

GRÜNE TEXTE

Die NEUEN NATURTHERAPIEN Internetzeitschrift für Garten-, Landschafts-, Waldtherapie, tiergestützte Therapie, Green Care, Ökologische Gesundheit, Ökopsychosomatik (peer reviewed)

2015 begründet und herausgegeben von
Univ.-Prof. Dr. mult. *Hilarion G. Petzold* (EAG) in Verbindung mit:

Gartentherapie:

Konrad Neuberger, MA, D Düsseldorf, *Edith Schlömer-Bracht*, Dipl.-Sup. D Brilon

Tiergestützte Therapie:

Dr. phil. Beate Frank, D Bad Kreuznach, *Ilonka Degenhardt*, Tierärztin, D Neuwied

Landschafts- und Waldtherapie:

Bettina Ellerbrock, Dipl.-Soz.-Päd. D Hückeswagen, *Christine Wosnitza*, Dipl. Biol., D Wiehl

Gesundheitsberatung, Health Care:

Doris Ostermann, Dipl.-Soz.-Päd., D Osnabrück, *Dr. rer. pol. Frank-Otto Pirschel*, D Bremen

Ernährungswissenschaft, Natural Food:

Dr. med. Susanne Orth-Petzold, MSc. Dipl. Sup., D Haan, *Dr. phil. Katharina Pupato*, Ch Zürich

Green Meditation:

Ilse Orth, Dipl.-Sup. MSc., D Erkrath, *Tom Ullrich*, Dipl.-Soz.-Arb. D Ulm

Ökopsychosomatik:

Dr. med. Ralf Hoemberg, D Senden, *Dr. mult. Hilarion Petzold*, D Hückeswagen

Naturgestützte Integrative Therapie:

Dr. med. Otto Hofer-Moser, Au Rosegg, *Susanne Heule*, Psychol. Lic. rer. publ. CH Zürich

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

Ausgabe 20/2016

Die Veränderung eines ängstlich-vermeidenden Lebensstils in kleinsten Schritten – und ein Pferd war dabei

Sabrina Weber *

* Aus der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper, Hückeswagen. Mail: forschung@integrativ.eag-fpi.de, oder: info@eag-fpi.de, Information: <http://www.eag-fpi.com>).

Inhalt

1. Einleitung	4
2. Theoretische und praxeologische Grundlagen der Integrativen Therapie und deren Bedeutung für das BeWo von WEGE e.V.	7
2.1 Das Menschenbild der Integrativen Therapie	7
2.2 Ko-respondenzmodell	8
2.3 Persönlichkeitstheorie	9
2.4 Gesundheits- und Krankheitsverständnis	10
2.5 Suchtverständnis	12
2.6 Entwicklung in der Lebensspanne und komplexes Lernen	14
2.7 Das tetradische System	16
2.8 Die vier Wege der Heilung und Förderung.....	17
2.9 Die 14 Wirk- und Heilfaktoren	18
3. Institutionelles Setting	22
4. Angaben zur Person der Patientin	23
4.1 Betreuungsdaten	23
5. Klassifikation nach ICD-10	25
6. Biopsychosozialökologische Anamnese und Krisenscreening zu Betreuungsbeginn	26
6.1 Kontaktaufnahme, Fokalthematik und querschnittliche Anamnese....	26
6.2 Krisenscreening	27
7. Anamnese der Multimorbidität (quer- und längsschnittlich) zu Betreuungsbeginn	28
7.1 Exploration der Abhängigkeitserkrankung	29
7.2 Exploration der komorbiden Störungen	30
7.2.1 Körperliche Situation / Erkrankungen / Unfälle in der Lebensgeschichte	30
7.2.2 Geistige Situation / geistige Behinderung	31
7.2.3 Psychische Situation / psychische Erkrankungen in der Lebensspanne	32
7.2.4 Hypothesen zur Komorbidität:	35
8. Biographische Anamnese	37
8.1 Herkunftsfamilie	37
8.2 Freundschaften/Beziehungen:	40

8.3 Ökologische Einflüsse (Mikro- & Mesoökologie):.....	41
8.4 Juristische Situation	41
8.5 Wirtschaftliche Situation.....	41
8.6 Schulische und berufliche Erfahrungen / Einflüsse	42
9. Prozessuale Diagnostik	43
9.1 Bedürfnis- und Motivationsanalyse	43
9.2 Problem- und Konfliktanalyse	45
9.2.1 Defizite und prolongierte Mangel Erfahrungen	45
9.2.2 Konflikte und andere spannungsreiche Störungen.....	47
9.2.3 Störungen	48
9.2.4 Traumatisierungen	49
9.3 Leibfunktionsanalyse	50
9.4 Netzwerk- bzw. Lebensweltanalyse	51
9.5 Kontinuumsanalyse	55
9.5.1 Prävalente pathogene Milieus	55
9.5.2 Kritische Lebensereignisse / Brüche	56
9.6 Ressourcenanalyse.....	56
9.7 Interaktionsanalyse: Die therapeutische Beziehung	57
9.7.1 Relationen der Bezogenheit	58
9.7.2 Übertragung:	60
9.7.3 Gegenübertragung	60
9.7.4 Eigenübertragung.....	62
10. Betreuungsplanung / grundsätzliche Betreuungsziele für das Ambulant Betreute Wohnen	62
11. Betreuungsverlauf und sequentiell realistische Betreuungsziele der einzelnen Bewilligungszeiträume	64
11.1 Erster Bewilligungszeitraum: 8 Monate	64
11.2 Zweiter Bewilligungszeitraum: 2 Jahre.....	69
11.3 Aktueller Bewilligungszeitraum: 12 Monate (Stand Dezember 2015)	78
11.3.2 Zielformulierung	78
12. Resümee des Betreuungsverlaufs	84
13. Behandlungsplanung / Behandlungsziele für die pferdegestützte Sozialtherapie	92
13.1 Theoretische Hintergründe meiner pferdegestützten Arbeit	92
13.1.1. Das „Bild vom Pferd“: Umgang und Training.....	92
13.1.2 Haltung, Fütterung und Pflege/Gesundheitsförderung	98

13.1.3. (Human-)Therapeutische Hintergründe	99
14. Behandlungsverlauf der pferdegestützten Sozialtherapie / Dokumentation der Einheiten	100
15. Resümee des Behandlungsverlaufs der pferdegestützten Sozialtherapie	149
16. Ausblick	151
17. Zusammenfassung / Summary	156
18. Literaturverzeichnis	158
19. Anhang.....	166

1. Einleitung

Seit 2003 bin ich – in unterschiedlichen Positionen und bei verschiedenen Einrichtungen – im Ambulant Betreuten Wohnen für Menschen mit wesentlicher Behinderung (bedingt durch eine Sucht- und/oder psychische Erkrankung) tätig. Zuvor habe ich vor und während meines Studiums in verschiedenen niedrigschwelligen Bereichen des Suchthilfesystems - beispielsweise in einem Kontaktcafé für drogenabhängige Menschen - gearbeitet.

Vom grundständigen Beruf Diplom Sozialarbeiterin / Sozialpädagogin fühle ich mich besonders den Menschen verpflichtet, die für das herkömmliche Hilfesystem schwer erreichbar sind (schwer erreichbar ist hier nicht abwertend gemeint, sondern soll eine Problematik unseres Hilfesystems ausdrücken) sind und mit denen ich im Rahmen meiner beruflichen Tätigkeit gemeinsam kreative Wege gehen muss, um ihnen bei der Bewältigung ihres (Alltags-)Lebens – bestenfalls in Richtung eines zufriedenen, ausgewogenen Lebensstils – ausreichend hilfreich zur Seite stehen zu können.

Im Anschluss an mein grundständiges Studium habe ich zunächst verschiedene therapeutische Zusatzausbildungen absolviert, die jeweils eine verhaltenstherapeutische und eine kreativtherapeutische Ausrichtung hatten. Im grundständigen Studium selber habe ich schwerpunktmäßig systemische Beratung und Therapie gelernt. Sicherlich war bei diesen verschiedenen Ausbildungen einiges an Lerninhalten dabei, die sich für meine praktische Arbeit als nützlich erwiesen. Meine (sozial-)therapeutische Heimat habe ich dann aber erst im Integrativen Verfahren gefunden, welches meines Erachtens auf eine ganz besondere Weise eben den Menschen gerecht werden kann, die ansonsten so häufig an den oft zu hohen Anforderungen und einer für sie nicht passenden Ausrichtung des Hilfesystems gescheitert und darüber teilweise resigniert oder verbittert sind.

Einen eben solchen Betreuungsprozess mit einer „schwer erreichbaren“ Patientin (von mir anonymisiert „Uta“ genannt) möchte ich in diesem Behandlungsjournals beschreiben. Im Rahmen des Ambulant Betreuten Wohnens hatte und habe ich noch die Möglichkeit, mit Uta wirklich langfristig im Sinne einer Karrierebegleitung (Petzold, Orth-Petzold, Patel, 2010; Petzold, Schay, Hentschel, 2004) an einer Veränderung ihres Lebensstils zu arbeiten; eine Arbeit, die mir viel Freude bereitet hat und die ich als wirklich lohnenswert empfinde. Ich entschied mich zu einem Zeitpunkt dazu, Utas Betreuungsprozess in meinem Behandlungsjournal zu beschreiben, als es Uta sowohl konsumbezogen als auch psychisch sehr schlecht ging und ich mich intensiv damit auseinandersetzen musste, wie ich ihr überhaupt noch weiterhelfen konnte. Die Entscheidung, genau diesen schwierigen Prozess zum Thema meines Journals zu machen, war offensichtlich genau die richtige: Die mit der Erstellung des Journals verbundene sehr, sehr gute Supervision im Rahmen der Sozialtherapie-Ausbildung hat Uta und mir auf unserem gemeinsamen Weg sicherlich sehr weitergeholfen.

Eine übersichtliche Schilderung des Betreuungsprozesses gestaltete sich dabei teilweise aufgrund der langjährigen Dauer, der zeitlichen Intensität der Betreuung und der komplexen Problemlagen von Uta als schwierig. Ich habe mich daher – der besseren Übersicht halber – dazu entschieden, die einzelnen Sequenzen der Betreuung zusammengefasst zu beschreiben (siehe Bewilligungszeitraum 1- 3 in Kapitel 11).

Zusätzlich zum Ambulant Betreuten Wohnen habe ich Uta außerdem angeboten, mit mir 10 sozialtherapeutische Einheiten mit meinem Pony Rico wahrzunehmen, den sie über erlebnisaktivierende Gruppenaktivitäten von WEGE e.V. bereits gut kennt. Diese Tätigkeit wollte ich in Ergänzung zu unserer Zusammenarbeit im Ambulant Betreuten Wohnen als eine Art „Praktikum“ nutzen, um die im Rahmen von verschiedenen Fortbildungen (z.B. „Coaching mit Pferden“ sowie „körperorientierte Psychotherapie mit dem Pferd, Schwerpunkt Angststörungen“) gesammelten Erfahrungen auch in meinen beruflichen Alltag einfließen zu lassen. Uta hat sich hierzu freudig

bereit erklärt und wir haben dann gemeinsam überlegt, diese Einheiten zu dokumentieren und gesondert auszuwerten, damit ich sie in mein Behandlungsjournal einfließen lassen kann.

Aus diesem Grund ist das Journal in mehrere Teile geteilt:

- Kapitel 2 beschreibt zusammengefasst theoretische und praxeologische Grundlagen der Integrativen Therapie, die meiner Zusammenarbeit mit Uta zugrunde liegen.
- Kapitel 3 – 12 beinhalten unsere Zusammenarbeit im Rahmen des Ambulant Betreuten Wohnens.
- In Kapitel 13 bis 15 schildere ich - aufbauend auf verschiedenen theoretischen Grundlagen zum Einsatz von Pferden in der Sozialtherapie - die einzelnen sozialtherapeutischen pferdegestützten Einheiten.
- Kapitel 16 ermöglicht einen Ausblick, welcher sowohl aus den Ergebnissen der Arbeit im Ambulant Betreuten Wohnen als auch der pferdegestützten Sozialtherapie basiert.

Die Daten dieses Journals wurden insgesamt anonymisiert. Die Erstellung des Journals erfolgte in Absprache mit der PatientIn.

In die Prozessdokumentation fließen häufig Originalaussagen von Uta in wörtlicher Rede ein, die ich meiner Betreuungsdokumentation der letzten Jahre entnommen habe. Diese sind jeweils in Anführungszeichen gesetzt.

2. Theoretische und praxeologische Grundlagen der Integrativen Therapie und deren Bedeutung für das BeWo von WEGE e.V.

2.1 Das Menschenbild der Integrativen Therapie

Bereits Mitte der 1960er Jahre formulierte Hilarion Petzold (1965) in Anlehnung an die Sichtweisen der Philosophen Gabriel Marcel und Maurice Merleau-Ponty die erste „anthropologische Grundformel“ des Integrativen Ansatzes, in welcher er den Menschen als „Leib-Subjekt“, als „körperliches, seelisches und geistiges Wesen in einem gegebenen sozialen und ökologischen Lebensraum (Lebenswelt)“ beschrieb (Petzold, 2014, S. 65). Dieses vor 50 Jahren entwickelte mehrdimensionale, integrative Menschenbild sieht Frauen und Männer ganzheitlich in ihrer körperlichen, seelischen und geistigen Realität in ihren sozialen und ökologischen Kontexten und im Kontinuum der Lebensalter, in ihrer Lebensspanne (Petzold, 2014). Der Integrative Ansatz vertritt die Grundüberzeugung, dass Menschen nur als ko-existierende, subjektive (d.h. sich fühlende und erkennende) Wesen zu verstehen sind (Rahm et al., 1999), die sich ständig im Wandel befinden – in „schöpferischen Metamorphosen“ (Leitner, 2010, S. 59). Der Integrative Ansatz bezieht deshalb sowohl die biologisch-somatische, die seelische, die geistige, die soziale und die ökologische Seite des Menschen in die gesamte Therapieplanung ein (s. <http://www.eag-fpi.com/methodenkompetenz/>), ist gendersensibel und berücksichtigt die gesamte Lebensspanne, besonders auch aktuelle Lebenszusammenhänge (Petzold, 2014). „Eine menschliche Persönlichkeit, die „als Ganze“ in die Krise geraten ist, braucht in der Regel mehr als traditionelle „Psycho-Therapie“ (Petzold, 2014, S. 69). Für das Ambulant Betreute Wohnen bedeutet dies unter anderem, dass für die betreuten Menschen nach Möglichkeit ein geeignetes „Bündel an Maßnahmen“ (Petzold, 2014, S. 67) unterschiedlicher Fachdisziplinen geknüpft werden sollte, um die verschiedensten Ebenen des Menschseins zu erreichen.

2.2 Ko-respondenzmodell

Das Ko-respondenzmodell bildet eine Grundlage der Integrativen Therapie, in der davon ausgegangen wird, dass alles „Sein“ „Mit-Sein“ ist und dass in dieser Welt das grundlegende Lebens- und Organisationsprinzip das der Bezogenheit ist (Petzold, 1996). Ko-respondenz dient der gezielten Konstituierung von Sinn in Konsens-/Dissenz-Prozessen, die in Konzepten Niederschlag finden und Grundlage für Kooperation werden (Petzold, 2003a). Ein Großteil der Betreuungsarbeit im BeWo (oder auch therapeutischen Arbeit) beruht darauf, durch Ko-respondenzprozesse Sinn herzustellen.

Ko-respondenz wird wie folgt definiert:

Ko-respondenz ist ein synergetischer Prozess direkter und ganzheitlicher Begegnung und Auseinandersetzung zwischen Subjekten auf der leib-, gefühls- und Vernunftsebene über ein Thema unter Einbeziehung des jeweiligen Kontextes/Kontinuums.

Ziel von Ko-respondenz ist die Konstituierung von Konsens/Dissens, der in Konzepten Niederschlag finden kann, die von Konsensgemeinschaften getragen werden und für diese zur Grundlage von Kooperation werden.

Voraussetzung für Ko-respondenz ist die in der prinzipiellen Koexistenz alles Lebendigen gründende, wechselseitige Anerkennung subjektiver Integrität, die durch Konsens bezeugt wird, und sei es nur der Konsens darüber, miteinander auf der Subjektebene in der Prozess der Ko-respondenzen einzutreten oder konsensuell Dissenz festzustellen und als solchen zu respektieren.

Scheitern von Ko-respondenz führt zu Entfremdung, Frontenbildung, Krieg (Petzold, 2003a, S. 117).

2.3 Persönlichkeitstheorie

Die Persönlichkeitstheorie des Integrativen Verfahrens wurde unter dem life span developmental approach konzipiert und geht von einer lebenslangen Entwicklung der Persönlichkeit aus (vgl. auch Kapitel 2.6). Das Modell der Persönlichkeit im Integrativen Ansatz umfasst die Dimensionen Selbst, Ich und Identität:

1. Auf Basis des Organismus wird bereits intrauterin das (Leib-)Selbst ausgebildet. Dieses archaische (Leib-)Selbst hat die Fähigkeit wahrzunehmen, zu erinnern, sich auszudrücken und zu reagieren. Im Prozess der Identitätsbildung wächst das archaische Leib-Selbst zum reifen Leib-Selbst (Petzold, 2003a).

2. Das Ich wird in etwa ab dem 8. Lebensmonat als archaisches Ich aus den Fähigkeiten des Selbst entwickelt. Das Ich ist an Bewusstsein gebunden und kann als „Selbst in actu“ (Petzold, 2003a, S. 570) bezeichnet werden. Aus dem archaischen Ich wird im Verlauf der Entwicklung ein reifes Ich, welches die „Gesamtheit aller bewussten und bewusstseinsfähigen aktionalen, emotionalen, kognitiven und mnestischen Funktionen“ (Petzold, 1970; zitiert nach Petzold, 2003a, S. 570) umfasst.

3. Identität konstituiert sich dadurch, dass das Ich einerseits das Leib-Selbst wahrnimmt (Identifikation, Selbstattribution), andererseits wahrnimmt, wie das Leib-Selbst von der Umgebung wahrgenommen wird (Identifizierung, Fremdattributionen) (Petzold, 2003a). Identität ist also sozial bestimmt: Sie wächst aus dem Miteinander im sozialen Netzwerk in wechselseitigen Prozessen. Identität entsteht über die Zeit und ruht auf fünf Säulen, die sich aus der Dialektik von Selbstzuschreibung und Fremdzuschreibung konstituieren. Diese fünf Säulen umfassen:

1. Leiblichkeit
2. Soziales Netzwerk
3. Arbeit, Leistung, Freizeit
4. Materielle Sicherheiten und milieu-ökologische Bezüge

5. Wertorientierungen, weltanschauliche und religiöse Überzeugungen (Leitner, 2010).

2.4 Gesundheits- und Krankheitsverständnis

Aus Sicht des Integrativen Verfahrens können Gesundheit und Krankheit unter einer philosophisch-anthropologischen und einer klinischen Perspektive differenziert betrachtet werden.

Aus anthropologischer Sicht werden Entstehungsbedingungen von Krankheit berücksichtigt, die sich auf die Verdinglichung des Menschen aufgrund multipler Entfremdungsprozesse und damit Verlust von Zugehörigkeit beziehen. Das Integrative Verfahren unterscheidet zwischen der Entfremdung von sich selbst als Leib, der Entfremdung von Mitmenschen, der Entfremdung von der Welt und der Entfremdung von der Zeit. „Eine gute Zugehörigkeit zum Anderen, zum Netzwerk und zu einer gesunden Ökologie als unentfremdeter ökopsychosomatisch salutogener Lebensraum ist Grundlage von Gesundheit“. (Ostermann, 2010, S. 106). Insbesondere der Verlust von beziehungsweise das (Wieder-)Erreichen von Zugehörigkeit sollten wesentliches Thema der alltäglichen Arbeit im Ambulant Betreuten Wohnen sein, wenn man dieses als Maßnahme zur Förderung der Teilhabe in der Gesellschaft (Landschaftsverband Rheinland, 2010) ernst nimmt.

Die erweiterte Gesundheitsdefinition des Integrativen Verfahrens wird von Petzold folgendermaßen beschrieben:

„Gesundheit wird definiert als eine subjektiv erlebte und bewertete sowie von außen wahrnehmbare, angeborene Qualität der Lebensprozesse im Entwicklungsgeschehen des Leib-Subjektes und seiner Lebenswelt. Sie ist dadurch gekennzeichnet, dass der Mensch sich selbst ganzheitlich und differenziell, in leiblich-konkreter Verbundenheit mit dem Lebenszusammenhang, wahrnimmt und im Wechselspiel von schützenden Faktoren und Risikofaktoren, entsprechend

seiner Vitalität oder Verletzlichkeit, Bewältigungspotenzialen, Kompetenzen und Ressourcenlage imstande ist, kritische Lebensereignisse bzw. Probleme zu handhaben, sich zu regulieren und zu erhalten. Schließlich entwickelt der Mensch auf dieser Grundlage seine körperlichen, seelischen, geistigen, sozialen und ökologischen Potenziale ko-kreativ und konstruktiv und entfaltet und gestaltet so ein Gefühl von Kohärenz, Sinnhaftigkeit, Integrität und Wohlbefinden.“ (Petzold, 2003a, S. 448).

Krankheit aus Sicht des Integrativen Verfahrens kann begriffen werden als

„...eine mögliche Qualität der Lebensprozesse des Leibsubjekts und seiner Lebenswelt. Sie kann im Verlauf des Lebens durch exogene Ketten schädigender Ereignisse, die das Bewältigungspotential und die Ressourcenlage des Individuums überlasten, verursacht werden oder/und durch endogene Fehlregulationen und natürlich Abbauerscheinungen. Die Folge ist, dass die gesunden Funktionen des Organismus, die Fähigkeit der Person zur gemeinsamen Gestaltung und kreativen Entfaltung gestört werden oder unwiederbringlich verloren gehen oder fehlfunktionale Reaktionen auftreten. Damit verbunden können innerlich subjektive Unstimmigkeiten zum vertrauten Gefühl eigenleiblich gespürter Gesundheit entstehen. Gleichzeitig können äußerlich wahrnehmbare Abweichungen von stabilisierenden Erscheinungsbildern gesunder körperlicher, seelischer, geistiger und sozialer Lebensprozesse erkennbar werden. Diese Abweichungen werden durch einen Beobachter von außen festgestellt. Voraussetzung ist die Orientierung an kulturellen bzw. gesellschaftlichen normativen Konsensbildungen von Gesundheit und Krankheit“ (Petzold, 2003a, S. 451).

2.5 Suchtverständnis

Die Frage, was Menschen in ihrer Affinität zu Rauschmitteln so stark unterscheidet, führt bis heute zu einer Vielzahl von Erklärungsmodellen, die alle jedoch nur einen Teilaspekt der Abhängigkeitsentwicklung erklären können und wenig miteinander verbunden sind (Kuntz, 2009; Barth, 2011). Orientiert an den Forschungs- und Wissensständen der letzten drei Jahrzehnte hat das Integrative Verfahren tiefenpsychologisches, behaviourales, traumatheoretisches, sozialökologisches, systemisches und anthropologisches Wissen sowie neurowissenschaftliche Erkenntnisse unter Hinzuziehung entwicklungspsychobiologischer Wissensstände und Ergebnissen der Lebenslaufforschung so miteinander verbunden, dass sie in einer Zusammenschau ein umfassenderes Suchtverständnis ermöglichen (Osten, 2004). Bei der Abhängigkeitserkrankung wird besonders eindringlich deutlich, dass es sich nicht nur um eine Erkrankung der Seele (als Gesamtheit aller emotionalen, affektiven und volitionalen Strebungen) oder einer Erkrankung des Körpers handelt, sondern um eine bio-psycho-sozial-ökologische Erkrankung, „eine Erkrankung des ganzen Menschen in und mit seinem Kontext und Kontinuum des Lebens“ (Petzold, 2004, S. 515) also. Petzold definiert Abhängigkeit demnach als

„...komplexe, somatische, psychische und soziale Erkrankung, die die Persönlichkeit des [...] Abhängigen, sein soziales Netzwerk und seine mikroökologischen Rahmen betrifft, beschädigt und – wenn sie lange genug wirkt – zerstört. [...] Abhängigkeit hat eine multikausale, zum Teil sehr stark variierende Genese. Sie zeigt unterschiedliche Ausprägungen und Verlaufsformen, abhängig von genetischen Dispositionen, biographischen Vorschädigungen, psychosozialer Gesamtsituation/Lebenslage, Grad der Chronifizierung, Ressourcenlage.“ (Petzold, 2004, S. 515)

Abhängigkeit als bio-psycho-sozial-ökologische Erkrankung kann sich daher auf folgenden Ebenen des Menschseins manifestieren:

- Somatische Ebene: Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung haben zu ihrer Leiblichkeit ein ausgesprochen gestörtes, destruktives Verhältnis, sie erleben Leib und Person als gespalten und benutzen den Körper als „Drogenkonsummaschine“ (Petzold, 2004, S. 517) benutzen. Sie haben sich von ihrem Leib entfremdet. Hinzu kommen zahlreiche behandlungsbedürftige körperliche Erkrankungen.
- Seelische Ebene: Vielfach sind auch seelische Entwicklungen, die im Laufe der Sozialisation moduliert wurden, zerstört oder sie konnten sich gar nicht erst entwickeln (Petzold, 2004). Pathologische emotionale Stile wie die „Anästhetisierung“, also der Versuch des Menschen, sich gefühllos zu machen, um Schmerzen oder andere belastende Affekte nicht mehr ertragen zu müssen (Petzold, 2003a), können zu Suchtverhalten führen.
- Geistige Ebene: Vor allem das Milieu des „Noetischen“ (griech. nous = Geist) stellt bei suchtkranken Menschen einen ganz massiven Schädigungsbereich dar. Fragen des Sinnes, des Lebenssinnes und der Werte, der Lebensziele, die Frage nach Unrecht/Ungerechtigkeit, Recht/Gerechtigkeit werden bei abhängigen Menschen wesentlich, die in ihrem Leben sehr viele Unrechtserfahrungen aus Opfer- und Tätersicht machen mussten. Die bei Drogenabhängigen häufig vorfindliche Perspektivlosigkeit ist nicht nur das Resultat der Drogenkarriere, sondern auch die motivationale Kraft dafür, weiter Drogen zu konsumieren. Die innere Leere, Unerfülltheit, der Verlust von Werten, Sinn und Lebenszielen wirken sich schädigend auf die Persönlichkeit des Drogenabhängigen aus. Es entsteht ein geistiges Craving, das neben dem physischen und dem psychischen Craving ernstgenommen werden muss (Petzold, 2004).
- Soziale Ebene: Auch die gestörte, kranke, defiziente Sozialität des Abhängigen muss als eine Krankheit seiner sozialen Realität gesehen wer-

den. In den Netzwerken abhängiger Menschen herrschen häufig zahlreiche toxische Beziehungen vor, die stützende Kraft der Netzwerke ist sehr gering (Petzold, 2004).

- **Ökologische Ebene:** Erkennt man den Menschen auch als ökologisches Wesen, wird offensichtlich, wie stark er von der physikalischen Umwelt geprägt ist. Leben Menschen in destruktiven mikroökologischen Szenen, also in verwaorlosten Wohnungen, Szenevierteln oder in der Obdachlosigkeit, ist wahrscheinlich, dass sie dort noch zusätzlich krank werden können (Petzold, 2004). Das Ambulant Betreute Wohnen bietet - mehr als andere Hilfsangebote - eine besonders gute Möglichkeit, bei genau dieser Ebene anzusetzen.

Bei abhängigen Menschen haben wir es zudem immer mit Persönlichkeiten zu tun, die in unterschiedlichen Stadien der Persönlichkeitsentwicklung geschädigt wurden. Sie haben eine gestörte Beziehung zum eigenen Leib-Selbst, ein schwaches Ich und/oder eine gestörte Identität (Petzold, 2004).

2.6 Entwicklung in der Lebensspanne und komplexes Lernen

Die Entwicklungstheorie des Integrativen Verfahrens basiert auf der Vorstellung des sich lebenslang entwickelnden Menschen in Kulturen als Enkulturation, in Ökologien als Ökologisation (Petzold 2016e) und in sozialen Kontexten als Sozialisation. Sie geschieht in Polyaden (Wir-Netzen), denn „Sein-ist Mit-Sein“. Entwicklungsgeschehen ist grundsätzlich interaktional und kommunikativ. Entwicklung wird durch Genexpression in „sensiblen Phasen“ und von passenden oder unpassenden bzw. fehlenden oder toxischen/traumatischen Umwelteinflüssen, also von positiven, negativen und defizitären Stimulierungen in Einflusketten (chains of adverse, protective und deficient events), durch Vergangenheitseinflüsse, Gegenwartskräfte und Zukunftsaussichten positiver oder negativer Natur bestimmt. Entwicklung vollzieht sich also über die gesamte Lebensspanne (Petzold, 2003a).

Entsprechend dieser Vorstellung haben sich Sozialtherapeuten eine allgemeine Modellvorstellung vom Prozess der Entwicklung und der dabei typischerweise zu absolvierenden gesellschaftlichen Institutionalisierungen, Sozialisations- und Enkulturationsprozesse zu bilden. Sie benötigen ein Wissen vom „normaltypischen“ Entwicklungsverlauf von Menschen, um einschätzen zu können, inwieweit die Entwicklung der hilfeschuchenden Menschen von diesem abweicht und Vorstellungen darüber zu entwickeln, wie deren persönliche Entwicklung ganzheitlich gefördert werden kann - ohne den Patienten durch die Erwartung von Entwicklungsschritten, die (noch) nicht leistbar sind, zu überfordern. Unter dieser Perspektive sind Enlargement- (Erweiterung), Enrichment- (Bereicherung) und Empowerment- (Ermächtigung) Strategien (Petzold, 2003a) von besonderer Bedeutung.

Zur Förderung der ganzheitlichen Entwicklung sind Lernprozesse auf verschiedenen Ebenen nötig: Der kognitiven, der emotionalen, der volitiven, der sozial-interaktionalen und der ökologischen Ebene. Für jede dieser Lernebenen gibt es bestimmte Lernvorgänge, die einander ergänzen. Alle Lernvorgänge schlagen sich auf der körperlichen Ebene ebenso wie der neuronalen Ebene über Veränderungen neuronaler Bahnen im Gehirn nieder. Der Lernprozess umfasst also immer die ganze Person, nie beispielsweise nur eine einzelne Komponente wie die Kognition. Ziele von Lernprozessen sind immer die Selbstveränderung in Richtung einer Verminderung des Problems, Vergrößerung der Ressourcen und Potenziale und damit die Ausdehnung der Möglichkeiten des Patienten (Petzold & Hartz, 2014).

Angeregt wird Lernen durch multiple Stimulierung in der und aus der Um- und Mit-welt, in der sich die Person bewegt. Für die Suchtentwicklung und den Ausweg aus der Sucht bedeutet das:

„Lernen ist in hohem Maße kontextspezifisch. Das Aufwachsen in miserablen Wohnverhältnissen, z.B. im Devianz- und Drogenmilieu, kann bei Menschen zu einer (aus der gesellschaftlichen Perspektive heraus betrachtet) dysfunktionalen

Kontextualisierung führen, die – aus dem Erleben des Subjekts – durchaus funktional sein kann: Gewalt, Raub, Drogen sichern das Überleben in dem devianten Milieu. Derartige Milieufaktoren sind sehr stark. Sie bahnen die Organismus-Umwelt-Passung bis in die neuronale Ebene, so dass Veränderungen kaum möglich sind, es sei denn, der Mensch wird aus dem Devianzmilieu genommen und wird „dekontextualisiert“ [...], Szenemusik und Szenesprache, Kleidung und Habitus werden „gebannt“, damit nicht alte, erlernte „affordances“ (Wahrnehmungs- und Handlungsmöglichkeiten) alte dysfunktionale Performanzen triggern. Gleichzeitig aber müssen neue Kontextualisierungen erfolgen mit der Aufnahme neuer Stimulierungen, die neues Lernen ermöglichen, Informationen, die wirken, sich einschleifen, Bahnungen und Bereitschaftspotenziale ausbilden“ (Petzold, 2000; zitiert nach Ostermann, 2010).

2.7 Das tetradische System

Das tetradische System der Integrativen Therapie beschreibt ein idealtypisches Modell des therapeutischen Prozesses. Es umfasst verschiedene Phasen:

1. Initialphase: Diese Phase hat den Beziehungsaufbau bzw. den Aufbau von Gruppenkohäsion und die Beobachtung wichtiger Leib- und Gruppenphänomene im Fokus. Es geht darum, in die Therapie einzuführen, erste Ziele und Themen zu bestimmen.
2. Aktionsphase: Diese Phase dient der Stimulierung, Exploration und Vertiefung prozessrelevanter Themen. Sie zielt darauf ab, leibliches Erleben, emotionale Resonanzfähigkeit und Evidenzerfahrungen zu vermitteln.
3. Die Integrationsphase beinhaltet das Durcharbeiten, Reflektieren und Integrieren der relevanten Themen. Eine Verbesserung der Reflexionsfä-

higkeit und Erkennen von Beziehungsmustern soll in dieser Phase erreicht werden.

4. In der Neuorientierungsphase gilt es, neu erlerntes Verhalten zu erproben und zu etablieren. Neue Handlungsentwürfe sollen entworfen werden.

Das tetradische System verläuft natürlich nicht immer nach diesem idealtypischen Verlauf ab, sondern es gibt Bewegungen zwischen den Phasen, ein Überspringen von Phasen und auch Rückschritte (Waibel et al., 2009). Insbesondere in langjährigen Betreuungen im Rahmen des BeWo kann, vor allem auch in Bezug auf die Vielfalt verschiedenster betreuungsrelevanter Themen, von einem idealtypischen Verlauf eher nicht ausgegangen werden.

2.8 Die vier Wege der Heilung und Förderung

Im Rahmen des Ambulant Betreuten Wohnens gilt es, gemeinsam mit den Betreuten individuelle Wege zu einer Verbesserung der Lebenssituation und einer vermehrten Teilhabe an der Gemeinschaft zu finden. Ein flexibles Modell möglicher Wege beschreiben die „vier Wege der Heilung und Förderung“ des Integrativen Verfahrens. Es handelt sich bei diesen vier Wegen um „Hauptwege“ mit zahlreichen Nebenwegen und Querverbindungen (Braunbarth, 2009a).

Der 1. Weg (Einsicht, Bewusstseinsarbeit, Sinnfindung) umfasst eher die kognitive Komponente des therapeutischen Prozesses. Es geht darum, sich selbst zu verstehen, die Menschen, die Welt, das Leben verstehen zu lernen; also um den Gewinn „komplexen Bewusstseins“ (Petzold, zitiert nach Braunbarth, 2009, S. 69).

Der 2. Weg (Nach- und Neusozialisation, Grundvertrauen, Selbstwert) dient vermehrt der emotionalen Regulationsförderung. Patienten sollen durch korrektive emotionale Erfahrungen Zugehörigkeit erleben können, beziehungs-fähig werden, Liebe spüren und geben und sich selbst zum Freund werden können.

Der 3. Weg (Erlebnis- und Ressourcenaktivierung) dient der Persönlichkeitsentfaltung. Es geht darum, Neugierde auf sich selbst und andere zu entwickeln, sich selbst zum Projekt zu machen und sich in Begegnungen und Beziehungen zu entfalten. Erlebens- und Ausdrucksmöglichkeiten sollen gefördert werden sowie Ressourcen und protektive Faktoren genutzt und weiterentwickelt werden. Das Alltagsleben wird in diesem Weg gezielt mit einbezogen und dadurch neue, funktionale Lebensstile gefördert.

Der vierte Weg (Solidaritätserfahrung, Metaperspektive) will soziale Kompetenzen fördern und soll helfen, in der Therapie erlebte Solidaritätserfahrungen im alltagspraktischen Empowerment durch andere und für andere zu erweitern. Der vierte Weg hat im Fokus, nicht alleine zu gehen, füreinander einzustehen und gemeinsam Zukunft zu gewinnen (Braunbarth, 2009a).

2.9 Die 14 Wirk- und Heilfaktoren

In den oben beschriebenen Wegen der Heilung und Förderung sind verschiedenste therapeutische Wirkfaktoren in Gruppierungen zusammengefasst, die im therapeutischen Prozess je nach Erkrankung, Fokus und Problemlage des Patienten zum Tragen kommen. In der Auswertung von Psychotherapiestudien, von Kasuistiken aus Therapiesitzungsprotokollen, welche im Rahmen von Graduierungsarbeiten an der EAG/FPI erstellt wurden, sowie von Graduierungsarbeiten an der EAG/FPI konnten folgende 14 Wirk- und Heilfaktoren herausgearbeitet werden (Petzold, 2003a) und werden von mir nun folgend – stichpunktartig - beschrieben:

1. Einführendes Verstehen und Empathie (EV): Mitfühlende, empathische, taktvolle, wertschätzende und damit nachsozialisierende / neuzoialisierende Beziehung des Therapeuten zum Patienten.
2. Emotionale Annahme und Stütze (ES): Akzeptanz, Entlastung, Trost, Ermutigung und positive Zuwendung helfen, positive selbstreferentielle Gefühle und Kognitionen zu fördern.

3. Hilfen bei der realitätsgerechten, praktischen Lebensbewältigung/Lebenshilfe (LH): Hilfen in Form von Rat und tatkräftiger Unterstützung sowie praktischer Anleitung. LH sind im Ambulant Betreuten Wohnen von besonderer Relevanz.
4. Förderung emotionalen Ausdrucks, volitiver Entscheidungskraft (EA): In der (Human-)Therapie als „emotionaler Differenzierungsarbeit“ (Petzold, 2003; S. 1039) sowie als Behandlung „dysfunktionaler emotionaler Stile“ (Petzold, 2003; S. 1039) oder als Beeinflussung von „Grundstimmungen“ (Petzold, 2003; S. 1039) geht es immer auch um das Zeigen von Gefühlen, das Sprechen über Gefühle und Willensregungen und damit die kathartische Entlastung im therapeutischen Prozess.
5. Förderung von Einsicht, Sinnerleben, Evidenzerfahrungen (EE): Der Patient kann durch die Einsicht in Lebens- und Problemzusammenhänge bzw. Krankheitsbedingungen lernen, sich und seine Entwicklung besser zu verstehen. In der Integrativen Therapie sprechen wir diesbezüglich von der Erweiterung der Sinnerfassungs-, Sinnverarbeitungs- und Sinnschöpfungskapazität.
6. Förderung kommunikativer Kompetenz/Performanz und Beziehungsfähigkeit (KK): Hilfestellung des Therapeuten zur Erschließung und Erprobung von Kommunikationsmöglichkeiten, damit der Patient diese im Alltag aktualisieren kann und dadurch ein Mehr an Rollenflexibilität, an „social skills“, an Ausdrucksvermögen und damit letztlich an Beziehungs- und Bindungsfähigkeit gewinnen kann.
7. Förderung leiblicher Bewusstheit, Selbstregulation und psychophysischer Entspannung (LB): Förderung von Leibbewusstheit, von Regulationshilfen und Förderung eines bewegungsaktiven Lebensstils haben eine wichtige gesundheitsfördernde / krankheitsvermindernde Wirkung.
8. Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen (LM): Therapeutische Prozesse sind immer Lernprozesse; in der Therapie

müssen daher Formen des Interesses, des Lernens und der Lernstile benannt und bearbeitet werden.

9. Förderung kreativer Erlebnismöglichkeiten und Gestaltungskräfte (KG): Der Therapeut gibt Anregung zu kreativem Tun als Form der Lebensbewältigung, der Entlastung, der Bearbeitung von Problemen und der Selbstverwirklichung. Die Arbeit mit kreativen Medien (sei es z.B. durch die heilende Wirkung des Kunsterlebens oder des Naturerlebens) hat daher einen besonderen Stellenwert in der Integrativen Therapie.
10. Erarbeitung von positiven Zukunftsperspektiven und Erwartungshorizonten (PZ): Die Auseinandersetzung mit Lebenszielen, Zukunftsvisionen und Plänen ermöglichen den Aufbau von Sicherheit und Hoffnungen sowie den Abbau von Befürchtungen und Katastrophenerwartungen. Der Mensch sollte in der Psychotherapie nie nur in Bezug auf seine bisherige Entwicklung, sondern immer auch als „Sich-Entwerfender“ (Sartre; zitiert nach Petzold, 2003a, S. 1042) gesehen werden.
11. Förderung eines positiven, persönlichen Wertebezugs (PW): Dieser Faktor kann als besonderes Spezifikum der Integrativen Therapie gesehen werden. Ein positives gefestigtes Wertesystem ist ein wichtiger Faktor für Gesundheit, ebenso ist die „Bewertung der Werte“ ein entscheidender Punkt im therapeutischen Prozess.
12. Förderung von prägnantem Selbst- und Identitätserleben, Souveränität (PI): Das Selbst- und Identitätskonzept, wie oben bereits beschrieben, hat in der Integrativen Therapie einen zentralen Stellenwert. (Human-)Therapie muss dazu beitragen, Prozesse der Identitätsbildung zu fördern, um persönliche Souveränität zu ermöglichen. Dabei sollten Therapeuten sich mit den spezifischen Fragen ethnischer, schichtspezifischer und genderspezifischer Identität auseinandersetzen.
13. Förderung tragfähiger, sozialer Netzwerke (TN): Ohne den Aufbau tragfähiger, sozialer Stützstrukturen ist eine langfristig erfolgreiche therapeuti-

sche Behandlung kaum möglich, so dass Netzwerkarbeit im Verlauf der Therapie eine besondere Bedeutung zukommt.

14. Ermöglichung von Solidaritätserfahrungen und fundierter Partnerschaft (SE): Dieser Wirkfaktor umfasst das engagierte Eintreten, wo Unrecht geschieht oder geschehen ist, und das „sich-solidarisch-an-die-Seite-stellen“ (Petzold, 2003a, S. 1045) durch den Therapeuten (oder die therapeutische Gemeinschaft, Selbsthilfegruppe etc.) ebenso wie die Förderung solidarischen Engagements des Patienten.

Diese 14 Wirkfaktoren bzw. ihre Abkürzungen werde ich in der Beschreibung des sozialtherapeutischen Prozesses mit Uta immer wieder in Klammern abgekürzt aufgreifen.

3. Institutionelles Setting

Vor fünf Jahren habe ich - damals noch als ehrenamtlicher Vereinsvorstand - die Einrichtung WEGE e.V. gegründet, in der Menschen mit Suchterkrankungen und psychischen Erkrankungen betreut werden. Bei WEGE e.V. bin ich mittlerweile in der Geschäftsführung, der sozialpädagogischen Leitung und natürlich immer noch der direkten Betreuungsarbeit tätig. WEGE e.V. hat sich im Verlauf der letzten Jahre besonders auf die Betreuung komplex und chronisch psychisch- und suchtkrank Menschen spezialisiert. Unsere Betreuungsschwerpunkte liegen dabei im Bereich „Sucht und Trauma“. Durch die besonderen Anforderungen an die Arbeit mit unseren Betreuten wurde zunehmend deutlich, dass es einer neuen spezialisierten Konzeptionsentwicklung bedarf, so dass ich diese im Rahmen meiner im Mai 2015 fertig gestellten Masterthesis neu geschrieben und durch Experten habe auswerten lassen. Die Konzeption ist Integrativtherapeutisch ausgerichtet und befindet sich im Anhang dieses Journals.

4. Angaben zur Person der Patientin

Name: Uta (Name und Daten anonymisiert)

Geburtsdatum: 1967

Geburtsort: Im Bergischen Land

Nationalität: deutsch

Konfession: evangelisch

Familienstand: ledig

Kinder: keine

Wohnort: Köln

4.1 Betreuungsdaten

Um den langjährigen Betreuungsprozess verständlicher dazustellen, führe ich hier einige Eckdaten der BeWo-Betreuung auf:

Dieses Behandlungsjournal habe ich in den Monaten September - Dezember 2015 geschrieben.

Uta nimmt seit Anfang 2012 am Ambulant Betreuten Wohnen von WEGE e.V. teil. Bislang wurde die Hilfe mehrfach durch den Landschaftsverband Rheinland weiter bewilligt, so dass sie in mehrere Bewilligungszeiträume unterteilt werden kann:

1. Im ersten Bewilligungszeitraum (8 Monate) wurden für Uta nur 2,2 wöchentlichen Fachleistungsstunden durch den Kostenträger bewilligt.
2. Einem Aufstockungsantrag wurde seitens des Kostenträgers stattgegeben, so dass Uta im darauffolgenden Bewilligungszeitraum (2 Jahre) mit 3,66 Fachleistungsstunden / Woche betreut werden konnte.
3. Der aktuelle Bewilligungszeitraum (1 Jahr) umfasst ebenfalls 3,66 FLS / Woche.

Uta möchte auch gerne nach Ablauf des aktuellen Bewilligungszeitraums das Betreute Wohnen weiter beantragen. Wir befinden uns gerade bei der erneuten Antragsstellung.

5. Klassifikation nach ICD-10

Im Rahmen verschiedener Behandlungen wurden bei Uta unterschiedliche Erkrankungen diagnostiziert:

Bei stationären Vorbehandlungen vor Aufnahme des BeWo wurde bei Uta eine Alkoholabhängigkeit (F11.2) nach ICD-10 (Dilling et al., 2010) diagnostiziert.

Im Verlauf der Betreuung wurden ihm Rahmen von psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungen außerdem folgende ICD-10 Diagnosen gestellt:

F19.2: Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen, Abhängigkeitssyndrom

F40.1: soziale Phobie

F41.1: generalisierte Angststörung

F22.0: anhaltende wahnhaftige Störung

F33.1: rezidivierende depressive Störung mit mittelgradigen Episoden.

Nicht diagnostiziert, meines Erachtens jedoch besonders auffällig ist, dass Uta sämtliche Kriterien einer ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung aufweist.

6. Biopsychosozialökologische Anamnese und Krisenscreening zu Betreuungsbeginn

Die biopsychosoziale Anamnese und das Krisenscreening zu Beginn des Ambulant Betreuten Wohnens ermöglichen einen Überblick über die Einbettung der Fokalthematik in die Sachverhalte und Problemlagen im Alltag des betreuten Menschen. Die Daten werden bei WEGE e.V. in mehreren Aufnahmegesprächen anhand eines offenen Fragerasters erhoben. Unser Vorgehen orientiert sich an der von Peter Osten (2004) beschriebenen querschnittlichen psychosozialen Anamnese und Krisenscreening als Bestandteil der Integrativen Diagnostik.

6.1 Kontaktaufnahme, Fokalthematik und querschnittliche Anamnese

Uta wurde von einer Suchtberatungsstelle an WEGE e.V. verwiesen. Der Kontakt zur Suchtberatung entstand auf Drängen des Jobcenters, wo sie aufgrund ihrer Alkoholproblematik aufgefallen war und als nicht vermittelbar galt. Auch wenn der Besuch der Suchtberatungsstelle den Leistungsbeziehern des Jobcenters freigestellt ist und es sich hierbei nicht um eine Auflage handelt, hat Uta dies nicht als freiwillig erlebt. Aus Angst vor möglichen Sanktionen des Jobcenters suchte sie die Suchtberatung auf. Da Uta zunächst mit Hilfe ihrer Suchtberaterin eine stationäre Rehabilitation beantragte, diese dann aber wieder absagte und keinesfalls antreten wollte, gleichzeitig jedoch gravierende Probleme in der Alltagsbewältigung deutlich wurden, wurde sie von ihrer Beraterin an WEGE e.V. verwiesen. Uta war dem Ambulant Betreuten Wohnen gegenüber zunächst sehr skeptisch, nahm jedoch die Termine bei WEGE e.V. anfänglich wahr, um vom Jobcenter „keins aufs Dach zu kriegen“. Bei den Aufnahmegesprächen mit mir wurde schnell klar, dass Utas Situation desolat war. So schwebte unter anderem noch eine Abmahnung mit drohender Kündigung des Vermieters wegen Lärmbelästigung im Raum, die Wohnung war von Schimmel befallen und Uta litt unter ihrem täglichen exzessiven Alkoholkonsum. Uta äußerte sich damals folgendermaßen über ihr

Leben: „Was mache ich? Vegetieren!“ Des Weiteren beschrieb sie sich von Beginn an als „über alle Maßen völlig unnormale schüchtern.“ Uta hatte bei den Aufnahmegesprächen keine konkrete Vorstellung, wie das BeWo ihr bei ihren Problemen helfen könnte, äußerte aber zumindest die vage Hoffnung, Unterstützung zu finden.

Beruf/Tagesstruktur: Zu Betreuungsbeginn ging Uta keiner beruflichen Tätigkeit nach und hatte keinerlei geregelte Tagesstruktur. Uta verbrachte weitestgehend den Tag vor dem Fernseher. Abends traf sie ihren Freund, der trockener Alkoholiker war und tagsüber arbeiten ging.

Finanzielle Existenz: Utas finanzielle Existenz war durch den Bezug von ALG II grundlegend gesichert. Aktuelle juristische Probleme bestanden nicht. Schulden lagen nur in geringem Maß vor.

Soziale Beziehungen: Uta lebte in der oben erwähnten Partnerschaft und sah ihre Mutter sowie ihre Schwester, ihren Mann und ihren Schwager gelegentlich. Von anderen sozialen Kontakten oder Freundschaften berichtete sie nicht.

Freizeit: Außer Alkohol trinken und Fernsehen ging Uta keinerlei Beschäftigung nach und pflegte zu Betreuungsbeginn keine Hobbys. Uta gab an, ihr Tag bestehe darin, zu trinken und auf die Heimkehr ihres Freundes zu warten.

Prospektion: Uta fiel es sehr schwer, Wünsche, Ziele oder Zukunftsvisionen zu benennen. Es war ihr vor allem wichtig, ihre Wohnung behalten zu können, des Weiteren war es ihr wichtig, trocken zu werden und sie überlegte, allerdings wenig motiviert, vielleicht doch eine Langzeittherapie anzufangen.

6.2 Krisenscreening

Vor allem aufgrund ihrer unsicheren Wohnsituation befand Uta sich zu Betreuungsbeginn in einer akuten Krise. Sie hatte panische Angst, ihre Wohnung zu verlieren.

In Bezug auf ihre suchtbezogene, psychische und damit zusammenhängende somatische Situation befand sie sich im Grunde in einer „Dauerkrise“, die sie jedoch zu Betreuungsbeginn nicht (und auch im Betreuungsverlauf erst äußerst kleinschrittig) benannte. Unmittelbar erkennbar war ihre große Anspannung und Nervosität und ihre massive Unsicherheit. Den exzessiven Alkoholkonsum sah man ihr unter anderem aufgrund ihres aufgedunsenen Gesichts deutlich an. Uta verharmloste jedoch zu Betreuungsbeginn das Ausmaß des Konsums erheblich und verschwieg den Konsum anderer Substanzen außer Alkohol gänzlich.

Zudem befand sie sich in einer „Dauerkrise“ durch ihre Paarbeziehung, in der sie häufige Demütigungen durch ihren Partner ertrug.

Eine suizidale Krise konnte zu Betreuungsbeginn aufgrund ihrer Schilderung und anhand konkreter Nachfragen meinerseits jedoch ausgeschlossen werden.

7. Anamnese der Multimorbidität (quer- und längsschnittlich) zu Betreuungsbeginn

An dieser Stelle sei erwähnt, dass die Anamnese sich auf den gesundheitlichen Zustand vor und unmittelbar zu Beginn Betreuungsbeginn bezieht. Allerdings hat Uta mir verschiedene Gesundheitsprobleme im Lebensverlauf erst im Lauf der Betreuungszeit mitgeteilt. Zu Betreuungsbeginn war Uta noch sehr verschlossen und hat sich für verschiedene gesundheitliche Beschwerden so geschämt, dass sie diese verschwieg. Sie berichtete daher zunächst nur – bagatellisierend – von ihrem Alkoholkonsum, ihrer „schrecklichen Schüchternheit“ und einer Venenschwäche. Ich habe alle weiteren Daten zur Multimorbidität, welche ich im Verlauf der Betreuungszeit erfuhr, dennoch an dieser Stelle aufgenommen, um ein vollständigeres Bild von Utas Situation zu Betreuungsbeginn darzustellen.

7.1 Exploration der Abhängigkeitserkrankung

Mit 8 Jahren rauchte Uta ihre erste Zigarette. Seit dem 13. Lebensjahr ist sie starke Raucherin. Zu Betreuungsbeginn raucht sie zahlreiche (keine genaue Angabe erfolgt) selbstgedrehte Zigaretten pro Tag.

Mit 13 Jahren trank sie das erste Mal Alkohol. Der erste Konsum endete direkt im „Komasaufen“ bis zur Bewusstlosigkeit. Ab dem 16. Lebensjahr trank sie regelmäßig am Wochenende, seit ihrem 21. Lebensjahr auch regelmäßig unter der Woche abends und ab dem 22. Lebensjahr auch gelegentlich morgens. Ab dem 24. Lebensjahr trank sie täglich auch morgens. Uta selber stellt einen Zusammenhang zwischen „Beziehungsstress“ mit ihrem ersten und zweiten Partner und zunehmendem Alkoholkonsum her. Zu Betreuungsbeginn trank Uta täglich exzessiv Alkohol.

Ab dem 16. Lebensjahr konsumierte Uta zunächst mehrmals wöchentlich, ab dem 19. Lebensjahr dann täglich gemeinsam mit ihrem damaligen Freund THC. Zum Zeitpunkt der Betreuungsaufnahme konsumierte Uta nahezu täglich Cannabis (keine genaue Mengenangabe), häufig bereits unmittelbar nach dem Aufstehen.

Mit 20 begann Uta für ein halbes Jahr mit täglichem Amphetaminkonsum, bis sie psychisch und körperlich völlig erschöpft den Konsum einschränkte und seitdem gelegentlich konsumierte. Ihren letzten Amphetaminkonsum hatte Uta ca. ein Jahr vor Betreuungsbeginn.

Im Alter von 23/24 Jahren konsumierte sie sehr exzessiv Heroin, ca. ein halbes Jahr täglich intravenös. Als ihr damaliger Drogendealer inhaftiert wurde, schränkte sie den Konsum erheblich ein und konsumierte nach eigenen Angaben nur sehr unregelmäßig. Der letzte Konsum fand ca. 4 Jahre vor Betreuungsbeginn statt.

Im Alter von 27-30 Jahren konsumierte sie regelmäßig Ecstasy, phasenweise bis zu viermal wöchentlich.

Andere Substanzen wie Kokain, Pilze, Schnüffelstoffe, LSD etc. konsumierte sie gelegentlich. Der letzte Konsum fand vor ca. 4 Jahren statt.

Längere abstinente Phasen gab es vor Aufnahme des BeWo überhaupt nicht. Ihre längste konsumfreie Phase war – einige Jahre vor Betreuungsbeginn – ca. eine Woche im Rahmen einer stationären Entzugsbehandlung.

7.2 Exploration der komorbiden Störungen

7.2.1 Körperliche Situation / Erkrankungen / Unfälle in der Lebensgeschichte

Uta ist 1,60 m groß und war zu Betreuungsbeginn deutlich untergewichtig (BMI unter 19). Sie sah, auch bedingt durch den Alkoholkonsum und damit zusammenhängender Vernachlässigung ihrer körperlichen Bedürfnisse (Uta vergaß zu essen), sehr ausgezehrt aus.

Körperlich schien sich bei Uta eine chronisch erhöhte Stressphysiologie manifestiert zu haben, deren erstmaliges Auftreten sie auf das Alter von ca. 9-10 Jahren datiert (intensive nächtliche Unruhe, die zu Schlaflosigkeit und erhöhtem Bewegungsdrang führte). Uta erlebte seitdem zunehmend und nahezu dauerhaft intensive und als äußerst unangenehm empfundene Körperreaktionen wie Anspannung, Zittern und Stocken der Atmung (sie hat das Gefühl, der Atem fließt nicht richtig in ihren Brustraum). Sie neigte des Weiteren besonders zu Anspannungen in den Oberarmen, die teilweise stark schmerzten. Bei besonders hohen körperlichen Spannungszuständen führte sie außerdem reflexartig eine drehende Bewegung ihrer rechten Hand durch, die bei häufiger Wiederholung zu Schmerzen führt.

Uta hatte seit vielen Jahren eine ärztlich diagnostizierte „Venenschwäche“, deren Ausprägung zu Betreuungsbeginn zu erheblichen Beschwerden führte: Längeres Stehen und Sitzen war für Uta zu Betreuungsbeginn nicht möglich, da ihre Beine dabei stark kribbelten und schmerzten. Sie trug Stützstrümpfe und musste auf Anraten des Arztes täglich spazieren gehen, was sie jedoch aufgrund ihrer Ängste, das Haus zu verlassen und durch die Selbst-Vernachlässigung im dauer-alkoholisierten Zustand vermied.

Bedingt durch den Alkoholkonsum drohte Uta zudem eine Fettleber. Uta hatte sogenannte „Lebersternchen“ im Dekolletee und auf den Armen, worunter sie litt, da sie diese als „hässlich“ empfand.

In der Grundschule litt Uta unter „azetonämischem Erbrechen“, mit verstärkt auftretenden, von ihr als extrem quälend erlebten Brechanfällen ohne erkennbare krankheitsbedingte Ursache. Aufgrund des extremen Erbrechens wurde Uta eine Zeit lang im Krankenhaus stationär behandelt und hatte darauf folgend in der Schule einen gewissen Sonderstatus: So durfte sie beispielsweise im Unterricht immer zusätzlich Flüssigkeit zu sich nehmen und war vom Sportunterricht befreit. Uta vermutet als Ursache des Erbrechens eine vorausgegangene Stress- und Ekelsituation, in der sie einen sich erbrechenden Hund einer Schulfreundin beobachtet hatte. Der Arzt im Krankenhaus habe einen Zusammenhang zwischen dem Erbrechen und Stress bestätigt.

Andere körperliche Erkrankungen und Beschwerden im Lebensverlauf sind mir nicht bekannt.

7.2.2 Geistige Situation / geistige Behinderung

Eine geistige Behinderung bestand nicht. Trotz des langjährigen Suchtmittelkonsums hatte Uta grundsätzlich eine gute Auffassungsgabe und Merkfähigkeit. Aufgrund sehr hoher Anspannungszustände und des Suchtmittelkonsums litt sie häufig an Konzentrationsschwierigkeiten (sie konnte sich zum Beispiel nicht lange auf Bücher konzentrieren, weil ihre Gedanken zu kreisen begannen). Teilweise waren ihre Kognitionen sehr verzerrt: Selbst- und Fremdwahrnehmung klafften häufig in einem eklatanten Maße auseinander.

7.2.3 Psychische Situation / psychische Erkrankungen in der Lebensspanne

Uta litt bereits im Grundschulalter unter einer „extremen, schrecklichen Schüchternheit“. Sie berichtet, sie sei immer sehr kritisch mit sich selber gewesen, so habe sie beispielsweise bevor sie zum Einkaufen das Haus verlassen musste, stundenlang vor dem Spiegel gestanden, um ihr Aussehen zu kontrollieren. Mit letzterem sei sie jedoch nie zufrieden gewesen. Das Verlassen des Hauses ist ihr daher bereits in der Grundschule sehr schwer gefallen. Sie habe sich seitdem immer häufiger als hässlich empfunden. Auch in der Schule ist Uta immer sehr zurückhaltend gewesen und hatte Angst, aufzufallen und im Mittelpunkt zu stehen. Ihre sozialen Ängste sind in der Pubertät, als die anderen Mädchen in ihrer Klasse sich den Jungs zuwandten, nochmal verstärkt aufgetreten. Sie war seitdem im Zusammenhang mit Kontakten zum anderen Geschlecht immer extrem unsicher und verlegen, empfand sich als langweilig und meist als unattraktiv. Um mit Männern reden oder Sexualkontakt haben zu können, nahm Uta daher Alkohol und andere Drogen.

Seit dem Alter von ca. 11 Jahren hatte Uta zudem massive Einschlafstörungen. Sie sei damals innerlich so angespannt gewesen, dass sie im Bett kaum hätte stillhalten können und sich immer wieder zwanghaft habe bewegen müssen. Retrospektiv bewertet sie diese Anspannung als Stress und Angst. Zu Betreuungsbeginn gab Uta an, keine Schlafstörungen zu haben. Bei genauerer Exploration ihres Schlafverhaltens fiel jedoch auf, dass Uta selten wirklich tief schlief. Sie hatte zwar keine Probleme einzuschlafen, wurde jedoch nachts sehr häufig wach und fühlte sich morgens selten wirklich frisch und erholt.

