

Wolfgang Krüger

Erfahrungen aus 25 Jahren Betreuung von Menschen mit psychischer Erkrankung und Sucht: Sichere Grundlagen und offene Fragen

Rede auf der Fachtagung der Deutschen Fachgesellschaft Psychose & Sucht am 13. 5. 2014 in Leverkusen

Liebe Kolleginnen und Kollegen, sehr verehrte Damen und Herren,

Ich möchte mich Ihnen zunächst kurz vorstellen. Mein Name ist Wolfgang Krüger, ich bin von Beruf Diplom-Sozialarbeiter. Seit 1989 bin ich beruflich mit dem Faßbacher Hof beschäftigt, davon seit 1991 Leiter der Einrichtung, später des Einrichtungsverbundes.

Eingangs ein paar Daten und Fakten:

Als soziotherapeutisches Wohnheim haben wir seit 1989 mittlerweile ca. 370 Klienten mit psychischer Erkrankung und Sucht betreut, dies in der Regel mehrjährig, teilweise auch auf Dauer. Unter diesen Klienten befanden sich seit 1991 90 Klienten mit schizophrenen Psychosen und Sucht, die wir langjährig betreuten oder betreuen. Aktuell stellen sie ca. 60% unserer stationären Klienten. Darüber hinaus kommen in unserem Zusammenhang vor allem Menschen mit Persönlichkeitsstörungen verschiedenen Typs und einer Substanzstörung zur Aufnahme. Was die Substanzstörung betrifft, stand zunächst in der Regel der Missbrauch oder die Abhängigkeit von Alkohol im Mittelpunkt, seit 2001 nehmen wir auch substituierte opiatabhängige oder polytoxikomane Klienten mit psychiatrischer Komorbidität auf. Diese stellen heute ca. 50% unserer stationär betreuten Klienten.

Im unserem seit 1997 bestehenden Ambulant Betreuten Wohnen haben wir bislang ca. 115 Menschen langfristig begleitet.

Unser Wohn- und Betreuungsverbund besteht heute aus verschiedenen Komponenten: dem soziotherapeutischen Wohnheim Faßbacher Hof, einer Außenwohngruppe, dem ambulant Betreuten Wohnen (einschließlich eines Betreuten Appartementhauses für Menschen mit psychischer Erkrankung und Sucht) und einem ausgedehnten tagesstrukturierenden Angebot.

Warum am Anfang diese nüchternen Daten und Fakten?

Selbstverständlich überlege ich mir nach fast 25 Jahren gelegentlich, warum ich immer noch der gleichen Tätigkeit nachgehe. Zumindest ein wesentlicher Grund besteht für mich darin, dass der Faßbacher Hof in allen seinen Facetten ein ausgezeichneter Ort langfristiger „teilnehmender Beobachtung“ ist. Ich hatte die Gelegenheit alle diese Menschen kennenzulernen. Da wir so etwas wie eine langfristige „Lebensbegleitung“, unterschieden von kurzfristigen Behandlungen, machen, konnte ich erfahren, wie diese Menschen sich langfristig entwickeln, welche Möglichkeiten und – grenzen sie haben, dies manchmal auch im Verlauf von Jahrzehnten. Vermutlich ist gerade das für mich nach wie vor der Hauptanreiz für meine Tätigkeit.

Zweitens hatte ich in den letzten 25 Jahren die Möglichkeit, maßgeblich gestaltenden Einfluss zu nehmen. Der Faßbacher Hof zeichnete sich durch beständige, manchmal auch sprunghafte, Veränderungen aus, in denen wir uns immer wieder neuen Bedarfslagen stellten, unsere Konzepte überprüften und zur Not auch revidierten. Häufig gingen wir auch weitgehend neue Wege mit unbekanntem Verlauf. Auch das ist etwas, was ich persönlich besonders spannend finde.

Vor diesen Hintergründen habe ich mich dazu entschlossen, Ihnen heute keinen Grundlagenvortrag zu halten, sondern eher einen Vortrag über UMBRÜCHE.

Dabei will ich versuchen, Ihnen anhand spezifischer Entwicklungsphasen des Faßbacher Hofes einzelne konzeptionelle Themen näher zu bringen.

Der Ursprung des Faßbacher Hofes in der Selbsthilfebewegung

Wie einige von Ihnen wissen besteht der Faßbacher Hof als Einrichtung der Suchtkrankenhilfe bereits seit dem Jahre 1977 und war in den ersten ca. 10 Jahren der Versuch, auf Selbsthilfebasis in Anlehnung an die Konzepte der Anonymen Alkoholiker eine stationäre Wohneinrichtung zu betreiben. Die Einrichtung wurde ausschließlich durch „Ex-User“ betrieben, der damalige Träger, das „Zentrum für Selbstrehabilitation“ lehnte professionelles Personal weitgehend ab.

