

Faßbacher Hof

Soziotherapeutischer Wohn- und Betreuungsverbund für Menschen mit psychischer Erkrankung und Sucht

Konzeption

Einführung

Der Faßbacher Hof in Leverkusen-Schlebusch besteht als Einrichtung für Suchtkranke seit 1977. Schon seit Ende der 80er Jahre begannen wir als eine der ersten Einrichtungen in Deutschland mit der Betreuung von Suchtkranken mit psychiatrischer Komorbidität, insbesondere von Menschen mit Psychose und Sucht. Bei den Konsumpräferenzen unserer Klienten standen dabei überwiegend Alkohol oder „weiche“ Drogen im Mittelpunkt. Mangels empirischer Vorerfahrungen, leitender Beispiele und theoretischer Grundlagen gestaltete sich unsere Arbeit mit Menschen mit „Doppeldiagnose“ zwangsläufig zunächst als „kontrolliertes Experiment“: Im Rahmen eines integrierten Ansatzes betreuten wir Menschen mit unterschiedlichen (psychotischen und nicht psychotischen) Störungen, werteten die Praxiserfahrungen kontinuierlich aus, verknüpften dies mit vorliegenden theoretischen Hypothesen und entwickelten so die Betreuungskonzeption kontinuierlich fort.

Nach mehr als zehnjähriger Erfahrung leiteten wir ab dem Jahr 2000 eine weitere konzeptionelle Veränderung ein. Auf Grund geänderter Bedarfslagen öffneten wir uns nun für die Gruppe – meist substituierter – Opiatabhängiger mit psychiatrischer Komorbidität. Fast regelhaft handelt es sich hier um Menschen, die neben einer (substituierten) Opiatabhängigkeit weitere Substanzen, (Alkohol, Benzodiazepine, Cannabis, Kokain, Amphetamine, konsumieren (multipler Substanzkonsum oder Polytoxikomanie). In fast allen soziotherapeutischen Wohneinrichtungen für psychisch Kranke oder für Suchtkranke bestanden oder bestehen gegenüber dieser Klientel „Ausschlusskriterien“. Daher war die Betreuung dieser Menschen in einer soziotherapeutischen Einrichtung - wie die Aufnahme von Klienten mit „Doppeldiagnose“ Ende der 80er Jahre - erneut ein modellhafter Versuch. Als eine der ersten soziotherapeutischen Einrichtungen entwickelten wir für substituierte Opiatabhängige mit psychischen Erkrankungen ein spezialisiertes Betreuungskonzept, das mittlerweile seit ca. zehn Jahren erprobt ist.

Dabei verfolgen wir weiter ein integriertes Betreuungskonzept. Die Aufnahme in unsere Betreuung ist unabhängig davon, welcher Substanzkonsum entwicklungsgeschichtlich und aktuell im Mittelpunkt steht. In unseren Betreuungszusammenhängen leben und arbeiten Menschen mit *unterschiedlichen* psychischen Störungen und *unterschiedlichen* Konsumpräferenzen und erhalten, soweit uns dies möglich ist, die jeweils individuell notwendige Betreuung.

Parallel zu diesen konzeptionellen Weiterentwicklungen hat sich der Faßbacher Hof in den letzten 20 Jahren von einer stationären Wohneinrichtung zu einem Wohn- und Betreuungsverbund entwickelt, in dem verschiedene stationäre und ambulante Betreuungsleistungen durchlässig miteinander verknüpft sind. 1998 nahm unser Ambulant Betreutes Wohnen, 2003 unsere Außenwohngruppe ihre Arbeit auf. Schon seit Ende der 90er Jahre öffneten wir das tagesstrukturierende Angebot unserer Einrichtung auch für ambulant betreute Klienten.

Diese Hauptbetreuungsleistungen sind seit Ende der 80er Jahre verknüpft mit einer engen Kooperation mit der Suchtfachambulanz der LVR-Klinik Langenfeld. Hier können unsere Klienten aus einer Hand medikamentös-psychiatrische Behandlung, suchtmmedizinische Hilfen und ggf. Substitution in Anspruch nehmen.

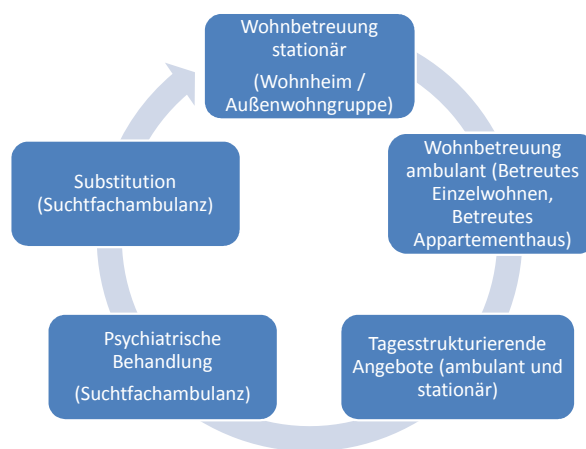
Träger unseres Verbundes ist die Arbeiter-Samariter-Bund Faßbacher Hof gGmbH (Alleingesellschafter: Arbeiter-Samariter-Bund Regionalverband Bergisch Land).

Seit 1991 ist der Faßbacher Hof vom Landschaftsverband Rheinland (LVR) als Einrichtung der Eingliederungshilfe anerkannt. Aufnahmen in die stationäre Einrichtung sind aus dem gesamten Versorgungsgebiet des Landschaftsverbandes Rheinland möglich. Ambulant Betreutes Wohnen kann im Rahmen der Regionalversorgung in Leverkusen, dem Rheinisch-Bergischen Kreis und Köln angeboten werden. Unsere tagesstrukturierenden Leistungen können Menschen in Anspruch nehmen, die stationär oder ambulant Eingliederungshilfen im Wohnbereich erhalten.

Die hier vorliegende neue Konzeption reflektiert diese über 20jährigen Erfahrungen mit mittlerweile über 200 in der Regel mehrjährigen Betreuungsverläufen. Sie ist absichtlich in eher praktische und eher theoretische Kapitel unterteilt, die auch unabhängig voneinander gelesen werden können. Teil I stellt die Hauptbetreuungsleistungen beschreibend dar. Die Teil II und III diskutieren unsere konzeptionellen Grundlagen für die Betreuung von Menschen mit psychischer Erkrankung und Sucht. Abschließend informieren wir über Aufnahmekriterien und Bewerbungsverfahren.

I. Hauptbetreuungsangebote des Wohn- und Betreuungsverbundes

Um deutlich zu machen, dass ambulante und stationäre Hilfen möglichst durchlässig und vernetzt angeboten werden sollen, beschreiben wir unser Angebot heute nicht mehr nach starren Einrichtungsgrenzen, sondern nach „Funktionsbereichen“:



Funktionsbereich stationäre Wohnbetreuung

Soziotherapeutisches Wohnheim

Das Stammhaus, der „Faßbacher Hof“, ist ein ehemaliger Gutshof am Rande von Leverkusen - Schlebusch. Er liegt in landschaftlich reizvoller Lage und hat zugleich gute Verkehrsverbindungen nach Leverkusen, Köln und in die umliegenden Landkreise. Auf dem 5 ha. großen Gelände befinden sich mehrere Wohngebäude sowie ein Gewächshaus und eine 2001 neu erbaute Schreinerei.

Um möglichst viel Selbständigkeit zu ermöglichen, wird im Faßbacher Hof ein Selbstversorgungskonzept praktiziert. Rein versorgende Elemente sind so weit wie möglich reduziert. Die Bewohner erhalten zusätzlich zum Barbetrag im Rahmen der Eingliederungshilfe ein nach Anwesenheitstagen bemessenes Verpflegungsgeld und können sich hiermit selbst versorgen. Montags bis freitags wird im Rahmen des tagesstrukturierenden Angebots ein Mittagessen zubereitet, das die Bewohner freiwillig erwerben können. Alle alltagspraktischen Tätigkeiten in der Einrichtung erfolgen in Eigenregie der Bewohner mit Unterstützung des Betreuungspersonals. Um auch im stationären Bereich möglichst viel persönliche Unabhängigkeit zu sichern haben alle Bewohner Einzelzimmer. Sie sind mit Waschbecken, Külschrank und Fernsehen, bei Bedarf mit einer Grundmöblierung ausgestattet. Möbel können mitgebracht, die Zimmer nach eigenem Geschmack eingerichtet werden.

Die Einrichtung ist in drei Wohngruppen von 8 bzw. 6 Plätzen untergliedert, für die jeweils zwei Bezugsbetreuer zuständig sind. Die Bezugsbetreuer oder Bezugsbetreuerinnen stehen dem Klienten langfristig als Hauptansprechpartner zu Verfügung und begleiten ihn während des Hilfeprozesses. Inhalt und Form der Hilfen werden individuell vereinbart. Hierzu können zum Beispiel gehören: Hilfen zum Umgang mit der oder den Erkrankungen; alltagspraktische Unterstützungen; Hilfen in Zusammenhang mit der Aufnahme eines tagesstrukturierenden Angebotes oder einer Beschäftigung; Hilfen zur Realisierung rechtlicher und sozialrechtlicher Ansprüche; Hilfe bei der Aufnahme und Aufrechterhaltung von Beziehungen (Kontakte, Freundschaften, Familie, sexuelle Paarbeziehungen); Hilfen zur Gestaltung freier Zeit.

Dabei beachten wir in einem hohen Maß, dass die wirksame Definition von Betreuungszielen vor allem eine stabile *Betreuungsbeziehung* voraussetzt. Die meisten Menschen kommen nach einer langen Phase traumatisierender und retraumatisierender Lebensumstände zu uns und haben einen eher unspezifischen Wunsch nach einem „Neuanfang“. Konkrete und umsetzbare Veränderungswünsche müssen auf der Basis einer verlässlichen *Betreuungsbeziehung* schrittweise erarbeitet und in einem dialogischen Prozess immer wieder modifiziert werden.

Über die Einzelbetreuung hinaus bestehen verschiedene *soziotherapeutische Gruppenangebote*. In den Wohngruppen findet wöchentlich eine *Gesprächsgruppe* statt. Ebenfalls ein Mal wöchentlich treffen sich alle Bewohner und Teammitglieder zu einer *Hausversammlung*. Beide Gruppen sind prinzipiell für alle Anliegen der Bewohner, des Teams und der einzelnen Gruppenmitglieder offen.