Seit Uta 15 Jahre alt war habe sie außerdem „gewusst“, äußerst intensiven Mundgeruch zu haben. Diesen habe sie als so schlimm empfunden, dass er ganze Räume erfüllt habe und die Menschen sich angeekelt von ihr abwenden mussten. Sie habe seitdem immerzu Kaugummi kauen müssen, um bei-

spielsweise überhaupt zur Schule gehen können. Mit 15 habe sie sehr wenig gegessen. Damals habe ihre einzige Freundin ihr gesagt, dass sie aus dem Mund stinke. Seitdem sei sie sich ihres Mundgeruchs erst bewusst gewesen. Ansonsten hätten ihr manchmal Leute gesagt, dass sie eine Alkohol-Fahne habe. Sie habe mal einen Bekannten gefragt, ob er ihren Mundgeruch auch riechen könnte, der habe das aber verneint. Ansonsten habe sie sich nie getraut, dieses beschämende Thema anzusprechen.

Nach Gewalterfahrungen in der Paarbeziehung mit Anfang 20 sei die Welt anders für sie geworden sei, zerbrochen irgendwie, nichts sei seitdem mehr gewesen wie zuvor. Sie müsse sich nur noch zusammenreißen und wenn sie sich nicht zusammenreißt, würde sie zerbrechen. Posttraumatische Symptome wie beispielsweise Flashbacks traten jedoch nach ihren Angaben nicht auf.

Utas Selbstwahrnehmung war völlig verzerrt und führte dazu, dass sie sich selber Probleme oder Krankheiten zuschrieb, die von außen betrachtet nicht vorhanden waren. So glaubte sie beispielsweise, sie habe als junge Erwachsene einen Eifersuchtswahn gehabt. Im Gespräch über diesen Eifersuchtswahn stellte sich heraus, dass ihr damaliger Freund sie regelmäßig mit anderen Frauen betrogen hatte, was Uta rausfand. Ihre – realistischerweise – gezeigte Eifersucht bewertete sie jedoch als wahnhaft. Da Uta zu diesem Zeitpunkt schon keine gute Freundin mehr hatte, die ihr vielleicht beigegeben und den Freund zum Teufel gewünscht hätte, konnte sie bezüglich ihrer verzerrten Selbstwahrnehmung keine Korrektur erfahren. Ihr Freund habe ihr gegenüber zwar den Betrug zugegeben, sie aber als überempfindlich und besitzergreifend bezeichnet. Das habe sie dann auch so angenommen. Zudem glaubte Uta, sie sei übermäßig aggressiv und impulsiv. Auch diesen Eindruck kann ich nicht bestätigen. Eher als assertiv und sozial angemessen zu wertende Verhaltensweisen bewertete Uta bei sich selber als übermäßig impulsiv (beispielsweise ein wütendes, verbal abgrenzendes Verhalten bei einem Konflikt mit dem Ex-Freund). Äußerst selten auftretende Situationen verallgemeinerte sie: „Ich pöbele immer Passanten an“. Auf meine Frage, wie

oft im Leben sie denn schon Passanten angepöbelt habe, antwortete sie nach einigem Überlegen „zweimal“. Bei den Pöbeleien handelte es sich bei genauerer Betrachtung zudem eher um harmlose Schimpfereien.

Mit ca. 30 Jahren begann Uta zudem, extremen Haarausfall bei sich wahrzunehmen, der – so ist aufgrund aktueller Betreuungserfahrungen zu vermuten – nicht tatsächlich vorhanden war. Ihr seien damals alle Haare ausgefallen, der ganze Kopf sei voll kahler Stellen gewesen. Seitdem trug sie kontinuierlich immer eine Kappe oder einen Hut. Uta glaubte unter anderem auch, sie habe schreckliche, entstellte Füße (bei einem augenscheinlich ganz feingliedrigen Fuß) und trug deswegen auch im Winter nur dünne Schläppchen, um ihr Aussehen nicht noch schlimmer zu machen.

Uta rasierte sich zudem in den letzten Jahren vor Betreuungsbeginn immer wieder zur Selbstbestrafung kahle Stellen auf den Kopf, weil sie ihre eigene Hässlichkeit nicht mehr habe ertragen können.

Utas Tagesablauf war mindestens seit ihrem Teenageralter von zahlreichen Grübeleien, Sorgen und Befürchtungen gekennzeichnet. Uta verbrachte seit dieser Zeit nach eigener Einschätzung im Schnitt 80 % des Tages damit, sich Sorgen zu machen: Sie befürchtete beispielsweise, ihre Mutter könne erkranken oder sterben oder sie ängstigte sich davor, einen Schlaganfall zu kriegen und zu sterben. Auch – scheinbar – banalere Dinge, beispielsweise die Befürchtung, dass Handwerker bei ihr klingeln könnten und sie dann nicht passend angezogen wäre, lösten bei ihr starke Besorgnis mit darauffolgenden Gedankenschleifen aus.

Uta hatte dauerhaft massive Scham- und Schuldgefühle. In einem Brief, den sie an mich schickte, beschrieb sie sich im Verlauf ihres Lebens als „einziges Schamgefühl“.

Zudem haderte sie häufig mit dem Leben. Sie hatte einen Suizidversuch verübt (Aufschneiden der Pulsadern), dies sei aber „albern gewesen, ein alberner Hilferuf“. Gleichzeitig hatte sie aber das Gefühl, irgendwo in ihr einen

Überlebenswillen und eine innere Freude zu haben, so dass sie keine Suizidversuche mehr verüben wollte und zudem nicht aufgaben wollte.

7.2.4 Hypothesen zur Komorbidität:

Es kann davon ausgegangen werden, dass Uta im Jugendalter mit dem Konsum von Suchtmitteln begann, um bestehende Anspannungen und Ängste zu reduzieren. Dieser Versuch gelang anfänglich während des Konsums auch, jedoch verstärkte der Konsum langfristig die Probleme und führte dadurch wiederum zu regelmäßigerem und exzessiverem Konsum. Wie unter anderem Franz Moggi (2007) in seinem Buch „Doppeldiagnosen“ in Bezug auf das gemeinsame Auftreten von Angststörungen und Suchtmittelabhängigkeit beschreibt, ist davon auszugehen, dass auch bei Uta die Merkmale der Angststörung und der Abhängigkeit kausal zur Entwicklung der jeweils anderen Störung beigetragen haben. Durch die kurzfristige Angstreduktion beim Suchtmittelkonsum wurden bei ihr im Sinne einer negativen Verstärkung positive Erwartungen an das Suchtmittel hervorgerufen. Uta benannte im bisherigen Betreuungsverlauf immer wieder ganz konkret solche Erwartungen: Uta glaubte zu Betreuungsbeginn noch, nur mit Alkohol könne sie locker sein, sich unterhalten und sei erst dann gesprächsfähig und interessant. Sie ging zweitweise sogar noch weiter: Nur mit Alkohol sei sie sie selber. Des Weiteren scheint es, als haben im Verlauf ihrer Abhängigkeitskarriere aufgetretene akute Intoxikations- und Entzugszustände die Angstsymptomatik verstärkt. Uta berichtete beispielsweise von akuten Angstsymptomen nach der Einnahme von Speed und LSD.

Uta hat außerdem den Eindruck, dass ihr „erbärmliches Selbstwertgefühl“ in Zusammenhang mit dem jahrelangen Suchtmittelkonsum und jedem gescheiterten Entzugsversuch noch etwas mehr „geschrumpft“ sei. Im Verlauf ihrer Abhängigkeitskarriere konnte sie nur unzureichend korrektive Erfahrungen in Bezug auf ihre extreme Selbstunsicherheit machen: Sie konnte sich nicht als kompetent erleben, sondern erfuhr immer wieder neu ihr Scheitern

(z.B. gescheiterte berufliche Karriere). Sie konnte – in einem nahezu permanent intoxikierten Zustand – auch nie die Erfahrung machen, dass andere Menschen sie im nüchternen Zustand interessant oder liebenswert fanden. Ihre Selbstwahrnehmung, sie sei langweilig, weil sie nichts zu erzählen habe, traf auf eine gewisse Art sogar zu: Da sie die Tage weitestgehend intoxikiert zu Hause verbrachte, gab es in der Vergangenheit in der Tat wenig Gesprächsstoff für interessante Unterhaltungen

Grundsätzlich kann sich der Suchtmittelkonsum auch als Ausdruck eines insgesamt ängstlich-vermeidendem Lebensstil verstehen lassen: Aufgrund ihrer massiven Ängste mied Uta zunehmend potentiell angstausslösende Situationen, so dass sich ihr Handlungsspielraum immer weiter einengte. Nahezu dauerhaft intoxikiert konnte/musste sie nun solch schwierige Situationen nicht wirklich wahrnehmen und sich ihnen stellen. Typischen Entwicklungsaufgaben, wie beispielsweise Ausbildung, Berufstätigkeit, Familiengründung oder andere konnte sie sich so in ihrem Leben nicht stellen.

8. Biographische Anamnese

8.1 Herkunftsfamilie

Vater: Utas Vater ist 2008 gestorben. Bereits Jahre vor seinem Tod hat Utas Vater den Kontakt zu seiner Tochter völlig abgebrochen. Der Vater hat Uta kurz vor seinem Tod enterbt, was sie sehr getroffen hat. Dagegen ist sie jedoch nie vorgegangen.

Uta beschreibt ihren Vater als sehr „schüchtern“. Er sei in ihrer Kindheit zu ihr und ihrer Schwester meist sehr lieb gewesen und sei auch lustig gewesen, habe aber kaum Kontakte gepflegt, gelegentlich aber im Keller Partys gefeiert. Zu seinen Eltern hatte er ein sehr belastetes Verhältnis. Seine Mutter sei sehr kalt und herrisch, der Vater auch körperlich gewalttätig gewesen. Utas Vater wollte eigentlich keinen Kontakt zu den eigenen Eltern pflegen, hielt diesen aber auf Drängen von Utas Mutter. Als Uta ca. 12 Jahre alt war, lernte ihr Vater eine neue Frau kennen und verließ seine Familie, um mit dieser zusammen zu leben. Mit „der Neuen“ hatte er auch weitere Kinder. Der Kontakt zwischen Uta und ihrem Vater brach kurze Zeit nach der Trennung der Eltern ab - auch aufgrund des Verhaltens von Utas Mutter (s.u.). Uta hatte den Eindruck, der Vater bemühte sich nicht wirklich um das Zusammensein mit seinen beiden erstgeborenen Töchtern, die neue Familie sei ihm wichtiger gewesen. Zur neuen Frau des Vaters und ihren Halbgeschwistern pflegt Uta keinerlei Kontakt.

Mutter: Utas Mutter lebt in ihrer Nähe, im gleichen Haus wie Utas Schwester und deren Mann und Tochter. Zu ihr hat sie dauerhaft relativ regelmäßig Kontakt. Utas Mutter war Hausfrau, mittlerweile ist sie Rentnerin.

Die Mutter lebt ebenfalls sehr zurückgezogen und pflegte zeitlebens keinerlei enge Freundschaften oder soziale Kontakte. Eine Ausnahme stellten die Schwiegereltern dar, die sie als Elternersatz ansah, da ihre eigenen Eltern früh verstorben waren. Auch ihre Mutter beschreibt Uta als „schüchtern“.

Utas Mutter wurde während des 2. Weltkriegs geboren und berichtete Uta mittlerweile häufig davon, wie schlimm und entbehrungsreiche ihre Kindheit war. Im Verlauf der Betreuung stellte Uta irgendwann fest, dass sie von ihrer Mutter eigentlich immer nur den Satz „ich muss“ gehört habe, was Uta mittlerweile in Zusammenhang mit den Kriegs- und Nachkriegserlebnissen ihrer Mutter bringt („man musste eben weitermachen“). Vor der Geburt der ersten Tochter sei Utas Mutter ca. ein halbes Jahr wegen „Erschöpfung“ in der Klinik gewesen. Erst seit der Geburt von Utas Schwester habe sich ihr psychischer Zustand verbessert, dann hätte sie „halt eben funktionieren müssen“ (Wortlaut Utas Mutter).

Utas Mutter habe zudem die Trennung vom Vater nie verkraftet. Sie sei sehr verbittert, spreche immer noch regelmäßig davon und weine noch heute, wenn sie daran denke, berichtete Uta mir. Eine neue Partnerschaft sei für sie völlig ausgeschlossen gewesen. Uta und ihre Schwester hatten rückblickend immer die Angst, ihre Mutter würde die Trennung nicht überleben. So hat ihre Mutter nach der Trennung vom Vater Tabletten gehortet, um sich zu suizidieren. Das habe sie den Töchtern auch erzählt, habe sich ihnen zuliebe dann aber doch nicht umgebracht. Aus Angst um die Mutter vermieden Uta und ihre Schwester daraufhin den Kontakt zum Vater. Dass sie ihren Vater vermissten, durften die Schwestern ihrer Mutter gegenüber nicht ansprechen.

Mittlerweile ist Utas Mutter körperlich erkrankt, Arzttermine nimmt sie jedoch nur unregelmäßig wahr, teilweise nimmt sie ihre Medikamente falsch ein, was Uta sehr besorgt, mittlerweile sogar manchmal etwas verärgert.

Hobbys etc. hat Utas Mutter auch heute noch nicht.

Schwester & Schwager: Uta hat eine zwei Jahre ältere Schwester. Diese hat Kosmetikerin gelernt und ist Hausfrau. Uta beschreibt das Leben ihrer Schwester als extrem unzufrieden. Sie ist verheiratet mit einem Mann, den Uta als sehr herrisch erlebt. Die Ehe sei extrem konflikthaft. Uta beschreibt ihre Schwester als teilweise „völlig hysterisch“ - wann immer sie diese auf irgendetwas Persönliches ansprechen wolle, beginne die Schwester zu wei-

nen oder zu schreien. Jegliche Form von Kritik sei überhaupt nicht möglich. Gleichzeitig hat sie das Gefühl, ihre Schwester schaue wegen ihrer Alkoholabhängigkeit auf sie herab und nehme sie überhaupt nicht ernst. Utas Schwester und deren Mann seien zudem mit der Erziehung ihres 12jährigen Tochter völlig überfordert, Hilfe wollen sie jedoch nicht annehmen, alle Schuld liege in ihren Augen bei der Tochter. Besonders Utas Schwager scheint nach Utas Empfinden überhaupt kein Verständnis für seine Tochter aufbringen zu können. Der Schwager ist ebenfalls Alkoholiker, er trinkt täglich nach der Arbeit bis zur Betrunkenheit. Abgesehen von Uta habe der Rest der Familie jedoch nicht den Eindruck, er könne ein ernsthaftes Alkoholproblem haben.

Großeltern: Vor den Großeltern väterlicherseits hat Uta sich als Kind immer sehr gefürchtet. Sie seien sehr kalt und pedantisch gewesen. So haben die Kinder zum Beispiel immer ein Handtuch unterlegen müssen, bevor sie sich auf das Sofa setzen durften. Der Vater habe nach den Besuchen bei seinen Eltern öfter heimlich geweint. Nach der Trennung der Eltern ist der Kontakt zu den Großeltern von ihrer Seite aus abgebrochen.

Die Großeltern mütterlicherseits hat Uta aufgrund ihres frühen Todes nicht kennen gelernt. Über diese hat sie keine wirklichen Informationen.

Weitere Verwandtschaft: Im Elternhaus lebte während Utas Kindheit auch Utas Onkel mütterlicherseits sowie dessen Frau. Der Onkel war alkoholabhängig und Uta erinnert sich an häufige nächtliche eskalierende Streitigkeiten zwischen dem Onkel und seiner Frau. Der Onkel verstarb aufgrund des Alkoholkonsums (vermutlich Leberzirrhose).

Utas Nichte ist ihr recht wichtig. In der letzten Zeit macht Uta sich starke Sorgen, da die Nichte sich ausschließlich in Handy und Computerspiele verlieren würde und kein normales Gespräch mit ihr möglich sei.

8.2 Freundschaften/Beziehungen:

In der frühen Kindheit verbrachte Uta viel Zeit mit ihrer Schwester, mit der sie im Garten spielte. Das Verhältnis verschlechterte sich jedoch nach der Trennung der Eltern.

Während der Schulzeit hatte sie eine gute Freundin, zu der sie jedoch mit ca. 16 Jahren der Kontakt abbrach. Enge Freundschaften zu Frauen hatte sie seitdem nicht mehr; allerdings eine lose Freundschaft zu Hilde, der Mutter eines ebenfalls drogenabhängigen Freundes.

Mit ca. 17 Jahren begann Uta, sich in der Obdachlosen- und Drogenszene zu bewegen und hier lockere Kontakte zu pflegen. Hier fühlte sie sich angenommen und akzeptiert, auch wenn sie „private“ Unterhaltungen vermied. Mit Anfang 20 hielt sie sich regelmäßig in einem besetzten Haus auf und fühlte sich hier besonders dazugehörig. Die Menschen seien eben „am Rande der Gesellschaft“ gewesen, so wie sie auch. Aus dieser Zeit sind ihr bis heute noch zwei Freunde geblieben, die sie jedoch derzeit sehr selten sieht, da gemeinsame Treffen immer mit Alkohol-/Drogenkonsum verbunden waren.

Ihre erste Beziehung hatte sie mit 17 Jahren, wobei sie im Zusammensein mit ihrem Freund meist Alkohol und Drogen konsumierte, um lockerer sein zu können. Ab Anfang 20 hatte sie eine langjährige, sehr belastende Beziehung mit einem drogenabhängigen und alkoholabhängigen Mann, der ihr gegenüber massive Gewalt anwendete. Uta beschreibt mittlerweile, sie sei diesem Exfreund gegenüber hörig gewesen. Der Exfreund ist vor einigen Jahren an Krebs verstorben, Uta besuchte ihn kurz vor seinem Tod noch im Krankenhaus, um sich zu verabschieden.

Zu Betreuungsbeginn lebte sie in einer Beziehung mit Tim, der in ihrem Viertel wohnt. Tim ist trockener Alkoholiker. Als die beiden sich kennenlernten, konsumierte er noch Alkohol, lebte auf der Straße und Uta ließ ihn bei sich wohnen. Die Beziehung war ebenfalls sehr konfliktreich, jedoch nicht von körperlicher Gewalt geprägt. Uta erniedrigte sich vielfach gegenüber Tim und lebte in starker Abhängigkeit zu ihm.

Uta hat seit einigen Jahren einen „guten Kumpel“, Sascha, mit dem sie ab und an telefoniert.

8.3 Ökologische Einflüsse (Mikro- & Mesoökologie):

Uta lebt seit dem Auszug aus dem Elternhaus alleine in einer kleinen, sehr spärlich eingerichteten Ein-Zimmer-Wohnung in Köln-Deutz. Das Haus war insgesamt stark sanierungsbedürftig und die Wohnung war zu Beginn der Betreuung noch in einem sehr schlechten Zustand, da Uta sich kaum zur regelmäßigen Wohnraumpflege aufraffen konnte. Sie selber sagt, sie habe früher in der Drogenszene den Ruf als die „mit der siffigsten Wohnung gehabt“.

Uta besaß zu Betreuungsbeginn kaum Möbel, unter anderem kein Bett. Uta heizte die Wohnung aufgrund ihrer Sparsamkeit kaum. Des Weiteren gab es in der Vergangenheit verschiedene Beschwerden der Nachbarn wegen Lärmbelästigung, da Uta in alkoholisiertem Zustand die Musik sehr laut aufdrehte und in der Wohnung herum krakelte. Diese Beschwerden führten zu einer Abmahnung durch den Vermieter.

8.4 Juristische Situation

Uta hat mit Mitte 20 wegen Trunkenheit am Steuer ihren Führerschein verloren. Um eine MPU bemühte sie sich danach nicht mehr.

Andere juristische Probleme in der Lebensspanne sind nicht bekannt.

8.5 Wirtschaftliche Situation

Uta bezieht seit ihrem Auszug aus dem Elternhaus Sozialhilfe beziehungsweise ALG II, gelegentlich durch das Gehalt bei beruflichen Nebentätigkeiten aufgestockt. Sie hatte zu Betreuungsbeginn einige, jedoch vergleichsweise wenige Schulden. Uta lebte immer schon übermäßig sparsam.

8.6 Schulische und berufliche Erfahrungen / Einflüsse

Uta wurde regulär eingeschult. Nach dem Besuch der Grundschule besuchte sie zunächst ein Gymnasium (eine Mädchenschule, die von Nonnen geleitet wurde). Die Atmosphäre dort beschreibt sie als „beklemmend“ und „gruselig“, besonders vor einer Schwester hatte sie starke Ängste. Nach der Trennung der Eltern hatte sie zunehmend Schwierigkeiten in der Schule, sie begann, den Schulstoff als „zu schwer“ zu empfinden. Die 8. Klasse musste sie wiederholen, danach wechselte sie dann auf die Realschule und wurde dort zurück gestuft. Die Realschule hat sie mit der 10. Klasse mit Erlangen der Fachoberschulreife beendet. Den darauf folgenden Besuch der Fachoberschule für Sozialwesen brach sie nach 10 Wochen ab. Ein weiterer Versuch, auf der Gesamtschule das Abitur zu machen, scheiterte ebenfalls. Im Anschluss hatte sie verschiedene kurzfristige Gelegenheitsjobs, z.B. Zimmermädchen und Fabrikarbeiterin. Die letzte kurzfristige nebenberufliche Tätigkeit war 2000. Hier kam es zu sexuellen Übergriffen durch den Arbeitgeber, so dass sie die Tätigkeit dort beendete. Seitdem hat Uta einmalig an einer Maßnahme des Jobcenters (Arbeitsgelegenheit mit Mehraufwandsentschädigung) teilgenommen, wurde hier jedoch aufgrund ihres Alkoholkonsums entlassen.

9. Prozessuale Diagnostik

Wie unter 2.5 bereits beschrieben sind Entwicklungen, die zu einer Suchterkrankung führen, immer als komplexes Geschehen zu verstehen. DIE Ätiologie, die typischerweise zu einer Suchterkrankung führt, gibt es nicht. In diesem Sinne müssen im diagnostischen Prozess immer verschiedene Optiken berücksichtigt werden (Osten, 2000 & 2004). Diagnostik im Sinne der Integrativen Therapie zielt dabei auf das ganzheitliche Wahrnehmen, Beschreiben und Erfassen von Abläufen und Qualitäten im Verhalten des und der Interaktion mit dem Patienten ab. Diagnostik hat einen prozessualen Charakter, sie dauert so lange an wie die Zusammenarbeit mit dem Patienten andauert. Integrative Diagnostik ist zudem ein intersubjektiver Prozess, in dem gemeinsam mit dem Klienten diagnostiziert wird und nicht der Therapeut / Betreuer die „Deutungshoheit“ erhält. So wird auch der zwischen Betreuer und Betreutem ablaufende Prozess zum Gegenstand von Diagnostik. Ausgangspunkt der Integrativen Diagnostik sind die Phänomene, die der Klient seinem Therapeuten zeigt; von diesen ausgehend kann dann gemeinsam auf sinnhafte Strukturen geschlossen werden kann. Integrative Diagnostik kann also immer auch als *Theragnostik* verstanden werden. Im diagnostischen Prozess werden anhand eines Leitfadens Materialien zum Lebenskontext, der Lebens- und Krankheitsgeschichte des Patienten eingeholt (Petzold, 2003a).

Die verschiedenen Bereiche der prozessualen Diagnostik in der Betreuung von Uta werden im Folgenden von mir beschrieben.

9.1 Bedürfnis- und Motivationsanalyse

Die Auseinandersetzung mit Utas Bedürfnissen und ihrer Motivationslage stellt ein Kernthema unserer Betreuungsarbeit dar:

Betreuungsbeginn:

Bereits zu Beginn der Betreuung wurde deutlich, wie schwer es Uta fiel, eigene Bedürfnisse zu entwickeln, wahrzunehmen und sich damit anderen Menschen mitzuteilen. Verschiedenste Anliegen verschwieg Uta daher lange Zeit in unserer Zusammenarbeit, weil sie diese als „zu persönlich“, „zu privat“ und „peinlich“ empfand, um andere Menschen (in diesem Fall mich) damit zu „belästigen“. Somit waren sowohl Utas Bedürfnisse als auch ihre Motivationslage zu Betreuungsbeginn nicht wirklich klar. Sie äußerte einen – schwankenden – Wunsch, ihren Alkoholkonsum einzustellen und dass es ihr „irgendwie besser gehen solle“. Sie hatte jedoch keinerlei Vorstellungen, was genau dieses „besser gehen“ bedeuten könne. Sie wollte nicht „am Suff“ sterben. Ausschließlich ihr großes Bedürfnis, die Wohnung nicht zu verlieren, äußerte sie bereits zu Beginn der Betreuung in aller Klarheit.

Weiterer Betreuungsverlauf bis heute:

Utas Bedürfnisse waren im Betreuungsverlauf häufig in einem extremen Maß und auf eine für sie quälende Art und Weise ambivalent: Während sie einerseits bereits nach einer kurzen Kennenlernphase den Appell an mich zu richten schien, „das alles“ (hier blieb sie sehr vage) nicht alleine durchstehen müsse, hielt sie gleichzeitig irgendeine Form von räumlicher oder emotionaler Nähe, regelmäßige Kontakte, geschweige denn Momente der Begegnung zu und mit mir kaum aus. Dadurch konnte sie unter anderem von mir angebotene lebenspraktische Unterstützung häufig nicht annehmen (zum Beispiel die angebotene Begleitung zu Ärzten oder Ämtern). Auch ihr Bedürfnis, sich mir zu zeigen, etwas von sich mitzuteilen (beispielsweise wenn sie Ängste vor einem Ämtertermin hatte oder ein Konflikt mit ihrem Ex-Freund auftrat), führte immer wieder dazu, dass sie sich genau für dieses Bedürfnis selber verurteilte und sich anschließend zurückziehen musste. Ihr wurde dann sehr schnell „alles zu viel“, sie wollte sich dann „nur noch die Ruhe reintun“.

Im Betreuungsverlauf schwächte sich diese Ambivalenz kleinstschrittig ab. Mittlerweile gelingt es Uta immer mal wieder, eigene Bedürfnisse zu benennen, ohne sich unmittelbar danach dafür zu verurteilen. Dies äußert sich bei-

spielsweise in der Abgrenzung zu ihrem Ex-Freund, aber auch in einem – leicht – veränderten Verhältnis zu ihrer Mutter. Sie benennt zudem immer öfter, dass sie mir gerne einiges, was sie bewege, von sich erzählen möchte, und dass sie das Gefühl habe, in Terminen mit mir wolle „es so aus ihr raus-sprudeln“. Doch immer noch wirkt das Tabu in ihr, sich anderen nicht mitteilen zu dürfen, so dass sie nach Terminen mit mir teilweise immer noch ein schlechtes Gewissen hat, mich mit ihrem „persönlichen Müll“ zugeworfen zu haben und mir nun zu viel zu sein. Sie nennt diese Gedanken ihre „Kopffaxen“.

Im Verlauf der Betreuungszeit änderte sich zudem auch Utas sehr unklare, schwankende Motivationslage. Mittlerweile hat sie sich in einigen Bereichen klar positioniert: Sie will keinen Alkohol mehr trinken. Sie will körperlich gesund bleiben. Sie will etwas Nützliches in ihrem Leben tun (anderen helfen). In anderen Bereichen sind jedoch nach wie vor entweder eine fehlende Veränderungsmotivation oder deutliche motivationale Schwankungen zu erkennen (z.B. bezüglich des Cannabiskonsums oder der Aufnahme von Freundschaften).

9.2 Problem- und Konfliktanalyse

Auf dem Boden der Ergebnisse aktueller Forschungsstände der klinischen Entwicklungspsychologie und der Lebenslaufforschung können laut Osten (2004) verschiedene Ebenen möglicher pathogener Konstellationen im Entwicklungskontinuum der Lebensspanne miteinander in einem Ätiopathogenese-Modell verbunden werden. Diese Ebenen umfassen unter anderem Defizite und prolongierte Mangelerfahrungen, Traumatisierungen, Störungen oder Konflikte.

9.2.1 Defizite und prolongierte Mangelerfahrungen

In der Auseinandersetzung mit Defiziten handelt es sich um einen komplizierten Aspekt der Beschreibung von Krankheitsentwicklung, da es schwieriger

ist zu beschreiben was fehlte, als zu beschreiben was schlecht, belastend oder zu viel war. Aus diesem Grund ist es unerlässlich, ein wissenschaftlich fundiertes Bild über die normativen Abläufe von Entwicklungs- und Reifungsschritten aus Sicht der klinischen Entwicklungspsychologie zu haben, denn nur so können die Folgen misslungener Entwicklungs- und Reifungsschritte adäquat eingeschätzt werden. Längsschnittliche, teilweise prolongierte und akkumulierten Defiziterfahrungen, können zu querschnittlich feststellbaren Defiziten bei Erwachsenen führen (Osten, 2004).

In Utas Lebensverlauf haben sich meines Erachtens in einem besonders erheblichen Maß prolongierte und akkumulierte Defiziterfahrungen negativ auf ihre Entwicklung ausgewirkt.

Bezüglich der Defiziterfahrungen in der Herkunftsfamilie ist besonders das Fehlen jeglicher Offenheit auffällig: Emotionale Belange, Probleme, Kritik wurden nie angesprochen, über allem „Persönlichen“ lag und liegt noch ein großes Tabu. Vor allem ihr Leiden über die Trennung des Vaters von der gesamten Familie durfte nie angesprochen werden. „Man muss sich eben zusammenreißen“, „man muss immer weiter machen“, „das geht andere nichts an“ sind Sätze, die Uta seit ihrer Kindheit begleiten und die sie im Lebensverlauf internalisiert hat. Der Mangel an Resonanz, an emotionaler Stimulierung, intensiven Gesprächen etc. zieht sich durch Utas gesamtes Leben.

Explorations- und Entwicklungsbemühungen von Uta wurden im Verlauf ihrer Biographie nicht erkannt, nicht unterstützt oder teilweise auch konkret behindert. Vor allem die sehr ängstliche Mutter hinderte Uta und ihre Schwester daran, sich auszuprobieren, einmal etwas zu wagen, mal über die Stränge zu schlagen oder Fehler zu machen, aus denen sie dann hätten lernen können.

Auch in der schulischen Entwicklung wurde Uta seitens ihrer Familie überhaupt nicht gefördert, so kann sie sich zum Beispiel nicht daran erinnern, dass ihr einmal jemand bei den Hausaufgaben geholfen hätte oder für Klassenarbeiten mit ihr gelernt hätte.

Ebenso fehlte eine starke Vaterfigur, die den Ängsten und Forderungen der Mutter etwas hätte entgegen setzen können. Der Vater war zwar laut Utas Auskunft so manches Mal genervt von den Ängsten der Mutter, habe sich dann jedoch nur zurück gezogen. Ein weiteres Defizit war nach der Trennung der Eltern dann die völlige Abwesenheit des Vaters, der offensichtlich nicht die Fähigkeit oder das Interesse hatte, sich um regelmäßige Treffen mit seinen Töchtern zu bemühen. Dieses Defizit an väterlicher Zuwendung gipfelte dann in die oben beschriebene Enterbung.

Wie oben bereits erwähnt fehlte es in der Familie zudem grundsätzlich an sozialen Kontakten, an Momenten der Begegnung, Beziehungen oder Bindungen außerhalb des familiären Rahmens. Auch im späteren Lebenslauf mangelte und mangelt es Uta daran. Es fehlte außerdem im gesamten sozialen Umfeld in einem gravierenden Maß an „significant caring others“ (Petzold, 2003a) – also Menschen, die sich für Uta wirklich eingesetzt hätten, sie beispielsweise während der Scheidung der Eltern emotional unterstützt hätten, sie bei Problemen an die Hand genommen hätten und ihr mit Rat und Tat zur Seite gestanden wären. Auch das vollständige Fehlen einer besten Freundin als einem möglichen „mega-protektiven Faktor“ (Osten 2004) seit ca. dem 16. Lebensjahr wirkt sich sehr negativ auf ihre Entwicklung aus. Uta hatte niemanden, mit dem sie ihre Sorgen, aber auch freudige Ereignisse teilen konnte. Somit erhielt sie kontinuierlich auch zu wenige beziehungsweise gar keine positiven Rückmeldungen, was wesentlich zur Entwicklung ihres sehr negativen Selbstbildes und ihrer wenig tragfähigen Identität beigetragen hat.

9.2.2 Konflikte und andere spannungsreiche Störungen

Grundsätzlich kann die gesamte Natur des Menschen als konflikthaft verstanden werden. Bei Konflikten handelt es sich um gegenläufige, widerstrebende Stimulierungen, sie können inter- und intrapsychische auftreten und sind in der gesamten Lebensspanne ätiologisch relevant. Konflikte, die nicht

gelöst oder ausgeglichen werden, können zu Spannungszuständen im Leibselbst des Menschen, zu Widersprüchlichkeiten und Zerrissenheiten im Ich und zu Unvereinbarkeiten und Widersprüchlichkeiten in der Identität führen (Petzold, 2003a).

Besonders gravierend wirkte sich bei Uta der Konflikt der Eltern während der Trennungs- und Scheidungsphase aus. Es ist zu vermuten, dass auch vorher bereits latente, aber unausgesprochene Konflikte zwischen den Eltern bestanden, die von den Töchtern vielleicht wahrgenommen, aber nicht eingeordnet werden konnten.

Nach der Trennung der Eltern litt Uta unter Loyalitätskonflikten zwischen den streitenden Elternteilen. Auch wenn sie – eigentlich – die neue Freundin ihres Vaters gar nicht „so schlimm“ fand, konnte sie dies ihrer Mutter gegenüber keinesfalls kommunizieren, da diese ihr dann heftigsten Vorwürfe machte („du willst mein Leben zerstören“). Uta entschied sich nach einigen eskalierenden Konflikten mit ihrer Mutter, nie wieder etwas Positives über ihren Vater und dessen neue Freundin zu sagen. Der Druck, unter dem sie stand, und die Sorge um die Mutter führten dazu, dass sie ihrerseits auch den Kontakt zum Vater nicht mehr suchte.

Negativ prägend wirkten sich außerdem die Konflikte zwischen ihrem Onkel und ihrer Tante aus, die sie als kleines Kind ängstlich mitverfolgte. Ebenso die Konflikte zwischen ihrem Vater und seinen Eltern.

Heute lebt Uta in dem beständigen inneren Konflikt, Nähe zu anderen Menschen zu ersehnen, und dem inneren Verbot, anderen zu nahe zu kommen. Dies zeigt sich beispielsweise auch in der unter Punkt 9.1 beschriebenen Bedürfnis- und Motivationsanalyse.

9.2.3 Störungen

Störungen entstehen durch nicht eindeutige, mangelnde oder fehlgeleitete Empathie der Bezugspersonen oder durch inkonstante Stimulierungen wie beispielsweise fehlende Beziehungskontinuität (Leitner, 2010).

Nach Utas Beschreibung wirken beide Elternteile nicht wirklich und vor allem nicht konstant empathiefähig, da sie zu sehr mit eigenen Belangen und Problemen beschäftigt waren.

Nach der Trennung der Eltern wurden Uta und ihre Schwester zudem von der Mutter parentifiziert: Sie übernahmen eine Verantwortung für das Leben und tatsächlich auch das Über-Leben der Mutter, was die beiden jungen Mädchen völlig überforderte.

Störungen traten auch in den Paarbeziehungen von Uta auf, in denen die Partner sich ihr gegenüber wechselnd entweder zugewandt oder abwertend zeigten. Konkret miterleben konnte ich dies bei Utas letztem Partner, der auch nach der Trennung immer wieder die Nähe zu ihr suchte, sich auf den ersten Blick für sie zu interessieren schien, um sich dann jedoch stundenlang bei ihr auszujammern und danach den Kontakt wieder abubrechen. Uta selber hat solche Verhaltensmuster unterstützt, indem sie sich immer wieder auf diese einließ und sich teilweise selber extrem inkonstant gegenüber ihrem Partner verhielt (Uta zum Partner: „Meld dich nie wieder bei mir“ – zwei Stunden später schickte sie dann die erste SMS).

9.2.4 Traumatisierungen

Traumata entstehen unter anderem durch extreme externe oder interne Überstimulierung (Leitner, 2010). Die Traumatheorie, als Unterform der Stresstheorie, hat über eine Vielzahl von neuropsychologischen Untersuchungen nachweisen können, dass unter dem Einfluss traumatischer Erfahrungen eine ganze Reihe elementarer psychischer Funktionen desintegrieren (Osten, 2004).

Uta erlebte mit Anfang 20 in ihrer damaligen, sehr destruktiven Paarbeziehung Gewalt und Erniedrigung, die sie selber als traumatisierend empfindet. Danach sei die Welt nicht mehr „ihre Welt“ gewesen, es habe sich alles geändert, nichts sei mehr gewesen wie zuvor. Uta beschreibt, sie habe sich seitdem einfach gar nicht mehr „zugehörig“ gefühlt. Sie habe sich in der da-

maligen Beziehung auch selber erniedrigt und sei immer wieder zu ihrem gewalttätigen Freund „angekrochen gekommen“. Heute könne sie selber nicht mehr verstehen, dass sie sich nicht eher von ihm getrennt habe.

9.3 Leibfunktionsanalyse

Als leiborientiertes Therapieverfahren berücksichtigt die Integrative Therapie auf eine besondere Weise die leiblichen Regungen des Patienten, die sowohl den perzeptiven, den expressiven als auch den memorativen Leib umfassen (Petzold, 2003, Orth, 2015). Der Mensch ist ein multisensorisches Wesen und empfängt verschiedenste Sinneseindrücke von außen und innen; er benötigt multiple Stimulierung, um sich zu entwickeln und sich auf vielfältige Art und Weise ausdrücken zu können (Waibel et al., 2009).

Perzeptiver Leib (Wahrnehmungsleib): Uta anästhesierte ihren perzeptiven Leib den größten Teil ihres Lebens durch Suchtmittelkonsum, vor allem um ihre immensen inneren Anspannungen nicht wahrnehmen zu müssen. Im Verlauf der Betreuungszeit ist ihr sehr kleinschrittig eine bessere Wahrnehmung ihres Leibes möglich geworden. So meidet sie die Betäubung durch Alkohol mittlerweile weitestgehend und konsumiert THC nicht schon früh morgens. Sie fördert mittlerweile ihre körperliche Wahrnehmung durch die tägliche Gymnastik. Immer öfter traut sie sich zudem, Gedanken, Empfindungen und Gefühle wahrzunehmen und zuzulassen, die sie früher immer als „peinlich“ oder „zu privat“ bewertete.

Memorativer Leib (Erinnerungsleib): Utas Erinnerung an ihre Kindheit und die weitere Entwicklung im Lebensverlauf war zu Bereuungsbeginn sehr stark eingeschränkt, was beispielsweise die für den Hilfeplan notwendige Sozialanamnese sehr erschwerte. Auf Fragen bezüglich ihrer Lebensgeschichte antwortete sie häufig völlig ratlos und bestürzt über ihr Unwissen: „Ich weiß es einfach nicht mehr.“ Ich stelle hier einen Zusammenhang zur Tabuisierung innerhalb der Familie her: Die junge Uta hatte so früh schon so viel Stress, dass sie diese belastenden Erinnerungen, über die nie gesprochen werden

durfte, verdrängen musste. Mittlerweile blitzen immer mal wieder Erinnerungen auf, die Uta mir gegenüber benennt. Dadurch kann sie ihre Entwicklung im Lebensganzen etwas besser verstehen.

Expressiver Leib (Ausdrucksleib): Utas expressiver Leib war zu Betreuungsbeginn weitestgehend amputiert. Trotz ihrer hohen Anspannung wirkte sie gleichsam meist kraftlos, es entstand bei mir häufig das Bild, als könne sie nicht zupacken, aber auch nicht abwehren. Sich zu zeigen schien ihr lange Zeit unmöglich, was sich beispielsweise auch in ihrer Körperhaltung ausdrückte, die weite Teile unserer Zusammenarbeit meist leicht abgewandt in einer Art Abwehrhaltung, mit ineinander verschlungenen Beinen, war. Der Blick war meist abgewandt oder sie guckte mich vorsichtig von unten an. Ihr Gesicht versuchte Uta lange Zeit hinter einem tief in die Stirn gezogenen grauen Hut zu verbergen. Die Hand vor dem Mund (um ihren „Mundgeruch“ zu blockieren) lies häufig kaum einen freien Blick auf ihr Gesicht zu. In den letzten Monaten der Betreuung hat hier eine – zaghafte – Veränderung stattgefunden: Der Hut wurde durch ein Stirnband ausgetauscht, ihre Hand hält sie kaum noch vor den Mund. Immer mal wieder wendet sie sich in ihrer Körperhaltung mir direkt zu. Teilweise war es ihr möglich, deutlich emotionale Regungen zu zeigen (z.B. sogar ein Jubeln vor Begeisterung oder auch Zeichen von Freude oder Tränen der Berührung).

9.4 Netzwerk- bzw. Lebensweltanalyse

Soziales Netzwerk zu Betreuungsbeginn:

Um das soziale Netzwerk zu ergründen, hat Uta zu Betreuungsbeginn eine *Netzwerkkarte* erstellt. Die Netzwerkkarte blieb jedoch relativ leer. Uta äußerte zu dem Zeitpunkt noch, dass sie eigentlich auch ganz gerne alleine sein würde, das wäre ihr irgendwie lieber, weil sie sonst immer so angespannt wäre. Gleichzeitig gab sie jedoch an, unter ihrer Einsamkeit zu leiden.

Sie pflegte zu Betreuungsbeginn die Beziehungen, wie ich sie bereits unter 8.2 beschrieben habe.

Soziales Netzwerk im Betreuungsverlauf bis heute:

Nach ca. einem halben Jahr Betreuungszeit gelang es Uta erstmals, bei WEGE e.V. an einer Kleingruppe mit drei Gruppenmitgliedern teilzunehmen. Seitdem nimmt sie regelmäßig – ca. einmal wöchentlich – an einem Kleingruppenangebot teil (pferdegestützte Gruppe / Stabilisierungsgruppe im Wechsel). 2014 hat sie sich das erste Mal zu unserer Weihnachtsfeier getraut und ist sogar bis zum Ende der Feier geblieben.

Mittlerweile benennt Uta immer mal wieder die ein oder andere Betreute, die ihr sympathisch ist. Sie würde sich freuen, diese zu sehen, traue sich aber noch nicht, auch privat etwas mit ihr zu unternehmen. Besonders eine andere Betreute bewundert Uta sehr für ihre (vermeintlich) „selbstsichere Art“ und ihre „Natürlichkeit“.

Im Verlauf der Betreuungszeit bemühte ich mich zudem, gemeinsam mit Uta ihr Helfer-Netzwerk auszubauen. Viele Bemühungen scheiterten jedoch entweder im Vorfeld oder nach kurzem an ihrer sozialen Ängstlichkeit und dem damit zusammenhängenden Wunsch nach Rückzug. Uta begann eine Psychotherapie, verlängerte diese jedoch nach Ablauf der ersten 25 Stunden nicht, da sie sich im Zusammensein mit der Therapeutin immer unwohl fühlte. Gleichzeitig benennt sie aber auch heute noch immer wieder, die Therapeutin habe ihr gezeigt, dass sie „einen Selbstwert“ habe. Über die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe im aktuellen Betreuungszeitraum entstand zunächst ein potentiell neues soziales Netzwerk. Momentan traut Uta sich jedoch nicht mehr, die Selbsthilfegruppe zu besuchen. Vor wenigen Wochen habe ich Uta zu einem ersten Termin mit einer mit uns kooperierenden Psychotherapeutin (VT) begleitet. Uta hatte jedoch nach dem Termin so starke Sorgen und Befürchtungen (ihre „Kopffaxen“), so dass sie sich gegen eine Aufnahme der Psychotherapie in diesem Jahr entschied. Das sei ihr alles zu viel.

Mikro-/Meso-Ökonomie:

Utas Wohnsituation ist grundsätzlich aufgrund der Lage der Wohnung in einem schönen Stadtteil Kölns als sehr förderlich einzuschätzen. Erst neulich

berichtete sie mir, dass sie in einem Viertel wohne, in dem man sogar als Frau keine Angst haben müsse. Sie fühle sich dort mittlerweile wieder sehr wohl. Die Wohnung ist zudem in der Nähe des Rheins gelegen, den sie sehr gerne mag.

Utas Wohnsituation hat sich zudem bezüglich Sauberkeit und Ordnung seit Betreuungsbeginn drastisch verbessert (näheres siehe unter 11 & 12).

Zudem kann man Uta – im positiven Sinne – als typische „Kölner Lokalpatriotin“ bezeichnen. Ein Ausdruck, der bei uns Kölnern für eine große Verbundenheit mit der „schönsten Stadt am Rhein“ steht. Uta mag zum Beispiel kölsche Musik, die sie seit einiger Zeit wieder hört: Sie fühle sich „zu Hause“, wenn sie diese höre. Diese Musik berühre sie so sehr, dass ihr manchmal die Tränen kommen und wenn sie nur über Bands wie Kasalla spreche, komme ihr schon eine Gänsehaut – so erzählte sie mir neulich. Das Lebensgefühl dieser Band teile sie (ebenso wie deren politische Einstellung). Eines von Utas Lieblingsliedern (Kasalla – Fleisch un Bloot, komponiert anlässlich des 30. Geburtstags von „Arsch huh – Zänd ussenander“ im Jahr 2012), welches ganz treffend dieses Lebensgefühl ausdrückt, hat folgenden Text:

*Bes du stolz op ding Stadt? Oder stolz op he dat Land?
Oder kann et sinn, dat du nur jlücklich bes, dat ding Weeg he
stund?*

*Sach, wofür häss du Angs?
Dat keiner mieh ding Sproch versteht, dat irjendeiner mem
Flochzeuch en der Dom rinn flüch?
Jläuvs du dat ech, is dat der Jrund?*

*Äwwer wenn du ehrlich bess,
ejal, woran Du jläuvs oder nit:
Paar Idiote jitt et överall.*

Äwwer wat simmer dann ongerm Strich?

Refrain:

Luur uns aan – mer sinn alle nur us Fleisch un Bloot.

Mer sinn alle nit nur schlääsch un jot.

*De Maske eraff, Hätz en d'r Hand, all Kaate op dä Desch
jelaht.*

Mer sinn alle nur us Fleisch un Bloot jemaat.

Jläuvs du, dat Pro Köln „För Kölle“ heiß

un dat der Räsch hät, der et Muul opriess?

*Ich jläuv janz sicher, et wör leichter, sich zo verstonn, wenn
mer all ens de selve Sproch sprich.*

*Stell Dir vür, dat du he jebore bess un dat he trotzdem nit
ding Heimat es.*

*Weil du zwesche de Stöhl sitz un immer dat Jeföhl häss, dat
du nirjendwo anjekumme bes.*

*Wenn mer ens ehrlich es: Vulkomme ungerschiedlich sim-
mer nit.*

Refrain:

Luur uns aan – mer sinn alle nur us Fleisch un Bloot.

Mer sinn alle nit nur schlääsch un jot.

*De Maske eraff, Hätz en d'r Hand, all Kaate op dä Desch
jelaht.*

Mer sinn alle nur us Fleisch un Bloot jemaat.

9.5 Kontinuumsanalyse

9.5.1 Prävalente pathogene Milieus

Besonders auffallend ist in Utas Familienbeziehungen das Vorliegen prolongierter Mangelerfahrungen (wie unter 9.2.1 beschrieben). Unter einer Mehrgenerationen-Perspektive sind diese vielleicht etwas besser zu verstehen:

Über die Kindheit sowie den weiteren Lebensverlauf ihres Vaters weiß Uta nicht viel, allerdings konnte sie berichten, dass es ihm in der eigenen Herkunftsfamilie, aber auch bei den weiteren Beziehungen in seinem Leben, im Wesentlichen an Anerkennung, Wärme und emotionaler Nähe gefehlt habe.

Über die Kindheit und den Lebensverlauf der Mutter weiß Uta schon etwas mehr. Auch die Mutter habe sehr unten den erfahrenen Defiziten in ihrer Kindheit und Jugend zu leiden gehabt. Persönliche Zuwendung, Offenheit und aktive Unterstützung scheint sie in ihrem Leben kaum erfahren zu haben. Die Ängstlichkeit der Mutter sieht Uta mittlerweile unter anderem in den Kriegserlebnissen begründet, unter denen Utas Mutter schon früh zu leiden hatte, sowie im rigiden Erziehungsstil der Vorkriegs- und Kriegszeit. Das Leben von Utas Mutter ist geprägt von Verlusten, die sie nicht zu kompensieren wusste: Ihre eigenen Eltern sind früh gestorben, der Bruder ist auch früh gestorben und der Ehemann hat sie verlassen. Utas Mutter ist über diese Verluste verbittert und eine der größten Ängste von Uta ist es, selber zu verbittern. Sowohl den emotionalen als auch den kognitiven Stil der Mutter hat sie weitestgehend übernommen – mit dem Unterschied, dass sie mehr Hoffnung auf Veränderung hat als ihre Mutter und sich aktiver bemüht „den Kopf über Wasser zu halten“. Und dass sie mittlerweile grundsätzlich reflektierter ist als ihre Mutter und Hilfe annehmen kann.

9.5.2 Kritische Lebensereignisse / Brüche

Als ersten entscheidenden Bruch in Utas Leben kann die Trennung der Eltern gesehen werden. Hiernach verschlechterte Utas Gesamtsituation sich drastisch.

Die belastenden Partnerschaften und die Trennungen von den Partnern empfindet Uta auch als Brüche im Lebensverlauf. Insbesondere die letzte Partnerschaft habe sie in einem sehr negativen Maß beeinflusst, habe sie beschädigt.

Den Abriss des besetzten Hauses, in dem Uta sich in ihren 20iger Lebensjahren häufig aufhielt, empfindet sie ebenfalls als Bruch.

9.6 Ressourcenanalyse

Utas großes kreatives Potential ist eine wichtige Eigenressource, welche sie unter anderem auch in unseren Gruppenangeboten verwirklichen und mit anderen teilen kann. Uta kann Gitarre spielen (hat sie sich selber beigebracht), macht sehr kreative Fotos und vor wenigen Monaten hat sie begonnen zu schnitzen. Ohne irgendeinen Schnitzkurs gelang es ihr direkt bei ihrem ersten Versuch, ein richtiges Kunstwerk herzustellen. Seitdem gelangt sie - so Uta - immer wieder in einen wahren „Schnitzrausch“: Sie stellt im Wesentlichen abstrakte Figuren her. Uta hat meine Anregung, die Schnitzware irgendwo zu verkaufen, positiv aufgenommen. Einen genauen Plan bezüglich der Verkaufsmöglichkeiten erarbeiten wir gerade, einen ersten „Verkaufstest“ über das Internet haben wir bereits gestartet.

Utas Liebe zur Natur, zu Tieren und ihr großes Umweltbewusstsein stellen ebenso eine wichtige Ressource dar. In der Natur fühle sie sich „ganz“. Auch die positiven Erinnerungen an ihre Kindheit im Garten stellen eine Ressource dar, an die wir gemeinsam immer wieder angeknüpft haben.

Der Stadtteil, in dem sie lebt und sich wohlfühlt, stellt einen protektiven Faktor dar, ebenso die Tatsache, dass ihre Wohnsituation mittlerweile gesichert ist. Ihr „kölsches Lebensgefühl“ empfindet Uta auch als Ressource.

Uta selber benennt außerdem ihre Fähigkeit, immer wieder aufzustehen und nie aufzugeben, als Ressource.

Die Zusammenarbeit mit WEGE e.V. (insgesamt alle Mitarbeiterinnen) empfindet Uta als Ressource; auch ihr soziales Umfeld (Mutter und guter Kumpel) bewerten WEGE e.V. als Ressource und benennen dies Uta gegenüber auch so. Uta sagte einmal zu mir, ohne mich hätte sie die „große Krise“ (Trennung vom Exfreund) wohl nicht überlebt.

Bewältigungsstrategien (Coping)

Durch Utas entweder extrem angepasstes Verhalten oder den totalen sozialen Rückzug sowie ihren Suchtmittelkonsum versucht sie, ihre sozialen Ängste zu vermeiden (negatives Coping).

Uta zeigt teilweise einen sehr hohen Veränderungswiderstand. Dieser kann als Coping verstanden werden, um Überforderung zu vermeiden und eine als bedrohlich erlebte Veränderung ihrer Persönlichkeit zu verhindern.

Utas Coping-Strategien sind zwar in Bezug auf ihre Lebensgeschichte und ihre Persönlichkeitsentwicklung gut nachvollziehbar, manifestieren jedoch langfristig ihre Erkrankung und machen ihr das Nutzen des Hilfesystems teilweise unmöglich. Sie wirken sich letztlich massiv hinderlich auf ihre Weiterentwicklung aus.

9.7 Interaktionsanalyse: Die therapeutische Beziehung

Die Betreuungsbeziehung im Ambulant Betreuten Wohnen kann - ähnlich wie beispielsweise eine psychotherapeutische oder beratende Beziehung - als Sonderfall zwischenmenschlicher Beziehungen aufgefasst werden. Ein Unterschied zur psychotherapeutischen oder beratenden Beziehung besteht

sicherlich in der Möglichkeit, Menschen im Rahmen des BeWo über viele Jahre und relativ zeitintensiv zu begleiten. Dies ermöglicht in einem besonderen Maße, den zweiten Weg der Heilung und Förderung (Nachsozialisation / Neusozialisation) einzuschlagen.

Das was in der Integrativen Praxis die therapeutische Beziehung in einem besonderen Maße kennzeichnet ist der Ko-respondenzprozess (vgl. Kapitel 2.2), bei dem es um „in-Beziehung-setzen“ durch Begegnung und Auseinandersetzung geht, die sowohl den verbalen als auch den nonverbalen Bereich sowie den der Distanzen, der zeitlichen und räumlichen Anordnungen, einbezieht (Petzold, 1996). Der Ansatzpunkt jeder therapeutischen Beziehung liegt dabei in der leibhaftigen Begegnung zwischen Patient und Therapeut (G. Marcel, 1978, zitiert nach Petzold, 1996).

9.7.1 Relationen der Bezogenheit

In der Integrativen Therapie wird zwischen verschiedenen Modalitäten der Relationalität unterschieden: Konfluenz, Kontakt, Begegnung, Beziehung, Bindung sowie Abhängigkeit und Hörigkeit (Petzold, 2003a).

Bezogenheit zu Betreuungsbeginn:

Bedingt durch den permanenten Konsum von Suchtmitteln und einem damit zusammenhängenden Lebensstil lebte Uta jahrzehntelang in pathologischer Konfluenz (z.B. mit der Drogenszene, den Menschen im besetzten Haus und in abhängigen Partnerschaften). Häufig war sie zudem nicht oder nur bedingt in der Lage, ihre eigenen Gefühle und Gedanken von denen anderer Menschen zu unterscheiden: Sie fürchtete so sehr von diesen abgelehnt zu werden, dass diese Angst für sie zur Realität wurde. In einem besonders extremen Maß erlebte sie solche konfluenten Zustände in Bezug auf ihre Eigengeruchsparanoia. Diese Ängste und damit zusammenhängende Konfluenz erlebte sie auch im Umgang mit mir: So litt sie nahezu permanent unter der Überzeugung, ich würde sie sicherlich bald ablehnen und hätte eine schlechte Meinung von ihr (so glaubte sie beispielsweise ich könne sie für einen

„Taugenichts“ halten). Uta fiel es außerordentlich schwer zu erkennen, dass ihr Selbstbild nicht mit meinem Bild von ihr übereinstimmte.

Betreuungsverlauf bis heute:

Erst im Verlauf der Betreuungszeit konnte hier – kleinschrittig – eine Differenzierung stattfinden.

Ich konnte Uta immer wieder versichern, dass ich sie gerne mochte/mag und schätzte/schätze. Auch wenn Uta mich sehr häufig in Frage stellte und immer wieder stellt („jetzt denkst du bestimmt Schlimmes von mir“), grenzte ich mich von unrealistischen Befürchtungen ab, teilte ihr im Sinne der „selektiven Offenheit“ meine Eindrücke und Befindlichkeiten mit und blieb ihr gleichzeitig emotional zugewandt.

Eine Differenzierung von der Konfluenz zur Beziehung förderte ich unter anderem auch, indem ich Uta immer wieder anregte, nach unseren Terminen in einem inneren Dialog bewusst eigene Befürchtungen in Frage zu stellen und diese auch zu verschriftlichen (anstelle stundenlang zu grübeln oder zu versuchen die Grübeleien beiseite zu schieben und dadurch zu keinem Ergebnis zu kommen). So ermutigte ich sie zum Beispiel, verschiedenste Möglichkeiten aufzuschreiben, wie ich rein theoretisch – abgesehen von den befürchteten schlechten Gedanken - über sie denken könnten. Hierbei sollte sie ruhig auch die ihr am abstrusesten erscheinenden Möglichkeiten aufschreiben. Diese Möglichkeiten konnten wir dann in einem darauffolgenden Termin besprechen. Durch solche Interventionen stellt Uta ihre „Kopffaxen“ immer mehr in Frage: „Ich hab nach dem letzten Termin wieder Gottweißwas befürchtet, aber wahrscheinlich wirst du jetzt sagen, dass du mich gar nicht so schlimm fandest, wenn ich dir das jetzt erzähle, oder?“

Andere gemeinsam vereinbarte Experimente, beispielsweise ihre Befürchtungen unmittelbar zu Beginn eines unserer Termine in einem festgelegten Zeitrahmen zu benennen, im Anschluss symbolisch in einem Tresor zu verschließen und danach nicht wieder aufzugreifen oder auch das vollständige

Vermeiden dieser Thematik während unserer Termine, erwiesen sich als weniger hilfreich und förderten Utas Anspannungen.

Durch eine große Portion an Geduld („Das Gras wächst nicht schneller, wenn man daran zieht“ (R. Largo) – und Beziehungsfähigkeit erst recht nicht) und das kontinuierliche Bereitstellen eines „sicheren Betreuungsangebots“ (atmosphärische und strukturelle Sicherheit) konnte Uta langsam ein gewisses Maß an Vertrauen in mich gewinnen und erste Momente von Begegnung bis hin zu Beziehung und Bindung entstehen.

Schrittweise wurde Uta bei unseren Terminen etwas entspannter, was sich beispielsweise in einem direkteren Blick, weniger starkem Zittern und einer größeren Offenheit zeigte. Uta wurde – so benannte sie es selber – „persönlich“. Das tat ihr gut, ängstigte sie aber gleichzeitig sehr.

9.7.2 Übertragung:

Utas Umgang mit mir war sehr häufig von Übertragungen geprägt, die schwer aufzulösen waren / sind. Uta begegnete mir anfänglich sehr misstrauisch und ängstlich. Vor allem aufgrund des Tabus, über Beziehungen zu sprechen, konnte weite Teile der Betreuungszeit bei Uta kein Verständnis für mögliche Übertragungsprozesse geweckt werden. Tabus aus den Interaktionen mit der Herkunftsfamilie wurden von ihr auf die Betreuungsbeziehung übertragen: „Es darf nicht persönlich werden, ich darf nichts von mir erzählen, ich darf nicht gesehen werden und Sabrina nicht sehen“.

9.7.3 Gegenübertragung

Unter Gegenübertragung versteht die Integrative Therapie eine bewusstenfähige Resonanz des Therapeuten auf das, was die Patienten ihm entgegenbringen (Rahm, Otte, Bosse, Ruhe-Hollenbach, 1999).

Während der Betreuungszeit fühlte ich weitestgehend, im Sinne einer koncordanten Gegenübertragung, empathisch mit Uta mit und konnte mich in ihre Situation einfühlen.

