft, mit Mitpatienten andernorts Kontakt hat, die von ihrer Arbeit dort berichten, oder einfach das Produkt am Abend in seinem „Haus“ verzehrt und somit Interesse an der Herstellung bilden kann. Die therapeutische Rahmung wird dann in einer der täglichen Konferenzen initiiert, indem der eventuell nebenbei, d.h. außerhalb eines definierten therapeutischen Gesprächs geäußerte Wunsch des Betreffenden zum Wechsel des Tätigkeitsbereichs, thematisiert wird und unter Abwägung der Kriterien der Zumutbarkeit (*Blankenburg*) Unterstützung erfährt oder in einem Einzelgespräch vertieft, gegebenenfalls mit der Option des Abratens, hinterfragt wird.

Es würde hier zu weit führen, sämtliche Übergänge und Überschneidungen therapeutisch wirksamer Rahmungen explizit zu erläutern, da es sich im konkreten Fall um eine sehr individuelle Konstellation der Übergänge handelt. Daher sollen zur Veranschaulichung lediglich einige bekannte, d.h. in der Vergangenheit von Patienten tatsächlich genutzte Möglichkeiten als assoziative Reihe aufgezählt werden (in anderen Fällen stellen sich diese allerdings wiederum als unterschiedlich große Kreisläufe dar):

- Tierpflege – Futteranbau – Gemüseanbau – Garten – Landschaftspflege – Renaturierung – Ökologischer Kläranlagenbau – Be- und Entwässerungssysteme – Biosphärenschutz
- Milchverarbeitung – Käseherstellung – Laden – Käsevermarktung – Bürotätigkeit – Vertrieb – Werbung/Gestaltung
- Fachwerkrestauration – Trockenbau – biologische Bausanierung – Holzverarbeitung – Möbelherstellung – Plastizieren – Bühnenbild – Malen – technisches Zeichnen – Architektur
- Hauswirtschaft – Bäckerei – Bewirtung – Innendekoration – Eventplanung – Theaterprojekt – Gastronomie

Therapieverbund – Kooperation

Seit vielen Jahren besteht eine sehr gute Kooperation mit der Universität Witten-Herdecke im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie, aber auch bei speziellen internistischen, gynäkologischen oder chirurgischen Fragen. Die Behandlung somatischer Erkrankungen bei psychiatrischen Patienten auf „Normalstationen“ ist ansonsten nicht unproblematisch – viele der Patienten mit schweren Krankheitsverläufen sind in dieser Hinsicht bereits durch Voraufenthalte traumatisiert. Einige Autoren sprechen in diesem Zusammenhang von „Patienten zweiter Klasse“. Im Regelfall kann jedoch mit den Abteilungen der umliegenden Kreiskrankenhäuser, bzw. Unikliniken kooperiert werden.

In der Erwachsenenpsychiatrie, speziell bei akutpsychiatrischen Fragen oder auch bei forensischen Problemen, besteht eine gute Kooperation mit den entsprechenden Abteilungen des ZSP-Haina.

Ambulante kassenärztliche Versorgung, medizinische-, soziale- und berufliche Rehabilitation greifen in Melchiorgrund ineinander. Dadurch kommt es zur stärkeren „Ressourcenaktivierung“ und „Mobilisierung“. Es hat sich bewährt, beispielsweise schon frühzeitig, während der medizinischen Reha-Maßnahme den Übergang z.B. zu berufsorientierenden Maßnahmen zu fördern, auch wenn zunächst noch gravierendere medizinische Fragen im Vordergrund stehen und eine eigentliche berufliche Rehabilitation noch nicht in Frage kommt. Die Perspektivenentwicklung

und die konkrete tägliche Anregung durch das aktivierende Milieu trägt einiges zur Beschleunigung der Heilungsprozesse bei.

Die Nachsorgeeinrichtung, eine gemeinnützige GmbH, die sich aus Spenden und aus eigenen Projektarbeiten finanziert, ist auf der Altenburg, bei Alsfeld ausgelagert. Nach Beendigung der jeweiligen Reha-Maßnahme besteht dort für jeden Patienten die Möglichkeit der weiteren Stabilisierung und Gestaltung des Übergangs in die angestrebte Lebenssituation.