Aus guten Gründen gab es damals in der Fachwelt starke Einwände gegenüber dem Faßbacher Hof. Die Rückfalldynamiken waren extrem hoch. Insbesondere aber war ohne Professionalität nicht an einen adäquaten Umgang mit den ers-

ten „Doppeldiagnose“- Patienten zu denken, die schon in den 80er Jahren, zunächst quasi naturwüchsig und häufig „unerkannt“ auf den Faßbacher Hof gezogen waren.

Andererseits kann ich heute - im milden Rückblick - dem Selbsthilfe-Ursprung des Faßbacher Hofes auch positive Aspekte abgewinnen.

Ich möchte Sie einen Moment auffordern sich in die Suchtkrankenbehandlung in den 70er und 80er Jahren zurückzudenken. Fast alles, was Sie heute als selbstverständlich empfinden, z.B. dass es Therapiestationen, Suchtfachambulanzen, qualifizierte soziotherapeutische Wohnheime oder Ambulant Betreutes Wohnen gibt, existierte in dieser Zeit nicht.

Suchtbehandlung bestand im psychiatrischen Bereich ausschließlich aus Entgiftungsstationen (eine Stationsärztin sagte mir einmal selbstironisch „zum Trockenschleudern“) und Verwehrstationen für sogenannte „depraviierte Alkoholiker“, die als „hoffnungslose Fälle“ galten.

Berücksichtigen wir diesen Hintergrund, kann schon die Tatsache, dass Betroffene sich zusammenfanden und in Eigenregie Alternativen suchten als, wenn auch misslungener, früher Veränderungsversuch bewertet werden.

Wie wir aus der sozialpsychologischen Forschung wissen, entwickeln auch soziale Organismen spezifische charakteristische Merkmale, die sie unverwechselbar machen – dies auch dann, wenn keiner der Akteure mehr physisch präsent ist. Daher verwundert es nicht, dass auch der Selbsthilfe- Ursprung des Faßbacher Hofes bis heute an einigen Punkten noch spürbar ist.

Probeweise stelle ich mir unsere Einrichtung manchmal gedanklich aus einer völlig anderen Perspektive vor:

Ein neutraler Beobachter, der den Inhalt unserer Interaktionen nicht kennt, würde bei einem Blick auf den Faßbacher Hof zunächst feststellen, dass hier 22 Menschen wohnen und über längere Zeit, manchmal auf Dauer, ihren Lebensmittelpunkt haben. Jeden Morgen ab 8 Uhr würde unser Beobachter ein seltsames Schauspiel erleben. Dann kommen ca. 20 weitere Menschen mit Autos angereist, beziehen ihre Büros, führen untereinander und mit den Bewohnern wechselnde Gespräche und reisen um 16.30 wieder ab. Sie könnten also Gäste sein.

Zweifellos hinken alle Vergleiche, so auch dieser. Wenn wir uns selbst aber probeweise einmal als Gäste im Haus unserer Klienten vorstellen, verstehen wir besser, dass wir im Prinzip eine dienende Funktion haben.

Ein zweites Element der frühen Ära, das wir bis heute bewusst übernommen haben, ist der Selbstversorgungsansatz. Wir betreiben den Faßbacher Hof als Wohnheim ohne Wohnheimversorgung. Möglichst viele Tätigkeiten, die zur Aufrechterhaltung des Betriebes nötig sind, sind in unsere Arbeitsbereiche bzw. tagesstrukturierenden Angebote, integriert.

Wie Sie vielleicht wissen, gab es in den 70er und 80er Jahren durchaus ernstzunehmende Ideen „tätiger“ therapeutischer Gemeinschaften. In Ihnen wurde davon ausgegangen, dass die Erfahrung, den eigenen sozialen Kontext durch eigene Tätigkeit zu gestalten, durchaus therapeutische Effekte hat. Der Einzelne kann sich dann im positiven Fall weniger als „Hilfeempfänger“ sehen (ein modernes, aber schrecklich technokratisches Wort), eher als mitgestaltendes Individuum. Solche positiven Identifikationen mit dem Ganzen erleichtern nicht selten auch therapeutische Prozesse.

Von sozialpsychiatrischen Ansätzen für die Suchtbetreuung lernen

Die erste Phase der Umgestaltungen des Faßbacher Hofes begann 1987 mit der Einstellung der ersten professionellen Mitarbeiter. Gleichzeitig entstand die bis heute anhaltende intensive Zusammenarbeit mit der LVR-Klinik Langenfeld, die für die psychiatrische Behandlung unserer Klienten zuständig wurde – teilweise bis heute mit hoher personeller Kontinuität.