An eine Situation kann ich mich gut erinnern, in der ich mich in einer komplementären Gegenübertragung befand, ohne dass ich dies in dem Moment wirklich gesteuert habe: Uta wollte mit mir gemeinsam eine Suchtklinik besichtigen, hatte jedoch unmittelbar vor dem Termin getrunken und jammerte und schimpfte als ich ihr mitteilte, dass wir die Klinik so nicht besuchen könnten. Ich habe – für meine Verhältnisse - ziemlich heftig und laut reagiert und zwar nicht bewusst, um eine Grenze zu setzen, sondern eher, weil in mir kurz der abwertende Gedanke auftrat „argh, die kriegt aber auch mal gar nichts auf die Reihe“ – etwas, was Uta unzählige Male von ihrer Mutter gehört hatte. Der Unterschied zwischen dieser Gegenübertragung und einer bewussten Abgrenzung war die – wenn auch nur kurz aufflammende – Abwertung, die eigentlich hinter diesem Gedanken steckte. Ich habe mich im Nachhinein zuerst sehr über meine Reaktion erschrocken, dann wurde mir bewusst, dass ich in eine „Übertragungsfalle“ getappt war und letztlich habe ich mich bei Uta dafür entschuldigt. Uta meldete mir zurück, dass ihr die ernst gemeinte Entschuldigung gut getan habe.

Eine reziproke Gegenübertragung habe ich selber nicht erlebt.

Durch sehr gute Unterstützung im Supervisionsprozess wurde ich ermutigt und habe mich bewusst dazu entschieden, über weite Strecken des Betreuungsverlaufs IN der Übertragung zu arbeiten: Ich verhielt und verhalte mich heute noch wie eine stützende, Halt gebende mütterliche Instanz, die bei Orientierungslosigkeit die Richtung weist und auch einmal deutliche Grenzen zeigt. So bot erfreulicherweise ein Konflikt zwischen Uta und mir, der aufgrund der Arbeit IN der Übertragung entstand und in dem ich mich wie eine konsequente strenge mütterliche Instanz verhielt, für Uta den Auslöser, ihren fortgesetzten Alkoholkonsum einzustellen. Uta benennt diesen ca. anderthalb Jahre zurück liegenden Konflikt immer wieder als einen Wendepunkt in Bezug auf ihren Alkoholkonsum.

Die Qualität der Arbeit in der Übertragung hat sich im Verlauf der letzten anderthalb Jahre kleinschrittig verändert: Uta ist mittlerweile (phasenweise) reifer, besonnener und souveräner geworden, so dass ich mich in solchen Momenten etwas weniger Richtung weisend und Halt gebend verhalten kann.

9.7.4 Eigenübertragung

Bei Eigenübertragungen handelt es sich um „Übertragungen der Therapeutin, in denen eine unbewusste, in der Eigenproblematik der TherapeutIn begründete notorische Übertragung, in der Beziehung zur KlientIn ausagiert wird“ (Rahm, 1999, S. 363). Grundsätzlich denke ich, dass es nicht möglich ist, eine langjährige und intensive Zusammenarbeit vollständig ohne kurz auftauchende Eigenübertragungen zu meistern. So neige ich manchmal für kurze Momente dazu, eher „zu viel“ Verständnis für Uta zu entwickeln und eine konfrontative oder fordernde Intervention vielleicht manchmal etwas später zu setzen, als es eigentlich möglich gewesen wäre. Dies hängt sicherlich auch mit eigenen biographischen Entwicklungen zusammen. Entscheidend ist es jedoch, dass ich eine Bewusstheit für solche Sequenzen entwickelt habe und diese eben nicht zu einer „notorischen“, also überdauernden Übertragungen und „blinden Flecken“ werden. Hilfreich waren hierbei sicherlich meine mittlerweile langjährigen eigenen Selbsterfahrungs- und Lehrtherapie-Prozesse.

10. Betreuungsplanung / grundsätzliche Betreuungsziele für das Ambulant Betreute Wohnen

Die im Rahmen der gesetzlichen Regelung für das Ambulant Betreute Wohnen als Eingliederungshilfe für Menschen mit wesentlicher Behinderung festgeschriebenen möglichen Ziele sowie deren Erweiterung für die spezifische Zielgruppe von WEGE e.V. sind in der Konzeption von WEGE e.V. im Anhang formuliert.

Die Konkretisierung dieser Richtziele erfolgt gemeinsam mit den betreuten Menschen jeweils im Rahmen der Individuellen Hilfeplanungen. Bei den konkretisierten Zielen muss es sich nach Vorgaben des Leistungsträgers um Handlungsziele handeln, die als Wegweiser der täglichen Arbeit des Ambulanten BeWos dienen. Handlungsziele sind im Individuellen Hilfeplan gemäß der S.M.A.R.T.-Kriterien zu formulieren: spezifisch, messbar, attraktiv, realistisch und terminiert. Außerdem sollen sie positiv formuliert werden. Es kann sich hierbei sowohl um Erhaltungsziele als auch Änderungsziele handeln (Landschaftsverband Rheinland, 2010).

Grundsätzlich ist bei der gemeinsamen Festlegung von Betreuungszielen zu berücksichtigen, dass diese mehreren Quellen entfließen: Einerseits die durch die gesetzlichen Regelungen formulierten Ziele der Eingliederungshilfe, andererseits der Lebenswelt und „social world“ (Petzold, 2003a, S. 402) des betreuten Menschen sowie der metatheoretischen Annahmen und realexplikativen Theorien des Verfahrens, auf dessen Hintergrund miteinander gearbeitet wird (Petzold, 2003a; Petzold, Leuenberger, Steffan, 1998). Ebenso wie solche Hintergründe – soweit möglich – dem Betreuten mitgeteilt werden müssen, muss auch berücksichtigt werden, wie die Optiken der Bezugsbetreuung im Rahmen des BeWo die gemeinsame Zielformulierungen beeinflussen können.

Aufgrund der langjährigen Betreuungsdauer haben Uta und ich verschiedenste Ziele im Verlauf der Jahre aufgestellt, teilweise erreicht, teilweise modifiziert und teilweise wieder verworfen. Diese sowie ihre Umsetzung und die hierzu erfolgten Maßnahmen werden von mir in Kapitel 11 beschrieben.

Nähere Informationen zu Zielen in der Integrativen Therapie finden sich unter anderem bei Petzold, Leuenberger, Steffan (1998).

11. Betreuungsverlauf und sequentiell realistische Betreuungsziele der einzelnen Bewilligungszeiträume

Der bislang ca. dreidreiviertel Jahre andauernde Betreuungsprozess wird an dieser Stelle von mir anhand der vom Landschaftsverband Rheinland hierfür vorgegebenen Richtlinien ausgewertet. Die systematische Auswertung im Abschluss eines Bewilligungszeitraumes orientiert sich an den für diesen Zeitraum festgelegten „smarten“ Zielen („was sollte zuletzt konkret erreicht werden?“), einer Bewertung der Zielerreichung („das Ziel wurde erreicht, teilweise erreicht oder nicht erreicht“) sowie der Einschätzung, welche Unterstützungsmaßnahmen des BeWo oder anderer Personen des Helfernetzwerks und welche Kontextfaktoren zur Zielerreichung beigetragen bzw. sich hinderlich ausgewirkt haben („Wie kam es zu diesem Ereignis? Was hat geholfen? Was hat nicht oder weniger gut geholfen?“). Die Auswertung nehme dabei ergänzend unter Beschreibung der von mir eingesetzten vierzehn Wirk- und Heilfaktoren vor.

11.1 Erster Bewilligungszeitraum: 8 Monate

Ziel 1: Frau Z. kann in ihrer Wohnung wohnen bleiben. Sie nimmt Kontakt zum Vermieter auf, um die Schimmelproblematik zu klären.

Ziel voll erreicht.

Wie kam es zu diesem Ereignis? Was hat geholfen? Was hat nicht oder weniger gut geholfen?

Zu Betreuungsbeginn war es vor allem notwendig, Uta bei der Bewältigung ihrer prekären Wohnsituation zu unterstützen. Hierbei waren vor allem praktische Hilfen, Anleitung, Begleitung sowie die Vermittlung von alltagsrelevantem Wissen erforderlich (*LH, SE*): Ich unterstützte Uta unter anderem bei der Korrespondenz mit ihrem Vermieter bezüglich der Schimmelproblematik, leitete sie bei der Aufnahme einer Mitgliedschaft im Mieterschutzbund an (dies war ihr sehr wichtig, um sich weniger hilflos im Umgang mit dem Vermieter

zu fühlen) und erklärte ihr die Zusammenhänge zwischen „richtigem“ Stoßlüften, ausreichendem Heizen und Schimmelvermeidung. Zudem beriet ich Uta bezüglich ihrer Rechtsansprüche auf die Übernahme der Kosten für Unterkunft und Heizung durch das Jobcenter. Zusätzlich lies der Vermieter eine ordentliche Isolierung an der Hauswand vornehmen. Seitdem hat Uta keine Probleme mit Schimmel mehr. Wir entfernten gemeinsam den bereits vorhandenen Schimmel und überprüften regelmäßig gemeinsam die Wohntemperatur (LH).

Dadurch dass Uta ihren Alkoholkonsum zunehmend in Frage stellte und bereits im ersten Bewilligungszeitraum phasenweise immer wieder reduzierte, trat keine Lärmbelästigung mehr durch „betrunkenes Musikhören“ mehr auf. Es gab keine neue Abmahnung durch den Vermieter.

Ziel 2: Frau Z. reinigt ihre Wohnung auch in instabilen Phasen mindestens einmal wöchentlich. Spül, schmutzige Wäsche etc. räumt sie alle zwei Tage weg.

Ziel nur teilweise erreicht.

Wie kam es zu diesem Ereignis? Was hat geholfen? Was hat nicht oder weniger gut geholfen?

Uta fiel es sehr schwer, in diesem Bereich Hilfe anzunehmen. Sie schämte sich für den Zustand ihrer Wohnung, konnte dies aber nicht zum Anlass nehmen, wirklich effektiv etwas daran zu ändern. In diesem Bereich war ihr Veränderungswiderstand noch zu hoch. Teilweise sagte sie mir auch Hausbesuche ab oder bat mich, anstatt dessen in mein Büro kommen zu können, damit ich ihre Wohnung nicht sehen konnte. Gelegentlich gelang es ihr zwar, praktische Unterstützung anzunehmen, aber noch nicht in einem ausreichenden Maß, um den Zustand der Wohnung wirklich nachhaltig zu verbessern. Ich bemühte mich daher darum, für die Zukunft zunächst Utas Veränderungsmotivation zu fördern. So leitete ich sie beispielsweise mehrfach an, sich ihre Wohnung in einem Wunschzustand vorzustellen (EA, PZ). Ich ermu-

tigte sie wiederholt, sich Hilfe bei mir holen zu dürfen (SE) und klärte sie darüber auf, dass das Anleiten bei der Wohnraumreinigung ja auch meine Aufgabe im BeWo wäre, die ich mir selber ausgesucht hätte; ich versicherte ihr zudem, dass ich eigene Grenzen gut abstecken könnte und ihr zurückmelden würde, wenn mir eine Unterstützung zu viel, zu eklig etc. wäre (EV).

Ziel 3: Frau Z. hält Termine bei Ämtern und Behörden zuverlässig ein und stellt notwendige Anträge (GEZ Befreiung, ALG II Fortzahlung, KK Zuzahlungsbefreiung etc.) fristgerecht. Sie erhöhte ihre bisherige Ratenzahlung auf 10 Euro und zahlt diese weiterhin zuverlässig ab.

Ziel vollständig erreicht.

Wie kam es zu diesem Ereignis? Was hat geholfen? Was hat nicht oder weniger gut geholfen?

Uta wurde von mir beim Stellen von Anträgen, der schriftlichen Korrespondenz und bei komplexeren finanziellen Transaktionen praktisch angeleitet (LH). Des Weiteren bereitete ich anstehende Termine beim Jobcenter mit ihr inhaltlich vor (z.B. „was steht an?“, „wie gehst du mit Fragen um?“, „was musst du mitteilen, was nicht“?), ermutigte sie vor den Terminen (ES) und begleitete sie zu diesen (LH, SE).

Ziel 4: Frau Z. thematisiert im Rahmen des BeWo, wenn Konflikte mit der Familie oder dem Partner auftreten. Sie erarbeitet mit Unterstützung eine für sie umsetzbare Lösung/Alternativverhaltensweisen etc.

Ziel teilweise erreicht.

Wie kam es zu diesem Ereignis? Was hat geholfen? Was hat nicht oder weniger gut geholfen?

Im Verlauf des ersten Bewilligungszeitraumes wurde deutlich, dass dieses Ziel für Uta zu hoch angesetzt war. Aufgrund der hohen Tabuisierung, innerhalb der Familie über Probleme zu sprechen, und Utas erheblicher Beeinträchtigung ihres expressiven Leibes, fiel es ihr sehr schwer, mir mitzuteilen,

wenn etwas „bei ihr nicht in Ordnung“ war. Wenn sie beispielsweise einmal von einem Konflikt berichtete, zerfleischte sie sich im Nachhinein förmlich dafür, über andere schlecht gesprochen zu haben – auch wenn dies überhaupt nicht der Fall war. Uta schrieb mir in diesem Bewilligungszeitraum einen Brief, indem sie deutlich machte: „Ich bin ein EINZIGES SCHULDGEFÜHL!“ Um ihren Widerstand nicht zu „brechen“, entschied ich mich daher in Absprache mit Uta, es noch etwas kleinschrittiger anzugehen: Wir legten von da an den Fokus darauf, noch genauer zu dosieren, was Uta erzählte und was nicht (*EV, ES, EA*). Mir war es wichtig, Uta das Wissen darüber zu vermitteln, dass jeder Mensch sich z.B. auch mal über andere ärgert und dass solche Gefühle völlig normal sind (*EE, EA*). Entscheidend sei es dann eher, wie man mit seinem Ärger umgeht. Dadurch konnte Uta in allerersten kleinen Schritten – zumindest kognitiv – die Erkenntnis entwickeln, dass Gefühle an sich erst einmal nichts Schlechtes oder Verbotenes sind.

Ziel 5: Frau Z. erstellt eine Liste mit einfach umzusetzenden, wohltuenden Aktivitäten und setzt eine Aktivität hiervon mindestens einmal wöchentlich um. Sie besucht die Kreativgruppe von WEGE e.V.

Ziel teilweise erreicht.

Wie kam es zu diesem Ereignis? Was hat geholfen? Was hat nicht oder weniger gut geholfen?

Uta erstellte mit mir zwar eine Liste mit wohltuenden Aktivitäten (*LB*), allerdings fiel ihr schon das Erstellen einer solchen Liste außerordentlich schwer, die Umsetzung vermied sie. Insgesamt erwies sich jede Form ressourcenorientierter Arbeit als schwierig, da Uta eine positive Perspektive auf sich selbst und ihre Lebenssituation völlig fremd war. So gab ich Uta beispielsweise einen Fragebogen, auf dem sie in meinem Beisein alles ankreuzen konnte, was sie gut könne. Uta fühlte sich hiervon jedoch völlig überfordert. Ihr innerer Konflikt wurde deutlich, den sie mir in einer SMS folgendermaßen mitteilte: „Manchmal, wenn ich mich ausnahmsweise mal selber mag, komme ich

mir sofort wieder arrogant vor (im selben Augenblick). Fakt ist – mein Kopf ist irgendwie kaputt.“

Uta nahm jedoch einige Monate nach Betreuungsbeginn des Öfteren an unseren Kleingruppenangeboten teil (*KK, TN, KG*). Hier gelang es ihr jedoch nicht/kaum, sich auf die anderen Gruppenteilnehmer zu beziehen, sie arbeitete lieber alleine vor sich hin. Häufiger sagte sie die Gruppen auch ab, da ihr dann „alles zu viel wurde“.

Ziel 6: Frau Z. lässt bei ihrem Hausarzt einen Gesundheitscheck durchführen und nimmt weitere notwendige medizinische Kontrolltermine / Behandlungen etc. (v.a. Phlebologe, Psychiaterin) wahr. Frau Z. besucht mindestens zwei stat. Reha-Einrichtungen und lässt sich dort über die Behandlungsmöglichkeiten aufklären. Sie setzt den in der Suchtberatung begonnen Konsumreduktionsplan weiter fort.

Ziel voll erreicht.

Wie kam es zu diesem Ereignis? Was hat geholfen? Was hat nicht oder weniger gut geholfen?

Ich ermutigte Uta, den Hausarzt aufzusuchen und sich noch einmal gründlich durchchecken zu lassen (*LH*). Bei den Untersuchungen zeigten sich schlechte Leberwerte (eine drohende Fettleber). Uta reagierte auf diese Nachricht so betroffen, dass sie sich entschied, es doch mit einer stationären Behandlung versuchen zu wollen. Auf Anraten der nahm sie doch eine stationäre Rehabilitationsbehandlung. Leider stellte dieser Aufenthalt eine völlige Überforderung für Uta dar, so dass sie die Behandlung nach 10 Tagen abbrach. Wie Uta mir erst viel später erzählte, konnte sie an nichts anderes mehr denken als ihren „unerträglichen Mundgeruch“. Selbst bei Spaziergängen mit ihrer Therapiegruppe habe sie es nicht geschafft, auch nur ein einziges Wort zu sagen. Die Mahlzeiten seien ein einziger Spießrutenlauf für sie gewesen, da sie sich nicht zu anderen an den Tisch habe setzen können. Gleichzeitig ha-

be sie immer das Gefühl gehabt, anders als die anderen Patienten zu sein: Diese hätten sich immerhin normal unterhalten können und Freundschaften geknüpft, für sie sei das unmöglich gewesen. Nach einigen Tagen habe sie sich dann nicht mehr aus ihrem Zimmer getraut und habe sich weinend in der Zimmerecke zusammengekauert. Seitdem ist Uta gegenüber jedweder stationären Behandlung völlig verschlossen, sie selber sagt, sie sei in der Klinik „noch einen Kopf kleiner geworden“.

Uta bemühte sich nach dem Klinikaufenthalt vielfach, ihren begonnenen Konsumreduktionsplan umzusetzen, scheiterte jedoch jedes Mal. Hier erinnerte ich sie an Wissensstände, die sie bei vorangegangenen Suchtberatungen auch schon vermittelt bekommen hatte: Was eine Suchterkrankung ausmacht, dass dazu eben die Unfähigkeit gehört, den Konsum zu kontrollieren etc. (EE). Diese Auseinandersetzung trug dazu bei, dass Uta begann, sich selber als „Suchtkranke“ zu begreifen – eine Erkenntnis, die sie in der Vergangenheit immer vermieden hatte und die – auch im weiteren Betreuungsverlauf - erst langsam bei ihr reifte.

11.2 Zweiter Bewilligungszeitraum: 2 Jahre

Ziel 1: Frau Z. kann in ihrer Wohnung wohnen bleiben.

Ziel voll erreicht.

Wie kam es zu diesem Ereignis? Was hat geholfen? Was hat nicht oder weniger gut geholfen?

Das bereits etablierte Lüftungs- und Heizverhalten sowie das Einhalten von Ruhezeiten sollte weiter verfestigt werden. Ich unterstützte Uta weiterhin in Form von Erinnerungen und gemeinsamer Kontrolle (LH).

Aufgrund des andauernden Konflikts mit ihrem Ex-Freund drehte Uta mehrfach die Musik so laut auf, dass die Nachbarn sich erneut beschwerten. Um Utas Probleme in der Hausgemeinschaft nicht noch mehr zu vergrößern, beriet ich sie bezüglich der Möglichkeiten, Kopfhörer zu nutzen (LH). Gleichzei-

tig entlastete es Uta sehr, dass ich teilweise sowohl bestürzt als auch sehr ärgerlich über das Verhalten ihres Ex-Freundes war (*ES, SE*) und sie darin bestärkte, ihren eigenen Ärger, ihre Enttäuschung und Frustration ernstnehmen zu dürfen (*EV, ES, EA*). Es gelang ihr dadurch auch in Frage zu stellen, ob sie einem Ex-Freund, der sich derart rücksichtslos verhielt, wirklich hinterhertrauern wollte. Ich ermutigte Uta sehr, nicht mehr auf die zwischenzeitlich immer wieder erfolgenden Kontaktaufnahmen ihres Ex-Freundes zu reagieren und sich konsequent von ihm abzugrenzen (*KK*). Dies fiel Uta außerordentlich schwer, teilweise verhielt sie sich extrem inkonsequent, worunter sie wiederum selber sehr litt. Hier ermutigte ich sie, durchzuhalten und wir überlegten gemeinsam sehr kleinschrittig, wie sie mit einzelnen belastenden Situationen ansatzweise konstruktiv umgehen und sich selber beruhigen konnte (z.B. wenn ihr Ex-Freund ihr mit seiner neuen Partnerin auf der Straße begegnete) (*KK, LB*).

Ziel 2: Frau Z. erzielt bis März einen Grundzustand von Sauberkeit und Ordnung in der Wohnung, der gängigen Hygienestandards entspricht und es ihr erlaubt, sich dort wohl zu fühlen. Ab März hält sie diesen Zustand aufrecht.

Ziel voll erreicht

Wie kam es zu diesem Ereignis? Was hat geholfen? Was hat nicht oder weniger gut geholfen?

Zur Erreichung dieses Ziels unterstützte ich Uta auf verschiedenen (Lern-)Ebenen:

Zum einen unterstützte ich Uta bei der Planung und Strukturierung einzelner Arbeitsschritte. Teilweise leitete ich Uta bei der praktischen Umsetzung an (z.B. gemeinsames Spülen). Aufgrund von Utas eher „chaotischen“ kognitiven Stilen dienten die gemeinsame Planung und das schriftliche Festhalten der Pläne der Differenzierung und Klärung und waren sehr wichtig für Uta (*LH*).

Wichtig war es auch, Utas Motivation und Durchhaltevermögen zu fördern. Vor allem in psychisch instabileren Zeiten oder bei Rückfälligkeit drohte schnell wieder die Verwahrlosung. Hier erarbeitete ich immer wieder mit ihr positive Zukunftsvisionen (*EA, PZ*): „Stell dir vor, wie du dich in deiner Wohnung fühlen würdest, wenn die aufgeräumt wäre, wie würde es aussehen, wie würde es riechen etc.“ und ermutigte sie, wenn sie wieder einmal „alles aufgeben“ wollte. Hilfreich wirkten sich hierbei auch die regelmäßigen Hausbesuche (*LH*) aus, die für Uta auch eine kontrollierende Funktion hatten.

Wichtig war es für Uta auch, dass ich bei ihr Tee trinken konnte, ohne mich ekeln zu müssen. Sie benannte dies selber als hohen Motivationsfaktor.

Um das Erreichte aufrecht zu erhalten, bestärkte ich alle gemachten Handlungsschritte, spendete Anerkennung und Lob für Geleistetes und machte sie immer wieder darauf aufmerksam, was sie alles schon geschafft hatte (*EV, ES*).

Zudem erklärte ich Uta, wie wichtig Wiederholungen und Übungen für das Lernen sind („wenn man hundertmal die Wohnung aufgeräumt hat, fällt es einem schon viel leichter, dann geht's fast wie von selber“) (*LM*).

Wichtig war es auch, Uta zu einem maßvollen Umgang mit ihren eigenen Kräften zu ermutigen und beispielsweise mit ihr gemeinsam Pausen zu etablieren – es machte keinen Sinn, wenn sie sich in einer Hauruck-Aktion überforderte und danach erstmal die Hausarbeit wieder brach lag (*LB*). Hier half es, einen Zusammenhang zu ihrem Leistungsanspruch „funktionieren zu müssen“ herzustellen (*EE*).

Ziel 3: Frau Z. erledigt sämtliche administrativen Angelegenheiten in den dafür vorgesehenen Fristen. Sie hält Ämter- und Behördentermine zuverlässig ein.

Ziel voll erreicht.

Wie kam es zu diesem Ereignis? Was hat geholfen? Was hat nicht oder weniger gut geholfen?

Auch hier war die praktische Hilfe für Uta weiterhin sehr wichtig: Ich bereitete mit ihr anstehende Ämtertermine inhaltlich vor und begleitete sie zu diesen, um sie vor Ort zu unterstützen (*LH, SE*). Uta las außerdem teilweise ihre Post mit meiner Unterstützung und ich leitete sie beim Stellen von Anträgen an (*LH*).

Ziel 4: Frau Z. erledigt einmal wöchentlich den Einkauf notwendiger und einigermaßen gesunder Lebensmittel sowie anderer Waren des alltäglichen Bedarfs. Sie kocht zumindest alle zwei Tage eine warme Mahlzeit und nimmt täglich mindestens drei Mahlzeiten zu sich.

Ziel teilweise erreicht.

Wie kam es zu diesem Ereignis? Was hat geholfen? Was hat nicht oder weniger gut geholfen?

Uta fiel es sehr schwer, ihren Wocheneinkauf zuverlässig zu erledigen. Es war ihr zudem auch sehr unangenehm, wenn ich sie zu diesem begleitete. Immer wieder gab es Phasen, in denen sie nur hektisch in den Laden ging, irgendetwas in ihren Einkaufswagen „knallte“ und dadurch natürlich nicht ausreichend gesunde und schmackhafte Lebensmittel kaufte. Zudem ging Uta extrem sparsam mit ihren finanziellen Mitteln um und versagte es sich häufig, sich auch mal etwas Leckeres zu gönnen, was doch noch im Budget gewesen wäre. Hier half ich Uta, einen Zusammenhang mit der Schwierigkeit, sich etwas Gutes zu gönnen und der praktischen Auswirkung im Lebensalltag (=nichts Leckeres einkaufen) herzustellen (*EE*). Uta entdeckte erste Zusammenhänge mit ihrer biographischen Entwicklung (beispielsweise Internalisierungen: Sei nicht anspruchsvoll, sei bescheiden, andere gehen vor etc.).

Uta entschied sich in diesem Betreuungszeitraum, sich nach einer speziellen Diät zu ernähren, nachdem sie im Internet gelesen hatte, wie gesund eine solche Ernährung sei. Ich bestärkte sie letztlich in diesem Entschluss, nachdem Uta mir genau erklärt hatte, womit sie sich ernähren wollte und ich den

Eindruck gewinnen konnte, dass dies bei ihr eher eine regelmäßige Ernährung fördern würde; teilte ihr aber auch meine Bedenken mit, dass sie sich dann gegebenenfalls noch mehr maßregeln würde. Uta stellt daraufhin selbstständig eine Rezeptsammlung zusammen und überwand sich des Öfteren, einkaufen zu gehen. Sie zeigte mir regelmäßig ihre neu ausprobierten Rezepte und wir sprachen ihre Einkaufsliste gemeinsam durch (LH). Utas Ernährungsverhalten verbesserte sich zu dieser Zeit tatsächlich, in psychisch instabilen Phasen oder bei Rückfällen hatte sie jedoch immer wieder erhebliche Einbrüche. Immer wieder gab es Phasen, in denen Utas Tendenz zur Selbstbestrafung sie beispielsweise am genussvollen Essen hinderte. In guten Phasen übten wir „genussvolles Essen“ zwar gemeinsam (LH, LB), es gelang ihr jedoch in schlechten Phasen nicht, das Geübte aufrecht zu erhalten. Zudem konnte sie in solchen Phasen weitaus schlechter Unterstützung von mir annehmen.

Ziel 5: Frau Z. setzt sich intensivst mit dem Thema körperliche und seelische Gesundheit auseinander

Ziel teilweise erreicht.

Wie kam es zu diesem Ereignis? Was hat geholfen? Was hat nicht oder weniger gut geholfen?

Uta hat im Verlauf dieses Bewilligungszeitraumes ihre alkoholabstinenten Zeiten immer weiter verlängert.

Ich unterstützte Uta dabei unter anderem durch das bewusste Arbeiten IN der Übertragung, wozu unter anderem auch das Aufzeigen von meinen Grenzen gehörte (KK) (vgl. Kapitel 9.7.3).

Des Weiteren ermutigte ich Uta bei Rückschlägen immer wieder, nicht aufzugeben und erinnerte sie an Erreichtes. Ich ermutigte sie, realisierbare Zukunftspläne zu entwickeln: „Was fange ich mit meiner Zeit an, wenn ich nicht mehr trinke“. Wir entschieden uns, damit sie ihre Ziele nicht aus den Augen verlor und sich nicht überfordert fühlte, gemeinsam kleinschrittige „Drei-

Monats-Ziele“ festzuhalten (z.B. Zahnarzttermin ausmachen, CD autogenes Training zumindest dreimal anhören) (*LB*), an deren Umsetzung wir dann gemeinsam arbeiten konnten (*PZ, LH*).

Des Weiteren unterstützte ich sie bei der Analyse von Vor- und Nachteilen das Trinken aufzuhören / das Trinken fortzuführen (vier-Felder-Analyse Literatur nach Körkel, Schindler, 2003). Zur Rückfallprophylaxe nahm Uta auch an einer unserer Kleingruppen teil (*E, TN, KK*). Das Ergebnis einer solchen motivierenden Gruppeneinheit hat Uta heute noch in ihrer Wohnung hängen: Sie erstellte ein Schild, auf welches sie schrieb: „Tu es für dein Gesicht“. Uta meinte damit, dass sie kein „versoffenes, aufgequollenes Gesicht“ mehr haben wollte. Diese Entscheidung hing unter anderem auch mit meinen offenen, besorgten Rückmeldungen zusammen (*EV*), wenn Uta wieder besonders schlecht und aufgedunsen aussah (*EV*). Ich ermutigte Uta häufig, auch andere Hilfsangebote neben dem BeWo in Anspruch zu nehmen.

Ich begleitete Uta außerdem regelmäßig zu einem Suchtmediziner (*LH*), der unter anderem ihre Leberwerte kontrollierte.

Uta nahm zudem in diesem Bewilligungszeitraum ihre Zahnsanierung in Angriff. Aufgrund eines falsch angepassten Zahnersatzes, der ihren Biss veränderte, hatte sie leider für einige Wochen starken Tinnitus, unter dem sie sehr litt. Wir informierten uns gemeinsam, was Uta gegen diesen Tinnitus unternehmen konnte (*SE, LH*). Sie nahm daraufhin Termine beim HNO und einer Kieferchirurg-Tinnitus-Spezialistin wahr, bis es ihr wieder besser ging.

Ein sehr wichtiger Schritt in der Auseinandersetzung mit ihrer Erkrankung war es, dass Uta sich erstmalig traute, mir von ihrer Wahrnehmung, sie habe unerträglichen Mundgeruch, zu berichten. Auf meine völlige Überraschung und die wiederholte Rückmeldung, dass ich bei ihr tatsächlich noch nie Mundgeruch gerochen hatte, reagierte Uta sehr irritiert. Zuerst glaubte sie eine Zeitlang, ich würde sie aus Höflichkeit anlügen. Dann glaubte sie, ich könne eben nicht so gut riechen wie andere Menschen. Nachdem wir noch die Meinung meiner Team-Kolleginnen einholten, die alle einheitlich keinen

Mundgeruch wahrnehmen konnten, ließ Uta sich zu einer Halimeter-Untersuchung motivieren, um auch eine ärztliche Rückmeldung zu erhalten. Hierfür nahm sie einen Beratungstermin in einer spezialisierten Praxis wahr und wir beantragten für die Untersuchung Spendengelder (*LH, SE*), da diese nicht von der KK übernommen wurde. Ich begleitete Uta zu der Untersuchung (*LH*), vor der sie vor Anspannung schon in Tränen ausbrach und ermutigte sie, diesen wichtigen Termin trotz ihrer Ängste vor dem Ergebnis wahrzunehmen (*EV, ES*). Das Ergebnis der Untersuchung belegte dann, dass ihr Atem unterdurchschnittlich wenig Schwefelwerte aufwies. Im Anschluss ermutigte ich Uta sehr, dieses positive Ergebnis doch zumindest ein wenig mit mir zu feiern (*EV, SE*). In der darauffolgenden Zeit war Uta häufig sehr nachdenklich und setzte sich intensiv mit ihrem eigenen Identitätserleben auseinander: Wer war sie denn, wenn sie nicht mehr die mit dem unerträglichen Mundgeruch, die mit der siffigsten Bude und die Dauer-Betrunkene war? Diesbezüglich arbeiteten wir unter anderem mit kreativen Medien (z.B. 5 Säulen der Identität, Ressourcenpanorama, Rahmenbilder) an der Förderung eines neu entwickelten, prägnanteren Selbst- und Identitätserlebens (*PI, KG*). Entscheidend war es jedoch, ganz praktisch etwas zu TUN, z.B. den Tag tatsächlich zu strukturieren (mehr dazu siehe nächstes Ziel) – eine prägnante Identität entwickelt sich eben nicht nur durch kreatives Gestalten oder Darüber-Reden. In der Auseinandersetzung mit Utas Identität war mir immer wieder wichtig, ihr zurückzumelden, wie sehr mich ihr stabiles Wertesystem freut (*PW*).

In diesem Betreuungszeitraum hatte Uta immer wieder verstärkt die Wahrnehmung, unter Haarausfall zu leiden. Diese Einschätzung konnte ich genauso wie die Wahrnehmung des Mundgeruchs nicht teilen und meldete ihr dies auch so zurück. Auch bezüglich des „Haarausfalls“ ermutigte ich Uta, dies erst einmal ärztlich abklären zu lassen (näheres siehe nächster Bewilligungszeitraum).

Schwierig war, dass Uta sich immer wieder von Ärzten abgewertet oder falsch behandelt fühlte – eine Einschätzung, die ich teilweise teilen konnte,

teilweise aber auch nicht. Phasenweise war sie von Rachegeanken bezüglich ihrer Zahnärztin aufgrund der Tinnitus-Problematik so "besessen", dass sie völlig handlungsunfähig wurde und an nichts anderes mehr denken konnte. In dieser Situation war es unerlässlich, sie unter anderem an ihr stabiles Wertesystem zu erinnern (z.B. dass sie nicht verbittern wolle) (*PW*) und mit Uta zu explorieren, was diese Hassgefühle in ihr bewirkten (*EE*). Uta konnte sich so zunehmend von diesen distanzieren, da sie sich von ihrem Hass nicht auffressen lassen wollte.

Schwierig war auch, dass Uta konsequent jegliche medikamentöse (auch pharmakotherapeutische Behandlung) grundlegend ablehnte und diesbezüglich auch nicht gesprächsbereit war. Informationen zu den Vorteilen einer antidepressiven Behandlung „vergaß“ sie unmittelbar nach diesbezüglichen Gesprächen.

Psychisch sehr belastend waren die Konflikte mit ihrem Ex-Freund sowie die grenzüberschreitenden Verhaltensweisen eines „Stalkers“, der Uta auf der Straße angesprochen hatte. Im Anschluss bedrängte er Uta immer wieder, lauerte ihr vor der Haustür auf, klingelte nachts bei ihr, rief sie unzählige Male an. Leider ließ Uta sich nicht motivieren, sich polizeiliche Unterstützung zu holen. Allerdings las sie mit meiner Unterstützung einen Leitfaden zum Umgang mit Stalkern (*LH, SE*), welchen ich von der Kölner Polizei erhalten hatte, und hielt sich an die Anweisungen (nicht mehr reagieren, Nachbarn informieren etc.). Nach einiger Zeit lies der Stalker dann auch von ihr ab.

In diesem Bewilligungszeitraum begann Uta unter anderem auch, ihre Vengengymnastik täglich durchzuführen, was zu einer drastischen Verbesserung ihrer Beschwerden bis hin zur Symptomfreiheit führte. Utas Bemühungen hingen sicherlich auch mit ihrer grundsätzlich getroffenen Entscheidung, einen aktiveren und gesundheitsfördernden Lebensstil pflegen zu wollen, zusammen. Ich erläuterte Uta immer wieder, wie entscheidend eine bewusste Entscheidung für einen anderen Lebensstil, dafür „sich selbst zum Projekt zu

machen“ ist, wenn sie wirklich nicht nur alkoholabstinent sondern auch noch zufrieden sein wolle (*EE, PZ*).

Uta führte unter anderem immer schon Tagebuch, erfreulicherweise brachte sie teilweise die Inhalte dieses Tagebuchs in unsere Betreuungsarbeit ein. Ich ermutigte Uta immer wieder, in ihren Aufzeichnungen auch einen Fokus auf gesundheitsförderndes Verhalten und Ressourcen sowie Fortschritt zu legen und erklärte ihr, wie wichtig eine Auseinandersetzung mit solchen Themen auch außerhalb unserer Betreuungszeit ist (*LM*) – somit konnte sie ihr Tagebuch quasi als §Betreuungstagebuch“ nutzen und in unsere Zusammenarbeit einbringen, soweit sie das wünschte (vgl. hierzu auch Petzold, Orth, 1993a). Des Weiteren erarbeiteten wir des Öfteren Hausaufgaben, an denen Uta bis zu unserem nächsten Termin „arbeitete“ (*LM, LH*).

Ziel 6: Frau Z. findet zwei einfach umzusetzende Freizeitaktivitäten, die sie mindestens zweimal wöchentlich durchführt.

Ziel teilweise erreicht

Wie kam es zu diesem Ereignis? Was hat geholfen? Was hat nicht oder weniger gut geholfen?

Uta beschäftigte sich phasenweise intensiv mit dem Malen von Mandalas, für die wir aus dem Internet Vordrucke herunter geladen haben (*LH*). Allerdings gab es immer wieder Einbrüche und es gelang ihr nicht, diese Freizeitbeschäftigung weiter fortzuführen. Zum Ende des Bewilligungszeitraumes malte Uta gar nicht mehr, da sie in dem Glauben war, ihre Bilder seien „hässlich und peinlich“.

Teilweise hatte sie die Wohnung selber liebevoll mit selbstgemachten Bildern dekoriert, auch diese hat sie zum Ende dieses Betreuungszeitraumes wieder abgehängt, da sie das Aufhängen selbst erstellter Bilder als „angeberisch“ empfand.

Uta nahm mittlerweile kontinuierlich einmal wöchentlich an einer unserer Kleingruppen teil: Stabilisierungsgruppe und pferdegestützte Pädagogik (von

unseren Betreuten liebevoll „Ponyhof“-Gruppe genannt) (KG, LB, SE, KK, TN). Uta reagierte zwar immer wieder sehr ängstlich und unsicher im Umgang mit den Pferden, gleichzeitig bereitete ihr diese Aktivität, von allem was wir bisher gemeinsam ausprobiert hatten, auch am meisten Freude. Nachdem Uta ca. ein Jahr lang an der pferdegestützten Pädagogik teilgenommen hatte und wir auch noch im Einzelsetting die Pferdepflege geübt und vertieft hatten, motivierte ich Uta, sich eine Pflegebeteiligung zu suchen (PZ, KG). Sie nahm diese Idee begeistert auf, war sich jedoch zu unsicher, dies schon komplett eigenständig umzusetzen. Ich unterstützte Uta also dabei, selber ein Inserat zu schalten (LH), da sich in ihrem Wohnumfeld keine geeignete Pflegebeteiligung fand. Daraufhin konnte Uta sich mit meiner Unterstützung einige Male um die Pferde eines Mannes kümmern. Aufgrund von Problemen in der Pferdeherde, die für einen Anfänger ein zu hohes Gefahrenpotential darstellten, entschied sie sich jedoch gegen die eigenständige Weiterführung der Pflegebeteiligung. Ich förderte diese sehr vernünftige Entscheidung und übte mit Uta ein, wie sie dem Pferdebesitzer ihren Entschluss mitteilen konnte (KK).

Andere Ideen, wie beispielsweise das Besuchen eines WenDo Kurses für Frauen oder das häufigere Aufsuchen der Natur (eigene kleinere Wanderungen) konnte Uta leider nicht umsetzen.

11.3 Aktueller Bewilligungszeitraum: 12 Monate (Stand Dezember 2015)

11.3.2 Zielformulierung

Ziel 1: Frau Z. hält den Grundzustand von Sauberkeit und Ordnung in der Wohnung sowie der Körper- und Wäschepflege, der gängigen Hygienestandards entspricht und es ihr erlaubt, sich wohl zu fühlen, aufrecht.

Ziel bislang voll erreicht.

Wie kam es zu diesem Ereignis? Was hat geholfen? Was hat nicht oder weniger gut geholfen?

Die in Ziel 2 des letzten Bewilligungszeitraums aufgeführten Hilfestellungen habe ich weiter fortgeführt (vor allem *LH*), allerdings konnte ich mich im Ausmaß meiner Unterstützung schon etwas weiter zurück nehmen. Uta ist sehr streng mit sich, was den Zustand ihrer Wohnung betrifft, und findet diese häufig nicht ordentlich genug, wenn ich einen Hausbesuche bei ihr mache. Ich kann diese Einschätzung nicht teilen. Wichtig war mir diesbezüglich, dass sie etwas weniger streng mit sich selber sein kann und ihre Leistungen besser erkennen kann. Ich ermutigte sie also weiter, ihr Tagebuch (u.a. auch mit positiven Einträgen) fortzuschreiben und bestärkte sie außerdem immer wieder für Geleistetes, betonte z.B. dass ich richtig stolz auf sie bin (*ES*).

Ziel 2: Frau Z. erledigt sämtliche administrativen Angelegenheiten in den dafür vorgesehenen Fristen. Sie hält Ämter- und Behördentermine zuverlässig ein.

Ziel voll erreicht.

Auch hier setzte ich die im vorangegangenen Bewilligungszeitraum beschriebenen Maßnahmen weiter fort. Aufgrund von Utas großen Ängsten im Umgang mit Ämtern, Behörden und Schriftverkehr war eine geringere Intensität der Hilfeleistung noch nicht realisierbar.

Ziel 3: Frau Z. erledigt einmal wöchentlich den Einkauf notwendiger, bedarfsgerechter Lebensmittel sowie anderer Waren des alltäglichen Bedarfs. Sie kocht zumindest alle zwei Tage eine warme Mahlzeit und nimmt täglich mindestens zwei Mahlzeiten zu sich.

Ziel weitestgehend erreicht.

Wie kam es zu diesem Ereignis? Was hat geholfen? Was hat nicht oder weniger gut geholfen?

Aufgrund des Ergebnisses der Halimeter-Untersuchung und einer darauf folgenden Auseinandersetzung mit Selbst- und Fremdwahrnehmung fiel ihr das Einkaufen zunehmend leichter. Während sie früher jede Gestik oder Mimik der Verkäufer oder anderer Kunden als Ekel interpretiert hatte, gelingt es ihr mittlerweile immer häufiger, ihre eigene Wahrnehmung kritischer zu hinterfragen: „Kratzt sich die Verkäuferin jetzt an der Nase, weil ich stinke, oder juckt es sie vielleicht einfach?“ Immer häufiger fällt ihr auf, dass ihre Umgebung gar nicht so angeekelt wirkt, wie sie lang annahm. Nach wie vor fragt sie mich zwar immer mal wieder, ob ich wirklich nichts rieche, was ich bislang tatsächlich immer verneinen konnte. Immer öfter traut Uta sich mittlerweile, Termine mit mir auch ohne Kaugummi wahrzunehmen - sogar in engen Räumen beispielsweise dem Auto. Die Tatsache, dass es ihr etwas leichter fällt, einkaufen zu gehen, erleichtert ihr auch die regelmäßige Ernährung. Nach wie vor fällt es Uta jedoch sehr schwer, sich etwas Gutes zu tun, selbstfürsorglich mit sich umzugehen und eigenleibliche Wahrnehmungen (wie Hunger, Appetit) rechtzeitig wahrzunehmen.

Ziel 4: Frau Z. geht mindestens einmal wöchentlich einer wohltuenden, ehrenamtlichen Tätigkeit in der Natur nach (z.B. Ort XY, Gartenpflege).

Ziel teilweise erreicht.

Wie kam es zu diesem Ereignis? Was hat geholfen? Was hat nicht oder weniger gut geholfen?

Utas großer Wunsch war es, ehrenamtlich in ORT XY zu helfen. Mit meiner Unterstützung hat sie sich auch dort erkundigt (LH), allerdings waren die Zugangsvoraussetzungen dann doch zu hochschwierig für sie (lange Bahnfahrt, Zeiten passten nicht, erstmal im Gruppenkontext). In Utas relativer Wohnungsnähe befindet sich jedoch ein Urban Gardening Projekt. Ein Ergebnis unserer pferdegestützten Sozialtherapie (s.u.) war, dass Uta sich entschied,

dieses Projekt zu unterstützen. Wir haben die Urban Gardening Stelle bereits zweimalig aufgesucht, uns dort aufgehalten und die Herbstsonne genossen (*LB*), uns bezüglich der Möglichkeiten, dort ein Beet zu bekommen informiert (*LH*) und ich habe Uta Bücher über jahreszeitliches Pflanzen ausgeliehen, die sie gerade schrittweise durchblättert, um ihr Wissen zu erweitern (*LM*). Die tatsächliche Zielerreichung wird sich jahreszeitlich bedingt eher auf nächstes Frühjahr verschieben.

Ideen, den Innenhof ihres Wohnhauses zu bepflanzen, wollte sie nicht umsetzen; auch weiterhin ist es ihr nicht gelungen, alleine spazieren zu gehen. Dafür waren wir einige Male während unserer Termine gemeinsam spazieren und haben die Natur genossen (*LB, KG*).

Auch weiterhin nimmt Uta einmal wöchentlich an unseren Gruppenangeboten teil (*TN, SE, KG, KK*). Sehr erfreulich ist, dass sie bei beiden Gruppen erhebliche Fortschritte gemacht hat: In der Stabilisierungsgruppe bringt sie sich schrittweise mit eigenen Ideen immer mehr ein und stellte neulich ganz überrascht fest, dass sie irgendwie richtig entspannt gewesen sei und keinmal an ihren Mundgeruch gedacht habe. In der pferdegestützten Gruppe wird sie im Umgang mit dem Pferd immer selbstsicherer. Während es vor einem Jahr noch völlig undenkbar war, dass sie sich auch nur auf das Pferd draufsetzte, ist es ihr mittlerweile unter anderem sogar bereits gelungen, einen kleinen geführten Ausritt zu unternehmen und in der Halle einige Schritte zu traben - und im Nachhinein mit den anderen teilnehmenden Betreuten herzlich wohlwollend über ihre etwas ängstliche Reaktion während des Trabens zu lachen (*SE, EV, ES* – durch die Gruppe). Immer öfter gelingt es ihr auch, mit den anderen zwei Gruppenteilnehmern das ein oder andere Wort zu wechseln (*KK*). Während die Autofahrten zum Stall noch vor einem Jahr von einer schneidenden Stille gekennzeichnet waren, wenn ich nicht das Gespräch in Gang setzte, sprechen die Frauen sich immer öfter gegenseitig an und unterhalten sich etwas (*KK, TN, SE*).

Uta entwickelte in diesem Bewilligungszeitraum zudem den Wunsch, sich ehrenamtlich in der Flüchtlingshilfe zu betätigen. Ich bestärkte sie sehr in diesem Wunsch (*PW, PZ*) und sicherte ihr auch zu, sie bei der Umsetzung gerne intensiv zu unterstützen. Wir recherchierten gemeinsam im Internet nach Unterstützungsmöglichkeiten (*LH*). Die tatsächliche Umsetzung dieses Plans ist zum jetzigen Zeitpunkt jedoch noch eine Überforderung, so dass wir diese auf den kommenden Bewilligungszeitraum verschoben haben.

Ziel 5: Frau Z. verbringt Weihnachten nüchtern mit ihrer Familie und bringt sich hierbei in das Gespräch ein. Um sich hierauf vorzubereiten übt sie einmal wöchentlich, mit anderen Menschen zusammen zu sein.

Ziel erreicht.

Wie kam es zu diesem Ereignis? Was hat geholfen? Was hat nicht oder weniger gut geholfen?

Die Weihnachtsfeier an sich gestaltete sich leider als wenig förderlich, da ein Freund ihrer Schwester sie immer wieder fragte, weswegen sie denn nichts trinken wolle - so lange, bis Uta einen Schnaps mittrank.

Die Vorbereitung ist Uta jedoch gut gelungen: Wie oben beschrieben nahm sie weiterhin an den Kleingruppen von WEGE e.V. teil und konnte sich hier auch immer mehr einbringen (*KK, SE, TN*). Des Weiteren entschied sie sich, es doch einmal mit einer Selbsthilfegruppe auszuprobieren. Ich half Uta, eine geeignete Gruppe auszusuchen (*LH*), fuhr sie zu den ersten Treffen und wartete während dieser in einem nahe gelegenen Café auf sie (*LH, SE, ES*). Uta war nach den ersten Treffen nahezu begeistert, dass sie trotz ihrer Ängste sogar etwas gesagt hätte, einmal habe sie sogar richtig lange gesprochen. Ich freute mich sehr über diese positive Entwicklung und zeigte ihr auch deutlich, wie stolz ich auf sie war (*ES, EV*). Zum jetzigen Zeitpunkt traut Uta sich gerade nicht mehr, an der Gruppe teilzunehmen. Sie überlegt zudem, ob eventuell eine Selbsthilfegruppe für Menschen mit einer Sozialphobie passender wäre. Ich teile diese Auffassung, da derzeit Utas größte Probleme

durch ihre erheblichen sozialen Ängste bestehen und diese unter anderem auch den größten Rückfallauslöser darstellen. Geeignete Gruppen und entsprechende Foren haben wir bereits im Internet heraus gesucht (LH). Ich würde Uta sehr wünschen, sie würde andere Menschen finden, die sich in ihre Probleme aufgrund eigener Erfahrungen einfühlen können.

Eine recht erfreuliche Entwicklung bezüglich der Pflege sozialer Beziehungen (auf die dieses Ziel ausgerichtet ist) hat sich in den letzten Wochen ergeben: Uta hat in einem Chat-Forum für Menschen mit Sozialer Phobie eine Frau kennengelernt, mit der sie regelmäßig intensiven Email-Austausch hat. Auch wenn es sich hierbei „nur“ um einen virtuellen Kontakt handelt, tut ihr der Austausch sehr gut. Per Email gelingt es ihr, Persönliches von sich mitzuteilen; da ihre „Brieffreundin“ eine ähnlich gelagerte Problematik hat, fühlt sie sich von ihr gut verstanden und fühlt sich mit ihnen Problemen nicht mehr so alleine auf der Welt. Besonders erfreulich ist zudem, dass Uta über das Chat-Forum auch eine Frau angeschrieben hat, die ebenfalls in Köln lebt. Auch wenn sie bislang noch keine Antwort erhalten hat, finde ich ihr Bemühen, Kontakt zu Frauen aufzunehmen (um vielleicht ganz langfristig eine Frauen-Freundschaft initiieren zu können), ganz bemerkenswert.

Ziel 6: Frau Z.s körperliche und seelische Gesundheit verschlechtert sich nicht durch ihr eigenes Zutun.

Ziel teilweise erreicht.

Wie kam es zu diesem Ereignis? Was hat geholfen? Was hat nicht oder weniger gut geholfen?

Grundsätzlich hat sich Utas gesundheitlicher Zustand wesentlich verbessert. Zu dieser Verbesserung trug unter anderem ihre Alkoholabstinenz, die fortgeführte Wahrnehmung von Gruppenterminen, die tägliche Venengymnastik, die Auseinandersetzung mit ihrer Erkrankung, das Wahrnehmen von Arztterminen etc. bei. Hier unterstützte ich Uta auch weiterhin weitestgehend mit lebenspraktischen Hilfen, der Entwicklung von Einsicht in Zusammenhänge

(beispielsweise durch die Vermittlung von Fachwissen bezüglich ihrer Erkrankung), der Förderung von leiblicher Bewusstheit und Selbstregulation (z.B. Achtsamkeitsübungen und Imaginationsübungen), der Auseinandersetzung mit den Konsequenzen ihres Konsums und einer damit zusammenhängenden Förderung ihrer volitiven Entscheidungskraft etc. Hinderlich ist jedoch Utas fortgeführter THC-Konsum, der sich vor allem auf ihre Angstsymptomatik negativ auswirkt.

Uta benennt selber eine deutliche Verbesserung ihrer Befindlichkeit. Auch wenn ihre Ängste sie phasenweise immer mal wieder stark beeinträchtigen, blickte sie in den letzten Wochen immer wieder stolz darauf zurück, was sie in den letzten Jahren bereits erreicht habe; dass sie beispielsweise aktiver geworden sei, einkaufen gehe, wenn es anstehe, anstelle den Einkauf aufzuschieben, sich in den Gruppen von WEGE e.V. „richtig wohl fühle“ etc.

Nach intensiver Psychoedukation (beispielsweise Auseinandersetzung mit der Angststörung, Mitgeben von Fachliteratur) entschied Uta sich zudem zunächst, erneut eine Psychotherapie in Angriff nehmen zu wollen. Ich vermittelte Uta den Kontakt zu einer Psychotherapeutin und begleitete sie zu einem ersten Termin dort. Uta fühlte sich während dieses Termins gut aufgehoben und die Psychotherapeutin erklärte sich gerne bereit, mit ihr zu arbeiten. Kurz darauf entschied Uta sich jedoch gegen die Psychotherapie – sich einmal wöchentlich 50 Minuten mit „ihrer Psyche“ auseinanderzusetzen erschien ihr „nicht auszuhalten“. Die beiden haben einen potentiellen Therapiestart auf das Frühjahr 2016 verschoben.

12. Resümee des Betreuungsverlaufs

Utas Betreuungsverlauf lässt sich insgesamt als deutlich positiv beschreiben, auch wenn die Fortschritte aufgrund der Chronifizierung und Komplexität ihrer Erkrankung und Behinderung kleinschrittig sind. Insgesamt lässt sich erfreulicherweise ein kleinstschrittiger Wandel ihres bisherigen, ängstlich-vermeidenden Lebensstils erkennen – in dem sie phasenweise (und natürlich

immer mal wieder von Rückschlägen geprägt) immer aktiver wird und beginnt, Verantwortung für das eigene Leben und auch für den Umgang mit anderen Menschen zu übernehmen.

Uta formulierte die Bedeutung unserer Zusammenarbeit für sie kürzlich folgendermaßen: „Ich wüsste gar nicht wo ich heute stehen würde, wenn ich hier nicht gelandet wäre, was dann wäre mit mir, frage ich mich manchmal. Ihr schärft mein Bewusstsein, öffnet mir ein bisschen die Augen. Ihr motiviert mich, an mich zu glauben, auch wenn sich das jetzt ein bisschen kitschig anhört. Und durch euch hab ich auch soziale Kontakte mit anderen.“

Uta stellt folgende positive Entwicklung fest, die sie alleine im letzten Betreuungsjahr gemacht hat (Stand Dezember 2015):

„Ich muss schon sagen, dass ich das mit dem Alkohol geschafft habe, das ist so viel besser als in anderen Jahren. Es fällt mir so viel leichter, dass ich zu euch komme und abstinent bin. Ich bin nicht mehr so nervös. Das ist auch Gewöhnungssache und ich renn nicht mehr wie so ein Tiger rum, den ganzen Tag lang.

Auch dass ich zu den Gruppen kommen. Bei euch in den Gruppen, das hat sich auf jeden Fall gebessert, da denke ich auch gar nicht mehr an meinen Mundgeruch. Das liegt aber auch an der Atmosphäre, die mit L. und A. da am Tisch ist. So kleine Fortschritte hab ich echt gemacht, also auch so mit der Weihnachtsfeier bei euch, ich war ja letztes Jahr schon mal da und obwohl es ein bisschen unangenehm war, mach ich es trotzdem dieses Jahr wieder. Und ich glaube, dieses Jahr finde ich es dann auch im Vorfeld schon nicht mehr so unangenehm.

Dass ich es zur Selbsthilfegruppe geschafft habe, das ist mir aber auch manchmal zu viel. Ich komme mir nach wie vor blöd vor, dass ich dann sage, das ist mir zu viel. Aber ich bin eben nicht voll belastbar, ich krieg Dinge zwar gebacken, aber nur unter den größten Kraftanstrengungen und Stress.

Dass ich mich in dem Sozialphobiker-Forum angemeldet habe und da jetzt eine Brieffreundin habe, das ist echt gut. Es ist erstmal schön, sich mit jemandem auszutauschen, der dasselbe Problem hat. Und man stellt so viele Parallelen fest und vieles ist auch so gleich. Daran merkt man, dass das eine Krankheit ist. Dann hab ich auch so viel nettes Feedback gekriegt, aber ich glaub, das liegt auch so an C.s Art, die ist so eine Nette. Ich hab ja auch schon immer gerne geschrieben, das macht einfach Spaß. Und da kann ich auch echt ganz gut üben, dass ich mich eben nicht rechtfertige, das hab ich am Anfang gemacht, aber das ist auch so viel weniger geworden, weil wir uns geeinigt haben, dass das eigentlich bescheuert ist.

Und irgendwie ist es auch so ein bisschen paradox. Ich habe vielleicht schon ein bisschen mehr Selbstbewusstsein, ich bin mir meiner Selbst ein bisschen mehr bewusst. Trotzdem bin ich manchmal grade ein bisschen ängstlicher. Dadurch dass ich jetzt seit vier Jahren erstmal weiß, dass ich auch psychisch krank bin, kann ich mich stückweit immer mehr ein bisschen mehr annehmen vom Verstand her.

Auch dass ich mich traue, meine Brille zu tragen. Neulich hab ich jemanden von früher auf der Straße getroffen, der hat mich gefragt "trägst du jetzt eine Brille?" Aber ich habe sie echt einfach angelassen.

Ich hab angefangen zu schnitzen, das ist super, muss ich sagen, das macht mir so viel Spaß. Doch, wenn ich das mal so ohne angeben zu wollen sagen darf, das Schnitzen hat mir auch schon ein bisschen Selbstbewusstsein gegeben, weil ich die Figuren doch schon ganz schön finde. Ich hätte nie gedacht, dass ich das so gut hinbekomme. Das macht mich ein bisschen stolz, kann man so sagen, ein bisschen.

Also ich behaupte mal einfach von mir, das mag sich jetzt arrogant anhören, dass ich etwas stark geworden bin, auch stark als Frau so. Ich lass mich einfach nicht unterkriegen irgendwie. Es ist schon so viel passiert und bis jetzt habe ich es geschafft, nicht bitter zu werden."

Uta hat einige Wochen vor Fertigstellung dieses Journals ihre persönliche Entwicklung seit Betreuungsbeginn mit Hilfe der 5 Säulen der Identität (Petzold, 2003a) dargestellt. Hier hat sie zum einen die Identitätssäulen retrospektiv kurz nach Betreuungsbeginn sowie ihre Identitätssäulen nach aktuellem Stand (Ende Oktober 2015) dargestellt. Ich denke, ihre eigene Beschreibung gibt den bisherigen Betreuungsverlauf am besten wieder:

Identität „früher“ (ca. vor 3,5 Jahren):



Uta beschreibt das Bild folgendermaßen:

Leib: Ich bin das oben in einer Embryohaltung und weine. Ich habe mich oft so gehalten, wie ein Embryo, weil ich so verzweifelt war. Darunter bin ich in einer schwarzen Wolke. Die Alkoholflasche stellt dar, wie viel ich getrunken

habe. Das Kreuz, dass ich mich immer schuldig gefühlt habe. Ich war sogar beichten, um meine Schuld zu bekennen.

Soziales Netzwerk: Zuoberst ist meine Familie. Darunter seid ihr, WEGE e.V. Das mit dem Telefon ist mein Kumpel S. Mit dem habe ich in meiner Krise oft telefoniert, manchmal hat er mich aber auch hängen gelassen, wenn ich ihn brauchte. Darunter das sind H. und M., mit ihnen fühle ich mich sehr verbunden, auch wenn ich sie nicht oft sehe, weil ich dann immer trinke.

Arbeit, Leistung, Freizeit, Muße: Ich habe den ganzen Tag vor'm Fernseher oder dem Laptop verbracht. Und ganz selten habe ich damals noch Gitarre gespielt, aber nur wenn ich betrunken war. Nüchtern habe ich mich das nicht getraut. Darunter ist mein Fenster. Ich war damals so apathisch, dass ich teilweise auch stundenlang aus dem Fenster gesehen habe. In den Himmel, ins Leere gestarrt habe. Darunter ist WEGE e.V., weil ihr schon damals diejenigen wart, die ich am meisten gesehen habe.

Materielle Sicherheit: Da war nichts sicher. Das oben ist das Straßenschild, das meine Straße zeigt. Wenn ich das schon gesehen habe, habe ich Paranoia gekriegt. Ich hatte immer nur Angst, Tim in meinem Viertel zu begegnen. Das war der Horror für mich. Ich habe mich sogar in meiner Wohnung absolut nicht mehr sicher gefühlt. Ich habe mich damals auch total vernachlässigt. Habe nur noch 45 Kilo gewogen, nichts gegessen. Mein Kumpel S. und ich haben am Telefon fast drüber Witze gemacht, wie lange ich nicht mehr geduscht habe: 5 Tage am Stück und so.