Im Nachbardorf Hopfgarten befindet sich die Jugendhilfeeinrichtung „Haus Wildgänse“, ursprünglich konzeptioniert und aufgebaut von Mitarbeitern der Fachklinik „Melchiorgrund“, inzwischen eine selbständige Einrichtung nach KJHG, die sich in der Größenordnung von 10 Plätzen der Gruppe jugendlicher Patienten mit schweren Abhängigkeitserkrankungen, bzw. auch Doppeldiagnosen annimmt.

Integrierte Therapien

Die Anwendungen von einzelnen Therapieformen im gesamten Verlauf stellt sich im individuellen Fall, und um den geht es in der therapeutischen Praxis stets, sehr unterschiedlich dar und lässt sich lediglich rückblickend exakt beschreiben. Im therapeutischen Dorf kommen sie bei jedem in unterschiedlicher Kombination und Dosierung zum Einsatz. Daher wird hier die Gesamtheit der therapeutischen Möglichkeiten aufgeführt:

- **Psychiatrische Pharmakotherapie** – die kontinuierliche Wahrnehmung und Betreuung durch zwei mitlebende Ärzte, mit fast 20-jähriger Erfahrung in der Behandlung der spezifischen Erkrankungen, gewährleistet eine hochdifferenzierte medikamentöse Therapie und sachgerechte zeitnahe Intervention im Krisenfall
- **Allgemeinmedizin** – die Behandlung somatischer Erkrankungen erfolgt, wenn möglich, durch Anwendung von Naturheilverfahren, Homöopathie und Anthroposophischer Medizin, ansonsten nach den Regeln der Schulmedizin
- **Gesprächstherapie** – hierzu zählen überwiegend tiefenpsychologische, patienten- und themenzentrierte Einzelgespräche, themenzentrierte Gruppengespräche, Paar- und Familiengespräche, Biographiearbeit

- **Soziotherapie** – ebenfalls in Form von Gesprächen, aber auch als spezielle Trainings- und Übungsprogramme, Rollenspiele, Hippotherapie, Tiertherapie mit Haus- und Nutztieren, Reisetherapie
- **Kunsttherapie** – im Theater sind die verschiedenen künstlerischen Therapien integriert, wie Sprachtherapie, Bewegungstherapie, Tanztherapie, Eurhythmie, Musiktherapie, therapeutisches Malen und Plastizieren
- **sonstige adjuvante Therapien** – Suchtakupunktur, Massage, Sauna-, Kneipp- und physikalische Anwendungen
- **Arbeits- und Ergotherapie** – Landwirtschaft, Tierpflege, Garten, Landschaftspflege, Käserei, Büro, Hauswirtschaft, Schreinerei, Metallwerkstatt, Bauhof, Töpferei
- **Sozialrechtliche Beratung und Betreuung** – Hilfe bei der Regelung arbeits- und sozialrechtlicher Angelegenheiten, Schuldenregulierung, Rechtsberatung

In seinem Gutachten von 1991 wies Prof. K. Oesterreich (Universität Heidelberg) darauf hin, dass die sogenannten adjuvanten Therapien dazu geeignet sind, Psychopharmaka einzusparen. Dies ist auch heute noch ein gewichtiger Grund für die „adjuvanten Therapien“, da es beispielsweise auch bei der höherdosierten Anwendung moderner atypischer Neuroleptika in der Vergangenheit zu nicht-vorhersehbaren Schädigungen gekommen ist, woraus dann wiederum gravierende Fragestellungen für die Rehabilitation entstehen. Inzwischen können wir auf annähernd weitere 15 Jahre Erfahrung zurückblicken und feststellen, dass der milieutherapeutische Ansatz insgesamt, mit der Vielzahl aktivierender, aber auch entängstigender Faktoren, dazu beiträgt, die Dosierung der Psychopharmaka niedrig zu halten.

Das Therapiedorf in der lebenspraktischen Bedeutung

Um die konzeptionellen Vorgaben in Bezug auf den Erwerb der „lebenspraktischen Autonomie“ und die Auseinandersetzung mit dem „Lebendigen“, die entscheidenden Faktoren für eine nachhaltige Gesundheit bei Patienten mit Doppeldiagnosen, konkret umsetzen zu können, wird in sämtlichen Teilinstitutionen durchgängig auf den sinnvollen gesellschaftlichen Zusammenhang Wert gelegt. Im Bereich der