Bei Bedarf werden darüber hinaus themenspezifische Gruppen angeboten. Hierzu gehören *Psychoedukationsgruppen*, die sich primär an unsere Bewohner mit einer psychotischen Erkrankung richten und Gruppen zum Rückfallprophylaxetraining (S.T.A.R.).

Diese Hauptbetreuungsbausteine werden ergänzt durch bedarfsabhängige Angebote auf den Gebieten Freizeitgestaltung, Bewegung, Sport und Kreativität.

Bei der Einnahme einer erforderlichen Medikation erhalten unsere Klienten Hilfen durch Information über Wirkungen und Nebenwirkungen der verordneten Medikamente und regelmäßige Medikamentenvergabeterminen. Im Zuge der Betreuung wird eine zunehmende Selbstverwaltung der Medikation angestrebt.

Das Stammhaus hält ein vollstationäres Betreuungsangebot vor. Betreuungspersonal ist 24 Stunden präsent; es bestehen *Wochenenddienste*, eine *Nachtbereitschaft*, sowie eine *hauseigene Rufbereitschaft* durch Fachpersonal (*Kriseninterventionsdienst*) nachts und an *Wochenenden*.

Außenwohngruppe

Die im September 2003 eröffnete Außenwohngruppe verfügt über sechs Wohnplätze in einem alten Bergischen Landhaus, das 2002 komplett modernisiert wurde. Das Haus in Leverkusen-Fettehenne ist vom Stammhaus aus gut mit öffentlichen Verkehrsmitteln oder in 20 Minuten zu Fuß erreichbar.

Die Außenwohngruppe ist Bestandteil des soziotherapeutischen Wohnheims, allerdings ist nachts und an einem Teil des Wochenendes kein Betreuungspersonal präsent. Die Bewohner können im Notfall die Rufbereitschaft des Stammhauses nutzen. Intendiert ist damit ein erster Verselbständigungsschritt für Menschen, bei denen eine ambulante Betreuung (noch) nicht ausreicht.

Darüber hinaus ähnelt das Betreuungsangebot dem der stationären Einrichtung. Jeder Bewohner der Außenwohngruppe hat einen Bezugsbetreuer; ein Mal wöchentlich findet eine Gesprächsgruppe statt. Die Teilnahme an einem tagesstrukturierenden Angebot innerhalb des Stammhauses oder in der Außenwohngruppe ist intendiert soweit die Bewohner nicht einer anderen Beschäftigung nachgehen. Alle Angebote des Stammhauses auf den Gebieten Freizeit, Bewegung, Sport und Kreativität sind für die Bewohner der Außenwohngruppe offen.

Ziel der Betreuung ist der Übergang in eine eigenständigere Wohn- und Betreuungsform, wobei auch der Aufenthalt in der Außenwohngruppe bewusst nicht befristet ist.

Funktionsbereich ambulante Wohnbetreuung

Betreutes Einzelwohnen

Das seit 1998 bestehende Betreute Wohnen richtet sich an Menschen, die einer stationären Betreuung nicht oder nicht mehr bedürfen. Die Betreuung erfolgt überwiegend in von den Klienten selbst angemieteten Einzelwohnungen. Soweit wir auch Vermieter sind werden voneinander unabhängige Miet- und Betreuungsverträge geschlossen. Es besteht keine Begrenzung der Platzzahl.

Wie im stationären Bereich werden die Ziele und Hilfestellungen mit den Betroffenen prozesshaft und individuell vereinbart. Die Nutzer haben möglichst langfristig einen Bezugsbetreuer oder eine Bezugsbetreuerin. Es findet überwiegend eine aufsuchende Betreuung mit Hausbesuchen statt, dabei wird die private Wohnsphäre weitgehend respektiert.

Dieses Kerngebot der Betreuung wird seit 2 Jahren durch ein wöchentliches Freizeit- und Kontaktangebot ergänzt. Es soll Isolierung und Vereinsamung entgegenwirken und helfen, Möglichkeiten der Kontaktstiftung und Freizeitgestaltung ohne Substanzkonsum zu erschließen. Den Klienten des Betreuten Wohnens ist bei Bedarf eine Teilnahme am tagesstrukturierenden Angebot des Stammhauses möglich.

Betreutes Appartementhaus

Als weiterer Baustein wird voraussichtlich im Oktober 2010 im Ortszentrum von Bergisch Gladbach Schildgen das „Betreute Appartementhaus für Menschen mit psychischer Erkrankung und Sucht“ eröffnet. Es wurde neu erbaut, umfasst acht Zwei-Zimmer-Wohnungen und einen kleinen Gemeinschaftsbereich. Nach unseren über 10jährigen Erfahrungen im ambulanten Betreuten Wohnen ist ein Teil der Nutzer dadurch überfordert, vollständig alleine zu wohnen. Geringe Schutzmechanismen, persönliche Isolierung und geringe soziale Anbindung führen zu einer hohen Krisenanfälligkeit, während andererseits Wohngemeinschaften als zu nahe und als zu große Einschränkung der persönlichen

Autonomie empfunden werden. Das für Menschen mit „Doppeldiagnose“ neuartige Betreuungskonzept verbindet zwei Faktoren miteinander. Es soll eine normale Wohnsituation mit abgegrenzter Privatsphäre geschaffen werden. Gleichzeitig soll es den Nutzern möglich sein, jederzeit freiwillig Kontakt zu Menschen mit ähnlichen Erfahrungen aufzunehmen. Die Bewohner erhalten normale Mietverträge. Die jeweiligen Betreuungsleistungen (z.B.: ambulante Wohnbetreuung, psychiatrische Behandlung, ambulante Pflege, Substitution, Tagesstruktur und Beschäftigung) werden individuell vereinbart.

Funktionsbereich Tagesstruktur

Das tagesstrukturierende Angebot entstand ursprünglich als Arbeitstherapie des soziotherapeutischen Wohnheims. Heute ist es ein offenes tagesstrukturierendes Angebot, dass auch von ambulant betreuten Klienten genutzt wird. Dies ist auch möglich, wenn der Teilnehmer von einem anderen Anbieter im Wohnbereich betreut wird.

Es bestehen folgende tagesstrukturierende Bereiche: Gartenbau und Landwirtschaft, Schreinerei, Hauswirtschaft (Küche, Waschküche, Reinigungsarbeiten), Telefondienst und Büroarbeiten. Dabei haben die Hauptarbeitsbereiche ein differenziertes Anforderungsprofil:

Der Arbeitsbereich *Küche* stellt werktäglich bis zu 40 Mittagessen her, weist daher nicht wenig Leistungsdruck auf und erfordert eine enge Kooperation in der Gruppe. Dennoch sind in ihm Bewohner häufig am leichtesten zu integrieren. Vermutlich ist dies darin begründet, dass die Tätigkeit subjektiv mehr mit Selbstversorgung als mit Erwerbsarbeit verbunden wird, daher Hemmschwellen niedriger sind und ein unmittelbarer Transfer ins Alltagsleben möglich ist.

Der meist größte Arbeitsbereich *Gartenbau* ist für die Pflege des 5 ha. großen Geländes zuständig. Hierzu gehört auch die Pflege der Obstplantage, Gemüseanbau im eigenen Gewächshaus und in geringem Umfang Tierhaltung. Es können sowohl einfache, regelmäßig wiederkehrende, als auch recht komplexe Tätigkeiten angeboten werden. Auf Grund der Größe des Geländes und der Differenziertheit der Aufgaben können auch solche Klienten gut integriert werden, die gerne alleine arbeiten und wenig Nähe zu Gruppen ertragen. Sie können hier eine „Nische“ finden.

Im Arbeitsbereich *Schreinerei* werden überwiegend termingebundene Auftragsarbeiten auf qualitativ hohem Niveau (Fertigung von Möbeln nach Maß im Kundenauftrag) durchgeführt. Relativ betrachtet sind die Anforderungen daher etwas höher. Ein gewisses handwerkliches Interesse und Geschick, die Fähigkeit, hierbei hinzu zu lernen und eine relativ hohe Verbindlichkeit der Teilnahme sind erforderlich.

Neben diesen in Gruppen strukturierten Bereichen gib es Tätigkeiten, die überwiegend individuell wahrgenommen werden, wie: Telefondienst und Büroarbeiten (soweit dies unter Berücksichtigung der Schweigepflicht möglich ist), Reinigungsarbeiten und die hauseigene Waschküche.

Nach Bedarf kann das Angebot durch Trainingskurse zur Vermittlung von Basisfähigkeiten in Modulform sowie niedrigschwellige Betreuungsangebote in den Bereichen Sport, Bewegung und Kreativität ergänzt werden.

Für Klienten, die nur bei einer sehr dichten persönlichen Begleitung zur Teilnahme an einem tagesstrukturierenden Angebot in der Lage sind, besteht seit zwei Jahren ein sehr erfolgreiches Programm der intensiven Einzelförderung.

Teilnahmezeiten sind in der Regel montags bis freitags von 8.30 Uhr bis 11.45 Uhr. Je nach individuellen Fähigkeiten können kürzere oder längere tägliche oder wöchentliche

Teilnahmezeiten (auch an Nachmittagen) vereinbart werden. Aus Erträgen erhalten die Teilnehmer eine minimale „Entlohnung“. Teilnehmer, die nicht in der Stammeinrichtung wohnen erhalten zusätzlich eine Monatskarte zur Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel und können kostenlos am Mittagessen teilnehmen.

Funktionsbereich psychiatrische Behandlung und suchtmmedizinische Hilfen

Seit Ende der 80er Jahre besteht das Angebot der ärztlichen Behandlung durch die Suchtambulanz der LVR-Klinik Langenfeld für alle Klienten des Faßbacher Hofes. Heute finden in diesem Rahmen drei Sprechstunden statt:

- für Klienten der stationären Einrichtung;
- für substituierte Klienten (stationär und ambulant);
- für Klienten des ambulant betreuten Wohnens.