Werte: Mein Glaube und meine Toleranz sind überdauernd. Damals habe ich immer den Leitsatz gehabt, das Gute im Menschen sehen zu müssen.

Identität heute:



Leib: Die Waage zeigt, dass ich mich verändert habe. Früher fand ich mich nur scheiße. Heute finde ich mich manchmal weniger scheiße. Was aber heute dazu gekommen ist, dass ich mich öfter hässlich fühle, das hatte ich früher nicht so. Das klingt paradox, aber das ist so. Heute habe ich trotzdem ein besseres Selbstbewusstsein, aber gut ist das immer noch nicht. Ich kann mich aber selber etwas besser verstehen. Früher war ich immer nur ein einziges Schuldgefühl. Heute weiß ich, dass ich manches gemacht habe, weil ich psychisch krank war und es nicht besser wusste. Ich finde immer noch scheiße, was ich gemacht habe, aber ich kann mir eher sagen: Das war scheiße und jetzt mach ich es besser. Darunter sieht man, dass ich dem Alk den Kampf angesagt hatte. Früher hatte ich mich alkoholtechnisch manchmal aufgegeben, jetzt gebe ich nicht mehr auf. Das Schneckenhaus zeigt meine unglaubliche Schüchternheit. Früher habe ich mir die weggesoffen, jetzt merke ich sie mehr. Die Sonnen zeigen, dass ich jetzt keinen Haarausfall mehr habe und dass meine Beine besser sind, durch die Gymnastik.

Soziales Netzwerk: Da hat sich nicht viel verändert. Ich habe immer noch die gleichen Leute, aber zu meinem Schwager das Verhältnis hat sich sehr verändert. Von dem halte ich mich fern. Das mit S. sehe ich mittlerweile auch

nicht mehr als richtige Freundschaft, in vielem denken wir zu unterschiedlich. Ich finde ihn manchmal so abwertend, damit komme ich nicht klar.

Bei einer Nachbesprechung der Fünf Säulen und einer Fokussierung auf die Säule „soziales Netzwerk“ beschreibt Uta nochmal die Veränderung ihrer sozialen Beziehungen bei WEGE e.V.:

In der Gruppe war ich die letzten Male richtig locker, ganz entspannt, das war eine schöne Atmosphäre, echt. Ich habe am Ende gedacht, dass ich kein Mal an meinen Mundgeruch gedacht hatte, ich war echt entspannt. Ich mag auch E. und S. echt gerne. Die sind so natürlich irgendwie. Und E. ist wirklich lustig, die ist auch viel selbstbewusster als ich. Ich hätte gerne eine Verbindung zu ihr hergestellt, ich wollte mich nicht so abgrenzen von ihr, aber das habe ich mich nicht getraut.

Bei dir bin ich meistens auch viel entspannter, ich habe dann nicht mehr so Kopffaxen, das merke ich. Aber manchmal ist das auch wieder schwerer, dann denke ich wieder die ganze Zeit, was du wohl von mir denken wirst, ob ich ein Hallodri bin zum Beispiel.

Arbeit, Leistung, Freizeit und Muße: Ja, da kommt das Beste, was mir in den letzten 10 Jahren passiert ist. Ich habe meine Leidenschaft für das Schnitzen entdeckt. Ich kann mir gar nicht mehr vorstellen, wie es ohne Schnitzen sein soll. Ich kann stundenlang schnitzen. Und ich finde auch, dass ich das ganz gut mache. Vielleicht können wir ja doch mal drüber reden, wenn ich das verkaufen würde. Darunter bin ich, wie ich jeden Tag meine Venengymnastik mache. Deswegen ist das mit den Beinen besser geworden. Ich gucke immer noch viel TV. Und ich habe euch wieder dazu gemalt, wenn das ok ist. Denn euch sehe ich ja am meisten und verbringe am meisten Zeit mit euch (Team und Betreute von WEGE e.V.)

Materielle Sicherheit: Das hat sich total verändert. Das mit dem gelben und grünen Ball habe ich ja schon mal gemalt, das ist wie ich mich in meiner Wohnung wieder fühle. Die ist wieder mein sicherer Zufluchtsort vor der Welt

da draußen [zu einem späteren Zeitpunkt besprechen wir, dass die Wohnung nicht zur Burg werden soll, die von der Welt fernhält]. Darunter die graue Wolke ist, weil T. ja immer noch in meiner Nähe wohnt. Das blaue darunter ist zum einen der Rhein, weil mir auffiel, dass ich immer in Rheinnähe gewohnt habe.

Werte: Unverändert ist mein Glaube und meine Toleranz, das ist mir wichtig. Ich versuche, keinen Groll in meinem Herzen zu haben. Du weißt ja, dass meine größte Angst ist zu verbittern. Darunter die Friedenstaube ist, weil ich gerade heute Frieden so wichtig finde [Uta bezieht sich hiermit auf die ablehnende Haltung mancher Menschen gegenüber Flüchtlingen]. Ich fände es schön, wenn wir nochmal zusammen im Internet gucken könnten, wie man helfen kann [hiermit bezieht sie sich auf verschiedenen Möglichkeiten des ehrenamtlichen Engagements]

13. Behandlungsplanung / Behandlungsziele für die pferdegestützte Sozialtherapie

Im Spätsommer 2015 fanden insgesamt 10 Einheiten pferdegestützte Sozialtherapie mit Uta, meinem Pony Rico und mir statt (inkl. Vor- und Nachbereitung). Vor der Schilderung der Einheiten soll eine kurze Erläuterung der theoretischen Hintergründe meiner pferdegestützten Arbeit erfolgen.

13.1 Theoretische Hintergründe meiner pferdegestützten Arbeit

In der sozialtherapeutischen Arbeit mit Pferden ist es unerlässlich, über mindestens grundlegende und fundierte theoretische Kenntnisse in Bezug auf Umgang, Haltung, Fütterung und Gesundheitsförderung von Pferden zu verfügen. Ein solches Grundwissen ermöglicht es, dem Pferd eine möglichst artgerechte Haltung zu bieten und für spezifischere Belange und Probleme einen geeigneten Fachmann (z.B. einen gut ausgebildeten Schmied, Sattler etc.) hinzuziehen zu können. Schwierig ist, dass in sämtlichen Bereichen der Pferdehaltung verschiedenste, sich häufig widersprechende „Wissensstände“ unterschiedlichster „Experten“ vermittelt werden, so dass es für den Pferdehalter teilweise sehr schwierig ist, zwischen hilfreichen und nutzlosen bis schädigenden Informationen zu differenzieren. Im Folgenden möchte ich einen kurzen Überblick über die Kenntnisse, auf denen ich die in diesem Journal beschriebene Sozialtherapie mit dem 18-jährigen Ponymix Rico, der seit anderthalb Jahren des Team von WEGE e.V. als tierischer Mitarbeiter in der erlebnisorientierten sozialpädagogischen Einzel- und Gruppenarbeit bereichert, geben.

13.1.1. Das „Bild vom Pferd“: Umgang und Training

Erst auf Basis der oben erwähnten grundlegenden Kenntnisse können (sozial-)therapeutische Interventionen mit dem Pferd bewusst geplant werden: So

macht es z.B. einen erheblichen Unterschied, ob ich einem Patienten in der Therapiestunde vermitteln möchte, das Pferd kontrollieren zu können oder müssen (Opgen-Rhein et al., 2010) oder ob ich mich bewusst mit dem Lernverhalten von Pferden auseinandersetzen und den „Lernspaß für Mensch und Pferd“ (Czarnecki, 2011) fördern möchte. Die alleine in diesen zwei Veröffentlichungen beschriebenen Herangehensweisen unterscheiden sich eklatant in dem ihnen zugrundeliegenden „Bild vom Pferd“. Das „Bild vom Pferd“ bestimmt, ähnlich wie das Menschenbild in der Humantherapie, welche Werte zum Umgang mit Pferden ich den Patienten in der Sozialtherapie vermittele. Dabei basiert das Bild, das viele Menschen (und hiervon sind Reittherapeuten nicht auszunehmen) heutzutage von Pferden haben, auf verschiedenen (häufig mehr oder weniger aktuellen oder fundierten) Wissensständen und damit zahlreichen, sich häufig widersprechenden Theorien zum Umgang und Training. Somit ist es auch im Pferdetraining sinnvoll, einen Blick auf den Zeitgeist der Entstehung verschiedener Theorien zum Umgang mit Pferden zu werfen und sich hier bestenfalls an vorhandenen wissenschaftlichen Erkenntnissen zu orientieren. Dies hilft, einen kritischen Überblick zu erhalten und dadurch bestimmte Trainingsmethoden nicht unhinterfragt und zum Schaden des Pferdes zu übernehmen.

In der heutigen Reiterwelt wimmelt es von unterschiedlichsten Mythen zum „richtigen“ Umgang mit Pferden und der damit zusammenhängenden einzig „richtigen“ Reitweise. Dabei ist meist eher ein Konkurrenzdenken als eine Zusammenschau kollektiven Wissens zum Wohle des Pferdes erkennbar (sofern das Pferdewohl überhaupt im Fokus der Aufmerksamkeit stehen sollte. Im deutschen Reitsport besteht hier meines Erachtens ein erheblicher Nachholbedarf - wie man bedauerlicherweise unter anderem bei der im August 2015 stattgefundenen EM in Aachen an den von Einzelnen auf dem Abreitplatz gezeigten, fragwürdigen Trainingsmethoden beobachten konnte. Kritische Berichte zu diesen schädigenden Trainingsmethoden im Spitzensport finden sich unter anderem unter http://www1.wdr.de/mediathek/video/sendungen/tiere_suchen_ein_zuhause/

videodressursportinderkritik100_size-L.html?autostart=true#banner, Zugriff am 30.11.2015. Mögliche Auswirkungen solcher Trainingsmethoden auf den „normalen Freizeitreiter“ beschreibt beispielsweise Gerd Heuschmann in seinem 2011 erschienenen Werk „Finger in der Wunde“).

In Deutschland sind momentan die verschiedenen Trainingsmethoden des sogenannten „natural horsemanship“ (NH) und damit zusammenhängende Konzepte des „Dominanztrainings“ populär. Seit den ersten sogenannten „Pferdeflüsterern“ haben sich in Deutschland in den vergangenen 30 Jahren schrittweise Theorien zum „natürlichen“ Umgang mit Pferden verbreitet, die auf dem individuellen Erfahrungsschatz verschiedener Trainer basieren (z.B. Roberts, Parelli, Geitner, Pfister, Hempfling) und seitdem medienwirksam vermarktet werden. Ganze Ausbildungsmethoden gründen sich mittlerweile auf Begriffe wie Dominanzproblem, Rangordnung klären, Dominanztraining etc. (Wendt, 2010). Erfreulich ist, dass bei diesen Trainingsmethoden der Versuch im Mittelpunkt steht (oder zumindest nach außen hin vermarktet wird), auf natürliche und pferdegerechte Art und Weise mit Pferden zu kommunizieren. Schwierig ist jedoch, dass sich die Trainingskonzepte des NH zwar auf Begriffe der Verhaltensbiologie von Pferden gründen, jedoch ohne die Hintergründe und Weiterentwicklungen dieser Wissensstände differenziert zu betrachten und einzubeziehen (Wendt, 2010). So habe ich beispielsweise in keinem Buch der bekannten „Pferdeflüsterer“ einen wissenschaftlich begründeten Verweis zum Lernverhalten von Pferden gefunden, obschon Inhalt jeden Buchs das Training (also eigentlich das Lernen) von Pferden ist (siehe hierzu unter anderem: Roberts, 2005; Parelli, 1995; Pfister, 2014; Hempfling, 1993, 2001).

Die Frage, mit welchen Methoden Pferde am besten erzogen und trainiert werden, sollte jedoch nicht einfach auf Basis persönlicher Erfahrung oder Meinung beantwortet werden, sondern sich an wissenschaftlichen Kriterien orientieren. Nur so kann das Pferdetraining nicht nur effektiv, sondern auch pferdefreundlich gestaltet werden. So zeigt beispielsweise die Trainingsmethode des „Join Up“ von Monty Roberts einen auf den ersten Blick gewaltfrei

wirkenden Kommunikationsansatz mit dem Pferd: Es gelingt ohne direkte physische Gewaltanwendung, ein Pferd in einem begrenzten Raum (einem sogenannten Roundpen) in allen Gangarten zu bewegen – solange bis sich das Pferd dem in der Mitte stehenden Trainer „freiwillig“ anschließt. Auswirkungen dieser immer noch weit verbreiteten Trainingsmethode wurden unter anderem an der University of Sydney wissenschaftlich untersucht. Die Forschungsgruppe fand heraus, dass diese Methode zwar nicht durch direkten physischen, sehr wohl jedoch durch psychischen Druck Angst und Stress bei den untersuchten Pferden erzeugt, und rät daher von deren Anwendung ab (<http://sydney.edu.au/news/84.html?newsstoryid=9617>; Zugriff am 01.12.2015). Diese Studie zeigt deutlich, dass Trainingsmethoden gewaltfrei und pferdefreundlich wirken können, wenn man nicht über entsprechendes Hintergrundwissen verfügt.



Titel: All that glitters is not gold (gefunden bei: <https://www.facebook.com/Fed-Up-Fred-765154803582033/>, Zugriff am 02.12.2015)

Ähnlich wie das von Monty Roberts entwickelte Training basieren auch die meisten herkömmlichen Trainingsweisen mehr oder weniger stark ausgeprägt auf dem Pressure-Release-System und mitnichten darauf, dass es Menschen gelänge, natürliches Pferdeverhalten zu imitieren: „Put simply, pressure-release works because the horse finds the pressure applied unpleasant and therefore the removal of the pressure rewarding“ (<http://sydney.edu.au/news/84.html?newsstoryid=9617>; Zugriff am 01.12.2015). So beruht beispielsweise die zur Zeit sehr beliebte akademische Reitkunst nach Bent Branderup (2013) oder die Ausbildung des Pferdes nach den Richtlinien der 1905 gegründeten Deutschen Reiterlichen Vereinigung (FN) (dem Dachverband aller Züchter, Reiter, Fahrer und Voltigierer) grundsätzlich auch auf dem Pressure-Release-System: Im Training wird so lange Druck aufgebaut, bis das Pferd die gewünschte Verhaltensweise zeigt, erst dann lässt der Druck nach.

In den letzten Jahren entwickelte sich in Abgrenzung zu diesen Trainingsweisen eine noch recht kleine Gegenbewegung, die - orientiert an aktuellen Erkenntnissen der Pferdeverhaltensbiologie - alternative Umgangs- und Trainingsmethoden vertritt. In Deutschland gehören hierzu federführend unter anderem die Verhaltensbiologin Marlitt Wendt (2010, 2014, 2015) oder die Tiermedizinerin und „Dipl. Animal Behaviour Counsellor“ (englischer Abschluss) Viviane Theby (Theby et al., 2015). Die Trainingsmethoden von beiden gründen auf wissenschaftlichen Erkenntnissen zum Lernverhalten von Pferden; im Wesentlichen wird im Training mit positiver Verstärkung (in Form des Clickertrainings) gearbeitet. Hinzugezogen werden zudem beispielsweise Wissensstände zur Skala der Pferdemitik, um Schmerzzustände beim Pferd erkennen zu können (Studie von Dalla Costa et al., 2014), oder das Facial Coding System von Wathan et al (2015), welches hilft, den mimischen Ausdruck des Pferdes mit möglichen Gefühlen desselben zu verknüpfen und diese Kenntnisse differenziert im Pferdetraining zu nutzen (beide Studien zitiert Marlitt Wendt auf ihrer Homepage www.pferdsein.de; Zugriff am 02.12.2015). Auf Basis dieser wissenschaftlichen Erkenntnisse haben sich

mittlerweile einige Trainer weitergebildet, die miteinander vernetzt arbeiten (hierzu gehören unter anderem meine Lehrerin Silvia Czarnecki, www.motionclick.de, oder Babette Teschen und Tania Conerth mit ihren Online-Lernprogrammen unter www.wege-zum-pferd.de sowie Nina Steigerwald mit der Spezialisierung auf Clickertraining und Horse Agility, www.pferde-clickertraining.de).

Auf den Einbezug dieser Erkenntnisse zum Lernverhalten stützt sich mittlerweile auch mein Umgang mit Ponymix Rico, den ich unter anderem in erlebnisorientierten Betreuungsangeboten bei WEGE e.V. einsetze. Betont sein muss allerdings, dass ich mich diesbezüglich erst am Anfang befinde. Meine Suche nach der passenden Trainingsweise führte mich zuvor einmal quer durch sämtliche Theorien verschiedenster „Horsemen“ – leider nicht immer zum Wohl meines Pferdes und mit einem „schlechten Bauchgefühl“ meinerseits. Um Rico besser verstehen zu können und dadurch einen entspannten Umgang mit ihm zu entwickeln, nahm ich an der Akademie für Tiernaturheilkunde das Fernstudium der Tierpsychologie, Schwerpunkt Pferd, auf und kann seitdem unpassende Trainingsmethoden kritischer hinterfragen. Kurz vor Beginn der von mir im weiteren Verlauf beschriebenen „Sozialtherapie mit dem Pferd“ habe ich mich – angeregt durch das Studium sowie die Schriften von Wendt, Theby, Teschen & Connerth, Czarnecki - dazu entschieden, den Fokus auf positives Pferdetraining (das heißt in diesem Fall bewusst geplantes positives Verstärken erwünschter Verhaltensweisen mittels des Clickertrainings) zu legen. Auch wenn meine praktischen Fähigkeiten und Fertigkeiten sich diesbezüglich sicherlich noch weiter entwickeln müssen, hat sich seit Beginn des positiven Pferdetrainings erfreulicherweise die Beziehung zu Rico drastisch verbessert: Ein Pony, das mir freudig entgegenkommt, wenn ich auf den Offenstall zugehe, und nach einer intensiven Begrüßung schon einmal zum Trainingsplatz vorgeht, ist für mich das schönste Resultat dieser Trainingsweise.

13.1.2 Haltung, Fütterung und Pflege/Gesundheitsförderung

Komplexe Themen wie Haltung, Fütterung und Pflege/Gesundheitsförderung müssen zwar zwangsweise bei einem ethisch vertretbaren therapeutischen Einsatz von Pferden berücksichtigt werden, da sich mit jedem einzelnen der Themen jedoch ganze Bibliotheken füllen ließen, sollen an dieser Stelle ausschließlich die Grundlagen aufgeführt werden, auf denen Haltung, Fütterung und Gesundheitsförderung von Rico basieren.

Rico wird in einer kleinen Herde in einem weitläufigen Offenstall mit großen Weideflächen gehalten, der sowohl ausreichend Platz als auch verschiedene Bewegungsanreize, Ruhemöglichkeiten, Wind- und Wetterschutz und ausreichend hygienische Verhältnisse durch tägliche Reinigung bietet. In diesem Offenstall sind die Stallbesitzerin und ich in Selbstversorgung tätig und organisieren die Haltung und damit zusammenhängende Stall-Angelegenheiten selbstständig. Aufgrund verschiedener gesundheitlicher Probleme gestaltete es sich sehr schwierig, für Rico einen passenden Stall zu finden, so dass letztlich der Weg in die Selbstversorgung die einzig praktikable Lösung bot. Beim Stallmanagement orientieren wir uns beispielsweise an den Offenstallkonzepten von Dr. Tanja Romanazzi (2009).

Aufgrund seiner besonderen gesundheitlichen Bedürfnisse und einem leider bestehenden Hang zu massivem, gesundheitsschädigendem Übergewicht (ich habe Rico bereits in massiv übergewichtigem Zustand gekauft) bedurfte auch das Futtermanagement einer besonderen fachlichen Unterstützung. Hier halfen mir vor allem die Seminare bei sowie eine persönliche Beratung von Constanze Röhm (MSc Equine Science der University of Essex) (Röhm, 2014).

In Bezug auf gesunderhaltende Reitansätze unter Berücksichtigung von anatomischen und biomechanischen Grundsätzen fand ich unter anderem die Schriften von Gerd Heuschmann (2011,2014) sehr hilfreich, ebenso den Reitunterricht des Teams von Wolfgang Marlie (www.reiterpension-marlie) oder Unterricht zu Massage und Dehnung bei der Pferdeostheopathin Adria-

ne Mack (www.purinbalance.de). Besonders beeindruckt haben mich die Behandlungsansätze von Linda Tellington-Jones (2007, 2014, 2015), die unter anderem mittels der von ihr entwickelten Methode des „T-Touch“ eine Körperarbeit für Pferde entwickelt hat, die sich ursprünglich an den Lehren von Dr. Feldenkrais orientierte, und sich seit ihren Anfängen in den 1980iger Jahren beständig weiterentwickelt hat. TTouches sind eine Form der Körperarbeit am Pferd, die vielfältige kreisförmige, hebende und gleitende Bewegungen mit den Händen beinhaltet. TTouches können sich unter anderem beruhigend oder aktivierend (je nach Anwendung) auf das Pferd auswirken und fördern dadurch sein Lernvermögen. Neurologische Studien ergaben unter anderem eine Reduzierung von Stresshormonen beim Pferd sowie eine Steigerung der Lernfähigkeit (z.B. die Studie russischer Tierärzte am Blitza Olympia Center von 1985, näheres hierzu siehe beispielsweise Tellington-Jones, 2014, S. 6). Sicherlich wären mehr und vergleichende Studien wünschenswert; nichtsdestotrotz hat Linda Tellington-Jones sich immerhin überhaupt um Belege der Wirksamkeit ihrer Methode bemüht. Ich habe Seminare sowohl bei Linda Tellington-Jones als auch bei zwei von ihr ausgebildeten Trainerinnen - unter anderem ein Seminar zum Thema körperorientierte Psychotherapie mit dem Pferd, Schwerpunkt Angststörungen - besucht und war sehr begeistert und inspiriert von diesem Zugang zu Pferden.

13.1.3. (Human-)Therapeutische Hintergründe

Die im Folgenden beschriebene sozialtherapeutische Arbeit mit dem Pferd basiert auf dem in diesem Behandlungsjournal beschriebenen Integrativen Ansatz.

In Bezug auf die tiergestützte Arbeit an sich orientiere ich mich dabei vor allem an folgenden Veröffentlichungen:

- GREEN CARE – Plädoyer für eine ökologisch fundierte Gesundheit. Manifest für „GREEN CARE Empowerment“ – Transdisziplinäre Überlegungen zu einer Ökologie der Verbundenheit (Petzold, 2015c).

- „Green Meditation“ – Ruhe, Kraft, Lebensfreude (Petzold, 2015b)
- Depression ist grau – Therapie grün! Die „neuen Naturtherapien“ in der Depressionsbehandlung (Petzold, 2014h).
- Euthyme Therapie – Heilkunst und Gesundheitsförderung in asklepiadischer Tradition: ein integrativer und behavioraler Behandlungsansatz „multipler Stimulierung“ und „Lebensstilveränderung“ (Petzold, Moser, Orth, 2012).
- Tiergestützte Interventionen in der Sozialen Arbeit. Die heilsame Wirkung der Mensch-Tier-Interaktion (Stubbe, 2012).

Weitere Hintergründe tiergestützter Interventionen (beispielsweise begriffliche Definitionen und Abgrenzungen der einzelnen Interventionsansätze) finden sich unter anderem bei Julius et al. (2014), Lederbogen (2012), Otterstedt (2001), Olbrich & Otterstedt (2003), Vernooij & Schneider (2010).

14. Behandlungsverlauf der pferdegestützten Sozialtherapie / Dokumentation der Einheiten

Einheit 1 (90 Minuten)

Thema: Zielformulierung für die pferdegestützten Einheiten

Zum Einstieg in unsere „pferdegestützten Einheiten“ haben Uta und ich einen Termin vereinbart, um ein Ziele oder mehrere Ziele zu formulieren, an denen sie in diesem begrenzten Zeitraum (8 pferdegestützte Einheiten plus ein Auswertungstermin) arbeiten möchte (PZ).

Uta erscheint pünktlich zum Termin. Sie spricht direkt an, dass sie sich bezüglich der Zielformulierung vorab viele Gedanken gemacht, „ja regelrecht gestresst“ habe, ihr sei jedoch nichts eingefallen. Ich frage Uta, was genau sie denn so gestresst habe (EA, EE). Uta stellt daraufhin fest, sie sei ratlos und könne sich kaum vorstellen, woran sie arbeiten wolle, ihr würden auch keine Themen einfallen. Gleichzeitig wird durch ihre intensiven Überlegungen

ersichtlich, dass sie sehr bemüht ist, meinem Auftrag, sich ein Ziel zu überlegen, nachzukommen. Ich habe den Eindruck, sie steht sehr unter Druck - unter anderem schließe ich aufgrund ihres zitternden Beins und einer insgesamt angespannten Körperhaltung darauf. Meine Frage, ob sie sich unter Druck fühle (*EA*), bejaht sie und wiederholt, sie könne sich einfach nicht vorstellen, was sie sich als Ziel setzen könne. Ich versuche, ihr Sicherheit zu vermitteln und den Druck zu nehmen, indem ich ihr weiter zugewandt bleibe und mit ruhiger Stimme erkläre (*EV, ES*), wie einige pferdegestützte Einheiten beispielhaft konkret ablaufen könnten – was ich also für sie im Angebot haben könnte –und befrage sie etwas konkreter, ob es unter diesen Aspekten etwas geben könnte, was sie gerne einmal ausprobieren möchte oder ein besonderes Thema, mit dem sie sich beschäftigen möchte. Ich erkläre Uta auch, dass es sich nicht um ein hoch gestecktes Ziel handeln soll oder muss, genauso gut könne es auch ein scheinbar kleines Ziel, eine scheinbare „Kleinigkeit“ sein – oft entwickle sich hieraus ja mehr als man anfänglich annehmen möchte (*PZ*).

Uta greift daraufhin nochmal das Thema „Druck“ auf, den sie nicht nur heute bei der Zielformulierung empfinde, sondern der sie „tagein tagaus“ begleite. Sie wolle es immer alles so richtig machen und würde dadurch häufig gar nicht merken, wenn ihr eigentlich etwas zu viel sei. Sie überlegt laut: „Ich kann ja mal ausprobieren, dir einfach mal zu sagen, wenn mir mit Rico was zu viel wird oder ich Angst hab, oder sowas.“ Ich bin über diese Äußerung zunächst etwas irritiert, weil Uta mir - nach meiner Einschätzung - sehr häufig mitteilt, wenn ihr etwas zu viel wird. Mir fällt während meiner Überlegung jedoch ein, dass es vielleicht eher die winzige zeitliche Nuance ist, wann sie mitteilt, dass ihr etwas zu schwer oder beängstigend erscheint: Ein frühzeitigeres Wahrnehmen und Benennen ihrer Befürchtungen könnte uns ermöglichen, diese entweder schneller zu entkräften oder rechtzeitig zu überlegen, wie sie ausreichend Sicherheit gewinnen kann, um sich manchen beängstigenden Dingen dennoch zu stellen. Ich entscheide mich, meine Überlegungen laut auszusprechen und frage Uta, ob es vielleicht eher zutreffen könnte,

dass sie solche Ängste nicht frühzeitig genug benennen würde (*EA, EE*). Uta bestätigt das: Sie fühle sich immer so zerrissen, wenn es darum ginge. Sie wolle nicht faul wirken oder als würde sie sich nicht bemühen und durch diese Befürchtungen würde ihre Anspannung nur noch mehr steigen.

Ich mache mir Sorgen, dass Uta sich zu sehr auf ihre Ängste fixieren könnte, wenn wir ausschließlich die von ihr formulierte Idee („mitteilen, wenn ich Angst habe und mir etwas zu viel wird“) als Ziel übernehmen, möchte aber gleichzeitig ihre Wünsche und Bedenken ernst nehmen (*EV, ES*). Ich schlage Uta deshalb zwei Dinge vor:

1. „Zum einen kannst du vielleicht im Umgang mit Rico üben, noch genauer wahrzunehmen, wann dir etwas zu viel wird und woran du das noch frühzeitiger als bis jetzt erkennen kannst. Dann kannst du das erstmal wahrnehmen und ernst nehmen und auch mir sagen (*EA, KK*). Und dann könnten wir Schritt für Schritt zusammen überlegen, bei welcher Handlung du dich noch wohl und sicher gefühlt hast und bei welchem Schritt es vielleicht langsam beunruhigend wurde (*EA, LB*). Dann könnten wir gemeinsam erarbeiten, wie du in genau der beunruhigenden Situation wieder mehr Sicherheit kriegen kannst (*LB, SE*). Das sind dann die ersten Schritte und das ist ja schon einiges!“ Es geht mir bei dieser Intervention darum, dass Uta sich langfristig beängstigenden Situationen gut stellen kann, wenn sie dafür eine sichere Basis als Ausgangspunkt entwickelt hat, z.B. über Vertrauen in die eigene Wahrnehmung, Kontrolle über die eigenen Verhaltensweisen und Sicherheit in der Beziehung zu mir (Braunbarth, 2009b; Kabat-Zinn, 2013; Härle, 2013). Als Beispiel erläutere ich daher: „Dann kannst du gucken, ob du bei einem Termin direkt zu unserer Pferdeherde auf die Weide gehen magst oder einfach von Weitem gucken oder ein paar Schrittden hingehen und wo der Punkt ist, stehen zu bleiben. Dabei ist es dann ganz hilfreich, wenn du nicht nur auf dich achtest, sondern gründlich auf die Herde guckst, wie die wirkt, wie die Pferde sich verhalten, ob die friedlich sind und so was. Wir können dann auch zusammen überlegen, wie die Herde grade so drauf ist.“ Darauf aufbauend könne Uta dann selber entscheiden, erkläre ich ihr: „Du kannst dich

der Herde schnell nähern, dich langsam und auf Umwegen nähern, dich nur bis auf wenige Meter nähern, mich neben dir oder hinter dir unterstützend um Begleitung bitten und all sowas. Die Pferde werden dir dann zudem zeigen, womit sie sich wohl fühlen und was ihnen dann vielleicht auch nicht recht sein könnte.“ (LB) Ein solches Vorgehen beschreiben unter anderem Babette Teschen und Tania Konnerth in ihrem Buch „Vertrauen statt Angst – für Mensch und Pferd“. Babette und Tania empfehlen in diesem einen – in der Reiterszene leider noch unüblichen – achtsamen Umgang mit Ängsten: Sie erläutern die Notwendigkeit, die eigenen Ängste und die Ängste des Pferdes ernst zu nehmen und sich diesen von einer sicheren Basis aus zu stellen, soweit es eben möglich ist, anstelle sich einzureden, da müssten Mensch und Pferd eben durch und dadurch gefährliche Situationen zu provozieren.

2. Zusätzlich erkläre ich Uta aber auch, wie wichtig es mir ist, dass wir uns nicht ausschließlich auf ihre Ängstlichkeit und Überforderungsgefühle fokussieren, sondern mindestens ebenso sehr darauf achten, was ihr Freude bereitet oder wann sie sich entspannt oder sicher fühlt. Ich biete ihr an, solche Momente der Freude, Entspannung oder Sicherheit im Verlauf der nächsten Einheiten bewusst immer wieder aufzusuchen und zu wiederholen (LB). Auch Rico geben Rituale Sicherheit und somit würden wir „zwei Fliegen mit einer Klappe schlagen“ können: Sowohl bei Mensch als auch Pferd könnte durch das Wiederholen solcher Erlebnisse „neue schöne Autobahnen im Gehirn“ entstehen (LM) (vereinfachte neurobiologische Grundlagen, so wie ich sie zu erklären vermag und Uta sie verstehen kann, haben wir schon häufiger besprochen) (die Hintergründe meiner vereinfachten Erklärungen entnehme ich unter anderem Hüther, 2013; die Bedeutung der Gefühle von Wohlgestimmtheit/Euthymie in der Therapie entnehme ich unter anderem Petzold & Sieper, 2012e).

Uta nickt, sie richtet sich etwas auf, lächelt scheu und sagt, sie würde sich freuen, denn das klinge nach einer „eigentlich ziemlich guten Idee“. Ich freue mich über diese Rückmeldung, denn für Uta ist diese Feststellung an sich schon ein großer Schritt: Häufig ist sie so von ihren Ängsten und Befürchtun-

gen gefangen, dass sie sich im Voraus nicht wirklich auf etwas freuen kann und selten etwas „eigentlich ziemlich gut“ findet.

Ich schlage Uta vor, die von uns angedachten Ziele selber wörtlich zu formulieren und schriftlich festzuhalten. Uta schreibt:

Meine Ziele:

1. Wahrnehmen, wenn ich einigermaßen entspannt bin und es mir ganz gut mit etwas geht.

2. Den Mut fassen zu sagen, wenn es mir zu viel wird.

Die Ziele setzen wir unter die Überschrift „Achtsamkeit“. Um das Wohl des Pferdes nicht zu übergehen schlage ich vor, diese Achtsamkeit noch etwas auszuweiten und erkläre Uta in einfachen Worten das Konzept der *komplexen Achtsamkeit* der Integrativen Therapie (Petzold & Sieper, 2012e; Petzold, 2015c), die nicht nur selbstzentriert ist, sondern unter anderem auch Achtsamkeit für die Ökologie und für andere umfasst (wir haben uns in der Vergangenheit schon häufiger mit dem Thema Achtsamkeit beschäftigt und ich greife das bereits Besprochene an dieser Stelle noch einmal auf). Uta sagt - vergleichsweise energisch - sie wolle „diese Sache mit der Achtsamkeit jetzt mal ausprobieren“. Ich schlage daraufhin als ergänzendes Ziel vor, dass Uta nicht nur achtsam sich selber gegenüber sein könnte, sondern dass wir auch gemeinsam darauf achten, womit Rico sich wohl fühlt und wie wir ihm eine gute Zeit bereiten können (PZ, SE). Uta stimmt meinem Vorschlag direkt zu: Das sei ja klar, wir müssten es auf jeden Fall schön für Rico machen. Sie nimmt folgendes in ihre Ziel-Liste mit auf:

3. Auf Rico achten und ihm eine gute Zeit machen.

Ich erkläre Uta anschließend noch, dass diese Ziele grundsätzlich nicht in Stein gemeißelt seien. Vielleicht entwickeln sich im Verlauf der Zeit auch andere Ziele oder wir merken, dass unser ursprünglicher Plan nicht aufgeht und wir umdenken müssen, das sei dann auch in Ordnung (PZ). Uta nickt zustimmend, aber zögerlich, sie sei „mal gespannt“.

Im Anschluss ist es mir wichtig, Uta noch einige Rahmenbedingungen mitzuteilen:

1. Wir können nicht zum Pferd fahren, wenn sie vorher THC – oder andere Substanzen - konsumiert hat. Ich erläutere, das wäre Rico gegenüber nicht fair, der sich von einem unklaren Verhalten zu leicht verunsichern lasse. Gleichzeitig würde es unserem Plan der Achtsamkeit völlig zuwider laufen. Und natürlich habe ich auch sicherheitsrelevante Bedenken. Uta sagt direkt und sehr betont, das sei für sie klar gewesen. Sie würde es weder für Rico noch für mich wollen, bekifft zum Termin zu erscheinen. Sie würde sich zudem regelrecht darauf freuen, zwei Wochen lang einen festen, richtigen Grund zu haben, nicht schon morgens zu kiffen und nicht einfach darauf zu warten, was der Tag so bringe und dass er schnell vorbei gehe.

2. Uta muss feste Schuhe tragen, komme was wolle. Uta trägt ungern feste Schuhe, da sie dann immer den Eindruck hat, ihre Füße sehen „riesig und ganz schrecklich“ aus. Aus Sicherheitsgründen ist das Tragen von festem Schuhwerk jedoch notwendig. Da sie auch schon feste Schuhe besitzt, kann sie sich mit dieser Regel arrangieren, auch wenn sie die Schuhe nur „zur Not“ tragen wolle.

Am Ende unseres Termins ist Uta deutlich entspannter als anfänglich, sie wirkt vergleichsweise tatkräftig und sagt, unser Plan sei gut so, dass wolle sie jetzt mal so versuchen. Ich freue mich auf die nächsten anstehenden Termine und teile das Uta so mit (ES).

Einheit 2: 150 Minuten

Thema: Einstieg, den neuen Stall kennen lernen, Achtsamkeit:

Ich hole Uta am vereinbarten Treffpunkt ab. Sie ist überpünktlich und wartet schon auf mich. Wie vereinbart ist sie punktabstinent.

Im Auto berichtet sie nach der Begrüßung unmittelbar, dass sie Streit mit ihrem guten Freund Sascha gehabt habe. Uta ist sehr angespannt, es platzt quasi direkt aus ihr heraus, so als habe sie schon darauf gewartet, mir direkt von dem Streit erzählen zu können. Ich lasse Uta zunächst erzählen und höre aufmerksam zu (EV, ES). Sie erklärt, sie sei sich keiner Schuld bewusst, mache sich aber Sorgen, dass Sascha nun nicht mehr mit ihr befreundet sein wolle. Was genau der Konfliktpunkt war, will sie nicht benennen, nur dass am Telefon ein Wort das andere gegeben habe und er dann einfach aufgelegt habe. Ich greife den Aspekt auf, dass sie sich keiner Schuld bewusst sei: Im Regelfall greife bei freundschaftlichen Konflikten die Schuldfrage nicht wirklich, meist sei es eher so, dass sich die Situation hoch schaukelt. Für den Teil, den sie dazu beigetragen habe, könne sie sich ja entschuldigen. Uta stimmt mir zu, äußert aber weiter ihre Besorgnis. Ich frage, wie lange die beiden sich nochmal kennen (seit 20 Jahren, seit 4 Jahren ist die Freundschaft intensiver geworden, die beiden telefonieren häufiger) und sage dann: „ich gehe mal davon aus, dass eure Freundschaft sicherlich schon einige Konflikte überstanden hat und dann diesen einen vermutlich auch übersteht, wenn ihr beide an einer Klärung interessiert seid. Oder was denkst du?“ (KK, TN) „Stimmt eigentlich...“ sagt Uta und wirkt etwas gelöster.

Wir kommen auf das Thema „Pferd“ zu sprechen und wie wir unsere Zeit heute gestalten könnten. Uta zeigt sich ratlos und hat keine Ideen. Ich schlage ihr vor, dass wir ja erst einmal alles angucken können – sie kennt den neuen Stall ja noch nicht – und uns dann überlegen können, wie nah wir uns an die Pferde ran wagen. Sie lächelt, recht gelöst: „Gut, das ist eine gute Idee“.

Am Stall angekommen atmet sie direkt einige Male – annähernd – gelöst tief ein und aus, ihr Brustkorb hebt sich und sie richtet sich dadurch etwas auf. Die Sonne strahlt, blauer Sommerhimmel, es geht eine milde Brise: Das ist natürlich der perfekte Hintergrund für unsere Zusammenarbeit und trägt zu einer entspannten Atmosphäre bei. Uta (staunend): „Hier ist es aber schön!“ Ich zeige ihr den Offenstall und erkläre ihr, wie dieser angelegt ist. Ich erläu-

tere dazu auch einiges zum Thema „möglichst artgerechte Pferdehaltung“ und was ein gut geführter Offenstall mit sich bringen muss, um sowohl das Bewegungs- als auch Ruhebedürfnis der Pferde zu berücksichtigen (im Sinne des „Green Care“ (Petzold, 2015c) geht es mir darum, Utas Bewusstsein für Landschaftsschutz und Tierschutz zu fördern) (KG, SE). Uta hört interessiert zu und stellt teilweise Zwischenfragen. Sie wirkt lebhaft und aufgeweckt, hält sich gerade, bisher zeigt sie noch keine der von ihr häufig ausgeführten stereotypen Verhaltensweisen bei Nervosität (z.B. Kreisen der Hand). Als ich sie frage, was sie gerne machen möchte, sagt sie mit fester Stimme und einem freudigen Tonfall: „Ach, wir gehen mal direkt hin“. Weil sie sehr sicher wirkt, frage ich nicht nach, ob das für sie wirklich in Ordnung ist (bei unseren regelmäßigen Gruppenterminen „Ponyhof“ hat sie häufig eher Angst in der Herde; hier wirkt sie wesentlich gelöster, was vielleicht auch mit der kleineren Herdengröße zusammenhängt). Wir nähern uns den Ponys auf der Weide (KG), die uns interessiert begrüßen. Der „Jungspund“ der Herde (ein vierjähriger Island-Wallach mit sehr kindlichem Gesicht) schnuppert ganz interessiert an Uta und schnaubt verspielt, sie lacht gelöst und kindlich. Ich ziehe Rico zunächst selber das Halfter an und führe ihn, weil ich erst einmal seine Stimmung einschätzen will. Die scheint gut zu sein: Er schließt sich uns eifrig an und geht gerne mit.

Ich trenne ein Stück vom Offenstall ab, in das wir Rico führen. Uta begrüßt ihn behutsam, indem sie ihm vorsichtig ihren Handrücken Richtung Nüstern hält. Rico nimmt die Begrüßung an und schnaubt ebenso behutsam ihre Hand an. Uta wirkt entspannt und lächelt. Ich schlage ihr vor, ihn zu putzen und dabei sehr genau darauf zu achten, welche Art der Berührung mit welchem Putzzeug er gerne mag und was ihm vielleicht nicht so wohl sein könnte (KG). Letzteres solle sie dann nicht weiterführen, sondern könne ja mal ausprobieren, ob es ihm anders (z.B. mit langsameren Bewegungen oder weniger Druck) wohler ist. Gleichzeitig könne sie ja ab und an mal in sich selber hinein horchen und versuchen, wahrzunehmen wie entspannt/angespannt sie ist. Und falls sie eine Anspannung wahrnehmen soll-

te, könne sie ja überlegen, wie sie vorgehen möchte: Vielleicht möchte sie noch etwas ausharren und in diese ein bisschen hinein atmen oder ihre Position am Pferd verändern oder vielleicht sogar aus der Situation heraus gehen (LB). Uta nickt und beginnt, Rico mit dem Striegel zu putzen, und reagiert kurz etwas nervös, ihre Stimme wird hektisch und unsicher: Sie wisse gar nicht, ob sie es schaffe, Rico anzusehen, ob ihm etwas gefalle. Ich weise sie auf ganz kleine feine Bewegungen hin (am Maul, die Ohren, die Augen), die auf Entspannung hindeuten (KG). Uta hört und sieht interessiert zu, macht daraufhin eine Bewegung mit der Hand als würde sie ihre Bedenken wegweisen wollen und beginnt mit dem Putzen. Die Putz-Einheit scheint Rico zu gefallen: Er entspannt zusehends, was auch darauf hinweist, dass Uta entspannt ist. Zwischendurch wird sie etwas fest in den Beinen und streckt die Knie extrem durch. Ich frage sie, ob sie mal damit experimentieren möchte, etwas in die Knie zu gehen, die Hüfte etwas zu lockern und tief durch zu atmen: „Wie fühlt sich das an?“ (LB) Uta probiert es aus, behält dann diese Position, weil das so angenehmer sei. Im Anschluss an die Putz-Einheit zeige ich Uta eine Massage, die Ricos Osteopathin ihm verordnet hat. Ich erkläre Uta, wofür die Massage notwendig ist: Ricos Zungenbein war blockiert und dadurch zogen sich Anspannungen durch den gesamten Körper, so dass er die Vorderhufe nicht mehr gerne zum Putzen geben wollte. Die Massage ist für die (menschlichen) Arme teilweise recht anstrengend, da sie mit einem bestimmten Druck und Tempo ausgeführt werden muss. Ich schlage Uta also vor, sie könne ja die Bewegungen erst einmal ausführen, aber dabei genau darauf achten, wann es sich unangenehm für sie anfühle, dann könne ich sie ablösen (LB). Uta führt die Bewegungen aus und achtet auf ihr Körperempfinden. Wir wechseln uns gegenseitig ab, probieren unterschiedliche Drucktechniken und erkunden Ricos Muskeln: Wo sind diese härter, wo weicher? Diese Übung verfolgt natürlich nicht nur den Zweck, dem Pferd eine angenehme Massage zu geben, sondern ebenso dient diese Übung der Förderung von Utas Wahrnehmung (LB). Das Gegenüber Pferd wirklich achtsam zu erkunden schult die Fremdwahrnehmung sehr gründlich (denn es geht hierbei wirklich um feinste kleine Bewegungen und die nicht immer leicht zu

ergründende Mimik des Pferdes) und ermöglicht durch ein realitätsgerechteres Wahrnehmen mehr Sicherheit im Umgang mit dem Pferd. Während der Massage frage ich Uta nach ihrem Befinden (EA) und sie sagt – ziemlich erstaunt – sie sei echt locker und habe keine Angst, obwohl wir ja auf engem Raum mit Rico seien. Sie steht locker da, die Atmung geht fließend, der Körper wirkt entspannt und gleichzeitig aufgerichtet. Zum Abschluss der Massage-Einheit suchen wir Ricos ultimative Kraul-Genuss-Stellen und kratzen diese: Er macht eine genüssliche Kraul-Schnute, die sehr lustig aussieht. Uta lacht, gelöst und kindlich.

Zu Ricos Abschied gibt es dann noch eine kleine Leckerei für ihn, dann entlassen wir ihn zu seinen Freunden auf die Weide.

Wir setzen uns danach noch in die Sonne und Uta seufzt: „Wie Urlaub ist das hier“ (KG). Ich frage sie nach ihrem Angstempfinden während des Zusammenseins mit Rico (EA). Auf einer Skala von eins bis 10 liege sie bei Stufe 3, antwortet sie. Ich erwidere, dass ich das völlig angemessen für eine fremde Situation finde und zudem wichtig, denn Vorsicht ist bei Pferde immer geboten. Uta stellt dann fest, sie sei außergewöhnlich entspannt. Auf meine Frage, womit das zusammenhängen könne (EE), sagt sie – verlegen, sie wird ein bisschen rot - das höre sich zwar komisch an, aber sie würde Rico halt irgendwie vertrauen. Daher hätte sie es auch geschafft, sich auf ihn zu konzentrieren und habe sich sonst keine Gedanken gemacht. Ich erkläre ihr, dass ich das gar nicht komisch finde (EV, ES), sondern dass die beiden auf mich sehr harmonisch wirkten und das natürlich auch einen guten Grund bieten würde, ihm zu vertrauen.

Einmal zwischendurch, sagt Uta dann, sei kurz ein „Suchtdruck“-Gedanke gekommen, aber der wäre dann auch schnell wieder weg gewesen. Sie sagt dann, etwas resigniert, dass sie es nicht sicher wisse, ob sie es jemals schaffen könne, längere Zeit ganz ohne Drogen zu leben, und sie frage sich, ob sie nicht akzeptieren müsse, dass sie eben nicht ohne könne. Ich erwidere, dass man hier ja differenzieren könne: „Es ist ja ein meilenweiter Unter-

schied, etwas zu akzeptieren, im Sinne von ich akzeptiere, dass ich suchtkrank bin, aber dennoch nicht aufzugeben.“ Ihre Aussage höre sich für mich eher danach an, als würde sie sich da wenig zutraue, zumindest weniger als ich ihr zutrauen: „Ich sehe es nicht so, dass du keine dauerhafte Abstinenz schaffen kannst. Aber es liegt natürlich auch an deiner Entscheidung und Standhaftigkeit und vor allem langfristig auch daran, dass du weiter dein Leben mit anderen Dingen als Drogen füllst. So wie du ja auch schon angefangen hast.“ Uta seufzt und sagt, sie sei auch schon ein bisschen stolz, dass sie am Wochenende trotz Streit nichts getrunken habe.

Wir machen uns auf den Heimweg, immer noch ist sie entspannt, spricht davon, wie schön die Landschaft um den Stall herum war. Außerdem berichtet sie mir von einer „verrückten Idee“ und fragt, was ich davon halten würde: Auf Amrum sei ein Campingplatz, da könne sie drei Monate für 550 Euro in der Vorsaison campen – das sei ein Spezialangebot. Wenn sie alles Geld, das sie sonst für Alkohol ausgegeben habe, zurücklegen würde, könne sie sich das locker leisten. Ich halte es für eine sehr gute Idee, ihrem Fernweh nachzugehen – einer ihrer großen Wünsche ist es, zu reisen und etwas von der Welt zu entdecken (*PZ*). Wir überlegen gemeinsam, welche Ausstattung sie sich neu besorgen müsste und wie hoch die Kosten dafür ungefähr sein würden (*LH*).

Uta bedankt sich zum Abschied recht überschwänglich für den „schönen Ausflug“.

Reflexion bezüglich der Zielerreichung:

Uta konnte meine Interventionen, sich selber, aber auch Rico achtsam wahrzunehmen, sehr gut annehmen. Sie konnte gut meinen Erklärungen folgen, um Ricos Befindlichkeit wahrzunehmen und sich darauf einzustellen, sein Wohlbefinden zu fördern (z.B. über die Massage), so dass Rico die Zeit mit uns entspannt verbringen konnte. Zusätzlich konnte Uta ihr Interesse bezüg-

lich Natur- und Tierschutz vertiefen (Ziel 3). Ebenso gelang es ihr überraschend gut, Momente der Entspannung und des Wohlbefindens zu erreichen; sie betonte zudem, dass sie sich überraschend sicher fühlte (Ziel 1). Das anfängliche Ansprechen ihrer Sorge, etwas falsch zu machen (Ziel 2), konnten wir durch genaues Beobachten des Ponys und damit dem Aufbau von mehr Sicherheit bezüglich der Fremdwahrnehmung gut entgegen wirken. Insgesamt scheint Uta sich sehr gut auf die pferdegestützte Sozialtherapie einlassen zu können.

Einheit 3, 120 Minuten

Themen: Mittel gegen die Einsamkeit, „Kindergeburtstag“ mit Rico

Auch heute ist Uta etwas zu früh am vereinbarten Treffpunkt. Sie besteigt das Auto und nach einigen Gesprächsminuten fällt mir auf, dass sie nicht – wie sonst so häufig – eine Entschuldigung oder Korrektur für irgendetwas, was sie im vorangegangenen Termin gesagt hat, anzubringen hat. Sie berichtet, dass Sascha ihr eine Mail geschrieben habe und sein Verhalten erklärt habe, sie habe ihm geantwortet und sich auch erklärt, beide Mails seien versöhnlich gewesen, sie denke, dass es sich wieder einrenken könne zwischen den beiden. Etwas schüchtern sagt sie, sie habe ihm am Ende dann auch „bis bald hoffentlich“ geschrieben – als Zeichen, dass sie den Kontakt nicht abbrechen wolle.

Unmittelbar darauf berichtet sie aber, mit etwas gedrückter Stimme, dass sie sich gestern nach unserem Ausflug so einsam gefühlt habe. Sie sei Mitte 40 und immer noch alleine und verbringe alle ihre Tage fast nur zu Hause. Ich erwidere, dass ich mir gut vorstellen könne, dass sie sich einsam fühle (*EV, ES*), und dass ich daher denke, dass es an der Zeit sei, dass sie schrittweise noch mehr unter Leute komme (*PZ, TN*). Uta erwidert traurig, dass alle ihre (Paar-)Beziehungen eine Katastrophe gewesen seien: „Und dann plötzlich, vier Beziehungen später, merkt man, dass man Mitte 40 ist und ist mutter-

seelenalleine“. Wenn sie nochmal eine Beziehung habe, würde sie nicht wieder die gleichen Fehler machen. Ich erwidere, dass es meines Erachtens schwer möglich sei, alte Muster überhaupt nicht mehr zu zeigen, und dass es mehr darum gehen könne, sich diese bewusst zu machen und im jeweiligen Moment ein anderes Verhalten zu probieren. Alte Fehler gar nicht mehr machen zu wollen schein mir eine Überforderung zu sein und diese könne schnell zu Resignation führen (EE). Ich: „Um dein Alleinsein zu unterbrechen lade ich dich ja immer zu unseren Gruppen ein und finde es so wichtig, dass du zur Selbsthilfegruppe gehst. Selbst wenn du dabei keine guten Freunde finden solltest, kommst du überhaupt erst mal wieder in die Übung, auf andere Menschen zu treffen. Der Schritt, dann vielleicht doch mal Freundschaften zu knüpfen, ist dann doch viel näher.“ (TN) Uta stimmt dem zu: „Jaja genau“ - aber nicht in resigniertem, sondern eher in energischerem Tonfall. Deswegen habe sie sich auch überlegt, dass sie dieses Jahr doch zu unserem Grillfest kommen wolle. Sie sagt, sie könne ja so lange bleiben, wie sie es aushalte (wir lassen das unsere Klienten immer frei entscheiden – innerhalb eines Zeitrahmens – da die meisten Angst vor Gruppen haben und ihnen so das Erscheinen leichter fällt. In aller Regel bleiben sie dann doch alle bis zum Ende der Gruppenveranstaltung). Ich halte das für eine sehr gute Idee, freue mich und sage ihr das auch: „Genau das ist der richtige Weg!“ (ES)

Uta erzählt weiter, sie habe gestern dann auch mal ein bisschen im Internet bei den Foren für Sozialphobiker geguckt, wie wir es schon mal überlegt hätten. Da habe eine Frau geschrieben, wie schlimm Einkaufen für sie sei und sie habe sich darin so gut wieder erkannt. Sie traue sich nur nie zu chatten. Ich schlage ihr vor, sie könne sich doch einfach in dem Forum als Mitglied anmelden und nach einiger Beobachtung vielleicht mal den ein oder anderen Satz schreiben. Oder sie könne sich bei facebook anmelden, da gebe es ja auch einige Foren (LH, TN). Uta sagt, Sascha habe ihr das auch schon vorgeschlagen, aber was solle sie denn da, „sich zum Affen machen“, weil sie nur drei Freunde habe. Ich erkläre ihr, dass sie zur Not ja z.B. über die ganzen Spiele Freunde sammeln könne, manche meiner anderen Klienten ma-

chen das auch so, und dass sie dann zum Beispiel Gruppen zu verschiedenen Themen beitreten könne, z.B. gebe es auch eine Frauengruppe Köln. Ich biete ihr an, dass wir gemeinsam bei den Internetforen oder bei facebook gucken und ihr ein Profil erstellen können (*TN, LH, SE*). Sie schiebt das jedoch mit zögerlicher Stimme auf: „Ja, naja... demnächst vielleicht“. Ich frage sie, ob ich sie demnächst dann nochmal daran erinnern dürfe und sie gibt ihr „Ok“ dazu.

Am Stall angekommen ist richtig schlechtes Wetter, aber Uta sagt dennoch, sie sei motiviert und würde sich freuen. Erneut will sie direkt zu den Pferden gehen, sie stapft aufrecht neben mir her, die Schritte sind recht groß, die Arme bewegt sie vergleichsweise schwungvoll. Ich freue mich, dass sie so frei auf die Herde zugehen kann. Rico macht es uns leicht, wir müssen gar nicht erst über die ganze, nasse Weide gehen, sondern er kommt von selber auf uns zu. Uta bittet mich, Rico heute nochmal selber zum Putzplatz zu führen, sie würde lieber einfach nebenher gehen. Ich nehme Rico also mit zum Putzplatz und frage Uta, ob wir wie gestern das Putzen und Massieren wiederholen wollen, damit sie und Rico durch dieses Ritual Sicherheit gewinnen können. Uta könne ja wieder darauf achten, womit Rico und sie sich wohlfühlen (*LB*). Uta nickt, heute ist sie überhaupt nicht zaghaft, sie nähert sich ihm jedoch dennoch angemessen vorsichtig und bedacht mit dem Striegel. Uta wiederholt das Putzen, beim Massieren wechseln wir uns wie gestern wieder ab. Auch heute ist Uta wieder entspannt. Sie steht, ohne dass ich sie darauf aufmerksam machen muss, locker und atmet ruhig. Ihre Bewegungen beim Putzen sind behutsam, sie beobachtet Ricos Mimik (*KG*). Der ist entspannt, er döst vor sich hin und steht ruhig mit entspannt angewinkeltem Bein. Ich erkläre Uta, dass ich ihre Entspannung ganz gut an Ricos Dösen erkennen könne: Rico ist nicht festgebunden, er könnte sich also auch abwenden, wenn ihm Putzen und Massieren zu unangenehm wären. Die Tatsache, dass er einfach bei ihr stehen bleibe und sich entspanne, zeige, dass er sich wohl fühlt (*ES*). Hektische oder unsichere Bewegungen verunsichern ihn, so dass

er sich dann mit ziemlich hoher Wahrscheinlichkeit abwenden würde. Uta lächelt daraufhin zaghaft, sie wirkt ein bisschen stolz.

Im Anschluss schlage ich ihr vor, ein kleines Geschicklichkeitsspiel mit Rico zu spielen (KG). Wir füllen eine Wanne mit Wasser und werfen dann einen Apfel hinein, den er rausfischen soll. Ich wähle bewusst ein typisches Spiel, das an Kindergeburtstage erinnert, um eine unbeschwertere, nachbeelternde Atmosphäre zu schaffen. Rico stellt sich bei diesem Spiel zunächst extrem geschickt an, er fischt in Sekundenschnelle den Apfel aus dem Wasserbotich. Wir probieren es ein zweites Mal, diesmal fällt es ihm schwerer, er schafft es nicht, den Apfel zu fassen. Wir assistieren ihm beide ein wenig, damit er nicht zu sehr frustriert wird. Rico spritzt Uta dabei mit Wasser nass und sabbert sie ein bisschen an, sie lächelt und amüsiert sich offensichtlich, sagt berührt „wie süß“ und streichelt ihm den Schopf. Ich bin gerührt über ihre kindliche Freude und auch darüber, dass Rico ganz behutsam mit ihr umgeht; er drängelt zum Beispiel nicht, obwohl sie den Apfel in der Hand hält. Die Atmosphäre ist friedlich und verspielt.

Als ich Rico zum Abschied das Halfter ausziehe, bleibt Uta noch etwas alleine bei ihm stehen und kraut ihm vorsichtig die Ohren, genau an der Stelle, an der es ihm gestern so gut gefallen hat (das hat sie sich gut gemerkt) (SE).

Aufgrund des schlechten Wetters fahren wir direkt zurück.

Im Auto sagt sie unmittelbar, dass sie „das wieder voll gut“ fand. Sie sei entspannter als sonst, auch entspannter als bei den anderen Pferden. Wir forschen, woran das liegen könnte und kommen zu dem Ergebnis, dass es vermutlich daran liegt, dass wir ganz kleinschrittig vorgehen, uns viel Zeit nehmen und keine Situationen provozieren, die sie überfordern könnten (EE).

Uta wird daraufhin jedoch etwas nervös: „Reicht das denn für dieses Journal, dass du da schiebst, wenn wir nur so kleine Sachen machen? Hast du denn dann überhaupt was zum Schreiben? Ich traue mich auch fast gar

nicht, dir zu sagen, wenn mir was gefällt. Ich hab dann direkt Angst, du denkst, ich würde das nur für dein Journal sagen. Das ist aber gar nicht so!“ Ich frage sie: „Was denkst du denn, was wir hier alles Spektakuläres machen sollen, Rodeo??“ woraufhin Uta lacht. Ich erkläre außerdem: „Unseren Zielen, dass du achtsam mit dir und Rico umgehst, kommen wir doch wunderbar nahe. Meines Erachtens krankt die Pferdewelt oftmals an zu hohen Ansprüchen an Reiter und Pferd und darüber gerät total in Vergessenheit, gemeinsam eine entspannte Zeit zu verbringen. Wenn dir eine entspannte Zeit gelingt, ist das doch super. Und wenn dir das ab Morgen nicht mehr gelingt, dann kann ich genauso gut auch darüber schreiben, und dann überlegen wir einfach weiter.“ (EV, PZ) Sie wirkt etwas beruhigter, aber eine Rest Skepsis scheint zu bleiben, sie guckt immer noch ein wenig misstrauisch. Ich weiß nicht, wie ich ihr diese Sorge nehmen kann und entscheide mich daher, nichts mehr dazu zu sagen und abzuwarten, wie sich unsere Termine weiter entwickeln. Ich überprüfe gleichzeitig bei mir selber, ob ich vielleicht irgendwie unter Druck stehe und diesen an sie weitergebe, kann das aber nicht feststellen. Ich habe nicht einmal damit gerechnet, dass Uta so entspannt und freudig während der Termine sein kann und bin selber sehr erfreut darüber, Druck verspüre ich nicht.