Arbeitstherapie bedeutet dies, dass sämtliche Maßnahmen an real wirtschaftende, kooperierende Betriebe angegliedert sind, die sich qualitativ mit den Maßstäben der landläufig üblichen sachlichen Kriterien messen lassen müssen. Die Herstellung des Rohmilchkäses muss einerseits den Qualitätsanforderungen der strengen EU-Richtlinien und andererseits den Kundenbedürfnissen gerecht werden. Der Patient erlebt sich von Anfang an, therapeutisch gestützt, als produktiv tätiger Mensch in einem lebensweltlich-realen Zusammenhang. Theaterproduktionen werden so ausgerichtet, dass sie zwar einen weiten Entwicklungsrahmen mit hoher psychodynamischer Potenz bieten, bei dem sämtliche kunsttherapeutische Maßnahmen integriert werden, am Ende steht jedoch die Aufführung, die der öffentlichen Kritik nach künstlerischen Kriterien standhalten soll. Ähnlich verhält es sich mit den anderen Arbeitsbereichen, von der Möbelfertigung, über die Fachwerkbausanierung, bis hin zur Gartengestaltung oder den Bau einer biologischen Schilfkläranlage.

Lebenspraktische Autonomie – Gremien der Selbstverwaltung – die Kunst der Zumutung

Zur Erlangung und Festigung der natürlichen Selbstverständlichkeit sind konzeptionell eine Vielzahl unterschiedlicher Gremien installiert, in denen Patienten die wichtigsten Belange des sozialen Lebens in Eigenverantwortlichkeit regeln. Mitarbeiter bzw. Therapeuten haben hierbei nicht per se ein gewichtigeres Wortrecht, sondern werden als beratende Fachleute angesehen und verhalten sich grundsätzlich, solange sie nicht die verantwortliche Leitung des jeweiligen Gremiums übernommen haben, als Zuhörer:

- Die Montagsbesprechungen – finden, wie der Name schon impliziert montags statt, werden aber, je nach Tätigkeitsbereich zu unterschiedlichen Tageszeiten verabredet. Es handelt sich um themenzentrierte Arbeitsbesprechungen der jeweiligen Bereiche. Hier wird das für den jeweiligen Arbeitbereich relevante besprochen, Wochenpläne erstellt und Vorgehensweisen abgestimmt. Der jeweiligen Situation entsprechend sind hierbei edukative Elemente enthalten, die dann zu einem späteren Zeitpunkt in einer seminaristischen Fortbildung

vertieft oder beim Dienstagsplenum referiert werden. Die Anzahl der Teilnehmer an diesen Besprechungen liegt zwischen 4 – 10.

- Das Dienstagsplenum – findet dienstags abends statt. Hierbei handelt es sich um eine Einrichtung, die für alle „Dorfbewohner“ von Bedeutung ist. Aus sämtlichen Tätigkeitsbereichen berichtet eine Person über die Projekte der zurückliegenden Woche und gibt einen Ausblick auf kurz- bis mittelfristige Vorhaben. Der Rahmen ist ein streng themenzentrierter. Keinesfalls steht in solch einer großen Versammlung ein einzelner Mensch im Mittelpunkt. In diesem Schutzraum lernen viele Menschen, sich zum erstenmal weitgehend angstfrei vor einer größeren Anzahl Menschen zu artikulieren und frei zu reden. Es werden gegebenenfalls gezielte Rückfragen gestellt und entweder direkt behandelt oder in einem der vielen anschließenden direkten Gesprächen vertieft. Hier werden dann auch konkrete Verabredungen getroffen.

- Die Haushaltsbesprechung – findet in den jeweiligen Häusern zu unterschiedlichen Zeiten, meist einmal pro Woche am Wochenende statt. Dazu versammeln sich die jeweiligen Hausbewohner und besprechen Fragen des Zusammenlebens, der Budgetierung, Umzugswünsche, Pläne zur Verteilung der hauswirtschaftlichen Arbeiten, Instandsetzungs- und Gestaltungsfragen.

- Das Wohnplenum – findet meistens donnerstags am Abend statt. Dabei treffen sich jeweils einer oder mehrere Vertreter aus den jeweiligen Häusern, um sich über anstehende Wohnfragen, Themen zur Haushaltsführung und Budgetierung zu verständigen.

- Die Mittwochskonferenz – ist im wesentlichen ein Gremium der Mitarbeiter, wobei vereinzelt hieran auch Patienten oder Gäste teilnehmen, um besondere

Fragen, die sich aus den vorher beschriebenen Gesprächszusammenhängen ergeben haben zu erörtern und um allgemeine Belange des „Dorfes“ zu thematisieren.