Um eine enge Verzahnung der psychiatrischen Behandlung und ggf. der Substitution mit den Erfahrungen aus der soziotherapeutischen Betreuung zu ermöglichen, werden die Gespräche gemeinsam mit Fachpersonal der Einrichtung geführt, wenn der Klient dem zustimmt. Auf Grund der dichten Kooperation mit den behandelnden Fachärzten sind jederzeit auch kurzfristige Kriseninterventionen möglich.

Für Klienten der stationären Einrichtung soll aus diesen Gründen die Substitution in der Suchtfachambulanz stattfinden. Hier erfolgt auch die tägliche Vergabe des Substituts. So bald der Klient nach längerer Rückfallfreiheit einen „Take-Home“ Status erhält, verwaltet er das Substitut schrittweise selbst. Zur sicheren Aufbewahrung erhält er auf seinem Zimmer einen Tresor.

Im Ambulant Betreuten Wohnen empfehlen wir insbesondere bei schweren psychiatrischen Störungen weiter eine Behandlung in der Suchtfachambulanz, da hier Substitution und medikamentöse psychiatrische Behandlung gut aufeinander abgestimmt werden können. Selbstverständlich ist auch die Wahl eines anderen substituierenden Arztes möglich.

II. Störungsspezifische Aspekte

„Doppeldiagnose“ oder Komorbidität?

Für die von uns beschriebene Klientel hat sich seit den 90er Jahren der Begriff der „Doppeldiagnose“ etabliert. Unsere Praxiserfahrungen haben uns dabei schon relativ früh dazu geführt, dies kritisch zu bewerten. Gerade wegen seiner Eingängigkeit führt der Begriff der Doppeldiagnose leicht zu einer reduktionistischen Betrachtungsweise auf zwei – wenn auch wesentliche - Faktoren. In der Realität gestalten sich die Bedingungsgefüge erheblich komplexer und es besteht eine Reihe von diagnostischen Abgrenzungsproblemen. Hiervon sollen einige besonders häufige beschrieben werden.

- Bei langfristig Abhängigkeitskranken könnte „Sucht“ oft durchaus als Symptom einer zu Grunde liegenden Persönlichkeitsstörung betrachtet werden. Allerdings kann die Frage oft nur schwer beantwortet werden, ob es sich bei Phänomenen wie Depressivität, Ängstlichkeit, paranoidem Erleben, affektiver Instabilität, um Faktoren der „prä-morbiden“ Persönlichkeit oder bio-psychisch bedingte Wesensänderungen im Zuge der Suchterkrankung und ihrer psychosozialen Begleiterscheinungen handelt.

- Auch Klienten mit schizophrener Psychose unterscheiden sich deutlich in ihrer Persönlichkeitsstruktur. „Abhängig gehemmte“, „depressive“, „emotionale instabile“, „ängstliche“ oder „dissoziale“ Persönlichkeitsmerkmale finden sich recht gleichmäßig verteilt. Ob es sich hierbei um „prämorbid“ Faktoren handelt, die bereits vor einer psychotischen Erstmanifestation wirksam waren, oder Persönlichkeitsveränderungen im Verlaufe der Erkrankung kann dabei vor einer intensiven Kenntnis der lebensbiographischen Entwicklung nur schwer unterschieden werden.
- Insbesondere unter Drogenabhängigen mit psychiatrischer Komorbidität verzeichnen wir frühe, häufig schon vor der Pubertät liegende, Erkrankungszeitpunkte. In recht „jungem“ Alter blicken diese Klienten oft schon auf über ein Jahrzehnt andauernder chronischer Erkrankungen zurück. Häufig können hier neben der psychiatrischen Störung und der Sucht stark ausgeprägte psychische und psychosexuelle Entwicklungsstörungen beobachtet werden. Die Betroffenen stehen daher vor einem Nachreifungs- und Nachsozialisationsprozess.
- Nicht selten befinden sich unter unseren Klienten auch Menschen mit schizophrenen Psychosen, Substanzmissbrauch und Symptomen einer mehr oder weniger ausgeprägten Minderbegabung. Häufig bleibt dabei die Frage offen, ob es sich hierbei um eine genetische, eine organische oder eine entwicklungsbedingte Ursache handelt – oder wie diese Faktoren zusammenwirken.
- Äußerst schwer abzugrenzen sind häufig auch zunehmende kognitive Störungen im Rahmen einer Chronifizierung der schizophrenen Psychose, hirnorganische Störungen auf Grund des langjährigen Substanzmissbrauchs insbesondere von Alkohol, Nebenwirkungen langjähriger Neuroleptika-Behandlung und vorzeitige Alterungsprozesse, die gelegentlich verblüffend einem dementiellen Syndrom ähneln können.
- Wir sind daran gewöhnt, unsere Wahrnehmung auf psychiatrische und Suchtphänomene zu fokussieren. Bei nicht wenigen Klienten werden dem gegenüber die verschiedenen somatischen Folgeschäden subjektiv als mindestens ebenso bedeutsam wahrgenommen, was seinerseits auf ihre psychische Verfassung gravierend zurück wirken kann.

Insgesamt scheint uns daher der Gedanke der Ko- oder Multimorbidität oft geeigneter um in der Betreuung zu einer relativ vollständigen Wahrnehmung des Klienten und seiner subjektiven Bedürfnisse zu kommen.

Komorbidität von psychischen Erkrankungen und Sucht

Unsere äußerst langfristigen Betreuungsverläufe bieten uns eine gute Gelegenheit, auf der Basis einer kontinuierlichen „teilnehmenden Beobachtung“ gängige Hypothesen über das Zusammenwirken von psychischer Erkrankung und Sucht immer wieder kritisch zu reflektieren und auf ihre Praxistauglichkeit hin zu überprüfen. Zusammengefasst legen unsere Erfahrungen dabei nahe, dass das komplexe Geschehen der Korrelation zwischen psychischen Störungen und Substanzgebrauch nur schwer in *einem* Modell zusammengefasst werden kann. Vielmehr kommt es darauf an, die Funktion des Substanzkonsums im Kontext psychischer Störungen individuell und unter Berücksichtigung des subjektiven Erlebens des Betroffenen in einem dialogischen Prozess immer neu zu bearbeiten. Allgemein betrachten können die Hypothesen zum Zusammenhang von psychischer Erkrankung und Sucht zwischen folgenden Polen angesiedelt werden:

- Eine erste Hypothese verstünde „Sucht“ traditionell als ein primär biologisch determiniertes, eigengesetzliches Geschehen. Vor dem Hintergrund seines *soziotherapeutischen* Ansatzes hat sich der Faßbacher Hof hiervon von Beginn an

abgegrenzt. „Süchtig“ macht nicht die biologische Wirkung der Substanz. Hinzukommen muss eine innerpsychische Reaktionsbereitschaft, die mit hoher Wahrscheinlichkeit durch eine Vielzahl unterschiedlicher Faktoren bedingt ist. Hierfür sprechen auch die Ergebnisse jüngerer neurobiologischer Forschungen, die bekanntlich darauf hinweisen, dass die – zweifellos vorhandene – „neuronalen Bahnung“ süchtiger Muster sich maßgeblich in einer ständigen Interaktion zwischen Außenreizen und inneren neurobiologischen Prozessen vollzieht.

- Am anderen Ende der Skala wäre die Auffassung anzusiedeln, „Sucht“ sei nicht als eigenständige „Krankheitsidentität“ zu bezeichnen sondern immer eine *Symptombildung* auf der Basis einer psychischen Grundstörung. Ein Vorteil dieser Auffassung scheint uns darin zu bestehen, die Funktion des Substanzkonsums im Rahmen der psychischen Grundstruktur zu betonen. Allerdings hat hier die Eigendynamik einer einmal herausgebildeten Abhängigkeit, die in der Selbstwahrnehmung süchtiger Klienten häufig sehr stark betont wird, einen nur geringen Stellenwert.
- Zwischen diesen Polen angesiedelt sind eine Reihe von eher integrativen Modellen, die die Diskussion, insbesondere über den Zusammenhang zwischen Psychose und Sucht, seit Beginn der 90er Jahre bestimmen.

Es scheint uns wichtig zu betonen, dass solche Modelle keineswegs ein „objektives“ Abbild der Realität des Erkrankten sind. Es ist ein menschliches Grundbedürfnis, die Außenwelt in relativ konsistenten gedanklichen Strukturen innerlich abzubilden. Allerdings bleiben diese immer subjektive Denkstrukturen, die nur mehr oder weniger äußere Realität abbilden. Sowohl die Definition von psychischen Erkrankungen als auch Modelle über die Korrelation zwischen psychischen Erkrankungen und Substanzgebrauch können daher nicht mehr als *Anhaltspunkte über regelmäßig auftretende Phänomene* liefern. Dies erleichtert das Verständnis, kann bei einer zu großen Schematisierung aber auch die Offenheit im Prozess einer gemeinsamen Exploration und Selbstexploration stark einschränken.

Sowohl in eher kausalen Modellen als auch in eher systemischen Modellen steht dabei immer wieder die Frage zur Diskussion, ob der Substanzkonsum die psychische Erkrankung eher (mit) verursacht und befördert, oder ob er (auch) eine Selbstmedikation darstellt. In der Realität scheinen uns oft in dem *gleichen* Prozess *beide* Elemente vorhanden zu sein.

Betrachten wir die möglichen Wirkungsspektren des Substanzkonsums auf psychotische Erkrankungen könnten diese auf einem Kontinuum zwischen Psychosebehandlung einerseits und pharmakogener Auslösung einer Psychose andererseits angesiedelt werden.