Im Anschluss erzählt Uta dann noch, sie habe gestern, als sie sich so einsam gefühlt habe, auch Alkohol-Suchtdruck gehabt. Dann habe sie sich aber gesagt: „Entweder du trinkst jetzt, dann bist du wieder voll im Arsch und es bringt dir nix, oder du hältst das jetzt bis morgen durch!“ Ihre Stimme klingt energisch, sie bewegt energisch ihre geballte Faust. Außerdem, erzählt sie weiter und wirkt jetzt wieder eher verlegen, habe sie ja gewusst, dass wir verabredet seien und das habe sie dann auch davon abgehalten rückfällig zu werden. Sie habe heute Morgen nicht verkatert oder gar besoffen sein wollen. Ich finde es richtig gut, wie sie die Situation gelöst hat: Sie hat sich mit den Foren, von denen sie mir auf der Hinfahrt erzählt hat, nicht nur abgelenkt, sondern dadurch auch direkt nach einer Lösung für ihre Einsamkeit

gesucht. Ich finde, da kann sie stolz drauf sein. Das melde ich ihr auch so zurück (*EV, PI*), Uta reagiert mit einem verlegenen Lächeln.

Uta fragt mich zudem, ob ich sie eigentlich für lernfähig halten würde, nicht nur in Bezug aufs Trinken, sondern auch so, für ihr Leben. Ich: „Ich halte dich sehr wohl für lernfähig, die Schritte müssen halt passend sein.“ (*LM*) Ich melde ihr als Beleg für meine Wahrnehmung all das zurück, was sie in der letzten Zeit gelernt habe, und erinnere sie unter anderem an das von ihr erstellte Rahmenbild, in das sie all ihre neu hinzugewonnenen Ressourcen gemalt hat (*ES, LM*). Das zeige ja sehr deutlich ihre Lern- und Entwicklungsfähigkeit. Allerdings, so ergänze ich, würde der THC-Konsum ihre Lernfähigkeit zumindest reduzieren, dessen solle sie sich bewusst sein (*EE, LM*). Uta reagiert darauf ausweichend „mh, jaja, ich weiß...“. Ich schlage ihr vor, sich zu Hause nochmal ihr Rahmenbild anzugucken, damit sie sich ihre Entwicklung besser vor Augen führen könne. Uta: „Ach stimmt, kann ich ja echt mal machen!“ Auch heute bedankt sie sich wieder fröhlich, bevor sie aus dem Auto aussteigt.

Reflexion bezüglich der Zielerreichung:

Uta war im Umgang mit Rico heute aufgrund unseres kleinschrittigen Vorgehens – zumindest haben wir beide es so wahrgenommen – zu keinem Zeitpunkt überfordert; so dass es keinen Anlass gab, anzusprechen, dass ihr etwas zu viel wurde (Ziel 2). Erneut stellte sie fest, dass sie besonders entspannt sei; es gelang ihr, sich zu freuen und sich von der Situation berühren zu lassen (Ziel 1). Auch Rico fühlte sich augenscheinlich recht wohl und zeigte dies deutlich, so dass Uta die Wahrnehmung seiner Befindlichkeit leicht fiel (Ziel 3).

Einheit 4, 180 Minuten

Themen: Mut in der Selbsthilfegruppe, Mut beim Pferd, Grenzen erkennen, Anspannung/Entspannung

Uta steigt ins Auto. Nach der Begrüßung frage ich sie, wie es gestern bei der Selbsthilfe war. Uta: „Joa, ganz gut“ (zögerlich). Sie berichtet dann, sie sei irgendwie besonders aufgeregt gewesen. Es wäre eine andere da Gruppenleitung gewesen und sie habe gehofft, dieses Mal nicht gefragt zu werden, wie es ihr ginge – wurde sie aber dann trotzdem. Sie habe sich schon vorher überlegt, was sie sagen wolle. Während sie mir das berichtet, verhaspelt sie sich direkt, die Stimme überschlägt sich ein bisschen und sie gestikuliert hektisch mit den Armen: „Also nicht dass du denkst, ich würde mir immer alles vorher überlegen, so, was ich so sage, nicht so stundenlang so, das sind schon keine ausgedachten Geschichten...“. Ich schmunzel ein bisschen und sag deutlich: „Uta, wie immer: NICHTS hab ich mir komisches gedacht“ (KK). Sie lacht dann auch selber, eine Mischung aus gelöst und verlegen. Sie erzählt weiter, dass sie fast nicht zur Selbsthilfegruppe gegangen wäre, irgendwie hätte sie sich kaum aufraffen können, weil sie so nervös gewesen sei. Dann sei sie aber gefahren, weil ich ja extra wegen der Selbsthilfegruppe unsere „Pferdesession“ pausiert hätte und wir dann ja auch doch hätten fahren können, wenn sie gar nicht zur Gruppe gegangen wäre. Es freut mich natürlich sehr, dass sie unsere Arbeit so ernst nimmt und das sage ich ihr auch so (ES, KK). Wenn sie deswegen auch noch zur Selbsthilfegruppe gehe, habe das doch einen ganz wunderbaren „Nebeneffekt“ (TN).

Uta berichtet weiter, während ich ihr aufmerksam zuhöre (EA): Obwohl sie so aufgeregt gewesen wäre, hätte sie dann aber in der Gruppe angesprochen, dass sie manchmal den Gedanken hätte „ach, mit Alk ist alles leichter“, sich in solchen Momenten aber immer vor Augen halten würde, wie schlecht es ihr gegangen sei und wie viel schwerer eigentlich alles werden würde. Wie häufiger in letzter Zeit fällt mir auf, dass sie viel klarer und vernünftiger spricht als noch vor anderthalb Jahren. Uta berichtet, dass die Teilnehmer der Gruppe dann einen Schlenker zu einer anderen Teilnehmerin gemacht und nichts zu ihr gesagt hätten (wie schade, ich hätte es schön gefunden, wenn sie eine Rückmeldung bekommen hätte). Konkret nachzufragen, wie das bei den anderen so sei, habe sie sich dann nicht getraut. Sie sei aber

dennoch im Anschluss froh gewesen, da gewesen zu sein: „Wenn ich nicht hingegangen wäre, wäre es mir noch die ganze Zeit nachgehangen.“ Ich spreche sie, schmunzelnd, nochmal auf ihre Sorge von unserem letzten Termin an: „Nach dem, was du mir gerade so von gestern erzählt hast, glaubst du da immer noch, dass du nicht lernfähig bist?!“ (LM, EV) Uta lächelt verlegen, weil sie merkt, dass ein Lob hinter dieser Aussage steckt (ich denke, sie hat einiges gelernt in der letzten Zeit und habe ihr das auch schon des Öfteren gesagt). Sie erwidert, immer noch verlegen (es fällt ihr sichtlich schwer, etwas Positives über sich zu sagen): „Also, nein, sooo schrecklich wenig lerne ich doch nicht, vielleicht... manchmal lern ich doch ein kleines bisschen was.“ Ich sage betont mit einem Lächeln: „Oha, dein Wort in Gottes Ohr.“ Uta lacht daraufhin.

Beim Pony angekommen holen wir ihn wieder. Heute ist es extrem heiß und stickig, so dass Rico recht träge ist und lustlos hinter uns hertippelt. Ich schlage vor, ihn nur einmal kurz zur Begrüßung über zu putzen (KG). Uta stimmt dem zu, sagt ihm ganz behutsam und zugewandt leise „hallo“ und bürstet ihn kurz ab. Auch heute entspannt sie bei dieser Betätigung wieder (LB). Ricos Stimmung kann ich nicht wirklich einschätzen, da er wegen der Hitze etwas schlapp ist.

Ich schlage Uta zwei Alternativen vor, die ich bei der Hitze für ihn ganz verträglich finden würde: Ich könnte ihr a) zeigen, wie man mit ihm leichte Dehnübungen macht oder b) sie könnte sich auch mal kurz drauf setzen (KG). Uta überlegt kurz, grinst und sagt, sie wolle beides machen. Ich freu mich, lache und sag: „Na, dann mal los“. Ich hole die Utensilien, die wir zum Dehnen brauchen (Kappzaum, kurze Longe), erkläre ihr die Anwendung dieser und gebe eine kurze vereinfachte Erklärung zum Thema „Biomechanik“ (Heuschmann, 2011) beim Pferd. Uta hört sehr interessiert und aufmerksam zu. Ich zeige Uta die – einfach durchzuführenden – Dehnübungen (z.B. Bewegen des Kopfes mit dem Kappzaum) und sie probiert diese selber aus. Sie geht sehr behutsam vor, ist konzentriert und sehr fokussiert auf Rico. Rico hat bei den Dehnübungen ein wenig Mühe mitzumachen, er ist etwas zu steif

und hält leicht dagegen. Ich erkläre Uta, dass es nun mehrere Möglichkeiten gebe: Man könne ihn natürlich über eine Zunahme an Druck dazu nötigen, sich mehr zu bewegen, oder wir könnten uns überlegen, wie wir ihn auf angenehme Art dazu locken könnten. Uta sagt bestimmt, sie wolle die angenehme Art wählen (eine andere Option hätte es bei mir auch nicht gegeben) und wir nehmen ein paar kleine getrocknete Hagebutten zur Hilfe. Nun ist feinste Beobachtung für Uta angesagt (KG): Immer wenn er beim vorsichtigen Dehnen auch nur einen Hauch den Kopf in die gewünschte Richtung bewegt, sagt sie direkt „jetzt“ und dann gibt es von mir eine Hagebutte. Wir entscheiden uns für diese Arbeitsteilung, weil das Timing ansonsten zu schwierig wäre. Uta kann so ohne Druck ihre Beobachtung schulen. Nach drei Minuten Dehnübung macht Rico es schon perfekt. Wir wechseln dann die Rollen, Uta übt mit ihm und ich gebe das Signal für die Hagebutte. Sie hat ganz offensichtlich richtig Spaß, lobt ihn, weil er so schön brav ist und nicht nach den Hagebutten drängelt. Sie wirkt gelöst und auf meine Frage (EA) sagt sie, dass sie sich sicher fühle. Deswegen traue sie sich auch jetzt auf den Pferderücken. Ich lasse sie über eine Aufstiegshilfe ohne Sattel aufsteigen. So kann sie zum einen den Pferderücken besser spüren, zum anderen ist sie bei Ängstlichkeit schnell wieder runter gerutscht (KG). Uta, aufgeregt: „Hui, ist das hoch“ (Rico hat ein Stockmaß von nur 1,38m, diese Wahrnehmung ist also relativ...). Ich leite Uta zu einer einfachen Atem-Übung an, damit sie sich ein bisschen entspannt (LB). Zudem zeige ich ihr, wie sie sich an der dichten Mähne festhalten und sich dadurch sicherer fühlen kann. Uta entspannt etwas, sie sitzt recht locker auf dem Pferderücken. Dennoch entscheidet sich dagegen, ein paar Schritte auf Rico geführt zu werden, Aufsitzen habe ihr absolut gereicht. Ich finde es richtig gut, dass sie ihre Grenze wahr- und ernst nimmt und bestärke das: „Kein Druck, es gibt hier keinen, der dir vorschreibt, was du dich zu trauen hast – außer dir selber.“ (EV) Nachdem ich Uta gezeigt habe, wie sie am besten absteigt, kriegt Rico noch seinen kleinen Snack, dann entlassen wir ihn in den Schatten.

Wir setzen uns noch etwas unter die Bäume. Uta sagt, etwas verlegen, das wäre aber gut für Rico, er hätte aber Glück, dass er bei mir wäre. Sie wird ganz rot im Gesicht, während sie mir diese nette Rückmeldung gibt. Sie sagt, ich sei so lieb zu ihm und würde mir so viele Gedanken machen, das würde er bestimmt auch bemerken. Ich freue mich natürlich und es stimmt auch, dass ich mir viele Gedanken mache, das hat sie ganz treffend wahrgenommen. Uta stellt anschließend fest, dass sie auch heute echt locker gewesen wäre, nur oben auf dem Pferderücken sei es ihr etwas zu hoch gewesen. Uta: „Aber ich kann eigentlich eher nicht sagen ich bin nicht angespannt, denn angespannt bin ich immer. Aber ich bin angstfrei.“ Ich frage, ob angstfrei für sie das gleiche wie „sicher“ bedeuten würde (*EA, EE*), was Uta bestätigt. Dann überlege ich laut, dass ein Gefühl von Sicherheit eigentlich die Voraussetzung für Entspannung sei: „So oft fühlst du dich unsicher, kein Wunder, dass du dich dann so anspannst. Dann setzt sich die Anspannung natürlich auch körperlich fest“ (im Sinne einer chronifizierten Stressreaktion). „Entspannung muss dann ja auch der Körper erstmal langsam wieder lernen.“ (*EE, LM*) Zudem sage ich ihr, dass ich dennoch den Eindruck habe, sie sei etwas weniger angespannt als sonst, ihr Atem wirke ruhiger, ihre Bewegungen ruhig und nicht hektisch. Uta bestätigt das: „Das ist, weil Rico so lieb zu mir ist und so brav.“

Die Rückfahrt verläuft weitestgehend in entspanntem Schweigen – was eine gute Übung für Uta ist, denn für gewöhnlich hat sie, sobald ein Schweigen auftritt, den inneren Konflikt: „Ich muss Sabrina entertainen, es darf keine Gesprächspause entstehen“ und „ich rede aber nur Unfug und texte sie zu“.

Reflexion bezüglich der Zielerreichung:

Erneut benannte Uta das Gefühl von Sicherheit im Umgang mit Rico; sie fühlte sich sogar ausreichend sicher, sich auf Ricos Rücken zu setzen. Insgesamt zeigt Uta sich so offen und entspannt, wie ich sie bislang außerordentlich selten erlebt habe (Ziel 1). Sehr gut hat Uta auf ihre Grenzen geachtet und sich nach dem Aufsitzen dagegen entschieden, sich ein paar Schritte

führen zu lassen (Ziel 2). Uta konnte sich sehr gut darauf einstellen, dass Rico aufgrund der Hitze etwas geschont werden musste; sie hat sich zudem mit einfachen Grundlagen der Biomechanik des Pferdes auseinander setzen können und so ihr Wissen über gesunderhaltendes Reiten erweitert (Ziel 3).

Einheit 5, 150 Minuten; Kleingruppe mit Uta und Maren

Themen: sich anderen zeigen, Reiten du etwas wagen

Heute fahren wir mit einer Kleingruppe in den Stall (TN). Uta und ich hatten vorab gemeinsam überlegt, dass an einem Tag Kleingruppentag ist und eine weitere Klientin mit zu Rico kommen kann. Zum einen aus organisatorischen Gründen, damit die andere Klientin nicht zwei Wochen auf die Pferdeeinheiten verzichten muss (SE). Aber auch, damit Uta das Zusammensein mit anderen Menschen üben kann (KK, TN).

Insgesamt ist Uta heute deutlich zurückhaltender als die letzten Male. Schon als ich sie abhole, sagt sie direkt zu Maren, sie würde hinten sitzen. Maren setzt sich gerne nach vorne und erzählt lebhaft von einer Bekannten, die Pferdetraining macht. Uta hört interessiert zu, guckt aufmerksam, bringt sich aber nicht selber ein.

Bei den Ponys angekommen zeige ich auch Maren nochmal kurz unseren Offenstall. Uta krault Rico ganz behutsam an den Ohren, als er zur Begrüßung auf uns zukommt. Von den anderen Pferden hält sie sich heute eher fern. Mir fällt auf, wie viel weniger vorsichtig Maren bei der Begrüßung mit der ihr noch ganz unbekanntem Pferdeherde ist als Uta.

Auch heute entscheiden wir uns, mit unserem Putz- und Massageritual zu beginnen (KG). Ich bitte Uta, Maren das Vorgehen beim Putzen und Massieren zu zeigen, während ich den Sattelschrank nebenan aufräume (hier wende ich natürlich einen kleinen Trick an: Ich möchte, dass Uta einmal in die Situation kommt, anderen ihr Wissen zu vermitteln und somit eventuell langfristig mehr Sicherheit gewinnen kann) (KK, TN). Uta versichert sich noch

einmal bei mir, wie die Massage genau abläuft, fängt dann aber an, Maren anzuleiten. Aus Angst etwas falsch zu machen, fragt sie zwischenzeitlich noch einmal bei mir nach. Marens Anwesenheit verunsichert sie offensichtlich, auch wenn sie sehr freundlich zu ihr ist. Es gelingt ihr aber, Maren alles vollständig und richtig zu erklären (ich bin mit einem Ohr und Auge bei der Gruppe) und die beiden wechseln sich mit Putzen und Massieren ab. Abgesehen von den Erklärungen sprechen die beiden kein Wort miteinander. Das Schweigen wirkt eher unsicher als entspannt. Rico ist es ganz offensichtlich dennoch immer noch entspannt genug, er bleibt bei den beiden stehen und döst wieder ein wenig vor sich hin.

Erneut machen wir Ricos Dehnübungen am Kappzaum, die wir gestern begonnen haben (*KG*). Uta wird im Verlauf dieser Übungen etwas sicherer (*PI*), kann sich gut erinnern, welche Übungen wir durchgeführt haben und wie sie Rico am besten mit der Hagebutte belohnen kann.

Im Anschluss wollen beide Frauen sich noch einmal auf Rico setzen. Uta ist mittlerweile deutlich entspannter und möchte sogar, dass ich Rico ein paar Schritte führe, während sie sich von ihm tragen lässt (*KG*). Ich gehe bewusst ganz langsam und ruhig los, erinnere Uta dabei daran, zu atmen, weil ihr bei den ersten Schritten kurz der Atem stockt. Als ich Rico in einem großen Bogen um die Kurve führen will, wird sie hektisch und unsicher: „Stop, halt, uah, ich will sofort runter. Das mit der Kurve ist mir zu unsicher!“ Ich halte an und zeige ihr nochmal, wie sie am besten vom Pferd gleitet. Uta beruhigt sich schnell wieder, sie sagt, sie wolle jetzt lieber Maren ein wenig zusehen. Maren probiert also das Geführt werden aus, was ihr sichtlich Spaß bereitet. Uta guckt ihr interessiert und bewundernd zu (Uta hat mir gegenüber schon einige Male geäußert, dass sie Maren für sehr mutig halte). Im Nachhinein frage ich mich, weswegen Uta genau beim um-die-Kurve-gehen plötzlich so unsicher wurde und ob die Unsicherheit eventuell mit einer fehlenden körperlichen Balance / einer unzureichenden Körperwahrnehmung zusammenhängen könnte – eventuell bedingt durch den langjährigen Alkohol-/Drogenkonsum. Bislang ist mir diesbezüglich bei Uta noch nichts aufgefal-

len, aber vielleicht zeigt es sich ja beim Reiten und führt dadurch zu ihrer Unsicherheit. Ich entscheide mich, sie sie beim nächsten Termin darauf anzusprechen und zu fragen, ob sie Lust hat auf meinem Balancepad ein paar Balance-Übungen zu machen. Sollte dann die Balance wirklich schlecht sein, können wir weitersehen.

Wir entlassen Rico nach den Führübungen und beide Frauen verabschieden sich liebevoll bei ihm, allerdings ohne sich dabei aufeinander zu beziehen oder auch nur anzusehen.

Bei der Heimfahrt setzt Uta sich direkt wieder nach hinten und ist sehr schweigsam, während Maren den Ausflug Revue passieren lässt und gelöst über Pferde spricht.

Reflexion bezüglich der Zielerreichung:

Innerhalb der Kleingruppe fiel Uta der achtsame Umgang mit sich selber heute deutlich schwerer (Ziel 1 & 2). Sie ist deutlich weniger entspannt, was aufgrund ihrer sozialen Ängste auch verständlich ist (auch wenn zwischenzeitlich immer wieder Momente der Entspannung auftreten); im Nachhinein habe ich den Eindruck, dass auch das Geführt-Werden auf dem Pferderücken eigentlich ein kleiner Schritt zu viel für Uta war (vielleicht wollte sie sich vor Maren nicht ängstlich zeigen?), so dass sie schnell in eine Überforderungssituation geriet, der sie dann sofort entfliehen musste. Ich ärgere mich ein wenig, weil mir im Nachhinein erst auffällt, dass ich die Gruppe nicht gut genug vorbereitet habe: Maren kennt Utas Ziele für die pferdegestützten Einheiten gar nicht, sie selber verfolgt in den anderen „Gruppenstunden mit Pferd“ ganz andere Ziele; ein offener Austausch mit beiden zu Beginn der heutigen Gruppe (natürlich nur nach Absprache mit Uta) hätte einen bewussteren Prozess in Gang gesetzt. Ich nehme mir vor, Uta beim nächsten Einzeltermin nach ihrem Eindruck zu fragen.

Nichtsdestotrotz habe ich den Eindruck, dass es für Uta ein wichtiger Schritt war, Maren etwas beibringen zu können und dass dies sich langfristig positiv auf ihre Selbstwirksamkeit auswirken kann.

Trotz der erhöhten Anspannung hat Uta jedoch wieder sehr bewusst auf Rico geachtet (Ziel 3).

Einheit 6, 150 Minuten

Themen: Probleme mit der Familie, Beruhigung, Übertragung des Gelernten in den Alltag

Uta steigt ins Auto und auf meine Frage, wie ihr Wochenende war, sprudelt direkt ein ganzer Schwall Worte aus ihr raus. Sie klingt sehr lebendig, teilweise aber auch hektisch und besorgt. Beim Erzählen gestikuliert sie wild mit den Armen. Ich lasse sie zunächst erzählen und höre ihr zu (EA, EV).

Uta berichtet, sie habe am Wochenende bei ihrer Mutter geschlafen. Sie erzählt mir von den Sorgen, die ihr kleiner Nichte. Sie sei den ganzen Tag nur am Handyspielen, könne sich auf nichts konzentrieren und denke immer nur ans Spielen. Das würde er bis mitten in der Nacht tun, Hobbys habe sie gar keine mehr, sie halte es nicht mal mehr am Tisch aus, sondern wolle direkt wieder in ihr Zimmer zum Handy. Utas Mutter sehe das auch kritisch, mache aber nichts dagegen.

Uta: „Und meine Schwester und ihr Mann, manchmal denke ich, die machen nichts, weil die froh sind ihre Ruhe zu haben, die sind irgendwie überfordert. Aber irgendwie finde ich das soo schlimm für die Kinder, wenn die immer nur im Internet hängen. Das ist ja auch gefährlich.“ Ihre Stimme klingt dabei zuerst einen Hauch ärgerlich auf die Schwester und den Schwager, schlägt dann aber in Besorgnis um.

Ich: „Sprechen sie ihn denn mal darauf an oder haben sie mal versucht, da irgendwelche Regeln zu entwickeln? Manche Eltern vereinbaren ja auch so Medienzeiten oder so.“ (LH).

Uta (zuerst ärgerlich): „Nein, gar nicht. (Dann entschuldigender Tonfall) Aber es ist ja auch so schwer, Kinder zu erziehen, ich würde das auch nicht können, ich wäre auch voll überfordert, ich kann also gar nichts sagen, ich würde es ja auch nicht besser hinkriegen, ich darf da auch nicht urteilen.“ (Stimme wird beim Reden hektisch)

Ich überlege laut: „Naja, wenn du etwas siehst und das nicht gut findest und das kritisch bewertest, heißt das ja nicht, dass du es VERurteilst oder deine Schwester als Menschen verurteilst. Das ist ja noch ein Unterschied. Du kannst ja auch nicht blind durch die Welt laufen oder alles nur gut finden.“ (SE, PI, EE)

Uta: „Stimmt. Aber ich könnte das auch nicht besser mit Kindern und so.“

Ich: „Vielleicht nicht, das weißt du nicht, aber ich vermute, so wie ich dich kenne, du würdest dir dann Unterstützung holen, wenn dein Kind Probleme hätte.“

Uta (nachdenklich, die Stimme ist wieder ruhiger): „Ja, wahrscheinlich schon. Ich hab ihr auch schon gesagt, dass sie im Internet keine Informationen preisgeben soll von sich, dass im Internet nicht nur nette Menschen sind. Sie meinte zwar, dass er nur mit Kindern chattet, aber das kann sie ja nicht wissen, ob das wirklich ein Kind ist. Und dass sie sich mit keinem verabreden darf.“

Ich: „Ja, das ist echt richtig gut und wichtig, dass du mit ihr darüber sprichst. Find' ich so gut, dass seine Tante sich um sie so Gedanken macht.“ (EV, KK, TN, SE).

Ich informiere Uta im Anschluss darüber, dass es ja auch schon für Kinder mit Medienproblemen Hilfen gibt, sogar auch online, damit sie überhaupt einen Zugang dazu kriegen können. Ich biete ihr an, ihr hierfür die Links zu

schicken. (Nachmittags suche ich die Homepages raus und schicke ihr die Infos per Mail) (LH). Ich sage ihr auch, dass ich finde, dass sich das schon ziemlich problematisch anhört und dass ich denke, dass ihre Nichte wirklich Hilfe braucht (SE).

Uta bedankt sich. Sie wirkt nachdenklich und – situationsadäquat – besorgt.

Sie berichtet dann, wie ähnlich sie und ihr Nichte sich seien. Sie habe auch so Angst vor Menschen und sei immer alleine. Am Wochenende habe sie zu ihr gesagt: „Wir beiden sind die einzigen, die immer still sind“, während der Rest der Familie miteinander geredet habe. Ich schlage ihr vor, diese Gemeinsamkeit zu nutzen: „Du kannst deiner Nichte zeigen, dass du zwar auch ängstlich bist, aber dich immer öfter traust, kleine Schritte auf andere Menschen zuzugehen. So kann sie quasi bei dir am Modell lernen.“ (KK, TN) Uta hört sich den Vorschlag an und macht zustimmende Geräusche: „Ich denke da mal drüber nach.“

Ich spreche Uta außerdem noch darauf an, wie sie am Freitag die Kleingruppe fand. Offensichtlich war ihre Wahrnehmung anders als meine: Sie sagt „ich fand's voll schön“ und verneint auch, dass sie gestresster als sonst gewesen sei. Ich sage ihr aber dennoch, dass ich im Nachhinein mit meiner Vorbereitung nicht richtig zufrieden war und dass wir meines Erachtens nicht so kleinschrittig und achtsam vorgegangen sind wie sonst. Ich frage sie außerdem nochmal genau nach der Situation, in der sie Angst hatte und absteigen wollte (EA). Uta: „Als du um die Kurve gehen wolltest, das war komisch, da war es mir zu unruhig, da hatte ich Angst, es könnte noch unruhiger werden“. Ich frage sie, ob sie sich dann auch körperlich weniger sicher gefühlt habe in dem Sinne, dass sie das Gefühl hatte, die Balance zu verlieren (EE, LB). Uta sagt, sie könne es nicht genau sagen, „aber ja, das vielleicht auch“. Ich frage sie, ob sie beim nächsten Mal auf dem Balancepad stehen und balancieren probieren wolle. Uta sagt, das wolle sie gerne versuchen.

Im Stall angekommen, kommt Rico uns wie immer direkt entgegen. Er hält Uta heute direkt zur Begrüßung die Öhrchen zum Kraulen hin, was für ihn ziemlich ungewöhnlich ist - normalerweise ist er bei anderen Menschen distanzierter. Wir nehmen ihn in den abgetrennten Putzbereich mit. Uta beginnt direkt mit Putzen und der Massage (KG). Ich lasse sie alleine und räume etwas im Stall. Zum einen möchte ich ihr die Zeit in Ruhe alleine mit dem Pony ermöglichen, zum anderen möchte ich ihr aber auch zeigen, dass ich ihr Putzen und Massieren auch ohne mein Beisein zutraue (PI). Zwischendrin höre ich, wie sie ganz behutsam und zärtlich mit Rico flüstert und ihm sagt, wie lieb er ist. Das berührt mich sehr. Es ist auch deutlich zu merken, dass Rico sich in ihrer Nähe wohl fühlt, er döst in völliger Entspannung.

Als ich wieder zu ihr komme sagt Uta, mit einem etwas verlegenen Lachen: „Komisch, das Striegeln hat mich echt beruhigt, vorher war ich so aufgekratzt, jetzt bin ich viel ruhiger!“ Auf meine Frage, was dabei den beruhigenden Effekt hatte (EA, EE), reagiert sie ratlos: „Keine Ahnung, das Striegeln eben halt.“ Ich frage sie, ob es vielleicht die gleichmäßige Bewegung an sich war, die Atmung des Pferdes, vielleicht auch einfach die Tatsache, dass sie etwas getan und nicht „nur“ geredet hat (EA, EE, LB). Uta ist nach wie vor ratlos: „Naja, das Striegeln eben. Vielleicht von allem ein bisschen, ich weiß es nicht!“ Ich: „Ja, ich kann mir gut vorstellen, dass es von allem ein bisschen war. Wenn man angespannt ist, hilft es ja auch oft was zu tun. Und wenn Rico hier so gechillt steht, steckt das vielleicht an.“ Wir lachen beide, denn Rico sieht grade in seinem halben Schlaf-Modus ziemlich lustig aus.

Im Anschluss wünscht Uta sich, dass wir mit Rico auf den kleinen Hügel klettern, der zum Klettern der Pferde auf dem Paddock angelegt ist. Ich hatte ihr bei einem unserer letzten Termine erzählt, dass Rico als einziger aus der Herde nie drauf klettern würde, während die anderen Ponys die Aussicht zu genießen scheinen. Uta bittet mich, Rico zuerst auf den „Berg“ zu führen, damit sie die Situation besser einschätzen könne. Als sie sieht, dass er ohne Probleme den „Berg“ erklimmt, möchte sie es auch einmal probieren. Ich führe Rico wieder runter, Uta nimmt den Strick, bittet mich aber, auf der anderen

Seite mit zu gehen. Wir führen ihn dann gemeinsam auf den Berg (SE). Oben auf dem Berg lassen wir Rico vom Strick und beobachten, wie er die Landschaft scannt. Nach einer Weile klettert er wieder nach unten und ich frage Uta, ob sie ihn zum Putzplatz zurückführen wolle. Sie führt ihn, Rico geht genau hinter ihr, in ihrem Rücken. Ich frage sie, ob sie sich in dieser Position wohl fühle oder ob sie etwas experimentieren möchte, welche Führposition für beide am passendsten ist (EA, LB). Uta: „Neee, wohl fühl ich mich so nicht!“ Sie ist angespannt und atmet nicht fließend. Uta lässt Rico dann so neben sich gehen, dass er auf Kopfhöhe ist (KG). Das sei besser, sagt sie. Ich ermutige sie, einige Male tief ein und auszuatmen, damit sich die Spannung lösen könne (LB). Das macht sie dann auch und atmet anschließend gleichmäßig weiter.

Wir mischen Rico etwas Futter und Uta füttert es ihm. Im Anschluss hilft sie mir, die Utensilien, die wir heute gebraucht haben, aufzuräumen. Unser Jungspund in der Herde kommt etwas stürmisch auf sie zu und sie weicht ihm aus. Üblicherweise würde man im Reitsport empfehlen, sich nicht wegdrängen zu lassen. Aber was bringt das, wenn man dadurch Angst bekommt? Das erzeugt für alle Beteiligten - Mensch wie Pferd - nur Stress. Das erkläre ich auch Uta und sage ihr, dass - wenn sie zum Beispiel nochmal eine Pflegebeteiligung hätte - es gut wäre, für sich einen Bereich im Stall abzutrennen, in dem sie unbehelligt von den Ponys kramen könnte (LH). Oft könne man sich Konflikte mit den Pferden ersparen, wenn man vorausschauend denke. So lassen sich Überforderungssituationen bereits vorweg vermeiden. Uta nickt „mhmh, stimmt“. Ich betone das, damit Uta erkennt wie hilfreich es sein kann, „sichere Orte“ zu schaffen und gemeinsam mit anderen nach Lösungen für schwierige Situationen zu suchen. Im Umgang mit Pferden bringt es ohnehin nichts, über Ängste hinweg zu gehen, häufig eskalieren Situationen so schnell und werden gefährlich (Teschen & Konnerth).

Nachdem Rico versorgt ist, setzen wir uns noch etwas in die Sonne, ich habe Kuchen mitgebracht, den wir essen (LB). Uta erzählt, ihre „Mundgeruch-Paranoia“ sei ja schon echt weniger geworden. Sie berichtet von Situationen

bei ihrem letzten Klinikaufenthalt, die schier unerträglich für sie gewesen seien, in denen sie sich nicht mal getraut habe, auf Fragen zu antworten, weil sie sich sicher war zu stinken. Die Leute hätten sich dann alle von ihr abgewandt und sie dachte, das läge sicher an ihrem Mundgeruch. Ich zeige ihr den Teufelskreis auf (EE): Vermutlich haben die Leute sie nicht mehr ansprechen wollen, weil sie nie geantwortet habe, wahrscheinlich auch gestresst gewirkt und sich abgewandt habe. Das habe dann ihrerseits zu noch mehr „Paranoia“ geführt und sie habe sich noch abweisender den Leuten gegenüber verhalten. Anstelle ihr eigenes Verhalten zu hinterfragen, habe sie immer alles auf den Mundgeruch geschoben. Uta stimmt dem zu. Sie erzählt mir von ein paar Situationen, in denen sie in der letzten Zeit dachte, jemand würde ihren Mundgeruch riechen, weil er sich zum Beispiel an der Nase gekratzt habe. Dann habe sie sich aber auch gesagt, dass er sich vielleicht auch nur einfach so an der Nase kratzen würde und das nichts mit ihr zu tun haben müsse. Ich erwidere, dass ich es richtig gut finde, wie sie ihre eigenen Realitätskontrollen einbaut (EV). Uta: „Ja, finde ich auch ganz gut. Das ist auch noch nicht lange so.“

Auf dem Heimweg fragt Uta, ob wir uns kommende Woche im Büro mal die Foren für Sozialphobiker angucken könnten, sie könnte sich dann ja das Profil erstellen. Ich freue mich, dass sie meinen Vorschlag von letzter Woche angenommen hat, sage ihr das auch (EV) und wir halten das schon mal als nächstes Projekt fest (PZ, SE).

Ich komme auch nochmal auf ihre Entspannungssituation beim Striegeln zurück und frage sie, ob ihr Situationen in ihrem Alltag einfallen würden, in denen sie sich vergleichbar entspannen könne (LB). Uta: „Ich sage ja so zweimal am Tag meinen Spruch auf, das hilft schon, das beruhigt mich etwas“. Den Spruch hat Uta aus einem Selbsthilfebuch. Weil ich ihn nicht mehr genau erinnere, bitte ich sie, ihn mir nochmal zu nennen. Bei der Stelle „ich bin liebenswert“ stockt ihre Stimme, dann bricht diese so weg, dass sie nicht weiter erzählen kann. Ich: „Das hört sich an, als würde es dich traurig machen?!“ (EV, ES, EA) Sie erzählt daraufhin, sie sage sich diesen Satz erst seit eini-

gen Wochen. Früher habe sie immer „ich bin nett“ gesagt, weil sie „liebenswert“ so arrogant finden würde. Uta: „Oder würdest du etwa über dich sagen, dass du liebenswert bist?“ Meine Antwort kommt ziemlich direkt: „Aber ja, natürlich würde ich das sagen. Ich bin noch gar nicht auf die Idee gekommen, dass so etwas arrogant sein könnte.“ (PI) Während ich in mich reinspüre merke ich, dass es mich traurig macht, dass Uta sich das nur so schwer selber sagen kann. Ich: „Ach, das macht mich irgendwie ganz traurig, dass du dir das nicht sagen konntest. Wenn du nicht liebenswert wärst, also wenn man mal das Wort auseinander nimmt, würde das ja bedeuten, dass du es nicht wert wärst, geliebt zu werden, von anderen oder von dir selber“. (ES, P, KK, SE) Uta beginnt leise zu weinen, sagt dann: „Ach, da muss ich jetzt echt heulen“ Ich: „Ja, manchmal gibt es Dinge im Leben, da kann man auch mal drüber weinen (EV, EA). Wenn man auch mal über etwas weint und vielleicht auch trauert, kann man sich auch besser davon verabschieden. Vielleicht ist es wirklich Zeit, dich von der Idee zu verabschieden, dass du nicht liebenswert bist. Und deswegen finde ich es so gut, dass du dir das zwei Mal am Tag sagst. Ich finde, das solltest du dir noch hundertfach öfter sagen. Und du solltest das auch öfter hören. Ich finde dich sehr liebenswert (PI, SE). Was würde denn dein Neffe sagen, wenn ich ihn fragen würde? Oder deine Mutter?“ Uta: „Ja, die würden das vielleicht auch finden!“ Uta ist kurz nachdenklich, dann scheint es ihr etwas zu viel zu werden, und sie lenkt das Thema um auf das Wetter. Ich lache und sag ihr: „Na gut, dann lass ich dich jetzt mal. Aber vielleicht probierst du ja, es dir noch öfter zu sagen. Und du könntest bei den Leuten, die dich umgeben, mal überlegen, ob die dich nicht auch liebenswert finden.“ Uta lacht mit: „Ok, dann lass mich mal.... Und mal schau“.

Sie berichtet außerdem, im Waschsalon habe sie gestern ein Mann angesprochen. Das sei ihr so unangenehm gewesen, dass sie direkt gedacht habe „ich brauche jetzt ein Bier“, weil sie sich sonst nicht mit ihm hätte unterhalten können. Unmittelbar danach habe sie sich gesagt: „Du spinnst doch, du wirst doch jetzt nicht wegen irgendeinem Typen, den du nicht mal gut findest,

rückfällig.“ Ich: „Ich finde das echt gut, wie du immer wieder so eine Kontrolle einbaust: Ist das jetzt wirklich einen Rückfall wert?!“ (ES) Uta: „Ja, stimmt schon irgendwie, das mach ich jetzt so.“ Sie erzählt weiter, die Situation im Waschsalon wäre ihr aber so unangenehm gewesen, dass sie der hätte entfliehen müssen. Sie sei dann raus gegangen, um den Typen nicht mehr zu sehen. Als sie wieder reinkam, habe sie ihn extra nicht mehr angeguckt. Im gleichen Atemzug beginnt sie sich zu rechtfertigen, spricht hektisch und gestikuliert wie in einer Art Abwehrhaltung mit den Händen: „Also nicht dass du jetzt denkst, ich würde denken, der Typ wollte was von mir. So arrogant bin ich nicht.“ Ich (muss ein bisschen schmunzeln): „Also ich denke, dass der sich ziemlich wahrscheinlich für dich interessierte. Der wollte dich bestimmt nicht nur nach Waschpulver fragen.“ (PI) Uta lacht verlegen: „Ja, vielleicht wollte der ja wirklich was von mir. Aber ach... ich weiß es nicht.“ Sie schiebt das Thema durch eine Armbewegung beiseite.

Uta verabschiedet sich und wirkt dabei gut gelaunt, sie lacht und bedankt sich für die Zeit. Ich sage „gerne“ und bedanke mich ebenfalls.

Reflexion bezüglich der Zielerreichung:

Uta bemerkt heute grundsätzlich gut, was bei ihr Wohlbefinden und Entspannung auslöst (das Striegeln des Pferdes), so dass sie sich aus dieser Entspannung heraus direkt an eine etwas schwierigere Aufgabe (Besteigen des „Berges“ wagen möchte. Hier ist deutlich zu sehen, wie Uta sich kleinschrittig von einer sicheren Basis aus an etwas schwierigere Aufgaben heranwagt (Ziel 1). Zudem gelingt es ihr gut zu benennen, wobei sie noch Unterstützung braucht, weil die Aufgabe alleine sie noch überfordern würde (gemeinsames Führen auf den Berg). Mit etwas Unterstützung kann sie zudem erkennen, in welcher Führposition sie sich unsicher fühlt (Ziel 2) und welche Position mehr Sicherheit zulässt (Ziel 1). Wie bei allen vorangegangenen Terminen geht Uta sehr achtsam mit Rico um (Ziel 3).

Utas Wahrnehmung bezüglich der Gruppensituation am Freitag war anders als meine. Es fällt ihr schwer, genau zu benennen, was ihr beim „um-die-Kurve-geführt-werden“ so viel Unsicherheit bereitete (Ziel 2), aber mit unserem Plan, das Balancepad bei einem der nächsten Termine zu nutzen, können wir diese Unsicherheit vielleicht etwas besser klären.

Einheit 7, 150 Minuten

Themen: interessierte Männer, Distanzierung von Befürchtungen, erste Clicker-Versuche

Ins Auto eingestiegen sprudelt es direkt aus Uta heraus, sie müsse dringend etwas klären. Sie habe wieder totale „Kopffaxen“ gehabt, schlimmer als sonst, und müsse mir was sagen: „Nicht dass du denkst, dass ich denke, dass jeder Typ, der mich auf der Straße anspricht, etwas von mir will!“ Ich bin etwas perplex, wie sie von unserem kurzen Gespräch über den Mann im Waschsalon von gestern direkt so einen Rundumschlag hinkriegt. Ich: „Ehrlich gesagt würde ich aber mit dir drauf wetten, dass mindestens 80 % der Typen, die dich auf der Straße ansprechen, was von dir wollen. Was auch immer „was von dir wollen“ sein mag. Die werden dich doch irgendwie gut finden, weswegen sollten sie dich sonst ansprechen?! Oder meinst du, denen ist allen einfach nur langweilig und die suchen sich jemanden ganz zur Not zum Ansprechen aus?“ (PI) Uta lacht ein bisschen verlegen: „Na gut, mir war nur wichtig, dass du nicht denkst, ich wäre da irgendwie arrogant oder so.“ Ich: „Ich hab jetzt eher gedacht, du bist nicht auf den Kopf gefallen und hast mitgekriegt, dass der Typ sich für dich interessiert hat. Und ich hab gedacht: Gut dass sie das mal mitkriegt.“ (ES, PI) Uta lacht verlegen. Ich: „Und als du die „Kopffaxen“ hattest, weißt du noch, wie du es geschafft hast, die zu unterbrechen? Oder hattest du seit gestern durchgehend „Kopffaxen“?“ (EE) Uta: „Nee, das jetzt nicht. Ich hab mir halt irgendwann gedacht: Jetzt ist mal gut, ich frage Sabrina einfach morgen. Und dann hab ich gedacht, dass du mich vielleicht gar nicht so arrogant findest. Und dass ich dir das ja erklä-

ren kann, wie ich es gemeint habe. Ich hab es mir dann ja auch aufgeschrieben, damit ich es nicht vergesse, wie ich es dir erzählen will.“ Ich: „Das finde ich wirklich gut (*ES*). Wir haben ja schon mal ab und an drüber gesprochen. Das ist eine gute Möglichkeit, sich zu distanzieren. Du bringst es auf Papier und es wabert nicht mehr als ungreifbare „Kopffaxe“ in dir rum. Und dann kannst du es dir nochmal ansehen oder auch wegpacken. Das gibt mehr Kontrolle. Und wenn du dir das alles später nochmal durchliest, kannst du auch Entwicklungen und Veränderungen erkennen (*EE*). Super Sache!“ Uta (immer noch verlegen, aber auch etwas stolz): „Ja, ich find auch, dass das eine ganz gute Idee ist.“

Bei Rico angekommen, blickt er uns schon aufmerksam entgegen, ist aber ein bisschen zu gemütlich, auf uns zuzukommen (er weiß ja, dass wir schon kommen werden). Ich (Uta zugewandt): „Magst du dich mal ein bisschen in Geduld üben und warten, wann er kommen wird? Ich glaub ja, er kommt schon von selber und will grade nur abwägen, ob er sich die Schritte zu uns hin auch sparen kann“. Uta: „Ok, warten wir mal.“ Warten müssen wir dann nicht lange: Nachdem Rico merkt, dass wir uns nicht zu ihm auf den Weg machen, kommt er auf uns zu, platziert seinen Kopf in unsere Mitte und lässt sich von uns beiden in jeweils einem Öhrchen kraulen. Uta strahlt. Ich: „Der mag dich wirklich gern, sonst wäre er nicht doch noch gekommen.“ (*ES*) Als wir die Putzsachen holen, geht Rico schon mal vor zu dem Platz, den wir immer für Massage und Streicheleinheiten genutzt haben, und wartet da auf uns, guckt uns entgegen. Uta freut sich, auf eine leise, etwas schüchterne Art. Ich frage sie, ob sie ihn heute ganz alleine Putzen und Massieren möchte (*KG, PI*), weil ich uns einen Arbeitsplatz für das Clickertraining abtrennen will, mit dem wir heute beginnen wollen. Uta sagt unbefangen, das würde sie gerne machen. Ich frage sie, ob sie, wenn sie alleine ist, Rico frei oder angebunden putzen möchte (*LB*) und sie entscheidet sich für die freie Variante. Während ich versuche, uns den Platz abzutrennen, sehe ich, dass Rico für Uta zum Putzen etwas ungünstig in einer Ecke steht, weil da das Gras am schönsten ist. Ihr ist diese Ecke aber offensichtlich etwas zu eng. Sie ver-

sucht ihn in einer sehr engen Wendung aus der Ecke zu ziehen, so dass ich zu ihr gehe und ihr zeige, wie sie ihn auf eine für ihn bequeme Art aus der Ecke holen kann. Uta kann die Anregungen gut annehmen und sucht einen zum Putzen besser geeigneten Platz für die beiden. Rico bleibt dann auch dort stehen.

Nach Putzen und Massage beginnen wir unser Clicker-Experiment (*KG*) (ich arbeite erst seit kurzem mit Rico mit dem Clicker; Infos zum Clickertraining gibt es beispielsweise unter www.wege-zum-pferd.de oder www.pferdsein.de). Ich erkläre Uta nochmal kurz die wichtigsten theoretischen Grundlagen (Lerntheorien, mögliche Planung positiver Verstärkung etc.). Sie hört sehr interessiert zu, nickt, und stellt interessierte Nachfragen. Dann schlage ich ihr vor, zwei Basisübungen gemeinsam auszuprobieren (*KG*). Sie bittet mich anzufangen. Bei der ersten Übung geht es darum, Rico zu zeigen, dass er für das Bewältigen einer Aufgabe ein Clickergeräusch und damit zusammenhängend immer ein Leckerchen erhält. Rico soll dafür eine Pylone mit der Nase anstupsen (auch Targettraining genannt). Wir stellen Rico die Pylone hin und warten, bis er zufällig gegen die Pylone stupst, weil er sich für diese interessiert (freies Formen). Rico stupst die Pylone recht flott an und braucht nur kurz Zeit, um den Zusammenhang zu verstehen. Ich zeige Uta, wie man im richtigen Moment schnell clickern und ein Leckerchen in Ricos Maul platzieren kann. Die Übung ist etwas schwierig, denn es ist zum einen richtiges Timing gefragt, zum anderen ist es wichtig, die Leckerchen in einem bestimmten Bereich zu füttern, so dass Rico ausreichend Abstand zu uns hält. Gleichzeitig bin ich aber auch ganz begeistert, dass Rico sehr höflich bleibt und nicht nach dem Futter quengelt. Nach einigen Versuchen frage ich Uta, ob sie es gerne einmal probieren möchte. Weil sie etwas unsicher wird, machen wir Teamwork (*SE*): Ich mache das Clickergeräusch und sie gibt ihm das Leckerchen. Die Abläufe funktionieren richtig gut, Uta gibt das Leckerchen zum richtigen Zeitpunkt und im richtigen Futterbereich. Obschon Rico so höflich war, üben wir im Anschluss noch die Basis-Höflichkeitsübung, die er bravourös meistert. Ich bin ganz begeistert und Uta strahlt regelrecht.

Sie lobt ihn überschwänglich (genauso wie ich) und freut sich sehr. Auch Rico wirkt sehr eifrig, es scheint ihm Freude zu bereiten. Ich zeige Uta an seiner Mimik die Freudenzeichen (gespitzte Öhrchen, entspanntes Gesicht, Augen glitzern) und Uta strahlt noch mehr.

Im Anschluss setzen wir uns in die Sonne und lassen die Übungen ausklingen: Uta stellt fest, dass das mit dem Clickertraining offensichtlich viel Geduld braucht, aber Spaß macht. Beim nächsten Mal möchte sie gerne weitermachen. Dann sagt sie, dass es ihr bis jetzt sowieso richtig gut gefallen habe. Als wir am Freitag wegen Gewitter etwas unsicher waren, ob wir fahren können, wäre sie richtig enttäuscht gewesen, wenn wir den Termin hätten ausfallen lassen müssen. Sie wäre auch ganz verwundert, dass es so gut geklappt hätte, alle Termine einzuhalten. Es hätte sie gar keine Überwindung gekostet und sei ihr auch gar nicht zu viel gewesen. Normalerweise brauche sie ja nach einem Termin immer den ganzen nächsten Tag nur für sich, um sich wieder zu beruhigen, aber das sei jetzt nicht so gewesen. Ich frage sie, ob ihr denn auch die Tagesstruktur gut getan habe (*EE*), was sie bejaht. Sie sagt aber auch, dass es gut war, erst mal nur zwei Wochen zu planen. Hätte sie jetzt ein ganzes Jahr oder ein halbes Jahr mit fünf Terminen die Woche vor sich gehabt, wäre ihr das viel zu viel gewesen. Dann hätte sie nur noch Panik gehabt. Jetzt aber sei sie traurig, dass die zwei Wochen schon fast rum wären. Ich schlage ihr vor, dass sie ja zukünftig in der „Ponyhof-Gruppe“ ganz bewusst weiterüben könne, um vielleicht mit etwas mehr Sicherheit nochmal eine Pflegebeteiligung suchen zu können, z.B. bei einem kleinen Shetty. Die Kleinen wollen ja auch beschäftigt werden, sind aber aufgrund ihrer geringen Größe weniger angsteinflößend (*LH*). Uta reagiert zögerlich auf meinen Vorschlag: „Mmmh, ja, najaaa...“ Ich: „Naja, du musst das ja auch nicht direkt in Angriff nehmen. Wir können ja noch eine Zeit lang üben und wenn du dich sicherer fühlst, mal ganz in Ruhe suchen. Wenn du dazu Lust hast.“ (*ES*) Uta (nervös, Atem stockt leicht): „Ja, ok, das können wir machen.“

Wir überlegen, wie wir die letzten zwei Einheiten mit Rico gestalten können. Uta möchte gerne weiter clickern und vielleicht auch nochmal auf ihm geführt

werden. Ich schlage vor, zum Abschluss zudem ein kleines Picknick zu machen. Die Idee findet sie gut und ich sage, ich würde dann was mitbringen. Uta fragt mich danach einiges über Pferdehaltung und Fütterung und ich erkläre ihr alles, soweit ich das weiß (SE). Sie hört interessiert zu und sagt dann, dass sie das Thema sehr spannend fände.

Auf dem Heimweg besprechen wir den Jobcentertermin für morgen vor, zu dem sie eine meiner Kolleginnen begleiten wird (LH).

Reflexion bezüglich der Zielerreichung:

Aufgrund der zunehmenden Sicherheit (Ziel 1) kann Uta immer mehr Aufgaben im Umgang mit Rico auch alleine bzw. mit sehr geringer Unterstützung erledigen (Putzen und Massieren). Diese Erfahrung kann Uta zukünftig als Basis dienen, um von einer sicheren Basis auch andere Aufgaben in ihrem Leben selbstständig und vor allen Dingen mit weniger Stress bewältigen zu können.

Das Clicker-Training, mit dem wir heute beginnen, erfordert in einem besonders hohen Maß Achtsamkeit für sich selber und auch für das Pony. Da wir Teamwork machen, müssen wir uns zusätzlich noch gut aufeinander konzentrieren (Ziel 1, 2 & 3). Diese Übung ist schon ziemlich schwierig, gelingt Uta jedoch sehr gut.

Auch heute ist Uta wieder – für ihre Verhältnisse – sehr gelöst, entspannt und locker. Ich freue mich, dass sie bislang während unserer pferdegestützten Einheiten nahezu durchgängig so positive Erfahrungen machen und so „sanfte Gefühle“ erleben kann. An die von ihr formulierten Ziele kann sie eigentlich jetzt schon „ein Häkchen machen“. Ich hoffe, dass es uns zukünftig gelingen wird, an diese positive Erfahrungen anzuknüpfen.

Einheit 8: 120 Minuten

Themen: Jobcentertermin, Körperarbeit mit dem Pferd,

Wie immer wartet Uta überpünktlich am Treffpunkt. Im Auto berichtet sie nach einer kurzen Begrüßung auf meine Frage, wie es ihr nach dem Termin im Jobcenter ergangen sei: „Naja, mies, das war ja zu erwarten“. Sie erzählt, sie habe sich danach unglaublich viele Gedanken gemacht, was Herr W. (Fallmanager Jobcenter) wohl von ihr denken könne. Ob die vielleicht glaube, sie sei faul. Herr W. habe ihr zudem nochmal geraten, zur Suchtberatung zu gehen, worauf Uta resigniert reagiert: „Was sollen die mir denn noch erzählen, das ist doch immer das gleiche.“ Uta schüttelt sich, recht resolut; sie habe sich dennoch auf heute gefreut und wolle sich ablenken von ihren „Kopffaxen“, immerhin habe sie nur noch zwei Tage.

Im Stall angekommen ist Uta immer noch sehr angespannt, so dass ich vorschlage, heute anstelle der üblichen Massage „TTouches“ (Tellington-Jones, 2014 & 2015) auszuprobieren (*LB*). Ich erkläre Uta kurz, worum es sich dabei handelt (s. 13.1.2). Rico genießt Ttouches sehr, leider wende ich sie im Alltag doch zu selten an. Erfreulicherweise wirken Ttouches nicht nur positiv auf das Pferd, sondern auch auf den Menschen, der die Ttouches anwendet. Uta hört während meiner Erzählungen interessiert zu und sagt, sie wolle „diese Ttouches“ gerne lernen. Ich zeige ihr den „Ttouch-Kreis“ sowie die Druckstärke, die für Rico am angenehmsten ist (sehr leicht) (*KG*). Uta probiert es zuerst an meinem Arm, dann an Ricos Hals und Rücken. Teilweise kommt sie kurz mit den Kreisrichtungen durcheinander, korrigiert sich dann jedoch schnell wieder. Ich erkläre Uta, wie sie am besten bei der Anwendung der Ttouches atmet (einatmen durch die Nase, hörbares Ausatmen durch den Mund) (*LB*) und Uta konzentriert sich auf ihre Atmung. Durch die Fokussierung auf ihre Atmung wird diese jedoch stockender als zuvor, so dass ich sie bitte, die Aufmerksamkeit von der Atmung weg wieder auf die Ausführung der Ttouches zu legen (*LB*). Unmittelbar wird Utas Atmung entspannter und fließender. Ich bitte Uta, auf Ricos Körpersprache zu achten, wann er zum Beispiel mit dem Kopf schlägt oder zuckt. Solche Bewegungen sind in aller Regel ein Zeichen dafür, dass die Druckstärke zu intensiv wird. Uta beobach-

tet ihn aufmerksam. Die Ausführung der Ttouches hat einen meditativen Charakter: Sowohl Rico als auch Uta sind nach kurzer Zeit entspannt; Rico döst jedoch nicht, sondern ist aufmerksam bei der Sache.

Nachdem Uta beide Körperhälften behandelt hat, entscheiden wir, dass es für heute genug ist und wir nicht mehr machen wollen. Uta guckt mich anschließend ganz erstaunt an, sie sei ja wirklich (deutliche Betonung) viel entspannter.

Diese Heimfahrt verläuft ruhig. Uta wirkt nachdenklich, ist aber weniger mitteilungsbedürftig. Am Ende tauschen wir ein bisschen Smalltalk aus (KK), bis sie sich verabschiedet.

Reflexion bezüglich der Zielerreichung:

Uta konnte heute die Erfahrung machen, wie gut die „Körperarbeit“ der Entspannung dient, dass sie also selber zum eigenen Wohlbefinden beitragen kann und nicht der eigenen Anspannung permanent hilflos ausgeliefert sein muss (Ziel 1 & 2). Wie bei jedem Termin gelingt ihr die Achtsamkeit Rico gegenüber besonders gut; er entspannt bei den Ttouches und fühlt sich augenscheinlich sehr wohl (Ziel 3).

Einheit 9: 150 Minuten

Themen: Entspannung, Abschied, Umweltschutz

Heute ist unser letzter Termin der pferdegestützten Einheiten, der nächste Termin soll der Auswertung dienen.

Wir haben Glück, bei unserem letzten Termin ist wieder strahlender Sonnenschein. Uta kommt während der Autofahrt nochmal auf die Ttouches von gestern zu sprechen und erzählt, wie überrascht sie über ihre Entspannung gewesen sei. Vorher sei sie quasi auf 180 wegen des Jobcentertermins gewesen, aber zwischendrin habe sie da nicht mal dran denken müssen. Zu Hause angekommen habe sie dann aber wieder viel an das Jobcenter ge-

dacht und was Herr W. wohl von ihr denke. Ich erwidere, dass es mich sehr freue, dass Uta sich während der Übung so gut entspannen konnte (*ES*). Ich erkläre ihr, dass das ein gutes Zeichen sei, dass sie grundsätzlich zu Entspannung in der Lage sei, es aber im Alltag sehr sehr oft erproben müsse, damit es dort auch nachhaltig wirke (*LM*). Wir haben im Verlauf unserer Behandlungszeit schon verschiedenste Entspannungsübungen ausprobiert, die Uta teilweise unangenehm waren (z.B. kann sie Traumreisen, auch bei geöffneten Augen, schwer aushalten), oder Skills-Listen erstellt, die sie jedoch zu Hause nicht wirklich regelmäßig eingeübt hat. Wir überlegen, welche Aktivitäten sie jetzt schon durchführt, die sie entspannen und die sie vielleicht noch bewusster und häufiger durchführen könne (*LB*). Eigentlich habe sie malen immer sehr entspannt, aber darauf könne sie sich gerade gar nicht mehr konzentrieren, dafür fehle ihr die Ruhe. Aus dem Fenster gucken, in den Himmel, das sei einigermaßen entspannend, erzählt Uta. Ich ermutige Uta, es doch noch einmal mit dem Malen zu versuchen, immerhin sei sie in der Stabilisierungsgruppe in letzter Zeit recht entspannt gewesen. Uta berichtet von ihrer Sehnsucht, etwas „mit den Händen zu tun“. Sie habe sich überlegt, ein Schnitzmesser zu kaufen und schnitzen zu üben. Ich halte das für eine sehr gute Idee und ermutige sie, das doch einmal zu probieren.

Bei Rico angekommen wünscht sie sich, ihn zu putzen, zu massieren und nochmal die Ttouches auszuprobieren. Wir holen ihn von der Weide und er geht ziemlich vergnügt und eifrig mit uns mit. Uta führt in den gesamten Weg alleine (*PI*), es scheint ihr ganz selbstverständlich von der Hand zu gehen. Sie geht entspannt, aber zielgerichtet Richtung Putzecke. Der Atem geht gleichmäßig. In der Putzecke angekommen lassen wir ihn frei und Uta putzt und massiert ihn alleine (*KG, PI*). Rico behagt das so wie die letzten Male sehr, er bleibt nahezu unbeweglich stehen. Im Anschluss zeige ich ihr noch einmal die Ttouches. Uta reagiert während der Anwendung begeistert: „Wie cool, ich fühle mich fast wie ein Physiotherapeut oder ein Arzt!“ Sie staunt, wie einfach es doch sei, mit so kleinen Bewegungen und der Massage eine solche Wirkung zu erzielen. Ich lache: „Meistens ist es ja nie der riesen

Bohei, sondern die kleinen Sachen, die man kontinuierlich macht, die sich positiv auswirken“. Während der Ttouches wirkt Uta sehr entspannt, ich frage sie, wie sie heute ihre Atmung wahrnimmt (das war eine unkluge Frage, da sie sich gestern beim Konzentrieren auf die Atmung direkt anspannte; ich habe das in diesem Moment jedoch nicht bedacht). Sobald sie sich auf die Atmung konzentriert, spannt sie sich - genau wie gestern - wieder an. Sie sagt, ihre Atmung wäre jetzt nicht mehr „voll genug“, würde irgendwie „nicht bis nach oben gehen.“ Ich: „Ok, weißt du was, dann lassen wir das einfach erstmal. Am besten, du machst weiter wie bisher.“ (LB) Uta macht das auch und ihre Atmung wird schnell wieder gleichmäßiger.