An dieser Stelle sei auf die „Kunst der Zumutung“ (siehe auch Zumuten – Zumutbarkeit als Kategorien psychiatrischer Praxis, *W. Blankenburg*) hingewiesen. Es ist von alltäglicher Bedeutung, die Zumutbarkeit an Eigenverantwortlichkeit angemessen einzuschätzen, „das was an Eigenverantwortung individuell im Möglichkeitsspielraum dar-lebbar ist. Es gehört zur Wahrung der Würde des Menschen, seine Selbstverantwortlichkeit richtig – weder zu hoch, noch zu niedrig einzuschätzen“. Diesen Grundsatz respektierend, wurde der Begriff der „Kunst der Zumutung“ geprägt, der in diesem Sinnzusammenhang treffend die Aufgabe des Therapeuten umschreibt, wenn es darum geht die in den oben beschriebenen Gremien zum Ausdruck gebrachte, wiedergewonnene Autonomie in sorgsam dosierte Umsetzung zu kanalisieren und den einzelnen initiativ werdenden Menschen angemessen zu fördern, zu begleiten, aber auch, ihn vor unsinnigem Scheitern zu bewahren.

Hauswirtschaft, Budgetierung – die „Maßvolle Beschränkung“

Als „Maßvolle Beschränkung“ bezeichnete A. Reichwein (Reformpädagoge/ Kreisauer Kreis) eine pädagogische Methode, die in Notzeiten entwickelt, von einem vorgegebenen Ganzen ausgehend, das bestmögliche für seine Schulgemeinde daraus entstehen ließ. Heute würden wir diese Methode als „ressourcenschonend“, „kreativitätsfördernd“ oder „regenerativ“ bezeichnen. Aus der Frage heraus, wie ein junger Mensch, der nie gelernt hat „hauszuhalten“, dies für seine eigene Selbstverständlichkeit in einem therapeutischen Zusammenhang lernen und üben kann, entstand vor ca. 10 Jahren das System der Haushalts-Budgets (angeregt durch Kurse über Pädagogik und den Kreisauer Kreis). Es wurde im Laufe der Zeit stets verfeinert, an geänderte Steuergesetze angepasst und von verschiedenen Wirtschaftsprüfungsinstituten „zertifiziert“. Dieses System ermöglicht es dem einzelnen Menschen, über Beträge von bis zu 1000 € (etwa dem Monats-Budget eines Hauses) zu verfügen und damit verantwortlich und sorgfältig umzugehen. Es

setzt sich für die einzelnen Häuser aus den Tagessätzen für Verpflegung zusammen und wird jeden Monat, je nach Belegung oder Fluktuation, neu berechnet. Jedes Haus benennt einen „Verwalter“, der dieses Budget im Auge behält, die Anwesenheitslisten ausfüllt und gegebenenfalls die Haushaltskasse führt. In der Regel hat jeder Bewohner mindestens einmal in der Woche seinen sogenannten „Haushaltstag“, wo er einkauft, kocht, und die Gemeinschaftsräume des Hauses putzt. In manchen Häusern teilen sich zwei Personen die Arbeit, mancher kann nur einen Teil bewerkstelligen, ein anderer braucht intensive Anleitung, ganz im Sinne der oben beschriebenen Zumutbarkeit. In der Regel ist jedoch die Freiheit zum kreativen Umgang mit den – für jeden Menschen – begrenzten Mitteln, in der Selbstverwaltung, dem Erstellen der Übersicht und der Kommunikation der Bewohner untereinander begründet. Die übliche Besorgung des täglichen Bedarfs, der „Einkauf“, erfolgt im „Dorfladen“, der Verteilerstelle für hochwertige, überwiegend biologische, Lebensmittel und einem Haushaltswarensortiment für den täglichen Gebrauch. Über die Beratung, die teilweise geselligen Verkaufsgespräche und die Möglichkeit aus einem Sortiment wählen zu können, bildet sich bei den meisten überhaupt erst das Interesse an einer differenzierten, gesunden Ernährung. Vorgesetztes Essen aus Klinik-Küchen wirkt dahingegen, da der sinnliche Bezug vorher fehlt, wenig anregend. Beim „Kochen“ handelt es sich dann entweder um ein Gericht, das derjenige aus dem „FF“ kann, oder es findet ein „Lehrkochen“ mit hauswirtschaftlicher Assistenz im jeweiligen Haushalt statt. Unter Ausschöpfung der Möglichkeiten des Budgets kann es aber auch sein, dass ein Haushalt sich entschließt, unter der Woche mit einfachen Gerichten vorlieb zu nehmen, um am Wochenende dann ein Festessen mit Gästen zu veranstalten, oder ein anderes Haus setzt sich zufällig aus Vegetariern zusammen, die eine Weile sparen und dann gemeinsam ein vegetarisches „Drei-Sterne“ Restaurant aufsuchen. Budgetüberschreitungen führen allerdings im Gegenzug zu durchaus gewollten Auseinandersetzungen, die Vorbildcharakter zur Krisenbewältigung hat. Allerdings sind nur in Ausnahmefällen tatsächliche „Kriseninterventionen“ nötig. So gelingt es, durch die Technik der „maßvollen Beschränkung“ in Form des Haushaltbudgets – der Verwaltungsaufwand für das „Dorf“ ist allerdings nicht zu unterschätzen – bei Patienten, die sich vorher lieber mit „Unbelebtem“ versorgten, Interesse an verschiedenen Qualitäten der Ernährung zu wecken, dabei eine Vielzahl sozialer