- Seltsam wenig beachtet ist die Tatsache, dass das Medikament *Heroin* zu Beginn des letzten Jahrhunderts auf Grund seiner stark entspannenden, sedierenden, zugleich subjektiv euphorisierenden Wirkung, auch zur Behandlung psychischer Störungen eingesetzt wurde; ein Faktor, der bei vielen psychisch erkrankten Heroinkonsumenten eine wesentliche Rolle spielt. Überwiegend als Behandlungsversuch ist auch der weit verbreitete Konsum von *Benzodiazepinen*, insbesondere bei allen mit Angst verbundenen Erkrankungen, anzusehen.
- Zumeist am Gegenpol sind alle Formen von Stimulanzien (z.B. Amphetamine, Kokain) angesiedelt. Zwar ist der Mehrheit der Benutzer klar, dass ihr Konsum rasch eine floride Psychose hervorrufen kann. Dennoch kann der Konsum in Folge der stimulierenden und euphorisierenden Wirkung bei allen Formen von Negativsymptomen und Dysphorien attraktiv sein; in seltenen Fällen kann mit ihnen auch eine den Manien vergleichbare *positiv* erlebte *Psychose* hervorgerufen werden.
- Eher zwischen beiden Polen dürfte der Konsum von Cannabis angesiedelt sein. Zwar kann auch er bei entsprechender Disposition eine Psychose „triggern“, dennoch betonen viele Konsumenten auch hier die subjektiv entspannende und stimmungsaufhellende

Wirkung – ein Widerspruch, der die erstaunliche Hartnäckigkeit des Cannabis-Konsums bei schizophrenen Erkrankten verständlich macht.

Zusammengefasst scheint uns daher wichtig zu sein:

In unserem grundlegenden Verständnis von Substanzkonsum gehen wir davon aus, dass es sich zunächst immer um ein subjektiv „sinnvolles“ und daher nachvollziehbares Geschehen handelt, auch wenn mit der Chronifizierung des Konsums zweifellos eine starke Eigendynamik im Sinne eines habituellen, auch neurologisch verankerten Konsummusters, und / oder eine psychische und körperlichen Abhängigkeit eintreten können.

In der Betreuungsbeziehung mit dem Klienten kommt es darauf an, gemeinsam individuell zu erforschen, wie der Konsument auf der Basis seiner grundlegenden Persönlichkeitsstruktur sein subjektives Erleben, insbesondere seine Affekte, modifiziert. Konsummotive müssen konkret und wertungsfrei analysiert und mögliche Alternativen erarbeitet werden.

In der Regel muss dies mit einer *angemessenen Behandlung der Grunderkrankung* verbunden sein. Dies gilt sowohl für schizophrene Psychosen, als auch für eher „neurotisch“ geprägte Störungen. Allerdings besteht auch kein umgekehrter Automatismus: Die erfolgreiche Behandlung der psychischen Erkrankung kann aber muss nicht zu einer Rückbildung des Substanzkonsums führen. Während dies bei einem Substanz*missbrauch* recht regelmäßig zu beobachten ist, hat sich eine ausgesprochene *Abhängigkeit* häufig so weit verselbständigt, dass sie einer eigenständigen Behandlung und Betreuung bedarf.

Schizophrene Störungen

Aus der großen Gruppe schizophrene Erkrankter kommen überwiegend Betroffene mit einem besonders schwierigen Störungsverlauf in unsere Betreuung. Häufige Akuterkrankungen, instabile psychosexuelle Beziehungen, geringe soziale Integration, Multimorbidität und exzessiver Suchtmittelgebrauch führen zu einer Tendenz zur Chronifizierung, die es den Betroffenen vorübergehend oder dauerhaft unmöglich macht, der kulturüblichen Forderung „selbständig“ zu leben, zu genügen.

Die Frage, inwieweit schizophrene Störungen und andere psychische Erkrankungen eher als ein „Kontinuum“ beschrieben werden können oder inwieweit es sich um *qualitativ* unterschiedene Störungen handelt, kann hier dahin gestellt bleiben. Unzweifelhaft erscheint, dass es sich in der Regel um ein *besonders schweres Störungsbild* handelt. Verfügen Menschen mit nicht psychotischen Störungen in der Regel über das Gefühl eines eigenen und abgegrenzten „Ich“, sind bei Menschen mit schizophrenen Störungen Grundfunktionen beeinträchtigt, die dem Menschen ein Gefühl von Individualität, Identität und Abgegrenztheit verleihen. Hinzu kommen charakteristische Störungen von Wahrnehmung, Denken und Affekten, die Außenstehenden oft „bizarrr“ und „unverständlich“ erscheinen mögen und von daher eine soziale Akzeptanz der Person deutlich erschweren.

Über diese allgemeinen Merkmale hinaus unterscheiden sich unsere Klienten mit schizophrenen Störungen deutlich:

- Neben Menschen mit einer zyklisch verlaufenden Störung (akuten psychotischen Phasen und Phasen mit mehr oder weniger ausgeprägter Residualsymptomatik) leben auf dem Faßbacher Hof auch Menschen mit einem „chronisch akuten“ Verlauf. Stark ausgeprägte Ich-Fragmentierungen, wechselnde Wahnbildungen, Halluzinationen und andere „floride“ Symptome sind ständig präsent; es geht um die Frage, wie der Klient mit diesen Erlebnisweisen möglichst subjektiv zufrieden leben kann.
- Deutliche Unterschiede gibt es auch in Bezug auf den Erkrankungszeitpunkt. Neben der

wachsenden Gruppe früh Erkrankter finden wir auch Menschen, bei denen relativ spät einer erste akute Psychose auftrat. Auslösesituationen der akuten Erkrankung sind hier häufig akute Krisen im Erwachsenenalter (wie Trennung von Sexualpartnern, Ablösung der Kinder, berufliche Krisen, „midlife-crisis“); eine „präpsychotische“ Disposition kann häufig nur vermutet werden. Als „erwachsen“ geltende psychische Vorerfahrungen (wie intime Beziehungen, Familiengründung, sozialer Kontakt, berufliche Integration) sind stärker ausgeprägt. Dennoch kann es auch hier zu einem schweren Symptombild und zu einer raschen Chronifizierung kommen.

Auch für eine „Erklärung“ der verschiedenen unter dem Oberbegriff „Psychosen des schizophrenen Formenkreises“ subsumierten Störungsbilder gibt es keine einfachen Schemata. In über 100 Jahren seit der Prägung dieses Begriffs haben sich aus der Sicht verschiedenster wissenschaftlicher Schulen und Disziplinen Teil-Erkenntnisse und Hypothesen herausgebildet, die „eklektisch“ mit einander kombiniert werden müssen.

- Unbestritten scheint, dass in der Herausbildung einer „prämorbid“ Persönlichkeit, die eine besondere Disposition zu schizophrenen Erkrankungen aufweist, mehrere Faktoren eine Rolle spielen können. Hierzu gehören genetische und somatische Einflüsse, die zu einer erhöhten angeborenen Sensitivität und Vulnerabilität führen können (Vulnerabilitäts-Stress-Hypothese). Im Sinne einer „Reizüberflutung“ können dabei auch große (positive oder negative) Gefühlseindrücke (high expressed emotions) wirken.
- Neben einer höheren Vulnerabilität spielen auch entwicklungsbedingte psychische und psychosoziale Faktoren eine Rolle, wie zum Beispiel: frühe Störungen der psychosexuellen Entwicklung, frühkindliche und kindliche Traumatisierungen, unbewusste familiäre Interaktionsmuster und Rollenstrukturen, die die Ausbildung klarer Ich-Grenzen erschweren. Zur Erfassung solcher Bedingungsgefüge scheinen am ehesten integrative Ansätze, wie etwa Ciompis These von der Schizophrenie als Störung der Informationsverarbeitung, geeignet.
- Auf der Grundlage einer prämorbid Persönlichkeitsstruktur können eine Vielzahl von unterschiedlichen, auch *unspezifischen* Stresssituationen, zu einer psychotischen Ersterkrankung führen, wobei in der Folge unterschiedliche Entwicklungen von „Ausheilung“ der Psychose bis hin zu schweren Chronifizierungen möglich sind.

Regelmäßig zu beobachten ist, dass trotz *unspezifische* Stressses als Auslösesituation das Erleben in der akuten Psychose eine enge Beziehung zu virulenten Lebensproblemen aufweist. Hierzu gehören z.B. die sehr häufigen sexuellen Inhalte von Wahn, Halluzination oder „Gedankenlautwerden“. In ihnen werden häufig mit Ängsten, Hemmungen oder Schuldgefühlen verbundene unbewusste Wunscherfüllungen deutlich; nicht selten treten in „Symptomen“ auch inzestuöse Bindungen oder manifeste Traumatisierungen durch sexuellen Missbrauch zu Tage. Wahnbildungen und Wahrnehmungsstörungen weisen deutliche Beziehungen zur Grundstruktur der Persönlichkeit auf. So kann nicht als zufällig betrachtet werden, ob ein Mensch mit einer selbstunsicheren Persönlichkeit unter negativ kommentierenden Stimmen leidet oder manische Größenphantasien produziert. Wahn und Halluzination können unterschiedliche emotionale Grundtönungen, zum Beispiel ängstlicher, depressiver, manischer, religiös-schuldhafter Prägung haben. In psychotischen Symptomen treten so nicht selten psychische Erfahrungen zu Tage, die ansonsten dem Betroffenen schwer zugänglich sind, nur abgespalten in Form von Symptomen erlebbar werden.

Daher empfiehlt sich eine grundsätzlich *verstehende* und *empfindende* Haltung. Auch wenn die Behandlung „florider“ Symptome in erster Linie eine Abschirmung von inneren und äußeren Reizüberflutungen erfordert, kann die Person sich nur dann angenommen fühlen, wenn die in Symptomen enthaltenen Hinweise auf elementare Lebensprobleme wertungsfrei wahrgenommen und kommuniziert werden.

Grenzen der Nachvollziehbarkeit erleben wir vor allem bei Menschen mit schweren „chronisch akuten“ Störungen. Eine allgemein verringerte Fähigkeit zwischen Innen- und Außenwelt zu unterscheiden, kann zu multiplen, fast beliebig wirkenden, häufig rasch wechselnden Wahnbildungen und Halluzinationen, ebenso wie zu rasch wechselnden Annahmen über die eigene Identität führen; ein Zustand für den eine der Betroffenen den Begriff „Wirklichkeitsdschungel“ prägte. „Symptome“ können hier kaum logisch einer spezifischen Persönlichkeitsproblematik zugeordnet werden, im Mittelpunkt steht eine häufig als „Verwirrung“ beschriebene allgemeine Durchlässigkeit. Nachvollziehbar bleibt hier vor allem, welche *Gefühle* dieser Zustand auslöst. In der Betreuung haben die Bezugspersonen dieser Menschen auch die Funktion, als „Hilfs-Ich“ ein Mindestmaß an Sicherheit und Orientierung zu geben.