Unterbrochen wurde dieser Prozess durch den Konkurs des früheren Trägers (es fehlte halt auch an Professionalität im Management). Ab 1989 übernahm ich als Psychiatriereferent des neuen Trägers, des ASB-Landesverbandes Verantwortung für den Faßbacher Hof, ab 1991 als Leiter der Einrichtung.

Im Abstand von 23 Jahren kann ich Ihnen heute verraten, dass ich damals keineswegs ein Experte in Sachen „Sucht“ war. Mein Spezialgebiet war die Betreuung schizophrener erkrankter Menschen und ich war Anhänger der verschiedenen sozialpsychiatrischen Reformansätze, die sich seit der Psychiatrie-Enquete in Deutschland entwickelt hatten.

Dies bedeutete mit einer gewissen Zwangsläufigkeit, dass mein Gedankengut der Realität, die ich vorfand, teilweise diametral entgegengesetzt war.

Hochgradig irritierend waren für mich in den Anfangsjahren zwei Phänomene: Zum einen das Übermaß an kontrollierenden Regeln, für die kein therapeutischer Nutzen erkennbar war. So beschlagnahmte ich schon in meiner ersten Arbeitswoche das „Ausgangsbuch“, in das sich damals jeder Bewohner des Faßbacher Hofes eintragen musste, der das Gelände verließ, was im Team zu ausgesprochen starken Irritationen im Sinne einer Angst vor Kontrollverlust führte.

Generell war ich der Auffassung, dass in einem so langfristig angelegten Zusammenhang wie dem Faßbacher Hof ein Übermaß an Normen und Regeln eher regressionsfördernd und hospitalisierend wirkt – nicht unähnlich den bekannten Mechanismen in der klassischen Langzeitpsychiatrie. Resultat dieser Auffassungen war die Entstehung eines sehr offenen und freien Zusammenhangs. Wir gehen heute davon aus, dass eine Wohneinrichtung für Menschen mit psychischer Erkrankungen und Sucht nur in einem einzigen Aspekt verbindlicher Regeln und Kontrollen bedarf, dem des Substanzkonsums. Alle anderen Fragen des Zusammenlebens müssen ausschließlich auf der Beziehungsebene gelöst werden. Freier und unkontrollierter Ausgang über den niemand Rechenschaft ablegen muss, ist die Regel. Die Zimmer unserer Bewohner werden grundsätzlich als Privatsphäre betrachtet. Unsere Bewohner können außerhalb eines Minimums an verbindlichen Gruppenangeboten ihre Zeit verbringen wo und wie sie möchten.

Zweitens irritierte mich, in der hier beschriebenen Anfangsphase, in welchem Ausmaß der Umfang mit Rückfällen als disziplinarisches Problem behandelt wurde. Rückfälle waren für mich ein „Rezidiv“, also eine akute Krankheitsphase suchterkrankter Menschen.

Hierzu ein Vergleich:

Was machen wir bei akuten Krankheitsphasen psychisch erkrankter Menschen, etwa bei akuten Psychosen? Wir widmen Ihnen besondere Aufmerksamkeit und Zuwendung, helfen Ihnen, sich vor Überforderungen abzusichern, unterstützen dies eventuell durch eine geänderte Medikation. Andererseits kämen wir nie auf die Idee, Rückfälle in akute Psychosen als Verstoß gegen die Hausordnung zu brandmarken. Genau dies geschah aber regelmäßig bei akuten Krankheitsphasen Suchtkranker – und geschieht manchmal noch heute.

Schwerpunkt der konzeptionellen Arbeit war in den 90er Jahren der Versuch, einen theoretischen und praktischen Zugang zum Phänomen der Doppeldiagnosen, hier insbesondere der Komorbidität von Psychose und Sucht zu gewinnen. Einige unserer damaligen – überwiegend bis heute richtigen – Grundannahmen möchte ich erwähnen.

Im Prinzip bestätigten unsere Eigenerfahrungen, dass bei Menschen mit psychiatrischer Komorbidität der Substanzkonsum eine außerordentlich hohe Funktionalität hat. Er hilft dabei, ein bestimmtes psychisches Gleichgewicht zu erhalten, oft hat er Aspekte von Selbstmedikation oder Affektregulation. Gerade weil dies so ist, ist es unmöglich, Menschen mit Doppelerkrankungen zu betreuen, ohne in jeder Phase der Betreuung auf BEIDE Pole, die psychische Störung, wie die Substanzstörung zu fokussieren.

Die an Klienten mit Doppeldiagnose gewonnenen Erkenntnisse führten im weiteren Verlauf auch zu Modifikationen im Verständnis von Sucht.

Warum – so die Fragestellung – soll es eine Funktionalität oder ursprüngliche Sinnhaftigkeit des Konsums nicht auch bei den Menschen geben, die als „nur“ als suchtkrank diagnostiziert waren?