Im Anschluss probieren wir noch einmal das Clickertraining aus (KG). Uta hat sich im Internet die Homepage (www.pferdsein.de) angeguckt, die ich ihr empfohlen habe, und sagt, die habe ihr richtig gefallen. Der Gedanke, dass es einfach darum gehen könne, sich mit dem Pferd eine gute Zeit zu machen, gefalle ihr ziemlich. Ich übe auch heute wieder zuerst das Clickern und Uta assistiert mir: Ihre Aufgabe ist es, die Wahrnehmung auf genau den passenden, zu verstärkenden Moment zu legen und mich darauf aufmerksam zu machen, wenn ich diesen verpasse oder im falschen Moment clickere. Das Teamwork (SE) klappt auch heute wieder gut und Rico macht richtig gut mit. Wir wechseln dann die Aufgaben und Uta übernimmt meine Rolle. Zuerst ist sie kurz besorgt, etwas falsch zu machen, das legt sich aber unmittelbar, als sie erkennt, wie positiv Rico reagiert. Wir freuen uns beide richtig – auch darüber, dass wir heute tatsächlich kein einziges Mal die Leckerchen fallen gelassen haben (das ist beim letzten Mal im Überschwang noch ab und an vorgekommen).

Ich habe wie vereinbart das Balancepad mitgebracht und biete Uta an, es einmal auszuprobieren (LB). Sie stellt sich einbeinig mit Socke darauf, kann sich sehr gut halten und balanciert eifrig abwechselnd auf beiden Beinen. Wir kommen zu dem Schluss, dass ihre Angst beim „um-die-Kurve-gehen“ vor einigen Terminen vermutlich eher durch die neue Situation und weniger durch körperliche Probleme entstanden ist (EE).

Zuletzt setzen wir uns unter die Bäume in den Schatten und packen das kleine Picknick aus, das ich mitgebracht habe (*LB*). Uta isst recht wenig. Sie fragt mich noch einiges über Ricos Atemwegserkrankung und über das Stallmanagement und ich erkläre ihr die Dinge, so gut ich sie eben weiß.

Auf dem Heimweg herrscht zunächst eine entspannte Ruhe. Dann sagt Uta, sie fände es sehr schade, dass die Zeit so schnell vorbei gegangen sei. Es wäre viel besser gewesen als gedacht und Rico wäre „echt so lieb“. Ich finde auch, dass die Zeit wie im Flug vergangen ist und sage Uta, dass es mir auch gut getan habe, in der Natur zu arbeiten. Uta knüpft daran an und denkt laut darüber nach, wie gut es für sie sei, draußen zu sein, nur leider gehe sie viel zu selten raus. Direkt anschließend äußert sie sich besorgt über den Zustand unserer Erde, wir Menschen täten doch alles, um diese zu zerstören. Ich schätze Uta ökologisches Bewusstsein sehr und melde ihr dies zurück (*PI, PW*), worauf sie jedoch abwehrend reagiert, sie könne das nicht als eine positive Eigenschaft begreifen. Uta erzählt, wie sehr sie zum Beispiel dieser ganze Plastikmüll annerve, sie verstehe einfach manchmal nicht, was mit dieser Welt los sei. Zum Beispiel sei es so unnötig, beim Einkauf immer Plastiktüten mit zu nehmen. Ich erwidere, dass ich ihre Sorgen und ihren Ärger gut nachvollziehen kann: „Ich denke, es kann sich ja jeder Mensch nur so verhalten, wie es ihm eben möglich ist und wie er es gut vertreten kann und ich finde, dass du da vielen anderen schon ein Stück voraus bist was deine Öko-Bilanz angeht“ (*PI, PW*) (ich beziehe mich hier auf einige unserer früheren Gespräche, in denen es beispielsweise um Energie-Sparen, Vermeiden von Plastikmüll, maßvollem Fleischkonsum etc. ging). Uta: „Ja stimmt schon, aber irgendwie... es ist doch bedrückend.“ Ich: „Ja, das ist es manchmal wirklich.“ (Ich nehme mir vor, dieses Thema weiter im Blick zu halten.)

Bevor Uta aussteigt, bedanke ich mich bei ihr für ihren sehr netten Umgang mit Rico. Ich sage ihr, dass es mir richtig gut getan habe, die beiden miteinander zu erleben und dass ich mich freue, dass wir dieses Projekt gemeinsam gestaltet haben (*ES, PI*). Uta lächelt und bedankt sich ebenfalls: „Das war total toll heute wieder, jetzt bin ich viel besser drauf!“ Unmittelbar danach

entschuldigt sie sich, sie wolle jetzt nicht anmaßend sein mit so einem Dankeschön und sowieso schon mal nicht schleimen oder so. Ich bin ziemlich perplex, kann aber nicht wirklich reagieren, da ich in der zweiten Spur stehe und der Verkehr drängt.

Reflexion bezüglich der Zielerreichung:

Heute haben wir uns um eine Übertragung der gemachten Erfahrungen in Utas Alltag bemüht, so dass sie die erlebten positiven Zustände (Gefühl von Sicherheit, Entspannung, Wohlbefinden) (Ziel 1) auch zu Hause öfter erleben kann. Ich denke, hier sind wir erst am Anfang eines noch langen Weges, aber immerhin ist Uta offen dafür, das bereits Gelernte in einem anderen Rahmen weiter umsetzen zu wollen.

Von einer sicheren Basis aus fällt auch auf, wieviel leichter Uta das Formulieren von Wünschen und Bedürfnissen fällt (z.B. äußert sie bereits zu Beginn der Einheit, was sie gerne ausprobieren möchte); ebenso fällt es ihr mittlerweile deutlich leichter, etwas schwierigere Aufgaben (Führen des Pferdes) alleine durchzuführen, ohne dabei von ihren Befürchtungen überwältigt zu werden (Ziel 1 & 2). Auch heute ist sie wieder sehr achtsam mit Rico umgegangen. Bislang hatte er eine wirklich gute Zeit im Rahmen der pferdegestützten Einheiten. Zudem hat sie sich gestern nach unserem Termin noch eigenständig weiter über den Umgang mit Pferden informiert (Ziel 3).

Einheit 10: 100 Minuten

Thema: Auswertung der bisherigen pferdegestützten Einheiten

Heute steht die Auswertung unserer pferdegestützten Einheiten an. Nach einer Begrüßung erkläre ich Uta, wie ich mir diese vorgestellt habe und frage sie, ob das so für sie passend wäre oder ob sie gerne etwas anderes machen möchte, zum Beispiel etwas ändern oder ergänzen. Mein Vorschlag für die Auswertung lautet folgendermaßen: Ich schlage Uta das kreative Gestalten mit der Tryptichontechnik vor (KG), die von der Integrativen Therapie be-

gründet wurde und die vielfältig variiert werden kann (Leitner, 2010, S. 223): Ein Blatt wird in drei Teile geteilt. In die Mitte könne sie die von ihr wahrgenommene Atmosphäre während der Sitzungen malen, links wie sie Rico erlebt hat und wie er zu der Atmosphäre beigetragen hat und rechts, wie sie sich selber erlebt hat und wie sie zu der Atmosphäre beigetragen hat. Dabei solle sie den Fokus besonders darauf legen, was sie achtsam wahrgenommen habe (EA). Unter dieser Perspektive könne sie sich dann mit den von uns formulierten Zielen auseinandersetzen: 1. Wahrnehmen, wenn ich einigemaßen entspannt bin und es mir ganz gut mit etwas geht, 2. Den Mut fassen zu sagen, wenn es mir zu viel wird, 3. Auf Rico achten und ihm eine gute Zeit machen.

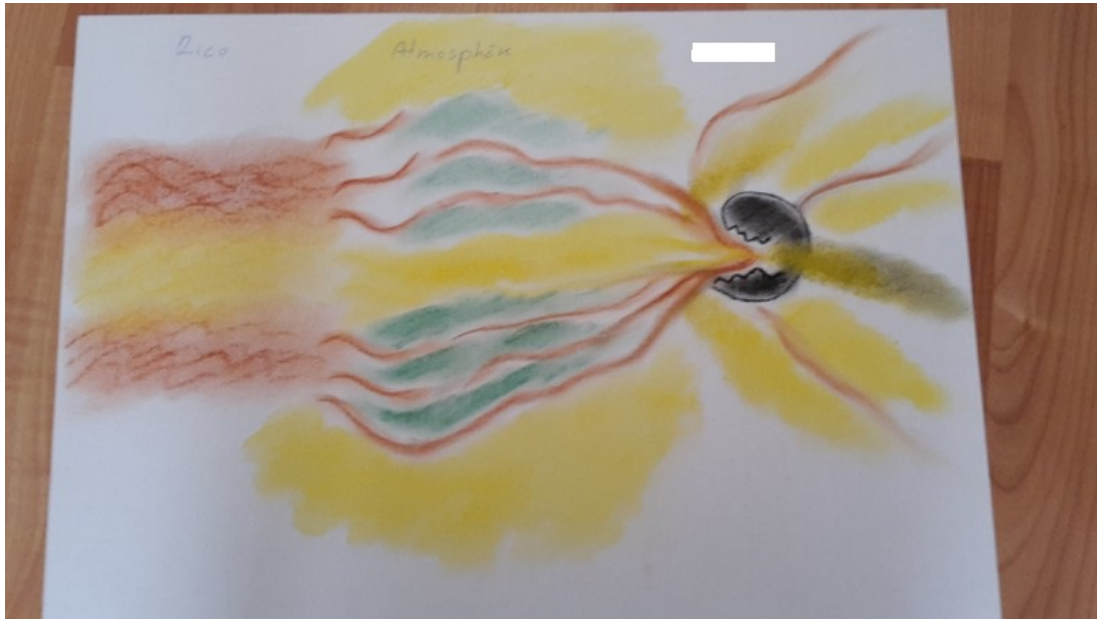
Nachdem sie mir nach der letzten tiergestützten Einheit eine positive Rückmeldung gegeben hat ("das war total toll, jetzt bin ich viel besser drauf") und darüber derart in Stress geriet, habe ich mich entschieden, die Aufgabe zu vereinfachen, indem ich meine eigenen Anteile nicht auch noch gestalten lassen. Ich möchte lieber kleinschrittig vorgehen. Das erkläre ich ihr auch so und betone gleichzeitig, dass sie sich natürlich anders entscheiden könne, aber Uta möchte gerne meinen Vorschlag aufgreifen. Ich erkläre ihr außerdem, dass ich bewusst das Thema Atmosphäre wähle, da wir uns genau darüber in letzter Zeit öfter unterhalten haben und Uta begonnen habe, sich mit Atmosphären, die sie im Verlauf ihres bisherigen Lebens erlebte, auseinanderzusetzen (EE). Um ihr den Begriff der Atmosphäre nochmal in Erinnerung zu rufen, zitiere ich die Definition des Leibphilosophen und Phänomenologen Hermann Schmitz, die mir während der Sozialtherapieausbildung „hängen geblieben“ ist: Atmosphären beschreibt Schmitz als „randlos in den Raum gegossene, ergreifende Gefühlsmächte“ (zitiert nach Leitner, 2010, S. 103). Uta sagt sofort, sie verstehe, was damit gemeint sei, mache sich aber Sorgen, dass es ihr nicht gelingen würde, das Bild „gut genug“ zu gestalten.

Uta (zuerst bedrückt und ratlos, Blick gesenkt): „Da fängt es wieder an das Problem: Ich würde es jetzt spontan grün und gelb malen... Aber dann denke ich, das ist so positiv, das ist ja voll geschleimt...“ Dann aber: „Aber ich

fand's so super, ich fand's echt einfach toll!“ (Ihre Stimme wird bei den letzten Worten lauter, energisch, sie lächelt, sie ist etwas aufgerichteter und insgesamt wirkt sie kraftvoll, ein richtiger Begeisterungsruf, den ich in dieser ausgeprägten Form nicht von ihr kenne).

Ich: „Na, das ist doch eine gute Gelegenheit, sich nochmal den Thema Achtsamkeit, also deinen Zielen, anzunähern. Da geht es ja darum, das du das, was du wahrnimmst, zum Beispiel wenn du was toll findest, eben nicht im Sinne von falsch oder richtig oder so und so muss das sein, das ist ja voll geschleimt oder so was, bewertest. Mir ist das beim letzten Mal schon aufgefallen...“ Uta (unterbricht mich und nimmt vorweg, was ich sagen wollte, sehr lebhaft): „Ja, da hab ich mich doch im Auto direkt wieder entschuldigt. Das hab ich mir dann auch gedacht, das ist mit total aufgefallen. Ich: „Und dabei hast du ja sogar was Positives gesagt. Und dich dann sogar für die positive Rückmeldung entschuldigt.“ Uta (lächelt zaghaft, spricht ruhiger): „Ja, meine Kopffaxen wieder. Ok, ich probier es einfach mal aus. Das ist aber ziemlich schwer. Ich weiß nicht, ob ich das richtig mache, ob ich das so kann mit den Farben und so.“ Ich: „Na, du kennst das ja mittlerweile schon sehr gut. Es geht nicht darum, ein tolles Bild zu malen oder ein Kunstwerk hinzulegen. Es geht darum, dass du dich ausdrückst, auf deine Weise, und das gelingt dir ja erfahrungsgemäß immer ganz gut.“ (ES, PI) (Uta hat in den letzten Betreuungsjahren schon zahlreiche Bilder gemalt und entgegen ihrer widerkehrenden Bedenken, ist ihr die kreative Gestaltung immer gut gelungen.) Uta: „Na gut, aber schön wird das wirklich nicht. Ich (lachend): „Ja, super, das soll es ja auch auf keinen Fall, unbedingt schön sein.“ Uta (lacht auch, zaghaft): „Jaja naja, ok.“ Sie beginnt dann mit dem Malen und nimmt sich 30 Minuten Zeit, was für sie schon recht lange ist.

Im Anschluss stellt sie mir ihr Bild vor. Ich lasse sie zunächst weitestgehend erzählen und unterbreche sie nicht, um ihren Erzählfluss nicht zu stoppen und mich ganz auf ihren Bericht konzentrieren zu können (EV):



Utas Bildbeschreibung:

Rico sei „umgänglich, ruhig und lieb“, daher habe sie ihn braun gemalt, denn diese Farbe stehe für sie für diese Eigenschaften. Gleichzeitig sei er "kompakt", das sei ihr aufgefallen, als sie das Viereck gemalt habe. Er sei eben ein "Fels in der Brandung", "zuverlässig", "man kann Vertrauen in ihn haben und muss keine Angst haben, dass er einem etwas tut", "vor anderen Pferden muss man auch mal Angst haben, aber vor Rico nicht". Die "braunen Wellen", die von ihm ausgehen und über die Atmosphäre zu Uta rüberschwappen, stellen einen Fluss dar, der eine beruhigende, aber auch lebendige Wirkung habe. Dieser Fluss spüle in "ihr Schneckenhaus mit ihrer Anspannung, Nervosität und Schüchternheit" rein und erlaube ihr, sich etwas zu öffnen. Das Schneckenhaus habe sie als schwarzen, allerdings geöffneten Kreis auf die rechte Bildseite gemalt. Uta beschreibt sich selber als "gedankenlos, positiv gemeint", "nicht ängstlich", sie habe sich "keinen Kopf gemacht" und das habe zu der guten Atmosphäre beigetragen. Mit ein bisschen Hilfe von mir gelingt es ihr dann auch zu erkennen, dass Rico bei weitem nicht bei jedem so entspannt ist wie bei ihr, sondern dass ihre behutsame und zärtliche Umgangsweise sowie ihre Fähigkeit, keinen Druck aufzubauen und ihn so zu nehmen wie er ist, zu seinem Wohlbefinden und seinem lieben,

zuverlässigen Verhalten beigetragen haben. Ich spiegele Uta diese Wahrnehmung von mir (*PI*) und sie lächelt berührt, blickt etwas verlegen auf den Boden, kann das aber so stehen lassen und nickt sogar zustimmend. Für Uta ist es ein wichtiger Schritt, diese positive Rückmeldung nicht direkt in Frage zu stellen oder abwehrend darauf zu reagieren, sondern dieser tatsächlich zuzustimmen.

Sie berichtet dann weiter: Die Atmosphäre in der Mitte des Bildes habe sie außerdem noch gelb gemalt, denn diese Farbe stehe für "was Schönes, Helles". Sie hätte auch gerne noch rosa gemalt, "weil das so eine schöne Farbe ist", aber das habe sie sich "nicht getraut", das hätte "nachher doch geschleimt gewirkt". Grundsätzlich fällt es Uta sehr schwer, Rückmeldungen zu geben, weil sie sich dann stets als anmaßend erlebt. Aus diesem Grund gehe ich heute nicht näher auf ihre Schwierigkeit ein, die von ihr gewünschte Farbe in das Bild zu malen. Ich denke mir, dass es dann eben noch nicht an der Zeit für „rosa“ war und höre ihr weiter zu.

Uta sagt außerdem, dass ich „alles so entspannt und locker“ gemacht hätte, das habe auch zu der Atmosphäre beigetragen. Außerdem sei es toll draußen in der Natur gewesen, in einer Halle hätte alles vielleicht auch nochmal anders gewirkt. Und zuletzt hätten wir ja auch oft echt Glück mit dem Wetter gehabt, das wäre „richtig gut“ gewesen.

Zusammenfassend stellt Uta noch fest, die Zeit sei "richtig, richtig toll und super gewesen".

Ich frage sie, ob ich ihr noch eine weitere Rückmeldung geben darf, was sie bejaht, und bedanke mich dann noch einmal für den liebevollen und achtsamen Umgang mit Rico (ich beziehe mich hier auf Ziel 3) und sage ihr, dass mich das sehr berührt hat. Unsere Einheiten haben mich ganz oft, besonders bei dem Spiel mit den Äpfeln, an einen lockeren leichten Kindergeburtstag im Sommer denken lassen. Uta lacht und stimmt dem zu. Außerdem sage ich ihr, dass unsere Einheiten für mich selber auch eine „ganz schöne Erfahrung“ waren. Ich berichte ihr, dass ich Rico aufgrund seiner Lungenerkran-

kung sehr viel bewegen muss, was ihm teilweise sehr schwer fällt, und dass es mir daher gut getan habe, das Zusammensein bewusst entspannter zu gestalten. Von daher sei es für mich auch ein schönes Erlebnis gewesen, dass wir gemeinsam so ganz ohne Druck und Verpflichtung mit ihm Zeit verbracht haben. Uta erwidert daraufhin, inbrünstig: „Ich bin mir sicher, der Rico weiß schon, dass du es wirklich gut mit ihm meinst, das spürt man einfach. Das weiß der ganz genau“. Ich habe den Eindruck, dass sie damit ein Stückweit auch sich selber in ihrer Beziehung zu mir meint, da sie das aber so schlecht ausdrücken kann, den Umweg über das Pferd wählt.

Bezug nehmend auf die von uns formulierten Ziele 1 & 2 melde ich Uta zurück, dass sie diese meines Erachtens voll erreicht habe; dass mich am meisten gefreut habe, wie wenig Momente der Überforderung entstanden seien und dass dies meines Erachtens mit unserem kleinschrittigen und achtsamen Vorgehen und der dadurch entstandenen sicheren Basis zusammenhänge. Von dieser ausgehend habe Uta sich dann Aufgaben zuwenden können, die sie sich zuvor nicht zugetraut hätte und die dann überraschend leicht von der Hand gingen. Uta stimmt dem zu: „Es war alles viel leichter, als ich mir vorher vorgestellt habe. Ich hätte damit nie gerechnet!“ Wir überlegen, wie sinnvoll es für Utas Zukunft sein wird, ganz bewusst darauf zu achten, wie sie sich in schwierigen Situationen so sicher fühlen kann, dass sie sich diesen dennoch stellen kann. Hier gilt es zukünftig, den Punkt zwischen Forderung und Überforderung zu finden.

Auf unsere Auswertung aufbauend frage ich Uta, ob es für sie vorstellbar wäre, unsere nächsten „Drei-Monats-Ziele“ darauf auszurichten, dass sie sich im Alltag zumindest häppchenweise vergleichbar angenehme und spannungsfreie Momente schaffen könne (*PZ*) (ich knüpfe hier auch an unsere letzten Gespräche im Auto an). Sie könne ja mal experimentieren, wie das noch möglich sein könnte, jetzt da sie wisse, dass solche entspannten Zustände für sie gut möglich sein können (*LB*). Uta stimmt dem begeistert zu, ist dann jedoch direkt ratlos, wie sie das denn bewerkstelligen solle. Ich bremsen sie: „Moment, so weit sind wir ja noch gar nicht. Erst das Ziel, dann

die Überlegungen dazu.“ Uta lacht. Sie überlegt sich folgende Zielformulierung: „Den Fluss im Alltag häppchenweise versuchen zu suchen“ - wir lachen beide wohlwollend miteinander über dieses sehr vorsichtig formulierte Ziel, beschließen aber beide, dass es genau so stimmig ist (PZ). Ich überlege dann laut, dass sie ja zum Beispiel ihr Fensterbrett oder den Innenhof etwas begrünen könne, weil sich offensichtlich Natur so positiv auf sie auswirkt. Uta reagiert zuerst kurz begeistert, dann jedoch zögerlich. Im Innenhof seien so oft die Leute von dem benachbarten Laden, da würde sie sich nicht wohl fühlen. Ich denke laut weiter, dass es mittlerweile ja auch in Köln häufig „Urban Gardening“ gebe, wo Leute Grünstreifen bepflanzen. Uta wirkt interessiert, dann plötzlich, lauter: „Stimmt! Da ist ja das XY (öffentliche Pflanzstelle) bei mir in der Nähe. Da ist auch nie viel los und man kann immer hin.“ Ich: „Na, wir könnten ja mal zusammen gucken, ob du da was pflanzen magst“ (LH). Utas Stimme wird richtig lauter, sie reckt sich auf, begeistert: „Das ist ja ne supergeile Idee. Stell dir vor, dann hätte ich mein eigenes kleines Pflänzchen. Au ja!“ Sie erinnert mich dabei ein wenig an ein kleines Kind, das sich über ein Geschenk der Mutter freut. Gleichzeitig berührt mich, dass sie so bescheiden ist. Ein wenig muss ich auch innerlich schmunzeln: Das Urban Gardening habe ich ihr in der Vergangenheit schon einige Male vorgeschlagen, bin allerdings immer auf Widerstand gestoßen und Uta hatte meine Vorschläge, wie so einige andere auch, schnell wieder „vergessen“. Bei diesem Termin kann ich also auch einiges über das richtige „Timing“ und die Notwendigkeit von Wiederholungen lernen, um einen Veränderungswiderstand langfristig sanft abzubauen.

Ergänzend zu diesem Ziel möchte Uta in der nächsten Zeit im Internet noch öfter in die Selbsthilfegruppe für Menschen mit einer sozialen Phobie gucken und wie wir schon überlegt haben, zusammen dort das Profil anzulegen, denn das könne „ihr mal gut tun, mit Leuten mit den gleichen Problemen zu reden“.

Beide Ziele finde ich sehr sinnvoll und sage ihr, dass ich sie gerne bei der Umsetzung unterstützen möchte.

Außerdem sage ich noch, dass es mir wichtig wäre, das Thema mit ihrer Nichte nicht aus den Augen zu lassen, von der sie mir neulich im Auto berichtete. Jetzt da sie sich ihrer Verantwortung bewusst sei, schein es mir wichtig, das wir gemeinsam Lösungsmöglichkeiten für sie erarbeiten, die ihrer Nichte helfen könnten (TN). Uta reagiert schnell resigniert „mit meiner Schwester kann ich nie reden, die flippt aus“, woraufhin ich sie stoppe: „DAS ist der Weg, soweit sind wir noch nicht. Erstmal sind wir bei den Zielen“. Uta: „Ach ja, stimmt. Ja, ich weiß, das ist wichtig. Du magst zwar das Wort Schuld nicht so, aber ich fühle mich da echt schuldig.“ Ich greife korrigierend ein: „Es ist gar nicht so, dass ich das Wort Schuld nicht mag. Ich finde nur, man muss gut aufpassen, wozu es passt und wozu nicht. Bei deiner Nichte denke ich, dass du da wirklich einiges versäumt hast. Menschen machen sich schuldig. Wenn man sich schuldig macht, dann sollte man sich entschuldigen und versuchen, etwas wieder gut zu machen. Damit könnten wir uns beschäftigen. Was da für dich und deine Nichte gut wäre.“ (KK, EA, TN) Uta stimmt dem zu, nachdenklich: „Ja, das ist auch wirklich so.“ Uta stellt fest, das mit ihrer Nichte sei ein schweres Thema, aber sie denke, ich habe recht und wolle ich jetzt darum kümmern.

Abschließend halten wir ihre Ziele noch schriftlich fest, kopieren sie einmal für mich und sie nimmt das Original mit nach Hause. Außerdem packt sie ihr Auswertungsbild ein und überlegt laut, dass sie sich dieses in die Wohnung hängen könne.

15. Resümee des Behandlungsverlaufs der pferdegestützten Sozialtherapie

Wie aus der Beschreibung der pferdegestützten Einheiten ersichtlich wird, waren diese eine sehr wichtige Erfahrung für Uta. Der Verlauf war deutlich positiver als wir beide zuvor erwartet hätten: Utas Befürchtungen, ihr könne alles zu viel werden, haben sich nicht nur nicht bestätigt (was an sich ja schon positiv gewesen wäre), sondern sind durch Erfahrungen von Freude, Begeisterung, Sicherheit und Entspannung korrigiert worden. Auch Monate

nach unserem Projekt betont Uta immer wieder, während unserer pferdegestützten Sozialtherapie die entspanntesten und sichersten Momente seit ihrem Jugendalter gehabt zu haben. Ich habe durch die pferdegestützten Einheiten zudem Seiten an Uta kennengelernt, die zuvor kaum geweckt werden konnten (z.B. die Begeisterung, kindliche Freude). Rico hat sich dabei sicherlich auch förderlich auf unsere Betreuungsbeziehung ausgewirkt – wie beispielsweise Olbrich (1998; zitiert nach Otterstedt, 2001) schon feststellte oder Wesenberg und Nestmann in ihrem biopsychosozialen Wirkungspanorama hilfreicher Tiereffekte (2014) zeigen, haben Tiere einen direkten und positiven Einfluss auf die Kontaktbereitschaft von Menschen untereinander (sogenannte „Eisbrecherfunktion“) und fördern langfristig die Beziehungen von Menschen. Uta ist es deutlich leichter gefallen, über Themen, die Rico betreffen, mit mir ins Gespräch zu kommen, ohne sich dabei die ganze Zeit selber in Frage zu stellen.

In der langjährigen Zusammenarbeit im Rahmen des BeWos haben Uta und ich viele gemeinsame Erfahrungen gemacht, die sicherlich den Boden bereitet haben, eine so gewinnbringende pferdegestützte Sozialtherapie durchführen zu können. Zu einem anderen Zeitpunkt wäre der Verlauf vielleicht weniger positiv gewesen: So war in der ersten BeWo-Betreuungszeit so viel Dringendes zu klären, dass Uta für solche Prozesse wahrscheinlich gar nicht offen gewesen wäre. Gleichzeitig sehe ich die pferdegestützte Sozialtherapie jedoch als einen Gewinn für unsere weitere Zusammenarbeit: Was möglich sein kann, wenn man bekannte Wege verlässt und sich auf neue Erfahrungen einlässt, sollte meines Erachtens auch im „üblichen Alltagsgeschäft“ nicht zu kurz kommen. Entscheidend ist es jetzt, an solche Erlebnisse auch in Zukunft immer wieder anzuknüpfen und gemeinsam Wege zu suchen, wie Uta schrittweise immer mehr Erfahrungen von Sicherheit und Souveränität und damit Entspannung in ihrem Lebensalltag machen und verfestigen kann, damit diese positive Erfahrung langfristig zu einer weiteren Veränderung ihres passiv-vermeidenden Lebensstils beitragen kann.

16 Ausblick

In einem der letzten Termine vor Beendigung dieses Behandlungsjournals haben Uta und ich uns entschieden, noch einmal gezielt einen Blick in die Zukunft zu werfen. Wie in Kapitel 12 beschrieben, hat Uta ihre 5 Säulen der Identität sowohl für das Hier und Heute als auch für den Zeitraum kurz nach Betreuungsbeginn (ca. vor 3,5 Jahren) gestaltet. Nun hat Uta ihre 5 Säulen der Identität gestaltet, wie sie bestenfalls, aber auch realistischerweise in weiteren 3,5 Jahren aussehen sollten. Zur Unterstützung haben wir hierfür das Kartenset „Persönliche Zukunftsplanung“ (Doose, 2013) hinzugezogen, von dem Uta sich ein wenig inspirieren lassen konnte.



Utas Schilderung ihres Zukunftsentwurfes:

Leib: Ja, der Kreis ist, dass ich noch etwas mehr zur Ruhe kommen möchte, das wäre mein größter Traum, etwas mehr in mir zu ruhen. Das habe ich jetzt

tatsächlich nur, wenn ich bei den Pferden bin, besonders bei Rico, da schon mehr als sonst, und sonst ganz ganz selten mal nur so kurz.

Das Frauenzeichen steht dafür, dass ich weiter stark sein möchte als Frau auch so. Das hört sich jetzt vielleicht arrogant an, aber ich finde auch so schon, dass ich ziemlich stark geworden bin, so alleine im Leben meine Frau zu stehen.

Dann möchte ich noch mehr die grauen Wolken aus meinen Gedanken verbannen und mehr noch auf die Sonnenseite sehen. Ich möchte weniger Ängste haben, weniger Lebensängste, weniger Angst unter Leuten.

Ich möchte weiter Sport machen, noch mehr Sport, dass ich fit bleibe und so den Alterungsprozessen auch etwas entgegen wirken kann.

Mein größter Wunsch ist, mein größtes Ziel: Dass ich mit dem Rauchen aufhöre. Ich würde mich gerne in 3,5 Jahren nicht mehr als Raucherin sehen. Ich will keinen Alkohol mehr trinken und auch keine Rückfälle mehr haben. Das mit dem Kiffen, ich glaube nicht, dass ich das schaffe, daher habe ich das hier auch nicht aufgenommen.

Ein großes Ziel wäre, dass ich speziell auch mal ohne mein Fahrrad, ohne mich daran festzuhalten, aus dem Haus rausgehen kann und mich sicher fühle.

Ich möchte gut zu mir sein, noch besser auf mich aufpassen.

Soziales Netzwerk: Irgendwie vermisse ich es, einen Partner zu haben. Eine richtig feste enge Beziehung will ich nicht mehr, aber etwas Lockeres, wo man sich nicht jeden Tag sehen muss. Ich habe zwar auch einen Horror davor, nochmal jemanden kennen zu lernen, aber ich wünsche es mir eigentlich so. Und dass ich dann das Ganze ein bisschen vorsichtiger, etwas bedachter angehe. Und nicht meinen Partner in den Mittelpunkt stelle und mich an den Rand.

Dann hoffe ich, dass ich immer noch mit H. & S. Kontakt haben werde.

Und was ich mir sehr wünsche: Dass ich als nächstes echt mal in so eine Sozialphobie-Gruppe gehe und wer weiß, mich da vielleicht sogar gut integrieren kann, dass ich mich das einfach traue und bestenfalls mich einfach super wohl fühle. Ich glaube, ich wäre in so einer Gruppe besser aufgehoben als einer

Gruppe, wo nur Alkoholiker sind. Ich weiß mittlerweile über die Foren, dass es auch Leute gibt, die vielleicht noch ängstlicher sind als ich und dass ich dann bei so einem Treffen vielleicht gar nicht so viel Angst haben müsste. Damit verbinde ich auch die kleine Hoffnung, vielleicht Freunde zu finden, Menschen, mit denen ich mich gut verstehe, mit denen ich mich auch privat mal treffen kann. Und wenn ich in dreieinhalb Jahren meinen Brieffreund noch hätte, das wäre schon was Tolles, aber ich hoffe, dass mir dann nicht die Gesprächsthemen ausgehen werden.

Ich möchte einfach gerne friedlich sein, besonnen, ein besonnener Mensch sein, der sich nicht mit anderen streitet, aber da kann ich noch dran arbeiten.

Und dann ist dir vielleicht schon aufgefallen, dass WEGE e.V. da nicht mehr steht. Vielleicht bin ich in 3,5 Jahren noch nicht soweit, aber eigentlich wäre es ja am Schönsten für mich, wenn es mir so gut ginge, dass ich die Hilfe gar nicht mehr brauchen würde.

Arbeit, Leistung, Freizeit, Muße: Dann schwebt mir nach wie vor etwas Ehrenamtliches vor. In 3,5 Jahren vielleicht sogar etwas mit Menschen, etwas das meinem Leben Sinn geben würde. Etwas wo ich das Gefühl habe, ich kann jemandem helfen, das fände ich super! Das wäre auch eine Bereicherung für mein eigenes Leben, dass ich was Gutes tun kann. Das wäre schön!

Dann möchte ich gerne wieder viel mehr lesen. Nicht nur Bücher anfangen, wie dein Buch jetzt, das du mir geliehen hast, dabei fand ich das so gut. Sondern auch zu Ende lesen.

Ich möchte gerne mehr rausgehen ins Grüne, soweit das in Köln möglich ist, zum Rhein oder zum Grüngürtel.

Ich würde gerne wieder mehr kochen, auch mehr Gemüse, damit ich mich gesünder ernähre und so 3-4 Kilo zunehmen kann.

Ich würde gerne mal vom Dreimeter-Brett springen. Die Idee kam mir so, als ich am Schwimmbad vorbei gefahren bin. Weil: Wenn ich mich das traue, vom Dreimeter-Brett zu springen, dann traue ich mich alles!!! Dann traue ich mich auch vorher, dem Bademeister Bescheid zu sagen, dass ich gleich springe und er ein Auge auf mich haben soll.

Nach wie vor schnitzen, ich möchte ganz viele Figuren machen.

Und dass ich noch etwas besser Gitarre spielen kann.

Materielle Sicherheit: Das ist jetzt ein ganz akuter Wunsch: Dass ich das in der Wohnung wieder in Ordnung kriege und die Renovierung, die ich angefangen habe, fertig wird. Der Boden fertig wird und im Frühjahr dann anstreichen.

Dann möchte ich sparen, 25 Euro im Monat. Habe ich ja schon angefangen. Damit ich so alle zwei Jahre mal in Urlaub fahren kann.

Und ich möchte gerne mich öfter mal wieder schick machen, also was Schickes zum Anziehen haben mal wieder, damit ich mich richtig wohlfühlen kann.

Werte und Normen: Ja, da steht die Toleranz, das kennst du ja schon. Die soll bleiben so wie sie ist, denn das ist mir wichtig. Dass ich Liebe geben kann und anderen Menschen friedlich die Hand reichen.

Utas Ausblick hat mich aus mehreren Gründen sehr gefreut:

Zum einen halte ich keinen ihrer Wünsche /keines ihrer Ziele für unerreichbar. Ich denke, sie ist auf einem guten Weg in die richtige Richtung und ich bin mir sicher, dass sie ihre Ziele erreichen kann.

Zum anderen tauchen erfreulicherweise Wünsche und Ziele auf, deren Formulierung noch vor 3 Jahren völlig undenkbar gewesen wären: Der Wunsch nach einer Partnerschaft, in der sie sich nicht völlig selber aufgibt; der Wunsch nach Freundschaften; die Idee, dass überhaupt die Möglichkeit bestehen könnte, sich in einer Gruppe „super wohl zu fühlen“. An den formulierten Zielen erkennt man zudem sehr deutlich Utas gewachsene Selbstfürsorge: Dass sie sich überhaupt die Erlaubnis geben kann, gut zu sich sein zu wollen, bewerte ich als großen Fortschritt.

Besonders beeindruckt hat mich ihr Ziel, vom Dreimeter-Brett zu springen, welches eine hohe Symbolkraft hat. Das werde ich sicherlich in den nächsten Jahren immer wieder aufgreifen und ich freue mich darauf, wenn sie es schaffen wird.

Ihr Wunsch, nicht mehr auf Hilfe angewiesen zu sein, ist so gut nachvollziehbar. Und auch bei diesem denke ich, dass er in einige Jahren erreichbar sein wird

oder zumindest in einem anderen Rahmen umsetzbar. Vielleicht braucht sie dann „nur“ noch eine Selbsthilfegruppe, eine Psychotherapie oder das Ambulant Betreute Wohnen in weitaus geringerem Umfang. Vielleicht möchte sie es auch gerne vollständig ohne fachliche Unterstützung versuchen.

Wie ich Uta auch in unserem Gespräch über ihr Bild mitteilte, drückt dieses für mich ein „buntes, volles Leben“ aus, „gute, stabile Säulen“. Uta reagierte, wie so häufig, auf diese positive Rückmeldung etwas verlegen, konnte meinem Eindruck aber zustimmen.

An Utas Zielen und Wünschen wird mir noch einmal besonders deutlich, wie lohnend und hilfreich eine wirklich langjährige Karrierebegleitung sein kann: Mit ausreichend Zeit und Ausdauer werden schrittweise Dinge möglich, an die vor einigen Jahren noch nicht zu denken war. Ein solcher Entwicklungsprozess benötigt Zeit; wie schön, dass im Rahmen des Ambulant Betreuten Wohnens eine solch langfristige Unterstützung möglich i

17 Zusammenfassung / Summary

Zusammenfassung: Die Veränderung eines ängstlich-vermeidenden Lebensstils in kleinsten Schritten – und ein Pferd war mit dabei: Dokumentation der langjährigen integrativtherapeutischen Karrierebegleitung einer multimorbiden Patientin im Rahmen des Ambulant Betreuten Wohnens und ergänzender pferdegestützter Sozialtherapie.

Dargestellt wird der Betreuungsprozess einer polytoxikomanen und psychisch erkrankten, durch das Hilfesystem schwer erreichbaren Frau im Rahmen des Ambulant Betreuten Wohnens und flankierender pferdegestützter Sozialtherapie. Die Betreuung wurde mit den Methoden der Integrativen Therapie im dyadischen und Gruppensetting durchgeführt. Ein Schwerpunkt lag zunächst auf der Konsolidierung der prekären Lebenslage, darauf aufbauend auf einer langfristigen kleinstschrittigen Veränderung des ängstlich-vermeidenden Lebensstils der Betreuten. Ausgehend von der Anamnese (biographisch, suchtspezifisch, komorbide Erkrankungen) wird in diesem Journal die prozessuale Diagnostik sowie eine differenzierte Darstellung des Betreuungsprozesses und der pferdegestützten Sozialtherapie beschrieben.

Schlüsselwörter: Integrative Suchtarbeit, Ambulant Betreutes Wohnen, pferdegestützte Sozialtherapie, Polytoxikomanie, Multimorbidität, ängstlich-vermeidender Lebensstil

Summary: Changing of an anxious-avoiding lifestyle in very small steps – and a horse was around: Documentation of a long-term career advice based on "Integrative Therapy" of a patient suffering from multimorbidity in the context of outpatient-assisted living and equine-assisted therapy.

The journal describes the counseling process of a hard to reach woman suffering from polytoxicomania and mental illness within the framework of an outpatient-assisted living and equine assisted therapy. The counseling was implemented with the "Integrative Therapy" method, both individually and within

groups. Emphasis is focused on consolidation of the precarious situations of life and the step by step rehabilitation of an anxious-avoiding lifestyle. Starting with the anamnesis (biography, development of polytoxicomania and multimorbidity, anxious-avoiding lifestyle), this journal contains a procedurally diagnosis and a description of the counseling process and the equine-assisted therapy.

Keywords: Integrative Therapy of addiction, outpatient-assisted living, equine-assisted therapy, polytoxicomania, multimorbidity, anxious-avoiding lifestyle.

18 Literaturverzeichnis

- Branderup, B.* (2012): Akademische Reitkunst. Eine Reitlehre für anspruchsvolle Freizeitreiter. 5. Auflage. Schwarzenbeck: Cadmos Verlag.
- Braunbarth, I.* (2009a): Die „vier Wege der Heilung und Förderung“ bei Depression. In: *Waibel, M. J. & Jakob-Krieger, C.* (Hg.) (2009). 65-80.
- Braunbarth, I.* (2009b): Angststörungen. In: *Waibel, M. J. & Jakob-Krieger, C.* (Hg.) (2009). 99-122.
- Czarnecki, S.* (2011): It's Showtime. Zirkuslektionen: Lernspaß für Pferd und Mensch. Schwarzenbeck: Cadmos Verlag.
- Dalla-Costa, E. et al.* (2014): Development of the Horse Grimace Scale (HGS) as a Pain Assessment Tool in Horses Undergoing Routine Castration. Verfügbar unter: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0092281>. Zugriff am 27.11.2015.
- Deutsche Reiterliche Vereinigung e.V. (FN)* (2014): Grundausbildung für Reiter und Pferd. Richtlinien für Reiten und Fahren. Band 1. 30. Überarbeitete Auflage. Warendorf: FNverlag der Deutschen Reiterlichen Vereinigung GmbH.
- Dilling, H. et al.* (Hg.) (2010): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. 7., überarbeitete Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.
- Doose, S.* (2013): „I want my dream!“ Persönliche Zukunftsplanung. Neue Perspektiven und Methoden einer personenzentrierten Planung mit Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen (inklusive Kartenset „Persönliche Zukunftsplanung“ – Lebensstil-Karte, Hut-Karte, Dreamcards.). 10. Aktualisierte Auflage. Neu-Ulm: AG SPAK Bücher.
- Ebert, W. & Könecke-Ebert, B.* (2004): Einführung in die Integrative Beratung und Therapie mit Suchtkranken. Grundlegungen des Integrativen Konzeptes der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit. In: *Petzold, H. G.* (Hg.) (2004): 173-220
- Gahleitner, S. B., Hahn, G., Glemser, R.* (Hg.) (2014): Psychosoziale Interventionen. Klinische Sozialarbeit: Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung 6. Köln: Psychiatrie Verlag GmbH.
- Geitner, M.* (2002): Be strict – Denken wie ein Pferd. Richtig ausbilden – Konsequenz korrigieren. 2. Auflage. Stuttgart: Müller Rüschnikon.

- Härle, D.* (2013): Körperorientierte Traumatherapie. Sanfte Heilung mit traumasensiblen Yoga. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Hempfling, K. H.* (1993, 2001): Mit Pferden tanzen. Versammeltes Reiten am losen Zügel. Vertraute Harmonie von Anfang an. Stuttgart: Franckh-Kosmos Verlags-GmbH & Co.
- Heuschmann, G.* (2011a): Finger in der Wunde. Was Reiter wissen müssen, damit ihr Pferd gesund bleibt. 4. Überarbeitete Auflage. Schondorf: Wu Wie Verlag.
- Heuschmann, G.* (2011b): Balanceakt. In dubio pro equo. 2. Auflage. Schondorf: Wu Wie Verlag.
- Hüther, G.* (2013): Bedienungsanleitung für ein menschliches Gehirn. Die Macht der inneren Bilder. Biologie der Angst. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG.
- Julius, H.* et al. (2014): Bindung zu Tieren. Psychologische und neurobiologische Grundlagen tiergestützter Interventionen. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co KG.
- Kabat-Zinn, J.* (2013): Gesund durch Meditation. Das große Buch der Selbstheilung mit MBSR. München: Verlagsgruppe Droemer Knauer GmbH & Co. KG.
- Körkel, J., Schindler, C.* (2003): Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen. Das strukturierte Trainingsprogramm S.T.A.R. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Kuntz, H.* (2009): Der rote Faden in der Sucht. Abhängigkeit überwinden und verstehen. 4. überarbeitete und erweiterte Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Landschaftsverband Rheinland (Hg.)* (2010): IHP 3. Handbuch zur Individuellen Hilfeplanung. Verfügbar unter: http://www.lvr.de/de/nav_main/soziales_1/menschenmitbehinderung/wohnen/hilfeplanverfahren_2/hilfeplan/hilfeplan_1.jsp. Zugriff am 10.01.2015.
- Lederbogen, S.* (2012): Tiere in der Therapie psychisch kranker Menschen. Ein Überblick über den Einsatz von Tieren in der stationären Psychiatrie. Hamburg: Diplomica Verlag GmbH.
- Leitner, A.* (2010): Handbuch der Integrativen Therapie. Wien: Springer Verlag.
- Moggi, F.* (Hg.) (2007): Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht. 2., vollständig überarbeitete und ergänzte Auflage. Bern: Verlag Hand Huber.

- Olbrich, E., Otterstedt, C.* (2003): Menschen brauchen Tiere: Grundlagen und Praxis der tiergestützten Pädagogik und Therapie. Stuttgart: Franckh Kosmos Verlag.
- Opgen-Rhein, C., Kläschen, M., Dättling, M.* (2010): Pferdegestützte Therapie bei psychischen Erkrankungen. Stuttgart: Schattauer GmbH.
- Orth, I.* (2015): Der „domestizierte Körper“. Die Behandlung „beschädigter Leiblichkeit“ in der Integrativen Therapie. In: *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit*. Verfügbar unter <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-02-2015-ilse-orth.html>. Zugriff am 21.02.2015.
- Osten, P.* (2000): Die Anamnese in der Psychotherapie. Klinische Entwicklungspsychologie in der Praxis. 2. Auflage. München: UTB-Reinhardt.
- Osten, P.* (2004): Integrative Diagnostik bei Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen. In *Petzold, H. G., Schay, P., Ebert, W.* (Hg.) (2004). 221-294.
- Ostermann, D.* (2010): Gesundheitscoaching. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / Springer Fachmedien GmbH.
- Otterstedt, C.* (2001): Tiere als therapeutischer Begleiter: Gesundheit und Lebensfreude durch Tiere – eine praktische Anleitung. Stuttgart: Franckh-Kosmos Verlag.
- Parelli, P.* (ohne Datum): Natural Horse-Man-Ship. Köln: Ute Kierdorf Verlag.
- Petzold, H. G.* (1996): Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung in der Integrativen Therapie. In: *Petzold, H. G.* (Hg.): Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung. 2. Auflage. Paderborn: Junfermann. 223-290.
- Petzold, H. G.* (Hg.) (1996): Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung. 2. Auflage. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H. G.* (2003a): Integrative Therapie. Modelle, Theorien und Methoden einer schulenübergreifenden Psychotherapie. Band 1 – 3. 2.. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H. G.* (2004): Drogenabhängigkeit als Krankheit. In: *Petzold, H. G., Schay, P., Ebert, W.* (Hg.). 2. Aufl. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. 513-532.

- Petzold, H. G. (2009e): Zur Wissensstruktur der Integrativen Therapie – für PsychotherapekollegInnen. In: POLYLOGE. Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit. Verfügbar unter: <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/03-2009-petzold-h-g-zur-wissensstruktur-der-integrativen-therapie-fuer-psychotherapekolleginnen.html>. Zugriff am 04.10.2015.*
- Petzold, H. G. (2013g): Naturtherapie in der „Dritten Welle“ Integrativer Therapie – ein „Bündel“ tiergestützter, garten- und landschaftstherapeutischer Interventionen. Verfügbar unter: <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/25-2013-petzold-h-g-2013g-naturtherapie-in-der-dritten-welle-integrativer-therapie-ein.html>. Zugriff am 01.11.2015.*
- Petzold, H. G. (2014): Unterwegs zu einer Integrativen Humantherapie. Ein Interview von Anton Leitner mit Hilarion Gottfried Petzold. In: Resonanzen – E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung, 1/2014. Verfügbar unter: <http://www.resonanzenjournal.org/index.php/resonanzen/article/view/273>. Zugriff am 13.11.2015.*
- Petzold, H. G. (2014h): Depression ist grau – Therapie grün! Die „neuen Naturtherapien“ in der Depressionsbehandlung. Verfügbar unter: <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-h-g-2014h-depression-ist-grau-therapie-gruen-die-neuen-naturtherapien.html>. Zugriff am 08.12.2015.*
- Petzold, H. G. (2015b): „Green Meditation“ – Ruhe, Kraft, Lebensfreude. Verfügbar unter: <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/05-2015-petzold-hilarion-g-2015b-green-meditation-ruhe-kraft-lebensfreude.html>. Zugriff am 08.12.2015.*
- Petzold, H. G. (2015c): GREEN CARE – Plädoyer für eine ökologisch fundierte Gesundheit. Manifest für „GREEN CARE Empowerment“ – Transdisziplinäre Überlegungen zu einer Ökologie der Verbundenheit. Verfügbar unter: <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/hilarion-g-petzold-2015c-green-care-plaedoyer-fuer-eine-oekologisch-fundierte-gesundheit.html>. Zugriff am 08.12.2015.*
- Petzold, H. G. (2016e): ÖKOLOGISATION: LERNEN und LEHREN in den „NEUEN NATURTHERAPIEN“ (tiergestützte, garten- und waldgestützte Therapie); ersch. n: *Grüne Texte* 2/2016: <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-gruene-texte/index.php>*

- Petzold, H. G., Hartz, P.* (2014): Wege aus der Arbeitslosigkeit. MINIPRENEURE. Chancen um das Leben neu zu gestalten – Zur Bewältigung von Langzeitarbeitslosigkeit. Wiesbaden: Springer VS.
- Petzold, H.G., Hentschel, U., Schay, P.* (2004): Niedrigschwellige Drogenarbeit und „intermittierende Karrierebegleitung“ als Elemente einer Gesamtstrategie der Drogenhilfe. In: Petzold, H.G., Schay, P. Ebert, W. (Hg.): Integrative Suchttherapie. Theorien, Modelle, Praxis, Forschung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 79-108.
- Petzold, H. G., Leuenberger, R., Steffan, A.* (1998): Ziele in der Integrativen Therapie. Verfügbar unter: <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/h-g-petzold-r-leuenberger-a-steffan-1998-ziele-in-der-integrativen-therapie.html>; Zugriff am: 01.12.2015.
- Petzold, H. G., Moser, S., Orth, I.* (2012): Euthyme Therapie – Heilkunst und Gesundheitsförderung in asklepiadischer Tradition: ein integrativer und behavioraler Behandlungsansatz „multipler Stimulierung“ und “Lebensstilveränderung”. Verfügbar unter: <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-h-g-moser-s-orth-i-2012-euthyme-therapie-heilkunst-und-gesundheitsfoerderung.html>. Zugriff am 08.12.2015.
- Petzold, H. G., Orth, I* (1993a): Therapietagebücher, Lebenspanorama, Gesundheits-/Krankheitspanorama als Instrumente der Symbolisierung und karrierebezogenen Arbeit in der Integrativen Therapie. Verfügbar unter: <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/hilarion-g-petzold-ilse-orth-1993a-therapietagebuecher-lebenspanorama-gesundheits.html>. Zugriff am. 18.11.2015.
- Petzold, H.G., Orth-Petzold, S., Patel, A.* (2010) Von der Abhängigkeit in die Souveränität. Über Professionalisierung in der Psychotherapie durch reflektierte und dokumentierte Praxis / Prozessdokumentation. Verfügbar unter: <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-17-2010-petzold-h-g-orth-petzold-s-i-patel-a-ii.html>. Zugriff am 02.11.2015.
- Petzold, H. G., Schay, P., Ebert, W.* (Hg.) (2004): Integrative Suchttherapie. 2. Aufl. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Petzold, H.G., Schay, P., Scheiblich, W.* (Hg.) (2006): Integrative Suchtarbeit. Innovative Modelle, Praxisstrategien und Evaluation. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Petzold, H. G., Scheiblich, W., Thomas, G. (2006): Drogentherapie – Entwicklung, Formen, Methoden, Wirkungen und der „Integrative Ansatz“. In Petzold, H.G., Schay, P., Scheiblich, W. (Hg.) (2006): Integrative Suchtarbeit. Innovative Modelle, Praxisstrategien und Evaluation. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 41-94.*
- Petzold, H. G., Sieper, J. (2012e): Über sanfte Gefühle, Herzensregungen, „euthyme Erfahrungen“ und „komplexe Achtsamkeit“ in der „Integrativen Therapie. Verfügbar unter: <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/28-2012-petzold-h-sieper-j-2012e-ueber-sanfte-gefuehle-herzensregungen-euthyme-erfahrung.html>. Zugriff am 10.10.2015.*
- Pfister, P. (2014): Natürliche Partnerschaft mit Pferden. Das Geheimnis erfolgreicher Pferdeausbildung. Faszination Freiheitsdressur. Zirzensische Lektionen. Stuttgart: Müller Rüschnikon Verlag.*
- Rahm, D., Otte, H., Bosse, S., Ruhe-Hollenbach, H. (1999): Einführung in die Integrative Therapie. Grundlagen und Praxis. Paderborn: Junfermann Verlag.*
- Reddemann, L. (2004): Imaginationen als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren. 10. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta.*
- Roberts, M. (2005): Die Sprache der Pferde: Die Monty-Roberts-Methode des JOIN-UP. Köln: Bastei Lübbe.*
- Romanazzi, T. (2009): Der Aktivstall – Antworten aus der Praxis. Verfügbar unter: <http://www.offenstallkonzepte.com/ebook>. Zugriff am 03.12.2015.*
- Röhm, C. (2014): Purzel speckt ab. Vom Abspecken übergewichtiger Equiden. Boderstedt: BoD - Books on Demand.*
- Scheiblich, W., Petzold, H. G. (2006): Probleme und Erfolge stationärer Behandlung drogenabhängiger Menschen im Verbundsystem – Förderung der „Regulationskompetenz“ und „Resilienz“ durch „komplexes Lernen“. In: *Petzold, H. G., Schay, P., Scheiblich, W. (Hg.) (2006). 477-532.**
- Sieper, J., Petzold, H. G. (2011). Soziotherapie/Sozialtherapie – ein unverzichtbares Instrument gegen soziale Exklusion und für die psychosoziale Hilfeleistung in „prekären Lebenslagen“. Verfügbar unter: <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/03-2011-sieper-j-petzold-h-g-soziotherapie-sozialtherapie-gegen-soziale-exklusion.html>. Zugriff am 18.03.2015.*

- Stubbe, J. (2012):* Tiergestützte Interventionen in der Sozialen Arbeit. Die heilsame Wirkung der Mensch-Tier-Interaktion. Verfügbar unter: <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-07-2012-stubbe-julia.html>. Zugriff am 08.12.2015.
- Tellington-Jones, L. (2007):* Tellington-Training für Pferde. Das große Lehr- und Praxisbuch. Stuttgart: Frankch-Kosmos Verlags-GmbH und Co. KG.
- Tellington-Jones, L. (2008):* Die Persönlichkeit ihres Pferdes. Die Kunst, Charakter und Temperament zu erkennen und positiv zu beeinflussen. 3., aktualisierte Ausgabe. Stuttgart: Frankch-Kosmos Verlags-GmbH und Co. KG.
- Tellington-Jones, L. (2014):* Tellington-Touch für Pferde. Stuttgart: Frankch-Kosmos Verlags-GmbH und Co. KG.
- Teschen, B., Konnerth, T. (ohne Datum):* Der „Clickerkurs“ von WEGE zum Pferd. Verfügbar unter: <http://www.wege-zum-pferd.de/produkte/clickerkurs/>. Zugriff am: 02.12.2015.
- Teschen, B., Konnerth, T. (ohne Datum):* Vertrauen statt Angst – der Anti-Angst Kurs. Verfügbar unter: <http://www.wege-zum-pferd.de/produkte/der-anti-angst-kurs/>. Zugriff am: 02.12.2015.
- Theby, V., Steigerwald, N. (2013):* Pferde-Clickertraining für Einsteiger. Erziehen und Gymnastizieren. Stuttgart: Müller Rüschnikon Verlag / Dogtale-Movies. (DVD).
- Theby, V., Steigerwald, N. (2015):* Pferde-Clickertraining Aufbaukurs. Bodenarbeit und Gymnastizierung. Stuttgart: Müller Rüschnikon Verlag / Dogtale-Movies. (DVD)
- Theby, V., Frey, K., Steigerwald, N. (2015):* Clickerfitte Pferde. Gesund, geschickt und gut erzogen. 2. Auflage. Stuttgart: Müller Rüschnikon Verlag.
- Vernooij, M. A., Schneider, S. (2013):* Handbuch der tiergestützten Intervention. Grundlagen-Konzepte-Praxisfelder. 3., korrigierte und aktualisierte Auflage. Wiebelsheim: Quelle & Meyer Verlag GmbH & Co.
- Waibel, M. J., Jakob-Krieger, C. (Hg.) (2009):* Integrative Bewegungstherapie. Störungsspezifische und ressourcenorientierte Praxis. Stuttgart, New York: Schattauer GmbH.
- Waibel, J., Petzold, H. G., Orth, I. Jakob-Krieger, C. (2009):* Grundlegende Konzepte der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie (IBT). In: *Waibel, M. J., Jakob-Krieger, C. (Hg.) (2009):* Integrative Bewegungstherapie. Störungsspezifische und ressourcenorientierte Praxis. Stuttgart: Schattauer GmbH. 1-20.

- Wathan, J. et al.* (2015): EquiFACS: The Equine Facial Action Coding System. Verfügbar unter: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0131738>. Zugriff am 28.11.2015.
- Wendt, M.* (2010): Vertrauen statt Dominanz. Wege zu einer neuen Pferdeethik. Schwarzenbeck: Cadmos Verlag.
- Wendt, M.* (2014): Gut gemacht! Mehr Motivation durch richtiges Loben. Burgwedel: evipo Verlag.
- Wendt, M.* (2015). Stress lass nach1 Pferdetraining optimal gestalten. Burgwedel: evipo Verlag.
- Wesenberg, S., Nestmann, F.* (2014): Tiergestützte Interventionen. In: *Gahleitner, S. B., Hahn, G., Glemser, R.* (Hg.) (2014): Psychosoziale Interventionen. Klinische Sozialarbeit: Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung 6. Köln: Psychiatrie Verlag GmbH. 140-157.

19 Anhang

Konzeption WEGE e.V. (erstellt März-Mai 2015)

1. Einleitung

Der Verein WEGE e.V. wurde vor fünf Jahren mit dem Ziel gegründet, komorbid erkrankte Menschen (sucht- und psychisch kranke Menschen) beim selbstständigen Wohnen und der Teilhabe an der Gemeinschaft zu unterstützen. Das geeignete Instrumentarium hierzu stellt das Ambulant Betreute Wohnen (kurz BeWo) gem. § 53, 54 SGB XII dar, für das die Leistungsvereinbarung zwischen WEGE e.V. und dem Landschaftsverband Rheinland, dem überörtlichen Sozialhilfeträger, seit September 2010 vorliegt. Auch die Rahmenkonzeption für das Ambulant Betreute Wohnen von WEGE e.V. wurde vor nunmehr fünf Jahren entwickelt. Seitdem hat sich das Angebot des Ambulant Betreuten Wohnens von WEGE e.V. beständig weiter entwickelt. Diese Weiterentwicklung hängt unter anderem auch mit neu gewonnenen Wissensständen der Mitarbeiter des BeWo zusammen, die sich in verschiedenen fach- und feldspezifischen Zusatzausbildungen befanden und/oder befinden. Diese Weiterentwicklung soll sich nun auch in einer Überarbeitung der Rahmenkonzeption widerspiegeln. Den Abschluss des Masterstudiengangs Suchthilfe an der Katholischen Fachhochschule in Köln hat die Geschäftsführung und sozialpädagogische Leitung des Vereins, Sabrina Weber, zum Anlass genommen, die Rahmenkonzeption - orientiert am aktuellen Stand der Wissenschafts- und Professionsdebatte Sozialer Arbeit / Klinischer Sozialarbeit fortzuschreiben.

2. Einrichtungsträger

Der am 22.03.2010 gegründete gemeinnützige Verein WEGE e.V. verfolgt das Ziel, Menschen mit einer wesentlichen Behinderung, bedingt durch eine chronische psychische Erkrankung und/oder Suchterkrankung, beim selbstständigen Wohnen und der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu unterstützen. Der Verein hat seinen Sitz in Köln. Der Verein verfolgt ausschließlich gemeinnützige und mildtätige Zwecke.