Besonderheiten bei schizophrener Störung und Opiatabhängigkeit

Bei der Betreuung von schizophren erkrankten Menschen mit Opiatabhängigkeit ist für uns eine Erfahrung verblüffend. Einerseits haben diese Klienten regelmäßig eine Fülle besonders belastender Erfahrungen:

- Die Erkrankungszeitpunkte liegt in der Regel recht früh; häufig sind daher ausgeprägte Entwicklungsstörungen zu verzeichnen;
- Extrem häufig finden sich in der Vorgeschichte schwere Traumatisierungen durch sexuellen Missbrauch und physische Gewalt;
- Im Wesentlichen sind Menschen mit Psychose und Drogenabhängigkeit schlechter sozial integriert, leiden unter Marginalisierungen und Retraumatisierungen (wie: Hafterfahrungen, Zwangsbehandlungen, Obdachlosigkeit, Prostitution).
- Fast immer liegen nicht nur eine Abhängigkeit von Opiaten, sondern polyvalente Konsummuster oder eine Abhängigkeit von mehreren Substanzen vor; eine Tatsache, die dazu Anlass geben sollte den Begriff des „Beikonsums“ kritisch zu reflektieren. Er beruht auf einer gedanklichen Zentrierung auf den Opiatkonsum und wird damit der Vielschichtigkeit des Substanzproblems nicht gerecht. Auch bei einer erfolgreichen Substitution, geht ein anderweitiger Substanzkonsum nicht automatisch zurück; vielmehr kann auf der Basis der Substitution die Behandlung einer oder mehrerer anderer Abhängigkeiten ins Zentrum treten.

Trotz dieser deutlich erhöhten krisenhaften Faktoren scheint es andererseits bei einem Teil schizophren Erkrankter mit Drogenabhängigkeit auf verschiedenen Gebieten eine *höhere* persönliche Kompetenz zu geben, als bei anderen schizophren Erkrankten. In der Regel haben sie mehr Vorerfahrungen mit sozialen Kontakten, intimen Beziehungen und Sexualität. Teilweise sind alltagspraktische Fähigkeiten weiter ausgeprägt. Nicht selten ist in Krisensituationen eine höhere Stressresistenz zu beobachten.

Hierfür bieten sich folgende Hypothesen an:

- Schizophren Erkrankten mit Opiatkonsum kann es gelingen, eine relativ wirksame Selbstmedikation durchzuführen, eine Milderung psychotischer Symptome zu erreichen und sich dadurch vor einer übermäßigen Chronifizierung zu schützen; dies allerdings für den Preis der Substanzabhängigkeit.
- In der heterogenen Gruppe schizophren Erkrankter wirken häufig die Klienten, die direkt aus der Primärfamilie zu uns kommen und keinerlei Lebenserfahrungen außerhalb der Triade Vater- Mutter- Kind haben, am meisten retardiert. In der Gruppe drogenabhängiger schizophren Erkrankter scheint die Subkultur drogenkonsumierender Jugendlicher und junger Erwachsener im Vergleich hierzu auch eine „sekundäre Sozialisationsinstanz“ zu sein, die es den Betroffenen erleichtert, eigene Lebenserfahrungen außerhalb der Primärfamilie zu sammeln.

- Theoretisch muss angenommen werden, dass auch drogenabhängige schizophrene Erkrankte eine erhöhte angeborene *Vulnerabilität* aufweisen. Andererseits scheinen häufig *hochgradig stressbeladene* Situationen (Beschaffungszwang, Obdachlosigkeit, Prostitution, Inhaftierung) auch zur Herausbildung einer relativ höheren Stressresistenz beizutragen.

Zusammengefasst führt uns dies zu der Hypothese, dass schizophrene Erkrankte mit Drogenabhängigkeit *keineswegs* eine negativere soziale Prognose haben müssen als schizophrene Erkrankte ohne Drogenabhängigkeit. Zwar wirken sie im Betreuungskontakt krisenanfälliger und daher „anstrengender“. Dennoch verfügt ein Teil von ihnen – auch bei gleicher psychiatrischer Störung – über relativ höhere psychosoziale Ressourcen. In unserer Praxis spiegelt sich dies auch darin, dass im 10-Jahres-Verlauf überproportional mehr Menschen mit Psychose *und Drogenabhängigkeit* in eine ambulante Betreuung wechseln konnten.

Sozialpsychiatrie versus Suchttherapie?

Bis zu Beginn der 90er Jahre wurden in der Regel zwei Vorstellungen von therapeutischer Grundhaltung idealtypisch gegenübergestellt. Für chronisch psychisch Kranke (vor allem Menschen mit schizophrenen Störungen) wurde ein primär reizarmes und beschützendes Milieu, für Menschen mit Suchterkrankungen ein primär „konfrontatives“ Milieu postuliert. Unseres Erachtens ist diese Dichotomie keineswegs in spezifischen „Eigenschaften“ der Betroffenen begründet. In ihr spiegelte sich auch, dass beide Versorgungssysteme sich weitgehend getrennt entwickelten, auch die professionell Handelnden daher kaum verstehende Berührungspunkte zur jeweils anderen Gruppe hatten.

Für das Team des Faßbacher Hofes war hingegen gerade die Betreuung der Bewohner mit „Doppeldiagnose“ ein Lernfeld zur Überwindung dieser Dichotomien. Bei Menschen mit Psychose und Sucht war offenkundig, dass der Substanzkonsum in hohem Masse eine Funktionalität auch im Sinne einer „Selbstmedikation“ aufweist und daher potentiell nachvollziehbar ist. Diese Erfahrung führte uns auch zu der – heute oft selbstverständlichen - Frage, ob es analoge Prozesse auch bei Abhängigkeitskranken „ohne“ psychotische Störung gibt.

Offenbar ist die Beeinflussung unseres psychischen Erlebens durch Gebrauch psychotroper Substanzen geradezu eine anthropologische Konstante der Kulturentwicklung, wobei sich unterschiedliche Kulturen allenfalls in der Frage unterscheiden, welche Substanzen akzeptiert oder stigmatisiert werden. Sowohl bei „Gesunden“ als auch bei „Kranken“ scheint es dabei überwiegend um eine positive Beeinflussung der *Affekte*, zu gehen, eine Tatsache, die heute auch vielfältig neurobiologisch belegt ist.

Daher fällt es nicht schwer, die grundlegende Wirkung des Gebrauchs psychotroper Substanzen logisch und gefühlsmäßig nach zu vollziehen. Er stellt kein völlig „fremdes“ Geschehen dar und ist für professionell Helfende gut einfühlbar. Die Dominanz einseitig „konfrontativer“ Verfahren in manchen klassischen Formen von Suchtbehandlung schien dem gegenüber auch in ideologischen Relikten begründet zu sein, so die oft unbewusste Übernahme von vorwissenschaftlichen Ansichten über „Sucht“ („Willensschwäche“), oder die Annahme einer durchgängig „süchtigen“ Persönlichkeit.

Andererseits finden sich beim Störungsbild „Sucht“ nahezu immer ausgeprägte *Abwehrmechanismen im Sinne einer „Verleugnung“*. Auch bei langfristig Abhängigkeitskranken kann eine Akzeptanz der Erkrankung oft nicht vorausgesetzt werden. Bei polytoxikomanen Klienten finden wir häufig eine entwickelte Einsicht in die (substituierte) Heroinabhängigkeit bei stabilen Verleugnungsmechanismen bezogen auf andere stoffliche

Abhängigkeiten, z.B. von Alkohol oder Benzodiazepinen sowie andere Formen des problematischen Substanzkonsums.

Die Motivlagen für die Stabilität dieser Abwehrformen können recht vielschichtig sein: die Vermeidung der narzisstischen Kränkung „süchtig“ zu sein; feste Verknüpfungen von Substanzkonsum mit subjektiven Glücksgefühlen, die einen „Verzicht“ bedrohlich erscheinen lassen; Angst, ohne psychotrope Substanzen, die eigenen Gefühle nicht regulieren zu können (Verlust der Selbstmedikation).

Ein Grundproblem der Betreuung scheint uns darin zu bestehen, dass dieser *generellen Ambivalenz* Betreuungs- und Behandlungsansätze, die überwiegend an der *kognitiven* Ebene ansetzen, nur begrenzt gerecht werden. Fast immer finden Betroffene auf der logisch-rationalen Ebene ausreichende Gründe für eine Veränderung ihres Konsumverhaltens. Allerdings hat dies häufig kaum *tatsächliche* Auswirkungen, der Substanzkonsum besteht wie „abgespalten“ von logisch-rationalen Motiven fort. Der Grund hierfür dürfte darin liegen, dass die Impulse, die *für* einen weiteren Konsum sprechen überwiegend auf einer *emotionalen Ebene* angesiedelt sind, häufig nur *schwach bewusst*, vielfach auch als feste Verhaltensmuster „*automatisiert*“ sind. In der „Ambivalenz“ des Konsumenten verteilen sich „pro“ und „contra“ dann auf unterschiedliche Schichten des Erlebens: eine wenig verhaltenswirksame logisch-rationalen Schicht einerseits; eine stark verhaltenswirksame emotional-unbewusste, „neuronal gebahnte“, Schicht andererseits. Im Umgang mit diesen Phänomenen intendieren wir eine schrittweise *Wahrnehmungskorrektur*, die nur dann wirksam werden kann, wenn die überwiegend emotionalen und unbewussten „Widerstände“ zugänglich werden. Daher weist die Betreuungsbeziehung immer auch eine *Spannung* auf, die sich aus unterschiedlichen Selbst- und Fremdwahrnehmungen ergibt.