Vermutlich ist der Versuch, unsere psychischen Befindlichkeiten durch psychotrope Substanzen zu beeinflussen eine angeborene Fähigkeit des Menschen und es existiert keine Kultur, in der dies nicht mehr oder weniger üblich wäre. Im Kern geht es dabei immer um die Vermeidung von negativen und die Förderung positiver Emotionen. Da wir alle mit diesen Mechanismen Erfahrungen haben sind Suchterkrankungen ein durchaus gut einfühlbares und verstehbares Geschehen.

Im Ergebnis hatten wir so in den 90er Jahren einen Zustand erreicht, bei dem wir gerade von unseren Klienten mit Doppeldiagnose lernten. Die Bearbeitung der Frage nach der Sinnhaftigkeit des Substanzkonsums bei ihnen führte auch zu zahlreichen Modifikationen unserer Haltung gegenüber suchtkranken Menschen Menschen ohne psychotische Störung.

Einige Gedanken zum Zusammenhang zwischen psychischen Erkrankungen und Substanzstörungen

Lassen Sie mich an dieser Stelle einige Bemerkungen über die verschiedenen Modelle zum Zusammenhang zwischen Psychosen und Sucht nach unserem heutigen Erfahrungsstand machen.

Einige von Ihnen kennen wahrscheinlich die grundlegenden drei Modelle, die seit Beginn der 90er Jahre diskutiert werden.

- Das Modell der Substanzinduktion, das dem Substanzkonsum eine verursachende Funktion für psychische Störungen zuweist.
- Das Modelle einer primären psychischen Störung, bei denen dem Substanzkonsum Funktionen wie Selbstmedikation oder Affektregulation zu gesprochen werden.
- Modelle der Verursachung durch einen oder mehrere dritte Faktoren.

Wenn Sie sich mit solchen Modellen beschäftigen, bitte ich Sie darum, sich vor allem ihrer begrenzten Reichweite bewusst zu sein. Krankheitskonzepte sind – erkenntnistheoretisch gesprochen – subjektive Wirklichkeitskonstruktionen, mit denen Diagnostizierende über Störungsbilder kommunizieren. Sie sind nie ein objektives Abbild äußerer Realität, dass Sie nur noch „anzuwenden“ hätten.

Ich möchte dies an zwei Aspekten verdeutlichen:

Nach unseren langjährigen Erfahrungen ist es äußerst schwer, wenn nicht unmöglich, eine pauschale Theorie über die Wirkungsweise von Drogen auf psychische Störungen zu entwickeln. Sie finden Substanzen, die tatsächlich psychotische Phänomene generieren, wie zum Beispiel Kokain, alle Formen von Stimulanzien oder Halluzinogene. Gleichzeitig finden Sie Substanzen, die eher auf dem Pol der Psychosebehandlung anzusiedeln sind. Hierzu gehört neben Benzodiazepinen insbesondere auch Heroin.

Nicht selten finden Sie bei Ihren Klienten in ein und demselben Prozess durchaus unterschiedliche Wirkungsrichtungen.

Hier mein Lieblingsbeispiel:

Stellen Sie sich einen schizophren erkrankten substituierten jungen Mann vor, der für mehrere Tage vom Faßbacher Hof verschwindet. Er litt im Vorfeld unter ausgesprochen starken Dysphorien, wirkte teils depressiv, teils aggressiv verstimmt. Vor diesem Hintergrund beginnt er bei seinem mehrtätigen Ausflug,

zunächst Alkohol, dann Kokain zu konsumieren. Als er hiernach Stimmen hört versucht er, dies mit Benzodiazepinen, da dies nicht ausreicht mit intravenösem Heroinkonsum zu „kurieren“. Nach einigen Tagen kehrt er - wieder klar im Kopf – auf den Faßbacher Hof zurück und berichtet vom hier beschriebenen Rückfallgeschehen.

Was finden wir hier alles wieder? Er versucht seine Affekte mit Alkohol und Kokain positiv zu beeinflussen (Affektregulation). Er löst damit Symptome einer akuten Psychose aus (Substanzinduktion), kuriert diese mit Benzodiazepinen und Heroin (Selbstmedikation).

Bemühen Sie sich also darum, konkrete Situationen konkret zu analysieren, dies gemeinsam mit dem Klienten in einem dialogischen Prozess.

Die Auseinandersetzung um Frauen- und Paaraufnahmen, Beziehungen und Sexualität

Ebenfalls zu Beginn der 90er Jahre begann ein weiterer, recht langwieriger Umgestaltungsprozess, die Auseinandersetzung um Frauen- und Paaraufnahmen auf dem Faßbacher Hof.