3. Rechtliche Grundlagen des Ambulant Betreuten Wohnens

Grundlage der Arbeit von WEGE e.V. ist die zwischen dem Landschaftsverband Rhein-land (LVR) und WEGE e.V. geschlossene Leistungs- und Prüfungsvereinbarung gemäß §§ 75 ff. Sozialgesetzbuch (SGB) Zwölftes Buch (XII) für ambulante Leistungen der Eingliederungshilfe zum selbstständigen Wohnen (Ambulant Betreutes Wohnen) für Menschen mit Behinderung. Diese konkretisiert die Bestimmungen des ambulanten Rahmenvertrages NRW nach § 79 SGB XII und da insbesondere LT 1 „Betreutes Wohnen“. Die ambulante Eingliederungshilfe zum selbstständigen Wohnen für dauerhaft wesentlich behinderte Menschen wird im Rahmen der §§ 53, 54 SGB XII i. V. m. § 55 SGB IX erbracht.

3.1 Anspruchsberechtigter Personenkreis

Einen Rechtsanspruch auf Eingliederungshilfe haben Personen, die durch eine Behinderung im Sinne des § 2 Abs. 1 Satz 1 des SGB XI in ihrer Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, eingeschränkt sind oder Personen, die von einer solchen Behinderung bedroht sind, wenn und solange nach Besonderheit des Einzelfalles, insbesondere nach Art und Schwere der Behinderung, Aussicht besteht, dass die Aufgabe der Eingliederungshilfe erfüllt werden kann.

Gem. § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX sind Menschen behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.

Für die Eingliederungshilfe grundlegend ist außerdem gem. § 53 SGB XII zusätzlich die „Wesentlichkeit“ der Behinderung. Hiernach haben Personen Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe, die wesentlich in ihrer Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, eingeschränkt sind oder von einer solchen wesentlichen Behinderung bedroht sind.

Seelische Störungen, die eine wesentliche Einschränkung der Teilhabefähigkeit im Sinne des § 53 Abs. 1 Satz 1 SGB XII zur Folge haben können, sind gemäß § 3 der Eingliederungshilfeverordnung 1. körperlich nicht begründbare Psychosen, 2. seelische Störungen als Folge von Krankheiten oder Verletzungen des Gehirns, von Anfallsleiden oder von anderen Krankheiten oder körperlichen Be-

eintrüchtigungen, 3. Suchtkrankheiten, 4. Neurosen und Persönlichkeitsstörungen.

Eine der benannten seelischen Störungen führt jedoch nur dann zur Feststellung einer wesentlichen seelischen Behinderung, wenn sie eine wesentliche Einschränkung der Teilhabefähigkeit im Sinne des § 53 Abs. 1 Satz 1 SGB XII zur Folge hat (BAGÜS, 2009). Wesentlich bedeutet, dass die Beeinträchtigung

- in mehr als 50% der Zeit vorliegt
- so intensiv ist, dass die tägliche Lebensführung der Person zumindest teilweise unterbrochen wird, und
- in den letzten 30 Tagen häufig aufgetreten ist (Landschaftsverband Rheinland, 2010).

3.2 Aufgaben der Eingliederungshilfe

Besondere Aufgabe der Eingliederungshilfe nach § 53 Abs. 3 SGB XII ist es, eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und die behinderten Menschen in die Gesellschaft einzugliedern sowie gem. § 4 SGB IX Absatz 4 die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern.

§ 55 SGB IX Abs. 2 definiert die in § 5 Abs. 4 SGB IX genannten Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft konkret als

1. Versorgung mit anderen als den in § 31 genannten Hilfsmitteln oder den in §§ 33 genannten Hilfen,
2. heilpädagogische Leistungen für Kinder, die noch nicht eingeschult sind,
3. Hilfen zum Erwerb praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten, die erforderlich und geeignet sind, behinderte Menschen die für sie erreichbare Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen,
4. Hilfen zur Förderung der Verständigung mit der Umwelt,

5. Hilfen bei der Beschaffung, dem Umbau, der Ausstattung und der Erhaltung einer Wohnung, die den besonderen Bedürfnissen der behinderten Menschen entspricht,
6. Hilfen zu selbstbestimmtem Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten,
7. Hilfen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben.

3.3 Leistungsträger

Die Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft nach § 5 Nr. 4 SGB IX werden gemäß § 6 Abs. 1 SGB IX von den Trägern der Berufsgenossenschaften, der Kriegsopferversorgung, den Trägern der öffentlichen Jugendhilfe sowie den Trägern der Sozialhilfe gewährt. Andere Kostenträger sind nicht für Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zuständig. Abzugrenzen sind Leistungen der Teilhabe beispielsweise von Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen, die gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX ausschließlich für die Erbringung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation sowie ergänzende unterhaltssichernden Leistungen zuständig ist.

Sozialhilfeleistungen sind gem. § 2 SGB XII nachrangig gegenüber anderen Sozialleistungen. Demnach erhält Sozialhilfe nicht, wer sich vor allem durch Einsatz seiner Arbeitskraft, seines Einkommens und seines Vermögens selbst helfen kann oder wer die erforderlichen Leistungen von anderen, insbesondere von Angehörigen oder von Trägern anderer Sozialleistungen erhalten kann. Die Sozialhilfe hat eine Auffangfunktion, so dass Leistungen nur dann gewährt werden, wenn andere Sozialleistungsträger diese nicht, nicht bedarfsdeckend oder nicht rechtzeitig leisten. Ein Verweis auf das Nachrangigkeitsprinzip kommt dann in Betracht, wenn mehrere Sozialleistungsträger für die Gewährung einer Leistung zuständig sind. Beim Vorliegen einer wesentlichen Behinderung ist also durch den Sozialhilfeträger unter anderem zu überprüfen, ob Träger der Kriegsopferversorgung, der Berufsgenossenschaften oder der öffentlichen Jugendhilfe eventuell vorrangig die Kosten für das Ambulant Betreute Wohnen übernehmen müssen. Ansonsten fallen die Leistungen des Ambulant Betreuten Wohnens als Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft in den originären Zuständigkeitsbereich der Sozialhilfeträger.

4. Zielgruppe

Zielgruppe des Ambulant Betreuten Wohnens von WEGE e.V. sind volljährige Männer und Frauen, die aufgrund ihrer seelischen Erkrankung wesentlich in der täglichen Lebensführung beeinträchtigt sind. Bei den seelischen Erkrankungen kann es sich unter anderem um

- Abhängigkeit von legalen oder illegalen Drogen
- sogenannte Verhaltenssüchte (Pathologisches Kaufen, Glücksspielsucht etc.)
- Essstörungen
- Posttraumatische Belastungsstörungen / Komplexe Posttraumatische Belastungsstörungen
- Affektive Störungen
- Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis
- Persönlichkeitsstörungen

handeln (Auflistung nicht abschließend).

Besonders spezialisiert ist das Angebot von WEGE e.V. auf die Arbeit mit traumatisierten suchtkranken Menschen, insbesondere bei bestehender Komorbidität von Abhängigkeitserkrankung und Posttraumatischer Belastungsstörung. Die besonderen Betreuungsbedarfe dieser Zielgruppe werden im weiteren Teil dieser Konzeption näher beschrieben.

5. Übergeordnete Betreuungsziele

Gemäß der Leistungs- und Prüfungsvereinbarung zwischen dem Landschaftsverband Rheinland und WEGE e.V. hat das Ambulant Betreute Wohnen das Ziel, der betreuten Person unabhängig von Art und Schwere der Behinderung eine weitgehend eigenständige Lebensführung, soziale Eingliederung und Teilhabe am Leben in der Gemeinde zu eröffnen und zu erhalten.

„Einzelziele sind demnach insbesondere

- die Beseitigung, Milderung oder Verhütung von Verschlimmerung einer vorhandenen Behinderung oder deren Folgen
- Erhalt oder Beschaffung einer Wohnung
- eine möglichst selbstständige Lebensführung
- eine angemessene Tagesstruktur und Freizeitgestaltung
- Eingliederung in die Gesellschaft, insbesondere Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft
- Ausübung einer angemessenen Tätigkeit / eines angemessenen Berufs
- Förderung der weitestgehenden Unabhängigkeit von Betreuung
- Erweiterung der Kompetenzen
- Mobilität und Orientierung
- Konflikt- und Krisenbewältigung.“ (Leistungs- und Prüfungsvereinbarung Landschaftsverband Rheinland / WEGE e.V.).

Um diese Einzelziele erreichen zu können, ist als langfristiges Ziel (=Richtziel) wenn möglich die Abstinenz der betreuten Personen anzustreben. Dem Richtziel Abstinenz kann man sich auf verschiedenen Wegen annähern:

1. Stabile Abstinenz hängt immer auch mit einem ausgewogenen Lebensstil zusammen. Ein ausgewogener Lebensstil kennzeichnet sich dadurch, dass alltägliche Belastungen (daily hassles), Probleme und Stressoren und entlastende, angenehme, förderliche Erlebnisse in einem ausgewogenen Verhältnis zueinander stehen. Um einen solchen ausgewogenen Lebensstil zu erreichen, muss sich in aller Regel der bisherige dysfunktionale Lebensstil traumatisierter suchtkranker Menschen grundlegend ändern (Petzold, 2014). Zu einer solchen Lebensstilveränderung gehört bei traumatisierten Menschen unbedingt auch die Herstellung von Sicherheit im Alltag, in der eigenen Wohnung und im sozialen Umfeld. Die Bedeutung dieser „äußeren Sicherheit“ für die Teilhabe behinderter Menschen, aber auch als Voraussetzung für alle weiteren rehabilitativen Maßnahmen wie beispielsweise Psychotherapie, kann gar nicht genug betont wer-

den. Das Herstellen äußerer Sicherheit stellt eine zentrale Grundlage dieses Konzepts dar. Auf sie wird im weiteren Verlauf immer wieder Bezug genommen.

2. Sollte aufgrund der Schwere der Erkrankung (noch) keine Abstinenz erreicht werden können, soll der Mensch mit Behinderung niedrigschwellig im Sinne einer karrierebegleitenden Langzeitstrategie darin unterstützt werden, die Folgen der Behinderung wie Verlust der Wohnung, Verwahrlosung, Verlust weiterer Kompetenzen zu vermeiden. Fern-Ziel bleibt jedoch, einen „drogenfreien Lebensstil“ (Petzold et al., 2004) zu erreichen, Zwischenziele auf dem Weg dahin können beispielsweise eine Konsumreduktion, Verlängerung konsumfreier Phasen oder ein weniger risikoreicher Konsum sein.

Bei besonders schweren und chronischen Erkrankungsverläufen kann in begründeten Einzelfällen auch das Ziel bestehen, die Person im Sinne einer akzeptierenden Suchtarbeit in ihrem „drogengebundenen Lebensstil“ zu unterstützen und dadurch die Folgen der Behinderung zu verringern. Dieses Ziel wird jedoch ausschließlich verfolgt, wenn trotz des drogengebundenen Lebensstils die Maßnahme der Eingliederungshilfe erfolgsversprechend sein kann, wenn also die Folgen der Behinderung tatsächlich verringert werden können. In aller Regel werden die Klienten von WEGE e.V. jedoch bei der langfristigen Fortführung eines kontinuierlich drogengebundenen Lebensstils an geeignetere Hilfenformen weiter geleitet.

Um die durch den Landschaftsverband Rheinland aufgeführten Einzelziele erreichen zu können, müssen also für das BeWo mit traumatisierten suchtkranken Menschen (und nicht nur für diese) folgende Richt-Ziele ergänzt werden:

- Erlangen eines ausgewogenen Lebensstils
- Entwicklung äußerer Sicherheit.

6. Theoretischer Hintergrund

Der theoretische Hintergrund, vor allem auch das Bild vom Menschen, von Gesundheit, Krankheit und Behinderung, bestimmen maßgeblich die Ausgestaltung der sozialpädagogischen Hilfestellung im Ambulant Betreuten Wohnen, beispielsweise die Wahl einer bestimmten Methode, bestimmter Interventionen

oder die Gestaltung der Betreuungs-beziehung. Theoretische Hintergründe der praktischen Arbeit sollten daher Inhalt konzeptioneller Überlegungen sein. Wesentliche theoretische Elemente, die die Grundlage des BeWos von WEGE e.V. bilden, werden daher im Folgenden zusammengefasst beschrieben:

Um den Bedürfnissen der Zielgruppe gerecht zu werden, bedarf es in der Eingliederungshilfe einer besonderen fachspezifischen Ausrichtung, die bei WEGE e.V. ihre Grundlage in einer Teildisziplin Sozialer Arbeit - der Klinischen Sozialarbeit - findet. Die-se kann als die „bei Krankheit, Behinderung oder psychosozialen Krisen erfolgende professionelle Soziale Arbeit“ (Wendt, Fachlexikon Sozialer Arbeit, 2000; zitiert nach Pauls, 2014) bezeichnet werden. Es handelt sich dabei um eine personenzentrierte Hilfestellung für schwer zugängliche KlientInnen, die sich nicht einfach durch grundständige Soziale Arbeit erreichen lassen (Wallroth, 2013). Die Klinische Sozialarbeit basiert auf einem bio-psycho-sozialen Paradigma und betont die Notwendigkeit der Integration verschiedener Wissensstände, multiperspektivischer Betrachtungen in der Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit sowie multidimensionaler Herangehensweisen an eine Verbesserung der Lebenssituation der Klienten. Sie bildet die Basis für das fachliche Handeln der MitarbeiterInnen von WEGE e.V.

Den theoretischen Hintergrund der klinisch sozialarbeiterischen Ausrichtung von WEGE e.V. stellt das Integrative Verfahren dar, welches in den 1960er Jahren von Hilarion Petzold und Johanna Sieper entwickelt wurde und sich seitdem beständig weiterentwickelt hat. Es handelt sich bei diesem Verfahren um ein methodenübergreifendes Modell, welches Wissensstände aus den verschiedensten Disziplinen (Sozialwissenschaften, Soziologie, Psychologie, Neurowissenschaften etc.) integriert und darauf aufbauend unterschiedlichste Modelle, Methoden und Techniken für Beratung, Agogik, Pädagogik, Sozialtherapie, Psychotherapie etc. entwickelt hat. Besonders Bezug genommen wird in dieser Konzeption auf Methoden der Integrativen Suchtarbeit, Integrativen Traumapädagogik und Integrativen Beratung. Das Integrative Verfahren eignet sich aufgrund der Integration verschiedenster Wissensstände und seiner konsequenten bio-psycho-sozialen Ausrichtung in besonderem Maße, um den spezifischen Anforderungen an die Betreuung schwer und komplex erkrankter, wesentlich behinderter Menschen gerecht zu werden.

6.1 Menschenbild

Das der professionellen Tätigkeit von WEGE e.V. zugrunde liegende Menschenbild findet sich auch im Namen des Vereins wieder: Der Menschen wird verstanden als „Mensch unterwegs“ auf gemeinsam durchmessenen WEGEN der biographischen Lebensstrecke durch die Geschichte (Scheiblich & Petzold, 2006). Betreuung wird in Anlehnung an dieses Menschenbild gesehen als „Wegbegleitung“ für ein Stück der Lebensstrecke.

Die „anthropologische Grundformel“ des Integrativen Verfahrens beschreibt den Menschen als „Leib-Subjekt“, also als körperliches, seelisches und geistiges Wesen in einem gegebenen sozialen und ökologischen Lebensraum, seiner Lebenswelt (Petzold, 2014). Dieses Menschenbild mit seiner bio-psycho-sozial-ökologischen Ausrichtung sieht Männer und Frauen unter einer Genderperspektive ganzheitlich in ihrer körperlichen, seelischen und geistigen Realität in ihren sozialen und ökologischen Kontexten und im Kontinuum der Lebensalter, in ihrer Lebensspanne. Es handelt sich also um ein Menschenbild, in welchem die verschiedenen Facetten menschlichen Daseins erfasst werden. Es übergreift dadurch beispielsweise rein dualistische Perspektiven, unter denen Geist/Seele und Körper als getrennte Einheiten oder als gegensätzliche Pole wahrgenommen werden, wie teilweise noch in der Medizin vorfindlich. In der Arbeit mit schwer und komplex erkrankten Menschen ist es unverzichtbar, sich der vielen verschiedenen Facetten des Menschseins bewusst zu sein und immer wieder neu bewusst zu werden. Das heißt unter anderem auch, den Klienten in seiner Geschlechterrolle als Mann oder Frau zu erkennen (Gendersensibilität), das Zusammenspiel zwischen Körper, Seele, Geist und den sozialen Bezügen, der Lebenswelt im Blick zu haben.

Das Integrative Verfahren betont die sozialen Aspekte des Menschseins: Der Mensch wird verstanden als fundamental „ko-existierend“ und „ko-respondierend“ mit der Welt und den Mitmenschen (Petzold, 2003a). Das bedeutet, dass Menschen sich nur durch das Zusammenleben, das Zusammensein mit anderen Menschen entwickeln können. Soziales Leben ist eine Grundbedingung des Menschen. Dieser Aspekt ermöglicht es, die Förderung der Teilhabe behinderter Menschen unter existenzieller Perspektive zu sehen: Soziale Teilhabe kann als Grundbedingung des Menschseins verstanden werden.

Menschsein bedeutet immer auch Kreativ-Sein. Der menschliche Austausch mit der Welt besteht nicht nur darin, dass er etwas von der Welt empfängt, sondern auch etwas herausgeben, etwas ausdrücken und formen möchte. Kreatives Schaffen bezieht sich dabei auf alle Handlungsfelder des Menschen: Auf Sprache, Technik, soziale Beziehungen, Arbeit, Gestaltung des Wohnraums etc. Kreativität ist die Grundvoraussetzung, Altes in Frage zu stellen und Neues zu lernen. Kreativität ist also eine Grundvoraussetzung, um sich mit Unterstützung durch das Ambulant Betreute Wohnen weiter zu entwickeln und Neues zu lernen.

Menschsein bedeutet auch immer Sich-selber-bewusst-sein. Menschen können – im Gegensatz zu Tieren – zu sich selber in Distanz gehen, sich selber beobachten und dadurch beispielsweise Impulse und Affekte steuern. Die Fähigkeit, bewusst wahrzunehmen und zu erkennen, kann als Grundlage verstanden werden, Veränderung im Alltag zu initiieren und zu etablieren (Rahm et al., 1999).

6.2 Biopsychosozialökologisches Modell von Gesundheit, Krankheit und Behinderung

Gesundheit, Krankheit und Behinderung wird in dieser Konzeption nicht nur als individuelles Phänomen betrachtet. Sie entsteht auch durch soziale Bedingungen sowie durch aktuelle und vergangene gesellschaftliche Prozesse. Ebenso werden Gesundheit, Krankheit und Behinderung durch kulturelle bzw. gesellschaftlich-normative Konsens-bildungen konstituiert. Was in der einen Kultur als krank betrachtet wird, kann in einer anderen Kultur als gesund eingeschätzt werden (Gahleitner et al., 2013; Stachowske, 2008). Wie das Menschenbild können also auch Gesundheit, Krankheit und Behinderung nur unter Einbezug verschiedenster Perspektiven definiert werden:

Auf die Entstehung von Gesundheit, Krankheit und Behinderung wirken sich heutzutage die Bedingungen der „transversalen Moderne“ (Petzold, 2014), der „fluiden Gesellschaft“ (Keupp, 2012) aus. Diese sind gekennzeichnet von einer zunehmenden Beschleunigung und Verdichtung des Alltags. Tragende kulturelle Deutungsmuster und Normalitätsvorstellungen weichen, während wachsende

Prozesse der Globalisierung und Individualisierung zu zahlreichen Erosionsprozessen führen. Die wichtigsten Veränderungen betreffen dabei das Privatleben des Menschen, also die Einstellungen zu Beziehungen, Sexualität, Ehe und Familie, und das Berufsleben, also die Einstellungen zu Leistung und Fortschritt. Die dabei entstehenden Anforderungen können Menschen, die durch soziale Benachteiligung und eine geringe Ressourcenlage beeinträchtigt sind, massiv überfordern. Gesellschaftliche Ungleichheitsverhältnisse wirken sich erheblich auf den Gesundheitszustand dieser benachteiligten Menschen aus (Keupp, 2012).

Unter Berücksichtigung individueller, sozialer und gesellschaftlicher Prozesse wird deutlich, dass es sich bei Krankheit, Gesundheit und Behinderung um vielschichtig gelagerte Entwicklungsprozesse handelt. Ein bio-psycho-sozial-ökologisches Modell von Gesundheit, Krankheit und Behinderung kann diese vielschichtigen Prozesse erfassen. Es stellt das relevanteste Konzept moderner, interventiver Humanwissenschaften dar (Petzold, 2014) und liegt dem Gesundheits-, Krankheits- und Behinderungsverständnis von WE-GE e.V. zugrunde.

Einem bio-psycho-sozial-ökologischen Verständnis trägt auch die WHO seit 2001 Rechnung, indem sie die ICF als neues Klassifikationssystem für Krankheit, Gesundheit und Behinderung einführt. Die ICF geht über den Ansatz des Klassifikationssystems der ICD-10 hinaus und beschreibt retrospektive, perspektivische und kontextuelle Folgen einer Erkrankung, inklusive der Partizipation und Teilhabe behinderter Menschen. Die ICF bildet daher unter anderem auch die Grundlage für die Individuelle Hilfeplanung im Ambulant Betreuten Wohnen.

Gesundheit, Krankheit und damit auch Behinderung kann unter folgenden Blickwinkeln betrachtet werden:

- Grundsätzlich handelt es sich hierbei um genuine Qualitäten, die sowohl subjektiv von der betroffenen Person als auch von deren Umwelt erlebt und bewertet werden.

- Gesundheit, Krankheit und Behinderung beziehen sich immer auf körperliche, seelische und geistige Elemente menschlicher Entwicklung und auf das Eingebundensein der Person in ihre Lebenswelt.

Gesundheit ist dadurch gekennzeichnet, dass der Mensch sich ganzheitlich und differentiell wahrnimmt und in der Lage ist, kritische Lebensereignisse bzw. Probleme zu bewältigen und sich selber zu regulieren. Gesundheit wird beeinflusst durch seine individuelle Vitalität oder Verletzlichkeit, seine Bewältigungspotenziale, Kompetenzen und Ressourcenlagen. Gesunden Menschen gelingt auf konstruktive Weise und in kreativen Prozessen mit anderen Menschen die volle Entwicklung ihrer körperlichen, seelischen, geistigen, sozialen und ökologischen Potenziale. Sie entwickeln ein Gefühl von Kohärenz, Sinnhaftigkeit, Integrität und Wohlbefinden (Petzold, 2003a).

Krankheit kann sich im Verlauf des gesamten Lebens entwickeln. Unter Beachtung der Relevanz von Ereignissen in der gesamten Lebensspanne für die Entwicklung von Krankheiten grenzt WEGE e.V. sich beispielsweise vom Mythos des „frühgestörten Abhängigen“ ab. Es können bei Abhängigen frühe Störungen vorliegen, aber nicht jede frühe Störung führt auch zu späteren Schädigungen. Die Lebensphasen von Pubertät und Adoleszenz sind neben der frühen Kindheit oft prägend für die Entwicklung einer Abhängigkeit. Genauso kann sich aber auch eine Abhängigkeit bei älteren Menschen nach kritischen Lebensereignissen (Verlust des Jobs, Tod von Angehörigen, Renteneintritt) entwickeln (Petzold, 2004).

Krankheiten können durch Ketten von schädigenden Ereignissen, die das Bewältigungspotenzial und die Ressourcenlage der Person überlasten, entstehen. Krankheiten können ebenfalls durch innere Fehlregulationen und Abbauprozesse bedingt sein. Die Folge von Krankheit ist, dass die gesunden Funktionen des Organismus gestört werden oder unwiederbringlich verloren gehen. Ebenso kann die Fähigkeit der Person zu Sozialität und zur kreativen Entfaltung beeinträchtigt werden oder verloren gehen. Damit verbunden sein kann der Verlust des Gefühls von eigenleiblich gespürter Gesundheit, von Frische. Äußerlich können Abweichungen von gesunden körperlichen, geistigen, seelischen oder sozialen Lebensprozessen erkennbar sein (Petzold, 2003). Nicht immer bedeuten äußerlich messbare Krankheitsfaktoren, dass Menschen sich auch als krank

bewerten oder krank fühlen. So kann sich beispielsweise ein Mensch mit einer – gut eingestellten – Diabetes durchaus gesund und frisch fühlen, während ein anderer Mensch sich mit der gleichen Erkrankung als krank bewerten würde.

Erkrankung kann dann eine Behinderung bedeuten, wenn Menschen aufgrund einer geringen inneren oder äußeren Ressourcenlage in ihren Aktivitäten oder ihrer gesellschaftlichen Teilhabe wesentlich beeinträchtigt sind (vgl. Kapitel 3).

Bedeutsam ist die multiperspektivische Sichtweise auf Gesundheit, Krankheit und Behinderung, um dem Klienten im Sinne einer best practice (Petzold, 2014) gerecht werden zu können. Den MitarbeiterInnen von WEGE e.V. ist bewusst, dass sich seelische Erkrankungen immer auch auf

- die körperliche Ebene (z.B. körperliche Folgeerkrankung von Abhängigkeit, chronische Stressphysiologie bei Posttraumatischen Belastungsstörungen)
- die geistige Ebene (z.B. Fragen des Lebenssinns, der Werte und der Lebensziele; Perspektivlosigkeit bei traumatisierten Abhängigen, aber auch bei verschiedensten anderen seelischen Erkrankungen)
- die seelische Ebene (z.B. die Beeinträchtigung der Willensbildung nach traumatischen Erfahrungen)
- die soziale Ebene (z.B. schädigende und traumatisierende Netzwerke der Drogen-szene)
- die ökologische Ebene (z.B. verwahrloste Wohnungen, schlechte Wohnlagen)

beziehen.

Diese multiperspektivische Sichtweise bildet unter anderem die Grundlage dafür, gemeinsam mit den Klienten ein geeignetes „Bündel an Maßnahmen“ (Petzold et al., 2006) innerhalb des Hilfesystems zu etablieren (beispielsweise sich ergänzende psychotherapeutische, psychiatrische, sozialpädagogische, arbeitstherapeutische Hilfen). Beachtet werden muss hierbei die individuelle Fähigkeit des Klienten, sich innerhalb komplexer Systeme zu verhalten und zu positionieren und mit anderen Menschen in Kontakt oder Beziehung zu treten. Überforderung durch ein Übermaß an verschiedenen Unterstützungsangeboten muss

vermieden sowie die Auswahl geeigneter Hilfen mit dem Klienten gemeinsam getroffen werden.

Außerdem bildet eine multiperspektivische Sichtweise auf Gesundheits-, Krankheits- und Behinderungsprozesse die Grundlage für mehrperspektivisch ausgerichtetes klinisch sozialarbeiterisches Handeln im Betreuungsalltag, wie in Kapitel 9 „Angebot“ beschrieben wird.

Der Anspruch, multiperspektivische Sichtweisen einzunehmen, soll die MitarbeiterInnen von WEGE e.V. nicht dazu drängen, innerhalb jeglichen Settings immer alle Ebenen im Blick haben zu müssen und auf allen Ebenen intervenieren zu müssen. Vielmehr handelt es sich hierbei eher um einen grundsätzlichen Anspruch, dem sich klinische Sozialarbeiter nur annähern können, aber auch sollen. Die Integration verschiedener Perspektiven und der Fokus auf bestimmte Perspektiven müssen sich letztlich an den aktuellen Bedingungen des Betreuungsprozesses orientieren.

6.3 Integratives Suchtverständnis

Analog zu dem oben beschriebenen Verständnis von Gesundheit und Krankheit wird Sucht im Integrativen Verfahren als „eine Erkrankung des ganzen Menschen in und mit seinem Kontext und Kontinuum des Lebens“ (Petzold, 2004; S. 515) gesehen. Abhängigkeit kann demnach verstanden werden als „komplexe somatische, psychische und soziale Erkrankung, die die Persönlichkeit des [...] Abhängigen, sein soziales Netzwerk und seinen mikroökologischen Rahmen betrifft, beschädigt und – wenn sie lange genug wirkt – zerstört“ (Petzold, 2004; S. 515).

Abhängigkeit hat eine vielfältige, multikausale Genese, d.h. DIE Ursache für die Entwicklung einer Abhängigkeit, sei es genetischer, biologischer, seelischer oder sozialer Natur, gibt es nicht. Sie zeigt unterschiedliche Ausprägungen und Verlaufsformen:

Unter somatischem Blickwinkel erkennt man unter anderem, dass abhängige Menschen ein ausgesprochen destruktives, gestörtes Verhältnis zum eigenen Körper haben, diesen als „Drogenkonsummaschine“ (Petzold, 2004; S. 517) benutzen. Basale körperliche Bedürfnisse wie Nahrungsaufnahme, ausreichender Schlaf, Hygiene werden nicht mehr wahrgenommen und befriedigt.

In Bezug auf seelische Belange kann der Willen des abhängigen Menschen durch die Fixierung auf das Suchtmittel stark beeinträchtigt sein. Gefühle von Traurigkeit, Sehn-sucht, Mutlosigkeit, aber auch Vorfreude oder Begeisterung werden betäubt und können auch nach Eintritt der Abstinenz kaum differenziert wahrgenommen oder beschrieben werden. Sie haben dadurch keine handlungsleitende Funktion mehr.

Das Milieu des „Noetischen“ (griech. Nous = Geist) ist bei suchtkranken Menschen ganz besonders beschädigt. So werden beispielsweise Fragen von Recht und Unrecht, Gerechtigkeit und Ungerechtigkeit für drogenabhängige Menschen besonders relevant, die sich in kriminellen Milieus befinden und in ihrem Leben viele Ungerechtigkeits Erfahrungen machen mussten und müssen, sei es aus Opfer- und/oder aus Täterseite. Folgen können lange Haftkarrieren, Perspektivlosigkeit unter anderem beruflicher Natur, der Verlust von Werten oder das Gefühl innerer Leere sein. Diese führen zu einem „geistigen Craving“, welches neben dem psychischen und physischen Craving ernst genommen werden muss (Petzold, 2004).

Betrachtet man die soziale Realität suchtkranker Menschen wird deutlich, dass sie sich häufig in toxischen Beziehungen befinden, in pathogenen oder wenig stützenden sozialen Netzwerken oder völlig vereinsamt sind.

Unter einer ökologischen Perspektive muss festgestellt werden, wie häufig abhängige Menschen in destruktiven mikroökologischen Szenen leben, beispielsweise in verwahrlosten Wohnungen oder Szenevierteln, in denen sie noch zusätzlich krank werden können. Der desaströse Wohnungsmarkt Kölns trägt dabei wesentlich zur Verschärfung mikroökologischer Probleme bei.

Abhängigkeit betrifft immer auch die Persönlichkeit des Menschen, wobei hiermit nicht vereinfacht eine sogenannte „Suchtpersönlichkeit“ gemeint ist. Bei abhängigen Menschen haben wir es immer mit Menschen zu tun, die auf unterschiedlichen Stadien der Persönlichkeitsentwicklung beeinträchtigt oder beschädigt sind. Prozesse der Selbst-, Ich- und Identitätsentwicklung können erheblich unterentwickelt und beeinträchtigt sein (Petzold, 2004). Störungen in der Persönlichkeitsentwicklung zeigen sich zum Beispiel in negativen Selbstattributionen, einem schlechten Selbstwertgefühl, in defizitären Ich-Funktionen -

wie fehlender Planungsfähigkeit, mangelhafte Selbstreflexion - und in einer brüchigen Identität. Identität aus Sicht des Integrativen Verfahrens beruht auf fünf Säulen: Leiblichkeit, soziales Netzwerk, Arbeit/Leistung/Freizeit, materielle Sicherheit, Werte/Normen. Bei abhängigen Menschen ist häufig jede dieser Identitätssäulen schwer beschädigt.

6.4 Integratives Traumaverständnis

Aus Sicht des Integrativen Verfahrens werden Traumata beschrieben als externe oder interne extreme Überstimulierungen. Bei externen Überstimulierungen kann es sich beispielsweise um Verletzungen, Misshandlungen oder Unfälle handeln, bei internen Überstimulierungen beispielsweise um schwere Krankheiten. Traumatisierungen können einmalige oder wiederholte Erlebnisse sein, die für den Organismus und die Persönlichkeit derart bestandsbedrohende Wirkung hat/haben, dass es zu bleibenden Strukturschäden kommt (Petzold et al., 2002). Die pathologischen Folgen von Traumatisierungen sind dabei niemals „nur“ psychisch, von daher wird in dieser Konzeption auch von der in der Psychologie gängigen Begrifflichkeit der „psychischen Traumatisierung“ (Fischer & Riedesser, 2009) Abstand genommen. Sie haben immer auch intensives körperliches/leibliches Erleben zur Folge, beispielsweise psychosomatische Reaktionen, Störungen der Atem- und Tonusregulation, eine chronifizierte Stressphysiologie (Petzold et al., 2002).

Um einer inflationären Verwendung des Traumabegriffs entgegen zu wirken, soll an dieser Stelle erwähnt werden, dass der Mensch von seiner evolutionsbiologischen Entwicklung her grundsätzlich dafür gerüstet ist, Traumata zu verarbeiten (Petzold et al., 2002). Die Widerstandsfähigkeit (Resilienz) bei belastenden Ereignissen stellt laut Bonanno (2012) eher die Regel als die Ausnahme dar. Sie ist jedoch abhängig von der Art der Traumatisierung, genauso wie von den individuellen Lebensbedingungen, beispielsweise inneren oder äußeren Ressourcen und bisherigen Lebenserfahrungen. Wie genau sich Resilienz entwickelt, ist nach aktuellem Forschungsstand noch strittig. Die Wahrscheinlichkeit, dass Menschen durch wiederkehrende interpersonelle Traumatisierungen in Form von sexueller oder körperlicher Gewalt an einer Posttraumatischen Be-

lastungs-störung / komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (oder anderen seelischen Störungen) erkranken, ist jedoch deutlich höher anzusetzen als bei schlimmen Erlebnissen in Form von Naturkatastrophen oder Unfällen (Osten, 2008).

Für die Gesamtsituation und Alltagsbewältigung von an PTBS erkrankten Menschen sind neben den spezifischen PTBS-Symptomen wie beispielsweise Flashbacks oder Schlafstörungen auch die unspezifischen Symptome relevant. Hierbei kann es sich beispielsweise um negative Selbstattributionen in Richtung Selbststigmatisierung und Selbstabwertung, Beeinträchtigungen des Willens und der Motivationslage, des Durchhaltevermögens oder Rückzug aus sozialen Bezügen aufgrund einer misstrauischen oder feindseligen Einstellung gegenüber anderen Menschen handeln. Häufig ist auch die Fähigkeit, die eigene Freizeit genussvoll zu gestalten, sich zu entspannen ebenso wie die schulische oder berufliche Leistungsfähigkeit beschädigt. Persönliche Werte zerbrechen oft durch Traumaerfahrungen. Die existenzielle Dimension des Sinns, der Boden des Grundvertrauens wird erschüttert. Hass und Verbitterung können entstehen (Petzold et al., 2002).

Traumatisierungen wirken sich also genauso wie Suchterkrankungen auf den gesamten Lebensvollzug des Menschen aus.

6.5 Sucht und Posttraumatische Belastungsstörung: Komorbidität / Poly-Komorbidität

Der überwiegende Teil abhängiger Menschen hat in der Lebensspanne potentiell traumatisierende Erfahrungen machen müssen. Serielle- beziehungsweise Polytraumatisierungen spielen im Störungsbild der Abhängigkeit, neben verschiedenen anderen Faktoren, eine entscheidende Rolle. Zusammenhänge bestehen auch zwischen der Anzahl / der Schwere traumatischer Erfahrungen und dem Einstiegsalter des Suchtmittelkonsums sowie der Ausprägung der Abhängigkeit (Schäfer, 2006; Moggi, 2007). In Bezug auf die Komorbidität von Abhängigkeit und Posttraumatischer Belastungsstörung ist nach heutiger Forschungslage von einem fehlgeleiteten Selbstmedikationsversuch mit bidirektionalen Anteilen auszugehen: Meist geht die PTBS der Abhängigkeit voraus, so-

dass der Substanzkonsum zur Erleichterung bei posttraumatischen Symptomen als initiale Motivation für verstärkten Konsum gesehen werden kann. Anhaltender Suchtmittelkonsum kann wiederum zur Verstärkung von PTBS-Symptomen beitragen und negative emotionale Zustände fördern. Diesen wird dann mit erhöhtem Suchtmittelkonsum begegnet, der über Gewöhnungsprozesse zur Abhängigkeit führt. Ein Ausstieg wird beispielsweise dadurch erschwert, dass Entzugssymptome den Symptomen der PTBS stark ähneln oder Posttraumatische Symptome nach dem Entzug verstärkt auftreten. Gleichzeitig steigt bei Abhängigen das Risiko erneuter Traumatisierungen, beispielsweise durch Beschafungsprostitution. Die Aufrechterhaltung der Abstinenz kann so erheblich erschwert werden.

Zu berücksichtigen sind in Bezug auf die Zusammenhänge von Suchterkrankungen und Posttraumatische Belastungsstörungen und deren Auswirkungen auf die Bewältigung der selbstständigen Lebensführung auch aktuelle neuropsychologische Erkenntnisse. Neuropsychologisches Wissen kann im Ambulant Betreuten Wohnen helfen, den Bedarfslagen der Klienten gerecht zu werden und diese nicht zu überfordern. In diesem Zusammenhang sind die Erkenntnisse zum Zusammenhang von Stress und der Fähigkeit Neues zu lernen besonders relevant:

„Das Gehirn muss, um Neues zu lernen, zunächst in einen möglichst angstfreien Zustand gebracht werden, damit von dort aus eine Hemmung der negativ wirkenden Muster ausgehen kann“ (Grawe, 2004). Betont wird also die Wichtigkeit äußerer Sicherheit und darauf aufbauend die Reduktion von Stress im Lebensalltag. Lang anhaltender Stress führt zu einer Verkleinerung des Hippocampus und damit einer Verringerung der Lernfähigkeit – auch dies ist bei der Betreuungsplanung und Zielformulierung zu berücksichtigen. Die Herstellung einer positiven, lernfreundlichen und stressfreien Atmosphäre im Ambulant Betreuten Wohnen wird auch unter neuropsychologischen Aspekten als grundlegend angesehen.

Der Begriff der Komorbidität greift für traumatisierte Suchtkranke häufig zu kurz, vielmehr sollte man von einer Poly-Komorbidität (Schmid et al., 2014) ausgehen. Häufig liegen mehrere substanzgebundene Abhängigkeiten (Polytoxikomanie), weitere psychische Erkrankungen (unter anderem die Borderline Stö-

rung, Depressionen, Essstörungen, Angststörungen) sowie somatische Erkrankungen (Hepatitis C, HIV, chronisch obstruktive Lungenerkrankung oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen) vor

Besonders zu berücksichtigen sind die vielfältigen psychosozialen Problemlagen, die bereits benannt wurden. Solche Menschen leben häufig in „prekären Lebenslagen“ (Petzold, 2004), also Lebenslagen, die der Betroffene und sein soziales Netz (wenn noch vorhanden) als bedrängend erlebt und als katastrophal bewertet. Prekäre Lebenslagen sind gekennzeichnet durch Ressourcenmangel oder -verlust, Fehlen oder Schwächung „protektiver Faktoren“ sowie die Summation kritischer Lebensereignisse und bedrohlicher Risiken. Die Kontroll-, Coping (Bewältigungs)- und Creating- (Gestaltungs-) Möglichkeiten des Betroffenen kommen an ihre Grenzen. Es kommt zu einer Beschädigung der persönlichen Identität, einer Zerstörung des Netzwerkes und einer Verelendung des sozioökologischen Mikrokontextes.

Menschen in solch prekären Lebenslagen sind häufig durch medizinische oder psycho-therapeutische Hilfen nicht oder nicht in einem ausreichenden Maß erreichbar. Erst langsam unternimmt die psychotherapeutische Forschung Untersuchungen, wie solche schwer erreichbaren Menschen auch durch falsche Behandlungen geschädigt und de-moralisiert werden können (Gahleitner & Schigl, 2013; Märtens und Petzold et al., 2002). Die Gefahr von Überforderung oder Re-Traumatisierung muss auch im sozialpädagogischen Zusammenhang besonders beachtet werden.

7. Leitlinien

Für die alltägliche Arbeit der BezugsbetreuerInnen von WEGE e.V. sind auf Grundlage des theoretischen Hintergrundes folgende Leitlinien maßgeblich:

7.1 „Person-in-der-Situation“

Vor dem Hintergrund der bio-psycho-sozial-ökologischen Perspektive ist die Einheit der konkreten Unterstützungsleistung im Ambulant Betreuten Wohnen immer die „Person-in-der-Situation“. Bei diesem sozialpädagogischen Ansatz stehen die Wechselwirkungen zwischen Person und ihrer Umwelt im Mittel-

punkt der Interventionen (Pauls, 2013). Dieses Konzept ist besonders relevant für die Eingliederungshilfe, da sich Behinderung immer auch durch die Wechselwirkung zwischen einer Person und deren Kontextfaktoren konstituiert. Die klinische Sozialarbeit im BeWo bezieht sich also immer auf die konkrete Bewältigung sozialer Situationen im Alltag des Klienten. Hierdurch grenzt sie sich unter anderem von Psychotherapie ab, auch wenn psychologisches und störungsspezifisches Wissen für die Bewältigung der Situation hinzugezogen werden muss (Wallroth, 2013). So kann beispielsweise Wissen über den Umgang mit traumabedingten Flashbacks in einer konkreten Situation wie dem gemeinsamen Termin beim Job-center helfen, die Situation zu bewältigen

7.2 Entwicklungsprozesse in der Lebensspanne

Menschen entwickeln sich ein Leben lang. Entwicklung entsteht immer in Polyaden („Wir-Netzen“), sie ist grundsätzlich interaktional und kommunikativ (Scheiblich & Petzold, 2006). MitarbeiterInnen des Ambulant betreuten Wohnens müssen daher über Wissen vom „nomaltypischen“ Entwicklungsverlauf von Menschen verfügen, um einschätzen zu können, inwieweit die individuelle Entwicklung der betreuten Personen von diesem abweicht und Vorstellungen davon zu entwickeln, wie „persönliche Entwicklung ganzheitlich gefördert werden kann“ (§ 4 Satz 4 SGB IX; Leistungen zur Teilhabe). Entscheidend sind diese Kenntnisse auch, um den Betreuten nicht durch überhöhte Erwartungen an unrealistische Entwicklungsschritte zu überfordern.

7.3 Komplexes Lernen und Modalitäten des Lernens

Zur Förderung der „ganzheitlichen Entwicklung“ im Ambulant Betreuten Wohnen sind Lernprozesse auf verschiedenen Ebenen nötig. Lernen kann nur effektiv stattfinden, wenn es auf verschiedenen Ebenen abläuft: Der kognitiven („wie gehe ich am besten vor, wenn ich meine Wohnung auf Vordermann bringen will?“), der emotionalen („es macht mir Freude und es macht mich stolz, eine saubere und gemütliche Wohnung zu betreten“), der volitiven („ich will, dass es schön bei mir wird und ich will durchhalten, auch wenn es manchmal sehr anstrengend ist“) und der sozial-interaktionalen Ebene („wie schön ist es, wenn ich andere Leute zu mir einladen kann“). Für jede dieser Lern-ebenen gibt es bestimmte Lernvorgänge, die einander ergänzen. Alle Lernvorgänge schla-

gen sich auf der körperlichen Ebene („ich kann direkt viel freier atmen, wenn es nicht mehr so chaotisch ist“) und der neuronalen Ebene über Veränderungen neuronaler Bahnen im Gehirn nieder („wenn ich hundert Mal aufgeräumt habe, dann läuft das schon fast automatisch ab und ich muss ich gar nicht mehr so anstrengen“). Der Lern-prozess umfasst also die ganze Person. Macht der Klient des Betreuten Wohnens sich selbst zum Projekt, so ist Ziel seiner Lernprozesse, die Selbstveränderung in Richtung einer Verminderung seines Problems (z.B. Vermüllung der Wohnung), Vergrößerung seiner Ressourcen und Potenziale und damit einer Ausdehnung seiner Möglichkeiten (Petzold & Hartz, 2014). Dies kann eine zunehmende „Unabhängigkeit von Betreuung“ (Leistungsvereinbarung Landschaftsverband Rheinland) ermöglichen. Ist der Ressourcenzerfall schon zu weit fortgeschritten, muss ein größtmöglicher Erhalt von Kompetenzen und Performanzen angestrebt werden.

Angeregt wird Lernen durch multiple Stimulierung in der und aus der Um- und Mitwelt, in der sich die Person bewegt. Für die Suchtentwicklung und den Ausweg aus der Sucht bedeutet das:

„Lernen ist in hohem Maße kontextspezifisch. Das Aufwachsen in miserablen Wohn-verhältnissen, z.B. im Devianz- und Drogenmilieu, kann bei Menschen zu einer (aus der gesellschaftlichen Perspektive heraus betrachtet) dysfunktionalen Kontextualisierung führen, die – aus dem Erleben des Subjekts – durchaus funktional sein kann: Gewalt, Raub, Drogen sichern das Überleben in dem devianten Milieu. Derartige Milieufaktoren sind sehr stark. Sie bahnen die Organismus-Umwelt-Passung bis in die neuronale Ebene, so dass Veränderungen kaum möglich sind, es sei denn, der Mensch wird aus dem Devianzmilieu genommen und wird „dekontextualisiert“ [...], Szenemusik und Szene-sprache, Kleidung und Habitus werden „gebannt“, damit nicht alte, erlernte „affordances“ (Wahrnehmungs- und Handlungsmöglichkeiten) alte dysfunktionale Performanzen triggern. Gleichzeitig aber müssen neue Kontextualisierungen erfolgen mit der Aufnahme neuer Stimulierungen, die neues Lernen ermöglichen, Informationen, die wirken, sich einschleifen, Bahnungen und Bereitschaftspotenziale ausbilden“ (Petzold, 2000; zitiert nach Ostermann, 2010).

Das Ambulant Betreute Wohnen stellt ein Lernfeld für den Klienten dar, in dem er seinen bisherigen Lebensstil in Frage stellen und verändern kann. Berücksicht-

sichtigt werden muss jedoch, dass suchtspezifische Verhaltensmuster (z.B. Szenesprache/-Kleidung) eine hohe identitätsstiftende Wirkung haben. Um beim Klienten keine Reaktanz („So nicht!“) hervorzurufen, müssen schrittweise neue Lernfelder angeboten werden. Veränderung erfolgt nicht linear und vor allem auch – wenn man die Ergebnisse der Neuro-wissenschaften beachtet – nicht ohne sehr häufige Wiederholung durch Übung. Zumindest nicht, wenn es sich um das „Umlernen“ lange wiederholter Performanzen handelt.

Lernen im Ambulant Betreuten Wohnen von WEGE e.V. basiert auf folgenden Modalitäten (angelehnt an Ebert & Könnecke-Ebert, 2004):

- übungszentriert-funktionale Modalität: Behebung, Minderung oder Kompensierung alltagspraktischer Defizite durch strukturierte Übung
- erlebniszentriert-agogische Modalität: Förderung der Persönlichkeitsentwicklung und Erschließung neuer Erlebnismöglichkeiten
- Netzwerk-aktivierende Modalität: Aktivierung sozialer Netzwerke oder Sanierung defizienter Netzwerke
- Konfliktzentriert-aufdeckende Modalität: Bewusstmachen von Problemen, Konflikten, Defiziten, die den Klienten bei der Alltagsführung beeinträchtigen
- Konservativ-stützende Modalität: Beistand, Entlastung und Sicherung in Krisenepisoden oder Phasen kritischer Lebensereignisse.

Gegebenenfalls benötigt der Klient gleichzeitig Unterstützung durch die „medikamentöse Modalität“ im Rahmen seiner psychiatrischen Behandlung, um überhaupt lernfähig zu werden.

7.4 Gestaltung der Betreuungsbeziehung

Die Arbeit im Ambulant Betreuten Wohnen ist immer auch Beziehungsarbeit. Unter Ein-bezug aktueller Ergebnisse der Bindungsforschung und Neuropsychologie wird das Vorhandensein sicherer Bindungen als Grundbedürfnis von Menschen belegt. Die Abwesenheit tragfähiger Bindungen und die dadurch entwickelten unsicheren oder auch gestörten Bindungsmuster weisen einen sehr engen Zusammenhang mit der Entwicklung psychischer Erkrankungen

und Suchterkrankungen auf (Grawe, 2004). Das Vorhandensein einer einzigen förderlichen Bindung kann trotz sonstigem Vorherrschen negativer Erfahrungen einen bedeutsamen Schutzfaktor darstellen. Eine stabile Bindungs-Beziehung zum Bezugsbetreuer wirkt sich daher als „schützende Inselerfahrung“ (Gahleitner, 2008) besonders förderlich auf den Betreuungsverlauf und die Entwicklung des Klienten aus.

Die Betreuungsbeziehung sollte sich durch Intersubjektivität auszeichnen. Intersubjektivität bedeutet die Zugehörigkeit zwischen Menschen in wechselseitigem Respekt und ihrer Würde. Dies umfasst auch das bewusste Anerkennen der „Andersartigkeit des Anderen“ (Levinas), das Anerkennen also, dass der betreute Mensch anders denkt, wahrnimmt, fühlt und eventuell auch etwas anderes will als die Bezugsbetreuung.

Die Betreuungsbeziehung kann sich atmosphärisch als „gastfreundlicher Raum“ zeigen. Bereits in den initialen Betreuungsterminen sollte ein sicherer und vertraulicher Raum geschaffen werden, der den Grundstein für eine positive und vertrauensvolle Arbeits-Beziehung zwischen Betreutem und Betreuer legt. Für die vertrauensbildende Beziehungsgestaltung braucht der Klient unter anderem positive Erwartungen bezüglich der fachlichen Kompetenz des Betreuers, was auf der Sachebene durch Vermittlung von Fachwissen geschieht sowie durch das Erleben erster gemeinsamer Erfolge in der Betreuungsarbeit (z.B. ein lange aufgeschobener Arzttermin wird in Begleitung endlich wahrgenommen) (Ostermann, 2010).

Die Betreuungsbeziehung sollte sich durch Transparenz auszeichnen. Das Verhalten des Bezugsbetreuers muss für den Klienten verständlich und dadurch berechenbar sein. Bestimmte Vorgänge oder Regeln innerhalb der Betreuungsbeziehung, die Bedeutung bestimmter Interventionen etc. sind dem Klienten so zu erklären, dass er sie verstehen und sich damit auseinandersetzen kann.

Die Betreuungsbeziehung kann auch von Prozessen der Übertragung/Gegenübertragung zwischen Klient und Bezugsbetreuer beeinträchtigt werden. Destruktive Übertragungsprozesse fordern die gesamte Beziehungsprofessionalität und Authentizität des Bezugsbetreuers (Gahleitner et al., 2014).

7.5 Suchtspezifische Leitlinien

7.5.1 Karrierebegleitung

Abhängigkeitskarrieren erstrecken sich häufig über viele Jahre und können eine Reihe von Entzügen, Aufenthalten in Fachkliniken, Therapieabbrüchen, wechselnde Phasen von Konsum und Abstinenz beinhalten. Die Palette der Wege, ein Suchtproblem zu überwinden, ist vielfältig: Den einen Königsweg im Sinne einer Kette von Motivations-, Entgiftungs-, Entwöhnungs- und Nachsorgephase gibt es nicht (Körkel, 2012). Dieser Weg mag für manche abhängige Menschen zutreffen, der Großteil der Abhängigenpopulation hat jedoch einen anderen Verlauf an Suchtkarrieren.

Negativkarrieren als „Ketten widriger Umstände“ (Petzold, 2006c) können nur langsam und in mühevoller Kleinarbeit geändert werden. Es handelt sich dabei um einen Entwicklungsprozess, der sich aufgrund der meist geringen Ressourcenlage unter erschwerten Umständen vollziehen muss. Dies gilt insbesondere, wenn beispielsweise komorbide Erkrankungen wie PTBS die Etablierung eines ausgeglichenen Lebensstils erschweren. Das Bewusstsein über solche Karriereverläufe wird sowohl von den Helfern als auch vom Klienten häufig als entlastend erlebt und kann auch in schwierigen Situationen und bei Rückfälligkeit Hoffnung und Perspektiven gewährleisten. Es stützt die Motivation des Klienten, Kontakt zum Helfersystem zu halten. Ebenso fördert es bei den Bezugsbetreuern die Bewusstheit, dass ein Einschwören auf das Abstinenzgebot nicht hilfreich ist. Auch wenn Abstinenz perspektivisch Ziel bleiben mag, ist es stimmiger und sinnvoller, die Vielschichtigkeit von Entwicklungsprozessen „aus der Sucht“ im Auge zu behalten und so nicht durch falsche Ideologien Enttäuschung, Schuldgefühle und Resignation beim Klienten hervorzurufen.

Zur Karrierebegleitung gehört es auch, dem Klienten Informationen über die Angebote des Hilfesystems bereit zu stellen und ihm Möglichkeiten zu eröffnen, dieses systematischer für sich zu nutzen. Dadurch können massive „Abstürze“ eher vermieden werden. Zugriffsmöglichkeiten auf Ressourcen (im Hilfesystem), supportive soziale Netzwerke, gelungene situative Krisenhilfe und Hilfen bei der Problembearbeitung können helfen, dass sich Negativkarrieren nicht zu „malignen, finalen Karrieren“ verschärfen, sondern sich in Karrieren mit positiver Charakteristik umwandeln.

Bei Menschen mit Schwierigkeiten im Kontaktaufbau beziehungsweise der Kontakthaltung kann das „Keeping Contact“-Prinzip (Scheiblich & Petzold, 2006) greifen. Solche Schwierigkeiten bestehen häufig bei traumatisierten Suchtkranken, die sich verbittert von sozialen Bezügen zurückgezogen haben. Keeping Contact hat eine nachgehende Ausrichtung, es dient dazu, eine langfristige Karrierebegleitung zu ermöglichen, wo die-se notwendig ist. Hierfür steht beim BeWo beispielsweise die Kontinuität in der Bezugsbetreuung, die Bereitstellung von Urlaubs- oder Krankheitsvertretungen und die Anbindung an weitere Mitarbeiter von WEGE e.V., damit die Klienten bei längeren Ausfällen oder Ausscheiden des Bezugsbetreuers nicht den Kontakt zur Einrichtung verlieren. Keeping Contact bedeutet auch die Auflösung von Komm-Strukturen über aufsuchen-des Arbeiten (Hausbesuche), das Erinnern an anstehende Termine, die Kontaktaufnahme, wenn ein Klient einen Termin versäumt hat etc. Gegebenenfalls kann Keeping Contact auch die Weitervermittlung an geeignetere Hilfeangebote bedeuten, wenn der Klient im Rahmen des BeWo dauerhaft nicht arbeits- oder absprachefähig ist, damit der Kontakt zum Hilfesystem an sich gehalten werden kann.

7.5.2 Umgang mit Rückfällen

Das Rückfallverständnis von WEGE e.V. geht über eine „enge Definition“ des Rückfalls (entweder getrunken oder nicht) hinaus. Unter Berücksichtigung der Suchtforschung handelt es sich beim Rückfall um ein differenzierter zu betrachtendes Phänomen: Rückfälle können nach Trinkmengen und Trinkmuster unterschieden werden, nach Ausrutschern/Lapse (also einmaligem Konsum bei einem abstinenten Abhängigen, der danach nicht wieder auftritt) oder Relapse (Rückfall in alte Konsummuster). Relevant sind auch die subjektiven Rückfalldefinitionen der Betroffenen (Körkel & Schindler, 2003)

Grundsätzlich stellen Rückfälle eher die Regel als die Ausnahme dar. WEGE e.V. pflegt daher einen entmythologisierten, konstruktiven und humanen Umgang mit Rückfällen. Es handelt sich nicht um eine verwerfliche und zu sanktionierende Entgleisung, sondern einen zugehörigen Bestandteil des Ausstiegs aus Sucht und Chaos (Körkel & Schindler, 2003); insbesondere bei traumatisierten Suchtkranken ist die Rückfallgefahr erhöht.

Die Bezugsbetreuer von WEGE e.V. ergreifen mit den Klienten geeignete Maßnahmen zur Rückfallprävention und – wenn der Rückfall doch eingetreten ist – zur adäquaten Krisenintervention, denn bei Rückfällen handelt es sich immer auch um Krisen.

Für eine wirksame Rückfallprävention ist es unter anderem entscheidend, suchttypische Verhaltensweisen zu erkennen, die einem Konsum-Rückfall häufig vorausgehen (= „trockener Rückfall“), und entsprechend zu intervenieren: Vergessen und Absagen von Terminen innerhalb des BeWos, zu spät kommen, Vergessen von Absprachen, großspuriges Verhalten etc. können als Vorwarnung für Rückfälligkeit gewertet werden und sollten mit dem Klienten reflektiert werden. Hier kann mit dem Klienten ein „Frühwarnsystem“ etabliert werden, das einen Rückfall in alte Konsummuster verhindern kann.

Für die Krisenintervention bei Rückfälligkeit ist unter anderem eine gute Vernetzung im Helfesektor entscheidend: Der Kontakt zum qualifizierten Entzug, gegebenenfalls zur Suchtberatung, zu ambulanten Suchthilfegruppen, zur Selbsthilfe oder ähnliches sollte wenn möglich hergestellt werden. Auch hier müssen individuelle Wege mit dem Klienten erarbeitet werden. Es gibt nicht den einen Weg, der bei drohendem oder stattfindendem Rückfall gewählt werden muss.

7.6 Traumapädagogische Leitlinien

In Bezug auf die Entwicklung traumapädagogischer Leitlinien orientiert sich WEGE e.V. an den „Standards traumapädagogischer Konzepte in der stationären Kinder- und Jugendhilfe“ der Bundesarbeitsgemeinschaft Traumapädagogik.

7.6.1 Verstehensorientierte Zugänge als Grundlage der Prozessgestaltung

Ein verstehensorientierter Zugang gilt als Grundlage jeglicher Prozessgestaltung im Ambulant Betreuten Wohnen von WEGE e.V. Nicht das abweichende Verhalten, sondern dessen Hintergründe stehen im Fokus der Hilfeplanung. Ohne ausreichendes Verständnis für die Beweggründe des Klienten entstehen Hilfepläne, die Gefahr laufen, vor allem den Abbau störender Verhaltensweisen anzustreben und scheinbar dysfunktionale Muster in funktionalere Strukturen zu wandeln. Besonders für traumatisierte Menschen bringen solche Hilfeprozesse die Gefahr der Re-Traumatisierung mit sich (durch Ohnmachtsgefühle, Überfor-

derungen etc.). Behutsame und traumasensible sozialpädagogische Biographiearbeit kann sowohl bei der Hilfeplanung als auch der Interventionsplanung helfen, den Klienten und seine Entwicklung zu verstehen.

Selbst befremdlich anmutende Verhaltensweisen machen aus dem inneren System eines Menschen heraus Sinn. Diese Erkenntnis führt zu der Kernfrage: Was versucht der Mensch mit Behinderung mit diesem Verhalten für sich zu erreichen oder sicherzustellen? Veränderungen können nur stattfinden, wenn verlässliche Alternativen oder neu etablierte Muster gefunden und entwickelt werden. „Niemand schmeißt das Licht aus, bevor er eine Laterne installiert hat. Es sei denn, er will im Dunkeln sitzen“ (Sprichwort) (Scherwarth & Friedrich, 2014).

7.6.2 Die Bedeutung äußerer sicherer Orte

Die Entwicklung eines „inneren sicheren Ortes“ (Reddemann, 2004) oder eventuelle Expositionsbehandlungen in Rahmen einer Psychotherapie erfordern zunächst die Schaffung eines äußeren sicheren Ortes. Menschen mit traumatischen Erlebnissen erleben die Welt häufig als Ort der Bedrohung und Unsicherheit. Solche traumatische Prozesse schlagen sich auch auf neuronaler Ebene nieder und verhindern die Integration neuer Erfahrungen. „Wenn Erfahrungen und Nutzungsbedingungen Spuren in unseren Gehirnen hinterlassen und es sogar strukturell formen, so sind wir Pädagogen [...] dafür zuständig und verantwortlich, die Nutzungsbedingungen für Gehirne von [...] traumatisierten Menschen so zu gestalten, dass Heilung und positive Weiterentwicklung der Persönlichkeit möglich werden“ (Besser, 2013). Das Herstellen von Sicherheit kann damit als zentrale Grundlage verstanden werden, um persönliche Weiterentwicklung durch Um-Lernen zu ermöglichen.