Insbesondere bei Betroffenen mit *extrem verringerten Selbstkontrollmechanismen* haben wir darüber hinaus auch die Funktion, auf der Basis *unserer* Wahrnehmung *Orientierungshilfen* zu geben und einen *sozialen Rahmen* zur Verfügung zu stellen, der eine Entaktualisierung des Konsums möglich macht. Intendiert wird dann ein gegenüber einem weiteren Konsum „*beschützendes*“ Milieu. Dies trägt der Tatsache Rechnung, dass der Betroffene selbst noch keine oder nur wenige emotional wirksame Selbstkontrollmechanismen herausgebildet hat. Ob sich hieraus im weiteren Verlauf der Betreuung eine „internalisierte“ Entscheidung entwickelt, hängt wahrscheinlich vor allem davon, ob der Betroffene *reale Erfahrungen* damit macht, sich bei einer Änderung seines Konsumverhaltens *subjektiv* besser zu fühlen. Hierbei spielen häufig als „Sekundärmotivation“ entwertete Faktoren, wie zum Beispiel befriedigendere Kontakte und Beziehungen oder bessere soziale Integration eine größere Rolle als die Substanzwirkung selbst. Motivierend wirken überwiegend Erfahrungen mit erweiterten Handlungsmöglichkeiten und hiermit einhergehende *positive emotionale Veränderungen*.

Abstinenz, Teilabstinenz, Substitution und „kontrollierter Konsum“

Bezogen auf die „Gretchenfrage“ der Abstinenz und des Umgangs mit Rückfällen ging der Faßbacher Hof seit Beginn der 90er Jahre von der Erfahrung aus, dass sich chronisch erkrankte Menschen nur in äußerst langen Entwicklungsprozessen einem Abstinenzziel ganz oder teilweise nähern können. Daher bestand innerhalb der Einrichtung Raum für wiederholte, geduldige, auch häufige Rückfallbearbeitungen. Schematische „Regeln“ (wie den Automatismus „Rückfall gleich Klinikaufenthalt“) streiften wir schrittweise ab und förderten eine individuelle Rückfallbearbeitung.

Theoretisch adaptierten wir das Konzept der „Zielhierarchie“ von Schwoon u.a., in dem pyramidenförmig zwischen verschiedenen möglichen Zielen von der „Sicherung des Überlebens“ über die „Verlängerung von Abstinenzphasen“ bis zu „dauerhafter Abstinenz“

unterschieden wurde. Allerdings dachten wir hier Abstinenz idealtypisch als einzig möglichen Endpunkt der Entwicklung und beschrieben dies als „langfristige Abstinenzorientierung“.

Relativiert wurde diese Grundannahme im Wesentlichen durch zwei Praxiserfahrungen:

- Mit der Eröffnung unseres Ambulant Betreuten Wohnens 1998 stellten wir fest, dass auch nach langjähriger Abstinenz im stationären Kontext nur ein Teil der Betroffenen an einem Abstinenzziel festhalten konnte oder wollte, während andere sich, teilweise recht bewusst, für den Versuch eines „kontrollierten“ Substanzkonsums entschieden. Vereinfacht bildeten sich dabei folgende Grundmuster aus: Ein Teil der Betroffenen verfolgt weiter ein *Abstinenzziel*, was zeitweise Rückfälle nicht ausschließt. Ein anderer Teil entscheidet sich für *Abstinenz von einer Hauptsubstanz*, bei mäßigem oder kontrolliertem Konsum anderer Substanzen. Ein weiterer Teil entscheidet sich *gegen* ein Abstinenzziel und *für* den Versuch eines kontrollierten Konsums. „Kontrollierter Konsum“ wird dabei im Unterschied zu den bekannten Trainingsprogrammen nicht als „Konsum nach einem zuvor festgelegten Plan“ betrachtet, gemeint ist eher ein mäßiger, moderater, selbst-kontrollierter Konsum bei Vermeidung exzessiver Rückfälligkeit.
- Selbstverständlich stellte auch die Aufnahme langfristig substituierter Klienten seit 2001 gemessen am „Abstinenzparadigma“ einen Tabubruch dar. In unserem Regelwerk definierten wir den Konsum nicht verordneter psychotroper Substanzen durch substituierte Klienten als „Rückfall“. Allerdings ändert dies nichts daran, dass wir den *verordneten aber abhängigen* Konsum einer psychotropen Substanz innerhalb der soziotherapeutischen Einrichtung akzeptierten. Die Vergabe eines synthetischen Opiats ist eine Form der „Behandlung“, kann aber auch als „kontrollierter Konsum“ bei Menschen betrachtet werden, bei denen eine Abstinenz zeitweise oder auf Dauer unrealistisch ist.

Abstinenz stellt dann offenkundig nicht mehr *das einzige* „Paradigma“ dar: Zweifellos spricht nach wie vor vieles dafür, dass Abstinenz von einer Substanz, die ein Betroffener abhängig konsumiert, die wünschenswerteste, weil für seine gesundheitliche und soziale Situation günstigste Alternative darstellt. Andererseits zwingt die Tatsache, dass Abstinenz lebensgeschichtlich betrachtet nur für einen Teil eine realistische Perspektive darstellt, geradezu dazu, die Betreuung als zieloffenen Prozess zu definieren.

Dieser „Spagat“ drückt sich heute in folgenden konzeptionellen Festlegungen aus:

- In unserem „idealtypischen“ Leitbild gehen wir davon aus, dass der Gegensatz von „Abhängigkeit“ nicht „Abstinenz“, sondern „Unabhängigkeit“ ist. Damit meinen wir eine innere, emotional wirksame Entscheidung über das „Ob“, „Wie“ und „Wann“ des Konsums psychotroper Substanzen.
- Die Betreuung von Menschen mit einer Substanzabhängigkeit oder einem Substanzmissbrauch sollte daher generell zieloffen gestaltet werden. Verschiedene Lösungsstrategien sollten in einem dialogischen Prozess erarbeitet und abgewogen werden.
- Die gemeinsame Bearbeitung von Rückfällen erfolgt uneingeschränkt individuell.

Über diese allgemeinen Grundlagen hinaus differenzieren wir deutlich zwischen unterschiedlichen Betreuungskontexten:

- Der Aufenthalt in der stationären Einrichtung dient als sozialer Rahmen und „Zeitfenster“, in dem der Betroffene Gelegenheit hat, einen für sich adäquaten Umgang mit dem Substanzkonsum zu entwickeln. Allerdings kann im Gruppenkontext der Einrichtung ein „kontrollierter Konsum“ nicht erprobt werden. Hierdurch entstünde rasch eine Dynamik exzessiven Konsums, der für *alle* Klienten die nötigen protektiven Faktoren erheblich

reduziert. Während des Aufenthaltes gilt für alle Bewohner die Regel, auf den Konsum nicht verordneter psychotroper Substanzen zu verzichten. Konsum ist nicht der „Normalfall“, sondern wird als behandlungsbedürftiger „Vorfall“ thematisiert. Die Frage, welche Rückfalldynamik das „Ganze“ verträgt, muss dabei immer wieder ausbalanciert werden. Generell ist ein weiterer Aufenthalt in der soziotherapeutischen Einrichtung nicht möglich, wenn keine Rückfälligkeit, sondern ein dauerhafter Konsum nicht verordneter Substanzen besteht.

- Im Unterschied zum stationären Bereich ist im Rahmen des ambulant Betreuten Wohnens auch die Begleitung eines „kontrollierten Substanzkonsums“ möglich. Gerade wegen des Fehlens negativer Gruppeneffekte ist die ambulante Betreuung also *niedrigschwelliger*. Allerdings stellt sich auch hier die Frage, wann das Team die Betreuung für sinnvoll hält und wo es seine Grenzen definiert. Grundsätzlich gehen wir dabei davon aus, dass das Ambulant Betreute Wohnen *oberhalb* der Schwelle reiner Überlebenssicherung angesiedelt ist. Auch die Betreuung bei „kontrolliertem Konsum“ zielt auf *Konsumreduktion, Gewinnung von Selbstkontrolle und psychische Stabilität*. Eine ambulante Betreuung wird von uns nicht vorgenommen, wenn auf Dauer exzessiver Konsum und Hochrisikosituationen vorherrschen, die nur im stationären Rahmen behandelbar erscheinen.

III. Therapeutisches Milieu, Soziotherapie und Lebensbegleitung

Obwohl der Begriff der „Soziotherapie“ Allgemeingut ist, finden wir kaum konzeptionelle Definitionen und Aussagen zu der Frage, was Soziotherapie im Rahmen der Eingliederungshilfe von anderen methodischen Hilfestellungen unterscheidet. Grundsätzlich halten wir folgende Unterscheidungen für sinnvoll:

- Psychotherapeutische Prozesse sind in der Regel um eine Veränderung des *inner-psychischen* Erlebens zentriert.
- Medizinisch-psychiatrische Behandlung zielt überwiegend auf Heilung, Linderung oder bessere Integration von *Krankheitssymptomen*.
- Soziotherapeutische Hilfen haben – häufig hierauf aufbauend – einen *breiteren methodischen Ansatzpunkt*. Sie sind nicht primär krankheits- oder symptomzentriert. Vielmehr *begleiten* sie den Klienten - sofern er dies wünscht - langfristig *in allen für ihn relevanten Lebensbereichen und Lebensvollzügen*.

Lebensbegleitung und Lebenszufriedenheit

Zentrales Erfolgskriterium ist dabei die *subjektiv* empfundene Lebenszufriedenheit. Im Jahre 2009 führten wir eine anonyme „Zufriedenheitsbefragung“ durch, in der alle unsere Klienten ihre Lebenszufriedenheit in unterschiedlichen Bereichen selbst einschätzen konnten; dies wurde mit den Annahmen ihrer Bezugsbetreuer verglichen. Hervorragendes Merkmal der Ergebnisse war die *relativ geringe Bedeutung symptombezogener Faktoren*.

So gaben über 80% der Nutzer des Ambulant Betreuten Wohnens an, mit ihrer Lebenssituation „sehr zufrieden“ zu sein; dies obwohl in *unserer* Wahrnehmung bei ambulanten Betreuungen schwere psychische Krisen und Suchtmittelrückfälle erheblich *häufiger* sind als in der stationären Einrichtung. Die relativ selbständige Lebensform und damit verbundene höhere persönliche Unabhängigkeit hatten offensichtlich eine deutlich höhere subjektive Bedeutung als der Wunsch nach „Symptomfreiheit“.