Prozesse in Gang zu setzen und dazu noch elementare Kompetenzen für ein eigenverantwortliches Leben zu vermitteln.

Diagnostik

Zur Basisdiagnostik gehören:

- Erstexploration, psychiatrische Eingangsuntersuchung, umfassende somatische und laborchemische Untersuchung, Anamneseerhebung.

Weiterführende Diagnostik:

- Biographische Anamnese, Genogramm-Analyse, psychologische Testung, Fallanalyse, weiterführende somatische Befunderhebung, ggf. konsiliarisch

Leitungsteam

Die Koordinierung und Steuerung der vielfältigen therapeutischen Prozesse obliegt einem multidisziplinären Team, bei dem, den unterschiedlichen Professionen entsprechend, fachliche Schwerpunkte und Gewichtungen in der Entscheidungsfindung berücksichtigt werden.

Psychiatrisch-medizinische Leitung	–	Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Ärztliche Leitung	-	Ärztin (Allgemeinmedizin/ Naturheilverfahren/ anthroposophische Medizin)
Psychotherapeutische Leitung	-	Psychotherapeut (Biographiearbeit)
Künstlerische Therapien	-	Arzt / Theaterpädagoge

Verlauf

Bei der Aufnahme sollte die körperliche Entgiftung abgeschlossen sein. Es zeigt sich jedoch in den letzten Jahren, dass, bedingt durch das veränderte Konsumverhalten und kürzere Entgiftungszeiten, viele Patienten unter protrahierten Entzugssyndromen leiden, die sie während der Orientierungsphase beeinträchtigen. Hinzu kommt die Tatsache, dass bei den meisten Patienten eine Mehrfacherkrankung vorliegt, weshalb wir von einer zwei- bis vierwöchigen Eingewöhnungszeit ausgehen, in der mit dem Patienten der für ihn relevante therapeutische Rahmen konstituiert wird. Der Verlauf der eigentlichen Therapie ist individuell sehr variabel; im Schnitt liegt die Dauer für die medizinische Rehabilitation bei Doppeldiagnose – Patienten bei 6 Monaten. Anschließend kann eine Maßnahme zur sozialen Wiedereingliederung oder beruflichen Rehabilitation sinnvoll sein. Die Nachsorge erfolgt entweder durch Vermittlung und Hilfe beim Übergang in eine geeignete Einrichtung, oder durch die eigene Studien – GmbH, in der sich Patienten, die nicht unmittelbar in ein intaktes Umfeld entlassen werden können, für den bisherigen Leistungsträger kostenneutral, weiter stabilisieren können.

Indikationen

- Abhängigkeitserkrankungen, stoffgebunden, Schwerpunkt bei illegalen Substanzen
- Begleit- und Folgeerkrankungen (Hepatitis C, HIV-Infektion, degenerative Erkrankungen, neurologisch/internistisch)
- neurologische Erkrankungen
- psychiatrische Erkrankungen
- Stoffwechselerkrankungen

Kontraindikationen

- Akute Suizidalität
- Gravierende hirnorganische Erkrankungen

Aufnahme, Personenkreis, Therapieplätze

Die Bewerbung für einen Therapieplatz erfolgt meist über eine Drogenberatungsstelle oder durch Anfrage eines psychiatrischen Krankenhauses. Die Aufnahme erfolgt in der Regel bei Vorliegen einer Kostenzusage, nach abgeschlossener Entgiftung.