Schon bei meinen ersten Besuchen auf dem Faßbacher Hof hatte ich schmerzlich das weibliche Geschlecht vermisst. Noch aus der Selbsthilfe-Ära tradiert war der Faßbacher Hof ein „Übergangwohnheim für alkohol- und medikamentenabhängige Männer“.

Zweifellos konnte damals jeder sehen, dass das Fehlen eines Geschlechts auf dem Faßbacher Hof keineswegs eine Abwesenheit von Sexualität bedeutete. In der Einrichtung waren Phänomene wie ein übermäßiger Genuss von Pornographie oder homosexuelle Prostitution nicht selten. Generell beobachtete ich ein latent aggressives Klima, das ja vielen geschlossenen Männergesellschaften innewohnt.

Nicht von der Hand zu weisen war, dass viele Männer, die auf dem Faßbacher Hof lebten, negative, teils traumatische Erfahrungen mit Frauen hatten. Allerdings stellte sich die Frage, wie sie dies jemals überwinden sollten, wenn in ihrem Lebenskontext die Existenz eines zweiten Geschlechts schlicht ausgeblendet blieb.

Andererseits stieß mein Vorschlag zu einer neuen Umwandlung auf massivste Widerstände. Worin bestanden sie?

Ein nicht geringer Teil der damaligen Belegschaft war der Meinung, dass intime Beziehungen zwischen psychisch erkrankten Menschen eher zu Destabilisierungen führen würden. Noch mehr wurden Beziehungen misstrauisch beäugt, wenn die Sucht ins Spiel kam. Hier mussten, so die reine Lehre, beide Teile rückfällig werden oder ein Teil eine „abhängige“, ein Teil eine „co-abhängige“ Rolle haben. Nicht im Team aber beim Träger zeigten sich völlig unangemessene und vorwissenschaftliche Haltungen, so die Mär vom „übermäßig triebhaften“ Suchtkranken, der dafür sorgt, dass im Haus Sodom und Gomorrha ausbricht.

Nachdem die Widerstände definitiv zu groß waren, war ich dazu gezwungen, das Thema auf „geistige Wiedervorlage“ zu legen und konnte die intendierten Veränderungen erst 1996 umsetzen.

Für mich bis heute interessant ist, was nach den ersten Frauenaufnahmen geschah. Wir hatten die anstehenden Änderung ausführlich mit den Bewohnern kommuniziert und die Phantasien liefen auf Hochtouren. Was nach den ersten Frauenaufnahmen geschah war gemessen an den positiven wie negativen Erwartungen zunächst – fast – nichts.

Es dominierten ängstliche, gehemmte, aber auch zurückhaltend erwartungsvolle Haltungen. Die erste Paarbeziehung, die uns bekannt wurde hatte ausgerechnet ein extrem zurückgezogener, jahrelang fast katatoner schizophrener Klient mit einer ständig hochpsychotischen Bewohnerin. Gleichzeitig veränderte sich das Klima in der Einrichtung sukzessive im Sinne eines offeneren und deutlich weniger aggressionsgeladenen Milieus.

Es wird Sie nicht wundern, dass ich mich in der Folgezeit besonders für das Thema „Beziehungen und Sexualität bei Menschen mit Doppeldiagnose“ interessierte. Denjenigen von Ihnen, die sich näher damit befassen möchten, empfehle ich meine gleichlautende Veröffentlichung in dem Buch Psychose und Sucht, das Harald Sadowski und Frieder Niestrat herausgegeben haben. Hier finden sich auch einige ausführliche „Beziehungs-Skizzen“ aus der Geschichte des Faßbacher Hofs.

Ich will mich hier mit einer Kurzdarstellung einiger allgemeiner Erfahrungen begnügen:

1. Die Frage, wie sich intime Beziehungen konfigurieren, hat wenig mit der psychiatrischen Diagnose zu tun. So waren unser erstes Ehepaar auf dem Faßbacher Hof eine Frau mit schizoaffektiver Psychose und ein Mann mit Alkoholabhängigkeit und Pyromanie; beide waren mehr als 20 Jahre lang unzertrennlich.
2. Bei Beziehungen zwischen psychisch Erkrankten gibt es ungünstige Konstellationen. Zum Beispiel scheiterte vor kurzem eine Ehe zwischen zwei Klienten mit ausgesprochen starken „Borderline-Strukturen“. Sie sind wieder geschieden und haben beide keinen nennenswerten Schaden genommen. Gelegentlich soll so etwas ja auch bei Menschen ohne psychiatrische Diagnose vorkommen.
3. Entgegen unserer eigenen Negativerwartungen haben viele Menschen mit psychischen Erkrankungen durchaus ein relativ sicheres Gefühl dafür, welche Partner ihnen guttun. Oft gibt es einen funktionierenden Beziehungsmodus der sinnvollen Ergänzung von jeweiligen Stärken und Schwächen.
4. In der Tat gibt es das Phänomen der gemeinsamen Rückfälligkeit; häufiger aber das Phänomen einer zumindest zeitweisen Stabilisierung durch Beziehungen.