Gravierende Unterschiede ergaben sich auch bei der Frage: „Welche Lebensbereiche sind für Deine Zufriedenheit generell besonders wichtig?“. Rang 1-3 belegten bei den Mitarbeitern krankheitsbezogene Faktoren wie „psychische Stabilität“, „körperliche Gesundheit“, „angemessener Umgang mit Suchtmitteln“. Erheblich zu gering schätzen die Mitarbeiter die

Bedeutung des Faktors „Partnerschaft“ ein (Rang 7 bei Betreuern / Rang 3 bei den Betroffenen). Die größte Differenz zeigte sich beim Faktor „angemessener Umgang mit Suchtmitteln“. Bei Mitarbeitern rangierte er auf Platz 3, bei Betroffenen fast am Ende der Skala auf Rang 6. Dies legt nahe, dass die Betroffenen den Substanzkonsum nicht als Problem *an sich*, sondern *funktional* betrachten. Als dysfunktional wird er dann bewertet, wenn er bei der Realisierung *übergeordneter* Glücksansprüche behindert. Generell schienen die professionell Helfenden *Symptome*, die Betroffenen *soziale Faktoren* wie Wohnsituation, Freizeitgestaltung, Kontakte und Beziehungen stärker zu betonen.

Orientieren wir uns an diesen „subjektiven Faktoren“, beinhaltet dies auch eine Abgrenzung gegenüber weit verbreiteten *normativen* Zielsetzungen:

Jeder Kulturkreis und kulturelle Kontext verfügt über spezifische normative Annahmen zu der Frage, wie Menschen leben müssen, um eine gewisse Zufriedenheit zu erreichen. Bei der Formulierung therapeutischer Ziele werden häufig unbewusst solche kulturell verankerte Normalitätsdefinitionen übernommen. Beispielsweise folgen wir in den westlichen Gesellschaften der Vorstellung eines weitgehend „unabhängigen“ Individuums. Wie wir aus Erkenntnissen der transkulturellen Psychiatrie wissen, muss diese Vorstellung in anderen kulturellen Kontexten, in denen das „Ganze“ und nicht das „Ich“ im Zentrum des Weltbildes steht, schlicht „verrückt“ erscheint. Zugleich gehen wir von der Vorstellung aus, dass dieses Individuum maximal „beziehungsfähig“ und „sozial integriert“ sein muss. Kann schon die Durchschnittspopulation diesen ideellen Mustern nur eingeschränkt entsprechen, versagen sie bei Menschen mit verringerter psychosozialer Belastbarkeit meist komplett.

So kann bei Menschen mit Psychosen auch *zu viel* Kontakt zu Überbelastungen und psychotischen Krisen führen. „Therapeutische“ Ziele wie „Förderung von Selbständigkeit“, „Belastbarkeit“, „Beziehungsfähigkeit“ oder „Arbeitsfähigkeit“ können eine so große Diskrepanz zu den Wünschen *und Möglichkeiten* der Betroffenen beinhalten, dass sie direkt contra-therapeutisch wirken. In vielen Fällen benötigen chronisch Erkrankte eher einen Schutz vor „normalen“ Lebensanforderungen.

In der Betreuung erfordert der Verzicht auf normative Kriterien vor allem ein hohes Maß an Individualisierung. Das Betreuungspersonal muss sich immer wieder eine kritische Distanz zu *eigenen* normativen Ansprüchen erarbeiten und lernen „*zu viel des Guten*“ zu vermeiden. In der Beziehung zum Klienten müssen Ziele und Hilfestellungen in den verschiedenen Lebensbereichen unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse, Möglichkeiten und Grenzen erarbeitet und je nach Erfahrungen immer wieder modifiziert werden.

Die soziotherapeutische Einrichtung als Lebensschule

Allgemein formuliert unterscheidet sich die soziotherapeutische Einrichtung von anderen Betreuungs- und Behandlungsformen wie folgt:

- Kliniken haben in der Regel einen temporären *Behandlungsauftrag*; hierbei bleiben die vorhandenen Bezugssysteme meist der Lebensmittelpunkt des Patienten.
- Soziotherapeutische Einrichtungen bieten eine vorübergehende oder dauerhafte *Veränderung des sozialen Lebensmittelpunktes* an. Der Klient hat das Angebot, sich in einem *anderen* sozialen System zu „beheimaten“ und „neu zu sortieren“.

Die soziotherapeutische Einrichtung stellt ein äußerst komplexes „System von Beziehungen“ dar. Hiervon seien beispielhaft erwähnt:

- Die Beziehungen zwischen den einzelnen Klienten der Einrichtung;
- Die Beziehungen des einzelnen Klienten zur Klientengruppe als Ganzer und einzelnen Untergruppen;

- Die Beziehungen des Klienten zu den einzelnen Teammitgliedern;
- Die Beziehungen des Klienten zum Team als Ganzem;
- Die Beziehungen zwischen der Klientengruppe und dem Team als Ganzem.

Dieses „Beziehungssystem“, darf dabei nicht mit der *formellen* Struktur der Einrichtung verwechselt werden. Eher handelt es sich um ein vielfältiges, teils formelles, teils informelles Netz. Auf Grund der Vielfalt von Wechselbeziehungen entwickelt die Form des Zusammenlebens *zwangsläufig* ein spezifisches und *unverwechselbares* Milieu. Zum Teil ist dies in einer *Eigendynamik* begründet. Faktoren wie die Zusammensetzung der Klientengruppe und die Vielzahl „informeller“ - dem Personal nicht unbedingt bekannter – Kommunikationen tragen wesentlich zur „Färbung“ des Milieus bei. Gleichzeitig wirken auch die Betreuungshaltungen des Teams und seiner Akteure, das Grundverständnis der Einrichtung und soziale Regeln des Zusammenlebens.

Mit „Milieu“ meinen wir bis hierher nicht „therapeutisches Milieu“, sondern *spezifische psychosoziale Charakteristika*, die sich in einer Einrichtung ebenso *zwangsläufig* herausbilden wie bei Individuen oder Gruppen. Ebenso *zwangsläufig* sind in diesem Milieu *sowohl* therapeutische, *als auch* contra-therapeutische Faktoren wirksam.

Unsere Bewohner kommen – banal gesprochen – in unsere Einrichtung so, wie sie sind. In der Regel weisen sie eine Vielzahl von Traumatisierungen, Beziehungsstörungen, aber auch Selbstheilungsversuche, Kompetenzen und Ressourcen sowie eine Tendenz zu persönlichem Wachstum und Entwicklung auf. All dies „wiederholt“ sich mit einer gewissen *Zwangsläufigkeit* innerhalb des Beziehungsgeflechts „soziotherapeutische Einrichtung“.

Mit Lebensschule meinen wir daher ein Geschehen, das folgende Merkmale aufweist: Da im Beziehungsgeflecht der Einrichtung *zwangsläufig* viele „mitgebrachte“ Erlebnis- und Verhaltensweisen wiederholt werden, ist sie eine *Bühne*, auf der die lebensgeschichtlichen und aktuellen Probleme und Konflikte reinszeniert werden. Dem Bewohner stehen dabei gerade auf Grund der Vielschichtigkeit des Beziehungsnetzes viele Möglichkeiten offen: Bezugspersonen können Freunde, Bekannte, oder Intimpartner sein. Neben der Realbeziehung können unterschiedliche Übertragungen wirksam werden. Bezugspersonen können auf dieser Ebene mit elterlichen Repräsentanzen, Geschwistern, Partnern oder anderen wichtigen Bezugspersonen assoziiert werden. Gerade das ermöglicht häufig erst einen „Zugang“ zur Persönlichkeit des Bewohners.

Gleichzeitig ist die Einrichtung auch ein *Proberaum*: Der Klient kann in unserem Beziehungsgeflecht an und mit den einzelnen Akteuren *neue* Erfahrungen sammeln und neue Verhaltensweisen erproben. Dies ist auf den verschiedensten Gebieten möglich, so bei der Gestaltung von Kontakten und sozialen Beziehungen oder beim Erproben neuer Lösungsmuster bei zwischenmenschlichen Konflikten. Im Verständnis des Faßbacher Hofes beinhaltet dies auch sexuelle und Paarbeziehungen innerhalb und außerhalb des Hauses. Sie werden nicht negativ bewertet, sondern wertungsfrei begleitet.

Generell stehen dem Klienten bei seinem „Probehandeln“ Bezugspersonen des Teams zur Seite, unterstützen ihn bei Neuem und reflektieren gemeinsam gewonnene Erfahrungen. Die Vielfalt dieser Prozesse verbietet eine schematische Beschreibung. Allerdings scheint es sinnvoll, auf einige Faktoren hinzuweisen, die sich in unserer Haltung bewährt haben:

- Wir versuchen, das Milieu der Einrichtung in hohem Maß mit den Grundhaltungen der Akzeptanz und Toleranz zu prägen. Der Bewohner soll emotional so angenommen werden wie er ist. Der Faßbacher Hof ist ein „Schutzraum“, in dem abweichende Erlebnis- und Verhaltensweisen nicht negativ besetzt werden. Es wird keine Symptomfreiheit verlangt.
- Auf dieser Grundlage hat der Bewohner die Möglichkeit, sich ohne kurzfristigen

Erfolgsdruck zu entwickeln. Dabei gehen wir von der Grundannahme einer prinzipiellen Wachstums- und Entwicklungsfähigkeit des Individuums aus.

- Innerhalb der Einrichtung wird auf „Gruppendruck“ so weit wie möglich verzichtet. Der Klient kann selbst entscheiden, wie viel Nähe und wie viel Abstand er benötigt. Gleichzeitig hat er die Möglichkeit zur Erprobung neuer Erlebnis- und Verhaltensweisen im „Beziehungssystem“.
- Hohe Bedeutung hat häufig die Erfahrung zuverlässiger Bezugspersonen. Helfend sind hierbei meist eine konstante wohlwollende Grundhaltung ohne extreme emotionale Schwankungen und die Begleitung des Klienten auch bei Krisen und misslingenden Problemlösungsversuchen. Im Proberaum Faßbacher Hof sind auch Um- und Irrwege möglich. Neben einer verstehenden Grundhaltung müssen hierbei auch nötige Orientierungshilfen zum Tragen kommen.

Regression, „Nachreifung“ und „Nachholende Ich-Entwicklung“?