Ein persönliches Vorstellungsgespräch vor Therapiebeginn ist für das gegenseitige Kennenlernen nötig.

Die Altersspanne liegt (unter Einbeziehung der Jugendhilfeeinrichtung) zwischen 12 und 55 Jahren. Eine Aufnahme von Paaren oder Patienten mit Kindern ist prinzipiell möglich und bedarf vorher gesonderter Vereinbarungen. Die Kosten für Kinder werden vom jeweils zuständigen Jugendamt oder dem Leistungsträger übernommen. Die Klinik ist nach §35 BtmG für die Aufnahme von Patienten anerkannt, deren Haftstrafe zugunsten einer Therapie zurückgestellt wurde.

Für den Bereich der medizinischen Rehabilitation stehen 24 Plätze zur Verfügung.

Forschung

- Seit drei Jahren läuft ein Forschungsprojekt zur Entwicklung eines spezifischen Dokumentations- und Qualitätssicherungssystems, in dem die klassische Krankenakte durch die systemtherapeutische „Jenaer“ – Dokumentation ergänzt wird.
- Damit verbunden ist eine Anzahl wissenschaftlicher Publikationen, die die Methode „Melchiorgrund“ aus medizin-soziologischer Sicht zum Thema haben.
- Die Einführung, bzw. softwareseitige Entwicklung eines übergreifenden EDV-gestützten Dokumentations- und QS – Systems in Kooperation mit einer Schweizer Softwarefirma, der Universität Jena und der Freien Universität Witten-Herdecke ist Gegenstand eines in Planung befindlichen Forschungsvorhabens.

Qualitätssicherung

Verschiedene Instrumente zur Qualitätssicherung oder Qualitätszirkel bestehen bereits:

- Wöchentliche Qualitätszirkel aller Mitarbeiter
- Wöchentliche Qualitätszirkel der einzelnen Arbeitsbereiche (Patienten und Mitarbeiter)
- 14-tägige Supervision der therapeutischen Mitarbeiter
- monatliche Fallsupervision durch Hochschullehrer und wissenschaftliche Mitarbeiter der Uni Jena
- Externe Qualitätskontrollen (Hygienekontrollen Käserei, Bio-Zertifizierung, etc)

Literatur

- Andreasson S, Allebeck P, Engstrom A, Rydberg U (1987) Cannabis and schizophrenia. A longitudinal study of Swedish conscripts. *Lancet* 2:1483-1486
- Bartels SJ, Teague GB, Drake RE, Clark RE, Bush PW, Noordsy DL (1993) Substance abuse in schizophrenia: service utilization and costs. *J Nerv Ment Dis* 181:227-232
- Blankenburg W., „Zumuten“ und „Zumutbarkeit“ als Kategorien psychiatrischer Praxis. In: Matthias Krisor, Harald Pfannkuch, Was du nicht willst, das man dir tut..., Gemeindepsychiatrie unter ethischen Aspekten, S. Roderer Verlag, Regensburg 1997
- Chambers RA, Krystal JH, Self DW (2001) A neurobiological basis for substance abuse comorbidity in schizophrenia. *Biol Psychiatry* 50:71-83
- Drake RE, Bartels SJ, Teague GB, Noordsy DL, Clark RE (1993) Treatment of substance abuse in severely mentally ill patients. *J. Nerv Ment Dis* 181:606-611
- Drake RE, Mercer-McFadden C, Mueser KT, McHugo GJ, Bond GR (1998) Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders. *Schizophr Bull* 24:589-608
- Drake RE, Mueser KT (2000) Psychosocial approaches to dual diagnosis. *Schizophr Bull* 26:105-118
- Drake RE, Mueser KT, Clark RE, Wallach MA (1996) The course, treatment, and outcome of substance disorder in persons with severe mental illness. *Am J Orthopsychiatry* 66:42-51
- Goffmann E, (1980) Rahmenanalyse. Frankfurt am Main: Suhrkamp (engl.: Frame Analysis. Harmondsworth: Penguin Books 1975)
- Grathoff R, (1989) Milieu und Lebenswelt. Frankfurt am Main: Suhrkamp
- Gut-Fayand A, Dervaux A, Olie JP, Loo H, Poirier MF, Krebs MO (2001) substance abuse and suicidality in schizophrenia: a common risk factor linked to impulsivity. *Psychiatry Res* 102:65-72
- Häfner H, Bühler B, Hambrecht M, Löffler W, Maurer K, an der Heiden W, (2002) Vorzeitige Auslösung der Schizophrenie durch Substanzmissbrauch und Folgen für den weiteren Verlauf. *Nervenheilkunde* 21:198-207
- Haywood TW, Kravitz HM, Grossmann LS, Cavanaugh JL Jr, Davis JM, Lewis DA (1995) Predicting the „revolving door“ phenomenon among patients with schizophrenic, schizoaffective, and affective disorders. *Am J Psychiatry* 152:856-861
- Hildenbrand B, Alltag als Therapie, Verlag: Hans Huber (1991)
- Hildenbrand B, Die Rahmung therapeutischer Situationen, System Familie Jg. 12 Heft 3 (1999), S. 123-131
- Hildenbrand B, Krankheit und Geschichtlichkeit des menschlichen Daseins, Fundamenta Psychiatrica Schattauer Verlagsgesellschaft mbH (1988)
- Hunt GE, Bergen J, Bashir M (2002) Medication compliance and comorbid substance abuse in schizophrenia: impact on community survival 4 years after a relapse. *Schizophr Res* 54:253-264
- Khantzian EJ (1997) The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. *Harv Rev Psychiatry* 4:231-244