Ambulant Betreutes Wohnen: Vom Abstinenzparadigma zu zieloffenen Prozessen

Eine weitere Phase der konzeptionellen Umorientierung setzte ab dem Jahre 1997 mit der Eröffnung unseres Ambulant Betreuten Wohnens ein. Der Faßbacher Hof war bis dahin ein relativ abgeschlossenes Gebilde. Wir hatten keine eigenen Möglichkeiten der ambulanten Betreuung. Gleichzeitig war es nahezu unmöglich, insbesondere Doppeldiagnosepatienten bei anderen Trägern unterzubringen. Suchtträger lehnten ab wegen der psychischen Erkrankung, Psychiatrieträger wegen der Sucht. Nicht selten waren daher die stationären Aufenthalte mangels Alternative übermäßig lang, was negative Hospitalisierungseffekte einschloss.

Die Eröffnung des Ambulant Betreuten Wohnens hatte von Beginn an, starke Rückwirkungen auf die Strukturen der stationären Einrichtung. So öffneten wir parallel zu den ersten Auszügen unsere tagesstrukturierenden Angebote für ambulant betreute Klienten, auch wenn es hierfür noch keine Finanzierung gab. In

den ersten Jahren hatten wir auf Basis der damaligen Pauschalfinanzierungen noch eine begrenzte Platzzahl. Ein wirklicher Durchbruch im Sinne einer Bedarfsdeckung setzte ab 2005 ein, nachdem in Nordrhein-Westfalen die Zuständigkeit für das ambulant Betreute Wohnen auf die Landschaftsverbände überging und de facto ein Rechtsanspruch auf ambulante Eingliederungshilfe anerkannt wurde. Der strukturelle Effekt bestand in erster Linie darin, dass nun die starren Einrichtungsgrenzen aufgelockert werden konnten. Erheblich mehr Klienten gehen nach kürzerer Zeit in ambulante Betreuung über. In unseren tagesstrukturierenden Bereich werden heute genauso viele ambulante wie stationäre Klienten beschäftigt.

Parallel hierzu führten unsere Erfahrungen damit, wie zuvor stationär betreute Klienten sich unter ambulanten Bedingungen entwickeln, zu weitgehenden konzeptionellen Veränderungen.

Allgemein gesprochen konnten wir auch bei Menschen, die auf dem Faßbacher Hof lange abstinent waren, nun mindesten vier unterschiedliche Modi erkennen:

- Menschen, die an einer Abstinenzorientierung festhalten wollen
- Menschen, die „nur“ Abstinenz von einer Hauptsubstanz anstreben
- Menschen, die eine relativ stabile Substitution anstreben
- Menschen, die einen „kontrollierten Konsum“ im Sinne eines geringeren, weniger schädlichen und die psychische Stabilität weniger gefährdeten Konsum anstreben.

Bis Mitte der 90er Jahre waren wir in unseren theoretischen Konzepten zum Thema „Rückfall“ von einer Adaption der „Zielhierarchie“ von Schwoon und Krausz ausgegangen, die pyramidenförmig zwischen verschiedenen möglichen Teilzielen bei Menschen mit einem Substanzproblem differenzierte (z.B. Überlebenssicherung, Konsumreduktion, Verlängerung von Abstinenzperioden, Abstinenz). Auf dieser Grundlage begleiteten wir auch rückfällige Klienten langfristig, dachten aber „Abstinenz“ als einzigen sinnvollen oder möglichen „Endpunkt“ und beschrieben dies als „langfristige Abstinenzorientierung“.

Dies wurde nun rasch im Sinne einer Realitätskorrektur erschüttert. Unsere Vorstellung, bestimmte Verhaltensweisen in einer stationären Einrichtung wären bruchlos in einem anderen, weniger beschützenden, aber auch freieren Kontext übertragbar, scheiterte an der Realität.

Im Ergebnis begann in der Gesamteinrichtung eine neue Konzeptdiskussion, die nun den Aspekt des „kontrollierten Konsums“ mit einschloss. Aus Gründen der Kürze will ich nicht alle Verästelungen unserer jahrelangen Diskussionen darstellen, sondern nur eine grundsätzliche konzeptionelle Festlegung erwähnen, die wir erstmals im Jahre 2004 in der Zeitschrift „Suchttherapie“ darlegten:

1. 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.
2. 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.