In früheren Konzeptionen des Faßbacher Hofes akzentuierten wir in der Beschreibung des soziotherapeutischen Ansatzes sehr stark den Begriff einer „nachholenden Ich-Entwicklung“. Dies ging von der Annahme aus, dass komorbide Klienten regelmäßig Entwicklungs- und Wachstumsdefizite aufwiesen. Die Herausbildung einer „erwachsenen“ Persönlichkeit erschien in dieser Sichtweise als psychische Voraussetzung für eine langfristige Rückbildung von „Symptomen“. Für unsere recht heterogene Klientel würden wir dies heute differenzierter betrachten.

Zweifellos zeigt eine Vielzahl von psychischen Störungen Elemente von Regression. Am leichtesten zu beschreiben ist dies beim Suchtgeschehen selbst, das häufig durch eine übermäßige Ausprägung „prägenitaler“ Entwicklungsmerkmale gekennzeichnet ist. Auch einige psychotische Symptome könnten treffend als Regression beschrieben werden, etwa im Sinne des Rückfalls in eine frühe Entwicklungsphase, in der „Innen-“ und „Außenwelt“, „Ich“ und „Objekt“ noch nicht klar unterschieden sind.

Andererseits sind „Regressionen“ auch in der „normalen“ Persönlichkeit enthalten und Erkrankte unterscheiden sich recht deutlich im Grad der Herausbildung „erwachsener“ Persönlichkeitsmerkmale. Dies ist von einer Vielzahl lebensgeschichtlicher Faktoren wie Symptomatik, Erkrankungszeitpunkt, Ausmaß psychosozialer Vorerfahrung abhängig.

Daher unterscheiden sich Klienten auch in der Art ihrer Beziehung zum Betreuungspersonal einschließlich darin enthaltener „Übertragungskomponenten“. So wird bei relativ spät Erkrankten die Betreuungsbeziehung eher „auf Augenhöhe“ – als Beziehung zwischen Erwachsenen – definiert. Andererseits weisen viele früh Erkrankte ausgesprochen starke Retardierungen oder Regressionen auf. Gelegentlich ist ein ausgesprochen starkes „kindliches“ Erleben zu beobachten, bei dem die Betroffenen einen quasi permanenten Kontakt zu „elterlichen“ Bezugspersonen benötigen um stabil zu bleiben, da sie sich ansonsten hilflos und orientierungslos fühlen. In einer schon späteren Entwicklungsstufe arretiert wirken Klienten, die auch im biologischen Erwachsenenalter in zahlreiche Pubertätskonflikte verwickelt sind und dies an ihren Betreuungspersonen reinszenieren. Hier steht häufig der typische „Abhängigkeit- Unabhängigkeitskonflikt“ im Vordergrund.

Allgemein kommt es daher darauf an, die Art der Beziehungsstruktur differenziert wahrzunehmen. Um das Ziel einer „Nachreifung“ und „Nachsozialisation“ geht es vor allem bei früh erkrankten Menschen mit deutlichen Entwicklungsstörungen. Der soziale Rahmen des Faßbacher Hofes bietet ihnen dabei die Möglichkeit, „erwachsene“ Bezugs- und Konfliktpartner sowohl im Team als auch bei anderen Bewohnern zu finden. Je stärker andererseits Merkmale einer erwachsenen Persönlichkeit mit zahlreichen

Lebenserfahrungen ausgeprägt sind, desto stärker tritt die Beziehung zwischen Erwachsenen – und damit ein partnerschaftlicher Aspekt - in den Mittelpunkt.

Therapeutische und contra-therapeutische Strukturen

Zu den eher contra-therapeutischen Milieufaktoren können auch institutionelle Faktoren gehören. Zunächst stellt die Institution generell ein Phänomen außerhalb der für die Mehrheit der Menschen „normalen“ Lebenssituation dar. Der Aufenthalt in ihr ist nötig, da der Betroffene vorübergehend auf Grund seiner Erkrankungen anders nicht leben kann. Andererseits werden ihm damit *zwangsläufig* einige autonome Entscheidungen abgenommen oder er selbst „delegiert“ sie an eine institutionelle Struktur. So hat der Betroffene aktuell keine ausreichenden inneren Kontrollmechanismen des Konsums, dies wird durch das Leben in einer gesellschaftlichen Ausnahmesituation (Verbot des Konsums nicht verordneter Substanzen) kompensiert. So schafft die Einrichtung ein beschützendes, damit aber auch partiell künstliches und potentiell regressionsförderndes Milieu. Strukturen und Regeln haben dabei immer positive *und* negative Wirkungen.

Aus den sozialpsychiatrischen Diskussionen scheint uns dabei vor allem der Begriff der „totalen Institution“ hilfreich. Dieser beschreibt, dass totale Institutionen generell durch einige gemeinsame Strukturmerkmale geprägt sind:

- In totalen Institutionen unterliegen alle Alltagshandlungen der „Insassen“ einer hierarchischen Kontrolle;
- Es existierte keine für die bürgerliche Gesellschaft übliche Trennung von privater und öffentlicher Sphäre;
- Der Betroffene kann sich der hierarchischen Kontrolle aller Lebensbereiche nicht entziehen, da die Institution durch eine starre Außengrenze gekennzeichnet ist.

Eine Reihe dieser Merkmale lassen sich zweifellos auch in therapeutischen Institutionen finden. Hierzu können zum Beispiel gehören: Die Aufhebung von Privatheit, da alles Private therapeutisch sei; das therapeutische Team als potentiell allwissendes Subjekt, das alle Erfahrungen aus dem Leben des Klienten „bündelt“; ein starres System von Regelungen in einer Vielzahl von Lebensbereichen, die oft weit über den eigentlichen Betreuungs- oder Behandlungsauftrag hinausgehen; die Abgegrenztheit und Abgeschlossenheit stationärer Einrichtungen.

Bei einer starken Ausprägung dieser Merkmale können Sie ein Milieu prägen, dass in mehrerer Hinsicht eher contra-therapeutisch wirkt: Das Klima wirkt eher depersonalisierend als individualisierend; abhängiges Erleben und Verhalten werden verstärkt, Unabhängigkeit und Selbstkontrolle behindert; starke Kontrolle nach innen und Abgeschlossenheit nach außen führen zu starken „Institutionalisierungsschäden“.

Dabei erscheint es uns unmöglich alle contra-therapeutischen institutionellen Merkmale auszuschließen, allerdings können eine Reihe von „entgegenwirkenden Faktoren“ innerhalb des therapeutischen Milieus zur Geltung gebracht werden. Hiervon seien die wichtigsten erwähnt:

- Generell sind wir darum bemüht, das „Regelwerk“ der Einrichtung auf einen einzigen Faktor (den Substanzkonsum) zu reduzieren, während alle anderen Fragen ausschließlich auf der Beziehungsebene bearbeitet werden.
- Wir sind darum bemüht, in hohem Maß die Privatsphäre zu respektieren. Die Zimmer werden als privater Wohnraum betrachtet und nur nach Vereinbarung betreten. Ausnahmen sind der Verdacht auf Notfälle oder Aufbewahrung von Suchtmitteln.

- Außerhalb verbindlicher Betreuungszeiten können alle Bewohner sich ohne Abmeldung außerhalb der Einrichtung frei bewegen. Sie können selbst entscheiden, was sie hierüber ihren Betreuern mitteilen. Zeitlich befristete Ausgangsbeschränkungen sind nur möglich, wenn ein Substanzrückfall anders nicht unterbrochen werden kann.
- Die Bewohner können jederzeit Besuch empfangen, es sei denn dieser steht unter Alkohol- oder Drogeneinfluss.
- Postverkehr und Telefonkommunikation unterliegen keinen Beschränkungen.
- Das verpflichtende Angebot der Einrichtung ist auf wenige Kernangebote begrenzt, darüber hinaus besteht ausreichende Zeit für selbstgestaltete freie Zeit.
- In der Einrichtung werden Abhängigkeit fördernde Überversorgungen vermieden, es ist möglich, sich selbst zu versorgen.
- Die Einrichtung ist nach außen absolut offen. Ein Teil der Betreuungsangebote wird für Bewohner der Einrichtung und selbständig wohnende Klienten gemeinsam vorgehalten, um über den erfahrbaren Kontakt die Tendenz zur Verselbständigung zu fördern.

Mit der bewussten Wahl eines solchen relativ freiheitlichen Milieus sollen Angstfreiheit und offene Kommunikation gefördert und die stationäre Hilfe perspektivisch nach Möglichkeit überflüssig gemacht werden.

IV. Wer kann wie zu uns kommen?

Bei uns bewerben können sich alle Menschen, die unter einer psychischen Erkrankung und Sucht oder unter einer langfristigen Suchterkrankung leiden. Dabei ist es gleichgültig, welche psychische Erkrankung vorliegt und welche Substanzen konsumiert werden.

Bei der Aufnahme der Betreuung erwarten wir eine Grundmotivation an einer Veränderung des eigenen Substanzkonsums zu arbeiten. Im soziotherapeutischen Wohnheim ist die Bereitschaft erforderlich, für die Dauer des Aufenthaltes ohne den Konsum nicht verordneter psychotroper Substanzen zu leben.

Nicht in unsere Betreuung aufgenommen werden Menschen, bei denen eine ständige Pflegebedürftigkeit besteht oder in absehbarer Zeit zu erwarten ist sowie Menschen, die in Folge einer körperlichen Behinderung in ihrer Mobilität wesentlich eingeschränkt sind. Ebenfalls nicht aufgenommen werden Menschen, die auf Grund einer gravierenden hirnorganischen Störung einer dichteren Kontrolle bedürfen, die in unserer offenen Einrichtung nicht möglich ist.

Die Bewerbung beginnt mit einem persönlichen Vorstellungsgespräch. Hiernach erhält der Bewerber kurzfristig eine Zusage, ob eine Betreuung möglich ist. Dabei ist im stationären Bereich mit Wartezeiten zu rechnen.

Die Kostenübernahme muss im Regelfall von der zuvor betreuenden Einrichtung beim Landschaftsverband Rheinland nach § 53 SGB XXI ff (Eingliederungshilfe für Behinderte) beantragt werden. Über sie wird nach Beratung in der regional zuständigen Hilfeplankonferenz entschieden.