- Kohut H, Narzissmus. (1973) Suhrkamp Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main
- Krausz M, Müller-Thomsen T (1994) Komorbidität. Therapie von psychischen Störungen und Sucht – Konzepte für Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation. Lambertus, Freiburg
- Krystal JH, D'Souza DC, Madonick S, Petrakis IL (1999) Toward a rational pharmacotherapy of comorbid substance abuse in schizophrenic patients. Schizophr Res 35 (suppl):S35-S49
- Linszen DH, Dingemans PM, Lenior ME (1994) Cannabis abuse and the course of recent-onset schizophrenic disorders. Arch Gen Psychiatry 51:273-279
- Mueser KT, Fox L (1998) Stepwise family treatment for dual disorders: Treatment manual. Dartmouth Psychiatric Research Center, New Hampshire
- Mueser KT, Yarnold PR, Rosenberg SD, Swett C, Jr., Miles KM, Hill D (2000) Substance use disorder in hospitalized severely mentally ill psychiatric patients: prevalence, correlates, and subgroups. Schizophr Bull 26:179-192
- Nitzgen D, Brünger M, Schneider W, Freyberger HJ, Eds.; Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik in der Rehabilitationsklinik Birkenbuck. Verlag Hans Huber Bern, Göttingen, Toronto, Seattle Was leistet die OPD? Empirische Befunde und klinische Erfahrungen mit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik 2000 , p. 238-251
- Oury J, (1986) Le Collectif. Editions de Scarabée, Paris 1986
- Ridgely MS, Goldman HH, Willenbring M (1990) Barriers to the care of persons with dual diagnoses: organizational and financing issues. Schizophr Bull 16:123-132
- Simmel E, Herrmanns VL, Schulz-Venrath U (Hrsg), Eds.; Alkoholismus und Sucht. Fischer TB Frankfurt a.M Psychoanalyse und ihre Anwendungen. Ausgewählte Schriften 1993 , p. 289-313
- Voigtel R. Die Überlassung an das unbelebte Objekt. Zur begrifflich-diagnostischen Abgrenzung der Sucht. Psyche 1996; 8: 715-742
- von Gebattel VE. Zur Psychopathologie der Sucht. Springer Verlag Berlin, Göttingen, Heidelberg In: Prolegomena einer medizinischen Anthropologie 1954
- Wurmser L. Die verborgene Dimension. Psychodynamik des Drogenzwangs. Vandenhoeck&Ruprecht Göttingen 1997
- Ziedonis DM, D'Avanzo K (1998) Schizophrenia and substance abuse. In: Kranzler HR, Rounsaville BJ (eds) Dual diagnosis and treatment. Marcel Dekker, New York, pp 427-465

Autor:

Reinhard Kaul

Im Melchiorsgrund 1

D-36318 Schwalmtal

0049-6638-96110

reinhard.kaul@melchiorsgrund.de