Der Aufenthalt in der stationären Einrichtung dient als sozialer Rahmen und „Zeitfenster“, in dem der Betroffene Gelegenheit hat, einen adäquaten Umgang mit dem Substanzkonsum zu erproben. 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 Bearbeitung von Rückfällen erfolgt dabei nicht nach einem allgemeinen Regelwerk, sondern immer individuell.

Im Unterschied zum stationären Bereich findet im Rahmen des ambulant Betreuten Wohnens auch die Begleitung eines kontrollierten Substanzkonsums statt.

Unsere Erfahrungen mit substituierten Klienten mit psychiatrischer Komorbidität

Die vierte Phase grundsätzlicher konzeptioneller Umbrüche begann 2001 mit der Aufnahme substituierter opiatabhängiger oder polytoxikomaner Klienten mit psychiatrischer Komorbidität. Meines Wissens waren wir bundesweit die erste soziotherapeutische Einrichtung, die sich in systematischer Form dieser Aufgabe stellte, heute stellen diese Klienten ca. die Hälfte der Bewohner des Faßbacher Hofs. Neben der substituierten Opiatabhängigkeit liegen verschiedenste psychiatrische Erkrankungen vor, vor allem: schizophrene Psychosen, Angststörungen, Depressionen, Persönlichkeitsstörungen, unter anderem

des Borderline- Typs. Das Betreuungskonzept beruht unter anderem darauf, dass die Betreuung in der soziotherapeutischen Einrichtung, Substitution und psychiatrische Behandlung durch die Suchtfachambulanz in der Rheinischen Klinik Langenfeld eng miteinander verzahnt sind.

Nachdem wir diese Klienten nun auch schon 13 Jahre betreuen, möchte ich Ihnen hierzu einige positive und einige negative Erfahrungen schildern.

Ich beginne mit den positiven:

Über den gesamten Zeitraum betrachtet, ist es den meisten unserer substituierten Klienten gelungen, sich gut in den Faßbacher Hof zu integrieren, hier heimisch zu werden, teilweise eine erstaunliche psychische Stabilität zu entwickeln und Rückfälligkeit (hier: Beikonsum) deutlich zu reduzieren. Nicht wenige konnten in unser ambulant Betreutes Wohnen wechseln und teilweise auch hier stabil bleiben.

Wie auch bei unseren anderen Klienten können nach unserem Eindruck die Klienten mit schizophrenen Psychosen am deutlichsten und nachhaltigsten von unserer Betreuung profitieren. Vermutlich ist dies darin begründet, dass die vielen Anleihen unseres therapeutischen settings an sozialpsychiatrischen Ansätzen ihren Bedürfnissen sehr weitgehend entsprechen.

Andererseits mussten wir, wenn wir ehrlich sind, auch „Lehrgeld“ zahlen. Vor ca. drei Jahren erlebten wir in der stationären Einrichtung eine Phase, in der ich gelegentlich die Phantasie hatte, dass wir „die Geister, die wir gerufen hatten, nicht mehr loswerden“. Was meine ich damit? Es handelte sich um eine Phase mit exzessiver Rückfalldynamik. Wir hatten einige dauerkonsumierende Klienten, von denen wir uns nicht trennten. Langsam entstand der Eindruck einer Allgegenwärtigkeit von Rückfälligkeit, dies begann auch auf bislang nicht oder wenig rückfällige Bewohner überzuspringen. Alles in allem war eine Veränderung zu verzeichnen, in der es nach meinem Eindruck eine sukzessive Verschiebung des Klimas gab, und zwar in dem Sinne, dass der Rückfall eben nicht mehr der behandlungsbedürftige Vorfall, sondern der Normalfall werden könne.

Diese Phase mündete in zwei fristlose Kündigungen von Klienten, die einen schwunghaften Drogenhandel betrieben und eine anschließende Reflektion der Entwicklung im Team.

Hiervon möchte ich Ihnen einige grundsätzliche Aspekte vorstellen:

1. Grundsätzlich müssen wir uns die Frage stellen, was Substitution erreichen kann und was nicht. Es dürfte außer Zweifel stehen, dass es sich nicht um eine kausale Behandlung der Abhängigkeit handelt, sondern umgekehrt: Substitution reagiert im Sinne einer Schadensbegrenzung auf die Tatsache, dass viele Opiatabhängige mit psychiatrischer Komorbidität für sich KEINE Abstinenzperspektive sehen.
2. Wir haben unter unseren Opiatabhängigen fast nur Menschen mit einem gleichzeitigen chronischen psychiatrischen Krankheitsverlauf. Fast immer verfügen diese Menschen über ausgesprochen geringe Möglichkeiten der Affektregulation OHNE die Beeinflussung ihres Gefühlslebens durch psychotrope Substanzen.
3. Aus diesen beiden Faktoren begründet sich die häufig doch sehr stark ausgeprägte Problematik des Beikonsums, hier insbesondere von Alkohol und Benzodiazepinen.

Über diese „störungsspezifischen“ Faktoren hinaus haben sich nach unserem Eindruck in den letzten 13-14 Jahren eine Reihe von äußeren Faktoren verändert. In den ersten Jahren hatten wir relativ wenige substituierte Klienten. Die Zahl der Substituierten war insgesamt geringer. Heute ist die Kehrseite der flächendeckenden Substitution auch eine ausgesprochen starke Szenebildung, die selbstverständlich auch in unsere Einrichtung zurückwirkt.

Auch auf anderen Gebieten hat sich die Versorgung verbessert. Unsere ersten Substituierten sahen es als seltene Chance, sich mit Hilfe des Faßbacher Hofes von ihrer Szene distanzieren zu können. Ambulant Betreutes Wohnen für Substituierte gab es kaum, ist heute – glücklicherweise – ein weit verbreitetes Angebot.

In diesen positiven Entwicklungen steckt andererseits auch das Problem, dass Veränderungsanreize reduziert sind. Ich habe dies einmal mit dem Satz „Vom Schlechten im Guten“ zusammengefasst.

Vermutlich als Ergebnis all dieser Faktoren registrieren wir seit einigen Jahren auch eine Veränderung bei den Vorstellungen: Fast immer sehen die Interessenten Beikonsum in irgendeiner Form als normales Geschehen, Motivationen zur Beikonsumsfreiheit können nur noch selten vorausgesetzt werden, sich müssen häufig erst in unserer Einrichtung geschaffen werden.

Unter diesen, deutlich veränderten Vorzeichen, die nach meiner Kenntnis auch einige andere Träger wahrnehmen, müssen wir gerade dann, wenn

Substituierte eng in einer Einrichtung zusammenleben, das Thema unserer Grenzen neu und anders beachten.

In unserer neugefassten Konzeption haben wir dies wie folgt zusammengefasst:

„Der Umgang mit Substanzkonsum hat in der Einrichtung einen individuellen und einen Gruppenaspekt. Zwangsläufig beeinflussen sich bei einer langfristigen, manchmal emotional dichten, „Lebensbegleitung“ Betreuungsteam und Klienten gegenseitig. Unser eher verstehender Ansatz hat auch die Gefahr von Anpassungen und Grenzauflösungen bis hin zu eher unbewussten Übernahmen von Wert- und Denkmustern Betroffener. Hierdurch können sukzessive Veränderungen des therapeutischen Milieus entstehen, in denen der Konsum tendenziell zum „Normalfall“ wird. Das therapeutische Team muss sich dann der eigenen Wert- und Zielorientierungen versichern und im Interesse des Ganzen Grenzen setzen. Dies kann auch die Trennung von Klienten bedeuten, zu denen eine intensive Betreuungsbeziehung besteht.“

Abschließend möchte ich erwähnen, dass wir uns seitdem wir diesen Prozess der Selbstvergewisserung betreiben, nach meinem Eindruck auch wieder in stabilerem Fahrwasser bewegen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Ich komme zum Schluss. Wie schon erwähnt, habe Ihnen heute mit Absicht keinen Grundlagenvortrag gehalten und eine Reihe von Fragen ausgeklammert. In unserer neuen Konzeption finden Sie in systematischer Form unsere heutigen theoretischen Grundlagen zu allen wesentlichen Fragen psychiatrische Komorbidität auf unserem heutigen Kenntnisstand. Für heute habe ich es vorgezogen, Ihnen einen dynamischen Prozess zu schildern, in dem sich der Faßbacher Hof seit über 25 Jahren immer wieder neu erfindet. Ich denke es ist uns im Großen und Ganzen gelungen, uns immer wieder innovativ auf geänderte Bedarfslagen einzustellen, unsere konzeptionellen Grundlagen kritisch und selbstkritisch zu überdenken, wenn nötig auch nach neuen Erfahrungen unsere eigenen Auffassungen zu revidieren.

Ich habe mich bemüht, nicht nur Weihrauch zu versprühen, sondern auch auf negative Erfahrungen hinzuweisen, da wir, so glaube ich, gerade aus diesen besonders viel lernen können.

Das Arbeitsfeld der Betreuung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und Sucht ist nach allen meinen Erfahrungen ein besonders spannendes. Es erfordert Neugier, Kreativität, Offenheit, den Verzicht auf schablonenhaftes Denken und Handeln und den Mut, neue Wege zu gehen. Wenn Sie zu den Menschen gehören, denen dies liegt, möchte ich Sie ermuntern auch in diesem Feld verstärkt aktiv zu werden und bedanke mich für Ihre Geduld und Aufmerksamkeit.