Der Herstellung einer äußeren Sicherheit kann man sich unter verschiedenen Perspektiven annähern:

Sicherheit des Wohnumfeldes und des Lebensumfeldes des betreuten Menschen:

- Erhalt der Wohnsituation
- Sicherstellung der finanziellen und medizinischen Grundversorgung

- Herstellung grundlegender hygienischer Verhältnisse innerhalb der Wohnung
- „Beheimatung“ in der Wohnung (Gemütlichkeit, Dekoration etc.)
- Kontaktabbruch zu potenziell bedrohlichen Sozialkontakten, z.B. zur Drogenszene

Atmosphärische Sicherheit in der Betreuungsbeziehung:

- Wertschätzung
- Offene Kommunikation / Transparenz
- Herzlichkeit

Strukturelle Sicherheit in der Betreuungsbeziehung:

- Kontinuität der Betreuungsbeziehung
- Zuverlässigkeit und Pünktlichkeit
- Einhalten von Absprachen und Versprechen
- Beibehaltung des „roten Fadens“ in der Arbeit an den gemeinsam festgelegten Betreuungszielen (vgl. auch Kapitel 6.4. Gestaltung der Betreuungsbeziehung).

7.6.3 Spaß und Freude: „Lachen und Spott vertreiben den Teufel!“ (Martin Luther)

Traumatische Erlebnisse und Suchterkrankungen führen zu einem erheblichen Ungleichgewicht in der Belastungswaage von positiven und negativen Erlebnissen. Gefühle wie Angst, Ohnmacht, Scham, Trauer, Wut und Ekel waren und sind häufig an der Tagesordnung. Um salutogene und resiliente Anteile des Klienten zu fördern, um sich die Freude an der Arbeit zu erhalten und nicht über die schwere Atmosphäre „um das Trauma“ zu resignieren, ist es unerlässlich,

gemeinsam mit den Klienten Möglichkeiten zur Freude, zu Spaß und gemeinsamem Lachen zu finden. Unter diesem Aspekt sind Humor in der Betreuungsbeziehung, positiv gestaltete Gruppenangebote, Feiern in der Einrichtung genauso sinnvoll wie die gemeinsame Suche nach Freude bereitenden Erlebnissen in der Lebenswelt des Klienten (kleinen alltäglichen Wohltaten, Hobbys und Interessen).

8. Instrumentarien

8.1 Aufnahmevoraussetzungen

Formelle Aufnahmevoraussetzungen:

Betreut werden suchtkranke und psychisch kranke Menschen, die aufgrund ihrer Erkrankung wesentlich in der Teilhabe und Bewältigung ihres Alltags beeinträchtigt sind. Dies muss mittels einer fachärztlichen Stellungnahme festgeschrieben sein.

Voraussetzung ist außerdem das Vorliegen einer Meldebescheinigung für den Raum Köln, das Vorhandensein eigenen Wohnraums oder die begründete Aussicht auf Vermittlung in eigenen Wohnraum innerhalb des ersten halben Jahres nach Betreuungsbeginn. WEGE e.V. stellt keinen Wohnraum zur Verfügung.

Zur Aufnahme beigebracht werden müssen unter anderem:

- Mietvertrag, ggf. aktuelle Mietbescheinigung
- Aktuelle Einkommensbescheide (ALGII, Sozialhilfe, Rente o.ä.)

Inhaltliche Aufnahmevoraussetzungen:

Betreuungsvoraussetzung ist der – zumindest diffuse – Wunsch nach Veränderung und die grundsätzliche Bereitschaft, im Rahmen eines regelmäßigen Unterstützungsprozesses an einer Stabilisierung der Lebenssituation arbeiten zu wollen.

Grundsätzlich muss der Klient mit intensiver Unterstützung in der Lage sein, alleine in der eigenen Wohnung zu wohnen. Ansonsten muss er an eine geeignetere stationäre Wohnform verwiesen werden.

Von einer Aufnahme wird unter folgenden Aspekten Abstand genommen:

Bei akuter Selbst- oder Fremdgefährdung müssen zunächst andere Hilfen greifen. Im Anschluss kann das Ambulant Betreute Wohnen dann aufgenommen werden.

Nicht aufgenommen werden Menschen, die aufgrund von einer sehr intensiven Pflege-bedürftigkeit grundsätzlich nicht mehr zu eigenständigen Lebensführung in der eigenen Wohnung befähigt werden können.

Nicht betreut werden außerdem Menschen mit einer akut hohen Gewaltbereitschaft. Sowohl die Mitarbeiter als auch die Klienten von WEGE e.V. sollen sich im Rahmen der Betreuung sicher fühlen können.

8.2 Kriterien für eine vorzeitige Beendigung der Maßnahme

Die Maßnahme kann unter folgenden Bedingungen vorzeitig beendet werden:

- Bei Wegfall des Vertrauensverhältnisses zwischen Klient und Mitarbeitern von WE-GE e.V.
- Bei wiederholtem (!) Fehlen der Mitwirkungsbereitschaft und wiederholten (!) Terminversäumnissen, die auch durch Ansprache der Betreuung und der Bemühung um Kontaktaufnahme nicht beseitigt werden können.
- Bei Zuwiderhandlung gegen die Hausordnung.
- Wenn sich eine andere Hilfemaßnahme als geeigneter erweist.

8.3 Kriterien für eine reguläre Beendigung der Maßnahme

Bei Wegfall des Betreuungsbedarfs wird die Hilfe regulär beendet. Dieser kann u.a. durch eine Verbesserung der Lebenssituation des Klienten, durch den Gewinn an Kompetenzen und Performanzen oder durch eine vermehrte Unterstützung des sozialen Umfeldes nicht mehr nötig sein.

Die reguläre Beendigung der Betreuung wird durch WEE e.V. und den Klienten vorbereitet. Andere weiterhin notwendige Hilfen werden installiert. Es findet immer ein Abschlussgespräch und eine Auswertung des Betreuungsverlaufs statt.

8.4 Krisenmanagement

Grundsätzlich unterschieden wird zwischen Notfall (akuter Handlungsbedarf) und Krise (zeitnaher Handlungsbedarf, jedoch ein größerer zeitlicher Reaktionsspielraum zwischen 24-48 Stunden) (Schnyder, 1993). Diese Unterscheidung wird auch den Klienten verdeutlicht. Mit Unterzeichnung des Betreuungsvertrages erhalten sie eine Liste „Was tun im Notfall?“, die mit dem Bezugsbetreuer zu Betreuungsbeginn und im Verlauf der Betreuung besprochen wird. Ebenso werden Vorgehensweisen für Krisensituationen und Frühwarnzeichen für Krisen besprochen.

Konsumrückfälle werden auch als Krisen verstanden.

Kriseninterventionen können vermehrte Einzelkontakte durch die Bezugsbetreuung oder ihre Vertretung (persönlich oder telefonisch), das Hinzuziehen einer weiteren Fachkraft des BeWo-Teams und das Hinzuziehen des Hilfenetzwerkes beinhalten. Im Akutfall ist die Feuerwehr einzuschalten.

Kriseninterventionen orientieren sich an folgendem Verlaufsschema:

Beginn (Beziehung, Diagnostik, Aktionsplan) > Intervention (Stützung, Distanzierung, Selbsthilfe) > Beendigung (Bewertung der aktuellen Situation, erneute Coping-Analyse, potentielle künftige Krisen antizipieren, Abschied und Ablösung) > Nachkontrolle (Schnyder, 1993).

Bei Krisen ist in der Beziehung zwischen Betreutem und Bezugsbetreuung / BeWo-Team besonders auf Übertragungs-/Gegenübertragungsphänomene zu achten.

Die jeweilige Bezugsbetreuung wird im Krisenfall eines Klienten fachlich und emotional durch das Team unterstützt.

9. Angebot

Zum Angebot von WEGE e.V. gehören unter anderem folgende Leistungen:

9.1 Hilfeplanung und prozessuale soziale Diagnostik

Soziale Diagnostik steht unter verschiedenen Prämissen: Sie ist konsensorientiert am „Person-in-Situation“-Konzept. Sie ermittelt prozessorientiert und ganzheitlich, unter biopsychosozialökologischer Perspektive den Hilfebedarf sowie die vorhandenen Ressourcen. Grundlegend ist das dialogische Vorgehen, das

sicherstellt, dass die Problem- und Ressourcendefinitionen der KlientInnen gleichberechtigt neben denen der Sozialpädagogen stehen. Im Sinne einer prozessualen Verlaufsdiagnostik ist sie in der Lage, Veränderungen (Entwicklung, Zielerreichung, Zielveränderung etc.) zu beschreiben und zu messen.

Ein mögliches soziales Diagnoseinstrument ist der Individuelle Hilfeplan (IHP) des Landschaftsverbandes Rheinland, der auf der Grundlage der von den betreuten Menschen formulierten Wünschen und Zielen, unter Berücksichtigung der individuellen Hilfebedarfe / Defizite und Ressourcen, alle erforderlichen Hilfen zusammen fasst. In der Individuellen Hilfeplanung werden auch Hilfeleistungen anderer Institutionen sowie Unterstützungsmöglichkeiten aus dem Lebensumfeld - soweit vorhanden - berücksichtigt und eingeplant. Der IHP trifft Aussagen dazu, welche Art der Unterstützung in welchem Umfang und von wem geleistet werden soll. Beim Individuellen Hilfeplan handelt es sich um ein recht umfassendes prozessuales Diagnoseinstrument. Allerdings fällt die Beantwortung der offenen Fragen des IHP den Klienten des Ambulanten BeWos häufig schwer. Gerade bei einer Beeinträchtigung von Reflexionsfähigkeit und Strukturierungsfähigkeit können die Fragen des IHP ohne konkrete Unterstützung durch die Bezugsbetreuung oft nicht ausreichend beantwortet werden. Hier gilt es, Mittel zur unterstützenden Kommunikation hinzuzuziehen (Landschaftsverband Rheinland, 2010). Der Einsatz kreativer Medien hat sich als wirksames Mittel unterstützender Kommunikation bei der Hilfeplanung erwiesen. Außerdem werden neben der Anwendung des IHP weiter soziale Diagnostik-Instrumente angewandt, um die Hilfeplanung ausreichend konstruktiv gestalten zu können:

Für die Lebensweltdiagnostik hat sich die (kreative) Arbeit mit den „Fünf Säulen der Identität“ (Petzold, 2004) bewährt. Hier werden für die aktuelle Lebensgestaltung relevante und Identität konstituierende Bereiche kreativ – beispielsweise mit Kreide, Wasserfarbe, Buntstiften - vom Klienten gestaltet: Leiblichkeit z.B. körperliche Befindlichkeit, Gemütszustand, Geschlecht, Alter, Gedanken, Aussehen, Körperpflege, Ernährungszustand/Gewicht; soziales Netzwerk z.B. Familie, Freunde, Partnerschaft, Kollegen, Szenebekannte, Helfersystem, soziale Rollen; Arbeit, Leistung, Freizeit z.B. Berufstätigkeit, Tagesstruktur, Hobbys, Interessen; materielle Sicherheit z.B. Wohnsituation, wichtige Besitztümer (nicht

notwendigerweise von hohem materiellen Wert), Eingebundensein in den (mikro)-ökologischen Kontext (z.B. Quartier/Viertel); Werte und Normen z.B. Glauben, Gerechtigkeitssinn. Der Klient kann die einzelnen Säulen auch mit Markierungen versehen, z.B. welche Bereiche sich förderlich auf seine Teilhabe auswirken und welche ihn behindern, welche Säule ihn besonders trägt und welche aufgebaut werden muss.

Für die Diagnostik des sozialen Netzwerkes werden „Netzwerkkarten“ (Petzold, 2003a) oder „Ecomaps“ (Pantuček, 2009) hinzugezogen. Hier handelt es sich um strukturierte Darstellungen des mikro-, meso- und makrosozialen Netzes.

Für eine übersichtliche Diagnostik der Veränderung von Aktivitäten und Teilhabe über einen längeren Zeitraum hinweg eignet sich der Inklusionschart 3 von Helmut Pantuček. Hierbei handelt es sich um ein kompaktes Klassifikationssystem mit drei Achsen – Inklusion, Existenzsicherung und Funktionsfähigkeit. In diesem Klassifikationssystem werden wesentliche und im Rahmen des BeWo beeinflussbare Aspekte der Lebensgestaltung übersichtlich abgebildet sowie mit prognostischen Aussagen versehen. Der Inklusionschart ermöglicht die statistische Auswertung des Betreuungsverlaufs über die Fortschreibung mehrerer Hilfeplanzeiträume hinweg (Pantuček, 2014).

In Bezug auf Möglichkeiten der beruflichen Eingliederung eignet sich die „Talentdiagnostik“ (Petzold & Hartz, 2014). Talent beschreibt das Potential einer Person, in der Zukunft etwas Bestimmtes zu tun und zu leisten. Talent schließt immer auch das Wollen einer Person ein, welches auf den zukünftigen, antizipierten Zustand gerichtet ist. Unter der Prämisse, dass jeder Mensch Talente hat, können diese mittels der Talentdiagnostik aufgespürt werden. Hierzu kann eine Auseinandersetzung mit dem (beruflichen) Lebenslauf erfolgen. Besonders geeignet ist hierzu die Arbeit mit dem „Lebenspanorama“, welches eine Gesamtschau von individueller Geschichte und Talent ermöglicht. Probleme, Ressourcen und Potenziale werden hierbei von dem Klienten kreativ dargestellt und können so für die gemeinsame Bearbeitung im BeWo zur Verfügung stehen. Bei der Bearbeitung geht es unter anderem darum geht es darum, die individuellen Ressourcen zu passenden beruflichen Aufgaben zuzuordnen. Hierfür ist eine enge Zusammenarbeit mit dem Jobcenter Köln erforderlich.

Zur Sozialen Diagnostik gehört immer auch die Zielformulierung sowie nach Ablauf eines Bewilligungszeitraumes die Zielüberprüfung. Bei der Formulierung der Ziele muss der Bezugsbetreuer den Klienten dabei unterstützen, Erreichbares und Nichterreichbares realistisch einzuschätzen. Ziel-Ziel-Konflikte sollten vermieden werden. Diese können zwischen den Zielen des Betreuten und seines Bezugsbetreuers, aber auch intra-personal, d.h. durch gegenläufige Ziele des Betreuten, entstehen (Petzold, Schay, Scheiblich, 2006).

Bei allen beschriebenen Instrumenten zur sozialen Diagnostik findet eine Verschränkung zwischen Diagnostik und Intervention statt: Diagnostik ist Voraussetzung für jede Intervention und ist an sich bereits schon Intervention, beispielsweise indem sie dem Klienten hilft, Erkenntnisse über seine jetzige Lebenssituation zu gewinnen und Zukunftsvisionen zu entwerfen, welche für ihn Hoffnung vermitteln können (Gahleitner & Pauls, 2014).

9.2 Existenzsichernde Maßnahmen

Klienten in prekären Lebenslagen nehmen häufig den Erstkontakt zum BeWo auf, wenn ihre Existenz erheblich gefährdet ist. Hierzu gehören beispielsweise drohende Wohnungslosigkeit oder erhebliche finanzielle Nöte. Existenzielle Nöte stellen Krisen dar und bedürfen der unmittelbaren Klärung; dies hat Vorrang vor allen anderen Maßnahmen. Gleichzeitig ist es jedoch für die MitarbeiterInnen von WEGE e.V. entscheidend, nicht in „blinden Aktionismus“ zu verfallen. Sollten Klienten sich an WEGE e.V. wenden, die den Aufnahmekriterien für das Ambulant Betreute Wohnen nicht entsprechen, oder die neben der Klärung der existenziellen Anliegen kein Interesse am Ambulant Betreuten Wohnen haben, kann die Vermittlung an geeignetere Hilfeformen auch eine existenzsichernde Maßnahme darstellen. Nach erfolgreicher Behebung der existenziellen Nöte gilt es immer, zukunftsbezogen zu planen, wie erneute Notsituationen vermieden werden können. Treten existenzgefährdende Situationen mehrfach auf und ist der Klient mit Unterstützung des Ambulant Betreuten Wohnens nicht in der Lage, geeignete Kompetenzen und Performanzen zur Vermeidung dieser zu erlangen, ist die Vermittlung an ergänzende Hilfen, hier vor allem eine gerichtlich bestellte Betreuung, indiziert.

9.3 Aufsuchende Hilfen

Aufsuchende Hilfen gehören zum Kern des Angebots von WEGE e.V. Aufsuchende Hilfen umfassen sowohl Hausbesuche, als auch Besuche in anderen wichtigen Lebens-bereichen des Klienten wie der Arbeitsstätte oder der Familie. Aufsuchende Hilfen sind immer angekündigt und erfolgen nur mit Einverständnis des Klienten.

Sollte ein Klient mehrere Termine versäumt haben, nicht mehr erreichbar sein und ein Anlass zur Sorge bestehen, kann der Bezugsbetreuer – mit Unterstützung durch einen Kollegen – die Wohnung des Klienten aufsuchen und dort klingeln. Die Bezugsbetreuer von WEGE e.V. haben keine Wohnungsschlüssel von Klienten und öffnen auch in möglichen Notfällen nicht die Wohnungstür von Klienten. In möglichen Notfallsituationen unterrichten sie die Feuerwehr (s. Krisenmanagement, Kapitel 8.4). Dies dient einerseits der Wahrung von Grenzen der Klienten, andererseits dem Schutz der MitarbeiterInnen von WEGE e.V. Die Klienten werden zu Betreuungsbeginn über dieses Vorgehen und seine Hintergründe unterrichtet.

9.4 Begleitung

Die MitarbeiterInnen des BeWo begleiten ihre Betreuten zu verschiedensten Terminen, sofern das für diese zielführend und notwendig ist. Hierzu gehören beispielsweise Termine bei Behörden, Ärzten, Beratungsstellen oder Erstgesprächen in Kliniken. Ziel der Begleitung ist es, den Klienten zu befähigen, seine Termine auch alleine wahrnehmen zu können. Hierzu ist jedoch zunächst häufig die Reduktion von Schwellenängsten über Begleitung notwendig. Bei Klienten mit einer sehr geringen Strukturierungs-, Konzentrations- und Merkfähigkeit kann auch ein regelmäßiges Begleiten zu Terminen sinnvoll und notwendig sein. Dann dient die Begleitung unter anderem dazu, grundsätzliche Transparenz im Hilfesystem herzustellen, dem Klienten verschiedene Vorgänge oder Gesprächsinhalte bei den aufgesuchten Stellen zu erklären („Dolmetscherfunktion“) oder ihn bei der Durchsetzung seiner Belange zu unterstützen.

9.5 Soziale Beratung

Das grundsätzliche Beratungsverständnis von WEGE e.V. entspricht dem der Integrativen Beratung, welche sich an den Standards der Deutschen Gesellschaft für Beratung (DGfB) orientiert und ein allgemein anwendbares Bera-

tungsverständnis formuliert hat. Beratung wird verstanden als „komplexer Lernprozess und kooperative Handlungspraxis in differentiellen Feldern“ (Petzold, 2005; zitiert nach Schay, 2006). Beratung setzt in Problem-, Konflikt- und Krisensituationen unterschiedlichster Art an und grenzt sich von Psychotherapie und anderen Beratungsformen, wie Rechtsberatung, ab.

Soziale Beratung im Ambulant Betreuten Wohnen - als Teilgebiet von Beratung an sich - folgt den Handlungsmaximen der Förderung sozialer Gerechtigkeit und solidarischer Beistandschaft. Der Fokus der Beratung liegt auf der sozialen Ebene, allerdings ist die Verschränkung mit alltagspraktisch relevanten Aspekten der bio-psycho-ökologischen Ebenen unerlässlich (vgl. Kapitel 2.6).

Soziale Beratung im BeWo umfasst - in Anlehnung an die von Harald Ansen (2006) beschriebene Methode Sozialer Beratung - im Wesentlichen drei Interventionsformen:

- Informatorische Beratung: Weitergabe von lösungs- und handlungsrelevanten Informationen / Wissensvermittlung. Ziel ist es, Probleme zu bearbeiten, die durch mangelnde Informationen, Wissenslücken oder eine unzureichende Orientierung in Entscheidungssituationen bestimmt sind.
- Reflexion von Lebens- und Alltagsproblemen: Diese Form der Beratung befasst sich mit Problemen, die nicht durch die Weitergabe von Informationen gelöst werden kann. Hierzu gehören beispielsweise Probleme im Umgang mit der eigenen Behinderung oder Konflikte innerhalb des sozialen Netzwerks. Ziel ist die Problemlösung über die gemeinsame Erarbeitung neuer Sichtweisen, Einstellungen und Werthaltungen.
- Gezielte Erschließung von Ressourcen: Diese Beratungsform dient der Organisation konkreter Hilfen im Lebensraum des Klienten.

In aller Regel überschneiden sich diese Interventionsformen im Verlauf eines Gesprächs. Sehr häufig ist auch die Überschneidung mit übenden Interventionen / Performanztraining im Rahmen des BeWos, denn ohne regelmäßiges Üben würde die beratende Intervention in aller Regel nicht effektiv genug wirken. Die Veränderung dysfunktionaler Lebensstile braucht mehr als „nur“ Beratungsgespräche.

Soziale Beratung ist sowohl Problemfokussiert (denn ohne Probleme gäbe es keinen Beratungsanlass), als auch Ressourcen- und Lösungsorientiert.

Die häufigste Gesprächsform in der Sozialen Beratung stellt das „Alltagsgespräch“ dar. Soziale Beratung stellt sich dabei auf das Sprachniveau und die kognitive Kompetenz des betreuten Menschen ein (Sieper & Petzold, 2011).

9.6 Netzwerkinderventionen

Bei traumatisierten Suchtkranken muss das soziale Netzwerk in aller Regel saniert werden. Die Arbeit mit den Netzwerkkarten (vgl. 7.1.) stellt bereits eine Netzwerkindervention dar und verbildlicht den Sanierungsbedarf, hilft aber auch dabei, mögliche Ressourcen innerhalb des sozialen Netzwerkes zu erkennen. Bei der Gestaltung können auch Veränderungswünsche bezüglich einzelner Segmente oder des Gesamtnetzes vermerkt werden und im Anschluss daran Schritt für Schritt mit dem Klienten bearbeitet werden. Paargespräche, Familiengespräche, gemeinsame Gespräche mit Nachbarn, Arbeitskollegen etc. stellen mögliche Netzwerkinderventionen dar. Die Grenzen von Netzwerkinderventionen in Bezug auf potentiell re-traumatisierende Familien- oder Paarkonstellationen sind zu beachten und die Sinnhaftigkeit bestimmter Interventionen unter diesem Blickwinkel abzuwägen. Manche Netzwerke können schlichtweg nicht saniert werden, dann sollte der Klient um des eigenen Wohlergehens willen neue Netzwerke erschließen. Auch Gruppenarbeit im Ambulant Betreuten Wohnen sowie die Erschließung anderer Angebote im Gruppensetting (z.B. Selbsthilfegruppe, Anbindung an Angebote des SPZ) werden unter einer Netzwerkperspektive gesehen.

9.7 Milieugestaltung

Ziel der Milieugestaltung ist es, Lebenssituationen mit kurz-, mittel- oder langfristiger Perspektive professionell zu arrangieren. Milieugestaltungen stehen zum einen unter einer Netzwerkperspektive (Sozialbeziehungen als Milieu), so dass sich Netzwerkarbeit und Milieugestaltung in diesem Bereich überschneiden, und sie stehen unter einer raumbezogenen Perspektive (Sozialräume als Milieu). Im Rahmen der raumbezogenen Milieuperspektive gilt es, mit den Klienten gemeinsam „heilende“ Orte und Lebensräume zu erschließen. Zu diesen gehört zu allererst die Wohnung des Klienten, aber auch die Erschließung und

Gestaltung bestimmter Anbindungen / Örtlichkeiten innerhalb der Nachbarschaft und des Wohnviertels gehören zur räumlichen Milieugestaltung. Ziel ist es, dass die Klienten sich in ihrem Sozialraum „beheimaten“ können – was letztlich ein entscheidendes Element von Teilhabe an der Gesellschaft bedeutet. Ein besonders schönes Beispiel für Möglichkeiten der raumbezogenen Milieugestaltung innerhalb einer nachbarschaftlichen Gemeinschaft stellen die in Köln vorhandenen öffentlich zugänglichen Pflanzstellen dar (<http://pflanzstelle.blogspot.eu/author/pflanzstelle/>; vgl. auch Naturerleben und tiergestützte Interventionen, Kapitel 9.14).

9.8 Performanztraining

Das Performanztraining beinhaltet alle Formen des Lernens und Befähigens zu Aktivitäten und Teilhabe. Unter neuropsychologischer Perspektive kann dem wiederholten Trainieren von neuen, förderlichen Verhaltensweisen, Abläufen, Kommunikationsarten, sozialen Verhaltensweisen etc. eine besonders hohe Bedeutung beigemessen werden. Zum Performanztraining gehört unter anderem Einkaufstraining, Kochtraining, Freizeit-training oder die wiederholte Teilnahme an Kleingruppenangeboten, um das soziale Mit-einander wieder zu erlernen.

Für Klienten mit eingeschränkter Mobilität ist auch das Mobilitätstraining von besonderer Bedeutung: Viele Betreute von WEGE e.V. haben starke Ängste das Haus zu verlassen und/oder sind bei der Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel oder auch dem Nutzen eines Fahrrads als Hilfsmittel überfordert.

Für sie ist das Mobilitätstraining eine besonders wichtige Komponente, um an der Gesellschaft teilhaben zu können und langfristig unabhängig von Betreuung leben zu können. Zum Mobilitätstraining gehören unter anderem auch das Einüben förderlicher Verhaltensweisen in der Öffentlichkeit und das Einüben von Techniken zur Angstbewältigung im Öffentlichen Raum, beispielsweise beim Bahnfahren.

Grundsätzlich entwickeln sich Fähigkeiten nur sehr selten ausschließlich durch Beratung (Informationsvermittlung und Reflexion): Um neue Bahnungen im Gehirn zu erschließen, muss ein bestimmtes Verhalten, Denken, Fühlen etc. im-

mer wieder und wie-der geübt werden. Unterstützend wirken hier auch Hausaufgaben als Trainingsmaßnahme.

9.9 alltagsbezogene Psycho- und Sozioedukation

Häufig können die Klienten des Ambulant Betreuten Wohnens eigene Verhaltensweisen, die mit der Behinderung zusammenhängen, nicht einordnen und verstehen. Dies hindert sie bei der aktiven Alltagsbewältigung, beispielsweise wenn Intrusionen bei der Erprobung eines neuen Hobbys auftreten oder wenn Suchtdruck aufkommt, da die Straßenbahn immer an der bekannten Drogenzone vorbei fährt. Hier hilft es den Klienten, die Auswirkungen ihrer Erkrankung auf die Alltagsbewältigung zu erkennen: Für eine Klientin mit PTBS kann beispielsweise die Teilnahme an einer Entspannungsgruppe mit der Fokussierung intensiven Körpererlebens (Autogenes Training, Progressive Muskelrelaxation, Yoga) zu stark erhöhten Anspannungen, belastendem Körpererleben und Flashbacks führen und damit eine destabilisierende Wirkung haben. Hier ist es notwendig, die KlientIn über mögliche Risiken aufzuklären und gegebenenfalls mit ihr nach geeigneteren Freizeitbeschäftigungen zu suchen. So kann sich aktives Bewegen, zum Beispiel moderates (!) Laufen, eventuell spannungsreduzierend auswirken und durch den hohen antidepressiven Effekt zudem bei der Krankheitsbewältigung helfen (Schay et al., 2006).

Vor allem der Zusammenhang von suchtspezifischen und traumspezifischen Symptomen und Verhaltensweisen ist den Klienten häufig nicht bewusst, so dass sie hierüber aufgeklärt werden müssen.

Die Sozioedukation umfasst die Informationsvermittlung über Auswirkungen bestimmter sozialer Verhaltensweisen sowie die Erschließung alternativer Verhaltensweisen. Hier kann es sich um weitaus basalere soziale Eigenschaften handeln, als sie beispielsweise im stationären Setting im Rahmen eines „sozialen Kompetenztrainings“ eingeübt werden. Suchtkranke Menschen, die jahrelang/jahrzehntelang nur nach den „Regeln der Straße“ gelebt haben, brauchen häufig erst einmal ein Wissen davon, welche Verhaltensweisen im sozialen Raum grundsätzlich verträglich sind.

9.10 suchtspezifische Interventionen

Die Motivierende Gesprächsführung (MI) (Miller & Rollnick, 2009) stellt eine Basiskompetenz im Umgang mit Suchtkranken im BeWo dar. MI beinhaltet eine zielgerichtete, klientenzentrierte und Reaktanzen („so nicht!“) vermeidende Form der Gesprächsführung, die sinnbildlich als „gemeinsamer Tanz“ zu verstehen ist. MI stellt eine partnerschaftliche, gleichberechtigte Art der Gesprächsführung dar und hilft dem Klienten, eigene Ziele herauszufinden, Ambivalenzen zu erkennen und zum Fürsprecher der eigenen Veränderung zu werden.

Interventionen im Sinne des „Harm Reduction“ (Aufklären über Risiken des Gebrauchs und Erschließung risikoärmerer Verhaltensweisen), der Abwägung von Veränderungsoptionen (Vor- und Nachteilsanalysen) sowie des Erkennens von Hochrisiko-Situationen für Rückfälligkeit stellen ebenfalls im Rahmen des BeWos sinnvolle sucht-spezifische Maßnahmen dar.

9.11 traumaspezifische Interventionen

Um den Alltag und die Zusammenarbeit im Rahmen des BeWos für den Klienten möglichst sicher zu gestalten, ist eine gemeinsame, prozesshafte Analyse möglicher Trigger (Schlüsselreize, die traumatisches Erleben aktivieren) unerlässlich. Zu solchen Triggern können beispielsweise bestimmte Verhaltensweisen der Bezugsbetreuerin gehören, aber auch verschiedene Reize in der Alltagswelt der Klienten, die sich selbst auf die Ausführung basalster Alltagshandlungen (z.B. im Keller Wäsche waschen) hinderlich auswirken können. Durch die Kenntnis möglicher Trigger bei der Alltagsgestaltung kann die betreute Person lernen, bestimmten Triggern eventuell auszuweichen oder Strategien anzuwenden, um einen Reiz auszugleichen und den darüber ausgelösten Stress zu vermeiden. So kann es beispielsweise schon hilfreich sein, im Keller ein helleres Licht zu installieren, die Tür so abzusichern, dass sie nicht zufallen kann, laute Musik anzumachen etc.

Häufig bemerken suchtkranke traumatisierte Menschen nicht, wenn innere Veränderungen wie Steigerung des Anspannungspegels oder stressbedingte Unruhe auftritt. Eigene Belastungsgrenzen werden nicht erkannt, so dass Überforderungssituationen, Impulsdurchbrüche etc. auftreten können. Hilfreich kann hier die Arbeit mit Stressbarometern / Stressskalen sein. Die Klienten können

so eher erkennen, wann sie sich überfordern und eine Auszeit, eine kurze Ablenkung etc. brauchen. Die Arbeit mit Stressbarometern kann ihnen helfen, eine der eigenen Belastbarkeit angemessenere Tagesstruktur zu erlangen und notwendige Ruhephasen adäquat einzuplanen (z.B. in Bezug auf anstehende Hausarbeiten).

9.12 angeleitete Freizeitgestaltung

WEGE e.V. bietet verschiedene gemeinsame Freizeitaktivitäten im Kleinstgruppensetting an. Die Gruppengröße umfasst dabei höchstens 5 Teilnehmer. Diese sehr kleinen Gruppengrößen werden der Tatsache gerecht, dass viele traumatisierte Suchtkranke von größeren Gruppen stark überfordert sind und in der Vergangenheit häufig schlechte Erfahrungen damit gemacht haben, die leider dazu führten, dass sie „nie wieder“ an irgendwelchen Gruppen teilnehmen wollten. Da Menschen sich jedoch nicht nur in Dyaden („Zweierkonstellationen“) entwickeln können, ist es sinnvoll im Rahmen des Ambulant Betreuten Wohnens die Fähigkeit zum Zusammensein mit mehreren Menschen zu fördern. Über die Verknüpfung mit angenehmen Tätigkeiten im Rahmen einer angeleiteten Freizeitgestaltung fällt dies den Klienten häufig leichter. Zu den Freizeitgruppen von WEGE e.V. gehören unter anderem die wöchentliche Frühstücksgruppe, die Kreativgruppe, verschiedene spezielle, jahreszeitenspezifische Gruppenangebote oder Ausflüge sowie die im Folgenden beschriebene naturgestützte und tiergestützte Pädagogik.

9.13 Naturerleben und tiergestützte Pädagogik

Fehlende Teilhabe an der Gesellschaft stellt für den betroffenen Menschen immer einen „multiplen Entfremdungsprozess“ (Leitner, 2010) dar: Eine Entfremdung vom eigenen Leib, vom sozialen Umfeld, von der Lebenswelt, von der Arbeit, von der Zeit. Das Ziel „Teilhabe an der Gesellschaft“ kann nur erreicht werden, wenn diesen vielfältigen Entfremdungsprozessen entgegen gewirkt wird. Dies umfasst auch das Erschließen und Aneignen natürlicher, förderlicher Lebensräume, zu denen Menschen ohne Behinderung uneingeschränkten Zugang haben können. „Der Mensch-Naturbezug ist und bleibt vital. Zerfällt er, zerfällt unsere Lebensgrundlage“ (Petzold, 2012). Unter diesem Aspekt ist die

Erschließung ökologischer Kontexte (= Natur, Tiere) als wichtiges Element der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu sehen.

Ein besonderes Betreuungsangebot von WEGE e.V. stellen daher naturnahe und tier-gestützte Interventionen dar. Besonders Menschen, die sich aufgrund von (interpersonellen) Traumatisierungen und enttäuschenden Beziehungserfahrungen verbittert und verstört vom sozialen Umfeld zurückgezogen haben und professionellen Hilfsangeboten misstrauisch gegenüberstehen, benötigen Eisbrecher, um sich auf die Betreuungsbeziehung, aber auch soziale Kontakte an sich, einlassen zu können. Eine solche Eisbrecherfunktion (Levinson, 1962; zitiert nach Opgen-Rhein, 2012) kann der Kontakt zu Tieren darstellen, da gerade suchtkranke traumatisierte Menschen häufig eine hohe Affinität zu Tieren haben. Tiergestützte Pädagogik im BeWo hat einen ausdrücklich umfeld- und ressourcenorientierten Charakter. Sie findet im Rahmen freizeitpädagogischer Aktivitäten und/oder Gruppenausflügen statt.

Zum einen umfasst das Angebot den gemeinsamen Besuch des Katzencafés „Café Schnurrke“ in Köln. Im Café Schnurrke wohnen 4 artgerecht gehaltene Katzen (mit Rückzugsräumen, Spielmöglichkeiten etc.), die sehr menschenbezogen sind und sich über jede nur mögliche Streichel- und Spieleinheit freuen. Das Spiel mit den Katzen ermöglicht häufig die Kontaktaufnahme und Gespräche zwischen den Cafébesuchern und fördert gemeinsames Lachen über die Kunststücke und Spielereien der Katzen. Für Klienten, die Katzen mögen, stellt der Besuch des Katzencafés gelebte Teilhabe dar.

Ein weiteres Angebot umfasst die pferdegestützte Pädagogik unter Einsatz verschiedener Pferde und eines Ponys (je nach Bedarf der Klienten). Die Klienten widmen sich unter anderem der Fellpflege, Streicheleinheiten, Führübungen oder gehen unter Anleitung mit den Pferden/dem Pony spazieren. Sie können über die Bewegung mit dem Tier in der Natur der Hektik des Alltags entweichen und auf förderliche Art und Weise entspannen. Besonders Menschen mit traumatisch bedingtem hohem Erregungsniveau können über den Kontakt mit den Pferden ruhiger werden, sie können im Zusammen-sein mit den Pferden ganz konkret einen „äußeren sicheren Ort“ erleben. Bedeutsam bei der pferdegestützten Pädagogik ist unter anderem die Wissensvermittlung über art-gerechte Pferdehaltung und artgerechten Umgang mit dem Pferd. Dies hängt einerseits

mit ethischen Hintergründen zusammen, kann aber auch die Klienten dazu befähigen, sich verantwortlich zu verhalten und Engagement für die Tiere zu zeigen, dass sie manchmal für andere Menschen und auch sich selber nicht mehr aufbringen können (Petzold, 2012). Solche Prozesse können erheblich zur Aktivierung der Klienten und dadurch zu einer befriedigenderen Lebensbewältigung beitragen. Langfristig können manche Klienten so auch in die Lage versetzt werden, im Rahmen von sogenannten „Pflegebeteiligungen“, die im Umfeld Kölns immer wieder kostenfrei angeboten werden, selbstständig ihrem neuen Hobby nachzugehen und darüber auch soziale Kontakte zu knüpfen. Aus Sicherheitsgründen wird bei einer Teilnehmerzahl ab zwei Klienten immer eine reitpädagogische Fachkraft hinzugezogen.

10. Qualitätssicherung

10.1 Strukturqualität

- Bei WEGE e.V. arbeitet für die Betreuung von wesentlich behinderten Menschen qualifiziertes und geeignetes Fachpersonal.
- Die räumliche Ausstattung der Betriebsstätte entspricht den Anforderungen des Ambulant Betreuten Wohnens (vgl. auch Kapitel 11 & 12)

10.2 Prozessqualität

- Das Betreuungsverhältnis wird in einem rechtlich verbindlichen Betreuungsvertrag zwischen WEGE e.V. und Betreutem geregelt.
- Wöchentlich finden Teamsitzungen der Mitarbeiterinnen statt. Zusätzlich finden regelmäßige Interventionen unter den Mitarbeiterinnen sowie Anleitungs-gespräche durch die Geschäftsführung statt. Auf eine regelmäßige, sich gegenseitig unterstützende Kommunikationskultur innerhalb des Teams wird besonders Wert gelegt. Einmal monatlich findet Supervision durch einen externen Supervisor statt. Die Anerkennung der Supervisionsausbildung durch die DGSV ist Grundvoraussetzung für das Zustandekommen eines Supervisionsvertrages mit WEGE e.V. Die Klienten entbinden zu Betreuungsbeginn explizit die Mitarbeiterinnen gegenüber der Schweigepflicht im Rahmen der Supervision, Betreuungsprozesse werden dort aber dennoch anonymisiert (ausschließ-

lich Nennung des Vornamens oder des Anfangs-buchstabens des Nachnamens) besprochen.

- Fortbildungen der Mitarbeiter können durch den Verein finanziell und durch Freistellung von der Arbeit gefördert werden.
- Jeder Mitarbeiter verfügt über ein „Handbuch BeWo“, in welchem gängige Betreuungsstandards, Abläufe etc. festgeschrieben sind. Das Handbuch wurde unter Einbezug des Gesamtteams durch die Einrichtungsleitung erstellt und wird bei Bedarf weiter fortgeschrieben.
- Die einzelnen Betreuungsleistungen werden zeitnah in einem geeigneten Dokumentationssystem festgeschrieben (WEGE e.V. nutzt hierzu den BeWo Planer).
- WEGE e.V. pflegt eine fehlersensible Teamkultur. Das bedeutet unter anderem, dass die Mitarbeiter von WEGE e.V. sich konstruktiv mit der Tatsache auseinandersetzen, dass auch innerhalb der Sozialen Arbeit Betreuungsfehler auftreten können. Als Fehler wird hierbei alles definiert, was Betreuungsprozesse behindert. Das Thema „Fehler, Risiken und Nebenwirkungen“ wird nicht tabuisiert. Die (leider nur in sehr geringem Maße) vorhandenen wissenschaftlichen Erkenntnisse über „Fehler und Risiken“ werden innerhalb des Teams von WEGE e.V. zur Weiterentwicklung der Betreuungs Kompetenzen genutzt.
- WEGE e.V. geht begründeten Beschwerden der Klienten zeitnah nach. Der Verein verfügt über Regularien des Beschwerdemanagements, die im Betreuungsvertrag festgeschrieben sind.
- Das Hilfeangebot ist mit der Angebotsstruktur Kölns und des Umlandes vernetzt. Kriseninterventionen werden in der Gesamthilfestruktur sichergestellt. Zu den Kooperationspartnern von WEGE e.V. gehören unter anderem:
 - Psychiatrien, Tageskliniken, Entgiftungsstationen, Reha-Einrichtungen
 - verschiedene Beratungsstellen: Suchtberatung, Schuldnerberatung, Frauenberatung
 - niedergelassene Fachärzte: substituierende Ärzte, Psychiater, Neurologen

- Hausärzte
- Psychotherapeuten (insb. mit traumaspezifischer Ausbildung)
- Psychiatrische oder traumaspezifische Ambulanzen
- Gesundheitsamt der Stadt Köln
- Sozialpsychiatrische Zentren, Tagesstätten
- Selbsthilfe
- Ergotherapeuten
- ambulante Pflegedienste
- Jobcenter Köln (Dima-Team)
- gerichtlich bestellte Betreuer
- Landschaftsverband Rheinland.

WEGE e.V. ist in verschiedene fachliche Gremien Kölns eingebunden:

- Arbeitskreis BeWo für psychisch kranke Menschen
- Arbeitskreis BeWo Sucht
- Facharbeitskreis Komplextrauma
- FABA e.V. (Verband freier BeWo-AnbieterInnen Köln).

Des Weiteren hat WEGE e.V. als Selbstverpflichtung die Kooperationsvereinbarung zwischen Suchthilfe und Jugendhilfe unterschrieben.

Für das Gelingen von Betreuungsprozessen ist ein eng vernetztes Arbeiten mit den verschiedenen Kooperationspartnern unerlässlich. Eine Kontaktaufnahme zu den jeweiligen Kooperationspartnern erfolgt stets nur mit entsprechender spezifischer Schweigepflichtsentbindung durch den Klienten und nur in Bezug auf Belange, die für die Betreuung tatsächlich relevant sind. In aller Regel erfolgt die Kontaktaufnahme gemeinsam oder im Beisein des Klienten. Sollte dies

nicht möglich sein, wird der Klient über die Notwendigkeit der Kontaktaufnahme informiert. Ausnahmen liegen bei akuter Selbst- oder Fremdgefährdung vor.

10.3 Ergebnisqualität

- Eine Grundlage der Ergebnisqualität ist der Erreichungsgrad der im IHP festgeschriebenen Ziele. Eine weitere Grundlage der Ergebnisqualität ist die Zufriedenheit der betreuten Personen mit dem Hilfeverlauf und der Hilfestaltung.
- WEGE e.V. erstellt jährliche Jahresberichte, die u.a. Auskunft geben über wesentliche Entwicklungen und Problembereiche des Betreuungsangebotes.

11. Personelle Ausstattung

Die Geschäftsführung und Einrichtungsleitung von WEGE e.V. liegt bei Sabrina Weber, Diplom Sozialpädagogin/Sozialarbeiterin, M. Sc. Suchttherapie (VT), kreative Traumatherapeutin. Die Geschäftsführung ist verantwortlich für die Koordination des Ambulant Betreuten Wohnens, die Führung der laufenden Geschäfte, die Anleitung der weiteren MitarbeiterInnen und die Beteiligung bei Arbeitskreisen. Die Geschäftsführung führt sowohl Einzelbetreuungen als auch Gruppenangebote durch. Die Geschäftsführung wird in ihrer Abwesenheit durch eine Mitarbeiterin von WEGE e.V. vertreten.

Vier weitere Mitarbeiterinnen (zwei Vollzeitkräfte, eine Teilzeitkraft mit 30 Stunden/Woche, eine Teilzeitkraft mit 20 Stunden / Woche) sind als Bezugsbetreuerinnen bei WEGE e.V. tätig. Ihre Qualifikation und Berufserfahrung entsprechen den Anforderungen des Landschaftsverbandes Rheinland an fallverantwortliche Kräfte. Sie sind ausgebildete Diplom Sozialpädagogen / Sozialarbeiter (2 Fachkräfte), BA Soziale Arbeit / M. Sc. Rehabilitationswissenschaften/Erziehungswissenschaften (1 Fachkraft), M. Sc. Psychologie (1 Fachkraft).

Vier der Mitarbeiterinnen befinden sich aktuell in folgenden Zusatzausbildungen: Systemisch Integrative Beratung, Traumapädagogik im Integrativen Ver-

fahren, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin (VT), Sozialtherapie Sucht im Integrativen Verfahren.

Des Weiteren liegen bei den Mitarbeitern von WEGE e.V. (unter anderem) Zusatzausbildungen / Weiterbildungen in folgenden Bereichen vor: Anti-Aggressions-Training, konfrontative Pädagogik, Coaching mit Pferden, körperorientierte Psychotherapie mit Pferden.

Die Mitarbeiterinnen von WEGE e.V. haben sich selber zur beständigen Weiterentwicklung ihrer Kompetenzen und Performanzen verpflichtet.

12. Räumliche und sachliche Ausstattung

WEGE e.V. stellt seinen Mitarbeitern in der Richard-Strauss-Straße 3, 50931 Köln geeignete Büroräumlichkeiten zur Verfügung. Diese dienen auch für Gruppenangebote und Kliententermine.

Das Büro beinhaltet fünf voneinander getrennte Räume, einen Eingangsbereich sowie sanitäre Anlagen. Eine Küchenzeile ist vorhanden. Jeder Mitarbeiter hat Zugriff auf einen angemessen ausgestatteten Arbeitsplatz. Zwei der vorhandenen Räume sind als Gruppenräume / für Supervision und Teamsitzungen geeignet. In ihnen sind entsprechende Voraussetzungen zur Durchführung von Gruppenangeboten vorhanden. Vorhanden sind außerdem zwei Parkplätze, die nach Möglichkeit aufgestockt werden sollen.

Die Räume beinhalten eine entsprechende Büroausstattung: Telefonanlage, EDV, Mobiliar sowie notwendige Arbeitsmaterialien.

Bei der Gestaltung der Räume wird Wert darauf gelegt, die Prämisse des äußeren sicheren Ortes auch hier anzuwenden. Die Räumlichkeiten sind hell, freundlich und ordentlich eingerichtet sein und werden regelmäßig sauber gehalten. Die Mitarbeiter von WEGE e.V. haben die Möglichkeit, im Rahmen einer finanziellen Angemessenheit, ihre Büroräume selber einzurichten und zu gestalten.

13. Prozessorientierung dieser Konzeption

Diese Konzeption hat einen prozesshaften Charakter, d.h. sie kann und soll bei Bedarf weiter entwickelt werden.

14. Literatur

Ansen, H. (2006): Soziale Beratung bei Armut. München: Verlag Ernst Reinhardt & Co Kg.

Bausum, J., Beser, I. U., Kühn, M., Weiß, W. (Hg.) (2013): Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. 3., durchgesehene Auflage. Weinheim/München: Juventa Verlag.

Besser, L. (2013): Wenn die Vergangenheit Gegenwart und Zukunft bestimmt. Wie Erfahrungen und traumatische Ereignisse Spuren in unserem Kopf hinterlassen, Gehirn und Persönlichkeit strukturieren und Lebensläufe terminieren. In Bausum et al. (Hrsg.) (2013), S. 37-51.

Beushausen, J. (2014): Risiken und Nebenwirkungen - (k)ein Thema der psycho-sozialen Beratung? Weitrandsdorf-Weidach: ZKS-Verlag.

Bonanno, G. A. (2012): Die andere Seite der Trauer. Verlustschmerz und Traumata überwinden. Bielefeld: Aisthesis Verlag GmbH & Co Kg.

Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (Hg.) (2009): Der Behinderungsbegriff nach SGB IX und SGB XII und die Umsetzung in der Sozialhilfe . Orientierungshilfe für die Feststellungen der Träger der Sozialhilfe zur Ermittlung der Leistungsvoraussetzungen nach dem SGB XII i. V. m. der Eingliederungshilfe-Verordnung (EHVO). Verfügbar unter: <http://www.lwl.org/LWL/Soziales/BAGues/Veroeffentlichungen/empfehlungen>. Zugriff am: 19.03.2015.

Bundesarbeitsgemeinschaft Traumapädagogik (Hg.): Standards für traumapädagogische Konzepte in der stationären Jugendhilfe. Ein Positionspapier der BAG Traumapädagogik. Verfügbar unter: <http://www.bag-traumapaedagogik.de>. Zugriff am: 16.03.2015.

Das gesamte Sozialgesetzbuch SGB I bis SGB XII, Ausgabe 2012/I. Regensburg: Walhalla Fachverlag.

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI WHO-Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen (Hg.) (2005): ICF. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Verfügbar unter:

<http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endaussage/>. Zugriff am: 19.03.2015.

Ebert, W., Könnecke-Ebert, B. (2004): Einführung in die Integrative Therapie und Beratung. In: *Petzold, H. G., Schay, P., Scheiblich, W.* (Hg.) (2004). 173-220.

Fischer, G., Riedesser, P. (2009): Lehrbuch der Psychotraumatologie. 4., aktualisierte und erweiterte Auflage. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag.

Fischer, G., Schay, P. (Hg.) (2008): Psychodynamische Psycho- und Traumatherapie. Konzepte – Praxis – Perspektiven. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Gahleitner, S. B. (2008): Neue Bindungen wagen: personenzentrierte und beziehungsorientierte Therapie bei komplexer Traumatisierung. In: *Fischer, G., Schay, P.* (Hg.) (2008). 151-167.

Gahleitner, S. B., Hahn, G. (2012): Übergänge gestalten – Lebenskrisen begleiten. Klinische Sozialarbeit. Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung 4. 2. Auflage. Bonn: Psychiarie Verlag GmbH.

Gahleitner, S. B., Pauls, H. (2014): Biopsychosoziale Diagnostik als Voraussetzung für eine klinisch-sozialarbeiterische Interventionsgestaltung: Ein variables Grundmodell. In: *Gahleitner S. B., Hahn, G., Glemser, R.* (Hg.) (2014b). 61-77.

Gahleitner, S. B., Hintenberger, G., Leitner, Al. (2013): Biopsychosozial – zur Aktualität des interdisziplinären Modells in Psychotherapie, Beratung und Supervision. In: Resonanzen. E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung. Verfügbar unter: <http://www.resonanzen-journal.org/index.php/resonanzen/issue/archive>. Zugriff am: 19.03.2015.

Gahleitner, S. B., Hensel, T., Baierl, M., Kühn, M. (Hg.) (2014a): Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern. Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG.

Gahleitner, S. B et al. (2014): Traumapädagogische Diagnostik und Intervention. In: *Gahleitner, S. B., Hensel, T., Baierl, M., Kühn, M.* (Hg.) (2014a). 251-279.

- Gahleitner, S. B., Hahn, G., Glemser, R.* (Hg.) (2014b): Psychosoziale Diagnostik. Klinische Sozialarbeit. Beiträge zur psychosozialen Forschung und Praxis 5. 2. Auflage. Köln: Psychatrie-Verlag.
- Graf, P., Spengler, M.* (2004): Leitbild- und Konzeptentwicklung. Strategien-Tools-Materialien. 4. Überarbeitete Auflage. Augsburg: ZIEL – Zentrum für interdisziplinäres erfahrungsorientiertes Lernen GmbH.
- Grawe, K.* (2004): Neuropsychotherapie. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, Oxford, Prag: Hogrefe Verlag GmbH & CO KG.
- Höfner, E., Schachter, H.-U.* (2006): Das wäre doch gelacht. Humor und Provokation in der Therapie! Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag GmbH.
- Keupp, H.* (2012): Alltägliche Lebensführung in der fluiden Gesellschaft. In: *Gahleitner, S. B., Hahn, G.* (Hg.) (2012). 34-49.
- Körkel, J.* (2012): Wege aus der Sucht – Suchtarbeit, Abstinenz und selbstkontrollierter Konsum. In: *Gahleitner, S. B., Hahn, G.* (Hg.) (2012). 261-276.
- Körkel, J., Schindler, C.* (2003): Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen. Das strukturierte Trainingsprogramm S.T.A.R. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Landschaftsverband Rheinland – Dezernat Soziales und Integration* (Hg.) (2010): IHP 3. Handbuch zur Individuellen Hilfeplanung. Verfügbar unter: http://www.lvr.de/de/nav_main/soziales_1/menschenmitbehinderung/wohnen/hilfeplanverfahren_2/hilfeplan/hilfeplan_1.jsp. Zugriff am: 19.03.2015.
- Miller, W. R., Rollnick, S.* (2009): Motivierende Gesprächsführung. 3., unveränderte Auflage. Stuttgart: Lambertus Verlag.
- Moggi, F.* (Hg.) (2007): Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht. 2., vollständig überarbeitete und ergänzte Auflage. Verlag Hans Huber: Bern.
- Osten, P.* (2008): Integrative psychotherapeutische Diagnostik bei Traumatisierungen und PTBS. In: *Fischer, & Schay* (Hrsg.) (2008). S. 39-76.
- Ostermann, D.* (2010): Gesundheitscoaching. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften/Springer Fachmedien GmbH.

- Pantuček, P.* (2014): Der Fall, das Soziale und die Komplexität – Überlegungen zur Diagnostik des Sozialen. In: Gahleitner et al. (Hg). S. 94-106.
- Pauls, H.* (2013): Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psychosozialer Behandlung. 3. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Petzold, H.G.* (1965): Géragogie - nouvelle approche de l'éducation pour la vieillesse et dans la vieillesse. *Publications de L'Institut St. Denis* 1, 1-19; <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/petzold-1965-gragogie-nouvelle-approche-de-l-education-pour-la-vieillesse-et-dans-la-vieillesse.pdf>; dtsh. (1972i): Geragogik ein neuer Weg der Bildungsarbeit für das Alter und im Alter, als Vortragsversion von idem 1965 auf dem „Studentag Marie Juchacz“, 2. Mai 1972. Fachhochschule für Sozialarbeit, Düsseldorf Eller, Altenheim Eller repr. in: *Petzold, H.G.*, 1985a. Mit alten Menschen arbeiten. Bildungsarbeit, Psychotherapie, Soziotherapie, Pfeiffer, München, S. 11-30; erw. Neuaufl., Pfeiffer, Klett-Cotta 2004a, 86-107; <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/petzold-1985b-angewandte-gerontologie-als-bewaeltigungshilfe-fuer-das-altwerden-das-alter-im-alter.pdf>.
- Petzold, H. G.* (2004): Drogenabhängigkeit und Krankheit. Anthropologische, persönlichkeits-theoretische, psychologische und klinische Perspektiven. In: *Petzold, H. G., Schay, P. Ebert, W.* (Hg.). 514-532.
- Petzold, H. G.* (2013g): Naturtherapie in der „Dritten Welle“ Integrativer Therapie – ein „Bündel“ tiergestützter, garten- und landschaftstherapeutischer Interventionen. In: *Integrative Therapie. Zeitschrift für vergleichende Psychotherapie und Methodenintegration. Volume 38, No. 3/4. S. 409-424.*
- Petzold, H. G.* (2014): Unterwegs zu einer Integrativen Humantherapie. Ein Interview von Anton Leitner und Hilarion Gottfried Petzold. In: *Resonanzen. E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung. Ausgabe 01/2014. Verfügbar unter: <http://www.resonanzen-journal.org/index.php/resonanzen/article/view/273>. Zugriff am: 19.03.2015.*
- Petzold, H. G., Hartz, P.* (2014): Wege aus der Arbeitslosigkeit. Minipreneure. Chancen um das Leben neu zu gestalten – Zur Bewältigung von Langzeitarbeitslosigkeit. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

- Petzold, H. G., Schay, P., Ebert, W.* (Hg.) (2004): Integrative Suchttherapie. Theorie, Methoden, Praxis, Forschung. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH.
- Petzold, H. G., Schay, P., Hentschel, U.* (2006): Niedrigschwellige Drogenarbeit und „intermittierende“ Karrierebegleitung als Element einer protektiven Gesamtstrategie der Drogenhilfe. In: *Petzold, H. G., Schay, P., Scheiblich, W.* (Hg.). 79-107.
- Petzold, H. G., Schay, P., Scheiblich, W.* (Hg.) (2006): Integrative Suchtarbeit. Innovative Modelle, Praxisstrategien und Evaluation. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH.
- Petzold, H. G., Scheiblich, W., Thomas, G.* (2006). Drogentherapie – Entwicklung, Formen, Methoden, Wirkungen und der „Integrative Ansatz“. In: *Petzold, H. G., Schay, P., Scheiblich, W.* (Hg.). 41-94.
- Petzold, H. G., Wolf, H. U., Landgrebe, B., Josic, Z., Steffan, A.* (2002): „Integrative Traumatherapie“ – Modelle und Konzepte für die Behandlung von Patienten mit „posttraumatischer Belastungsstörung“. In: *Van der Kolk, B., McFarlane, A., Weisaeth, L.* (Hg.). 445-512.
- Rahm, D., Otte, H., Bosse, S., Ruhe-Hollendenbach, H.* (1999): Einführung in die Integrative Therapie. Grundlagen und Praxis. 4. Auflage. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Reddemann, L.* (2004): Imaginationen als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren. 10. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Schay, P., Petzold, H. G., Jakob-Krieger, C., Wagner, M.* (2006): Lauftherapie als übungs- und erlebniszentrierte Behandlungsmethode der Integrativen Therapie in der medizinischen Rehabilitation Drogenabhängiger – Theorie, Praxis, Forschung. In: *Petzold, H. G., Schay, P., Scheiblich, W.* (Hg.) (2006). 159-204.
- Schäfer, I.* (2006): Die Bedeutung von Traumatisierungen für die Entwicklung und den Verlauf von Suchterkrankungen. In: *Schäfer, I., Krausz, M.* (Hg.). S. 11-32.

- Schäfer, I., Krausz, M. (Hrsg.) (2006): Trauma und Sucht. Konzepte – Diagnostik – Behandlung. Stuttgart: Klett Cotta.
- Scheiblich, W., Petzold, H. G. (2006): Probleme und Erfolge stationärer Behandlung drogenabhängiger Menschen im Verbundsystem. Förderung von „REGULATIONSKONPTENEZ“ und „RESILIENZ“ durch „komplexes Lernen“ in der Karrierebegleitung. In: *Petzold H. G., Schay, P., Scheiblich, W.* (Hg.). 477-532.
- Scherwarth C., Friedrich, S. (2014): Soziale und pädagogische Arbeit bei Traumatisierung. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag.
- Schnyder, U. (1993): Ambulant Kriseninterventionen. In: Schnyder, U., Sauvant, J.-D. (Hg.) (1993). 55-74.
- Schnyder, U., Sauvant, J.-D. (Hg.) (1993): Krisenintervention in der Psychiatrie. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.
- Sieper, J. Petzold, H. G. (2011): Soziotherapie/Sozialtherapie – ein unverzichtbares Instrument gegen soziale Exklusion und für die psychosoziale Hilfeleistung in „prekären Lebenslagen“. Verfügbar unter: <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/03-2011-sieper-j-petzold-h-g-soziotherapie-sozialtherapie-gegen-soziale-exklusion.html>. Zugriff am: 18.03.2015.
- Schay, P. (2006): Deutsche Gesellschaft für Integrative Therapie, Gestalttherapie und Kreativitätsförderung e.V. In: *Petzold H. G., Schay, P., Scheiblich, W.* (Hg.). 7-17.
- Schigl, B., Gahleitner, S. B. (2013): Fehler machen – aus Fehlern lernen? – Perspektiven zur Klassifizierung von psychotherapeutischen Fehlern und dem Umgang damit. In: Psychotherapie-Wissenschaft. Verfügbar unter: <http://www.psychotherapie-wissenschaft.info/>. Zugriff am 15.03.2015.
- Schmid, O., Strasser, J., Fehr, S. (2014): Behandlung komorbider Störungen in der heroingestützten Behandlung. In: *SuchtMagazin. Fachzeitschrift für Suchtarbeit und Suchtpolitik.* 1/2014. Verfügbar unter: <http://www.suchtmagazin.ch/index.php/2014/articles/id-12014.html>. Zugriff am: 19.03.2015.

- Stachowske, R.* (2008): Sucht und Drogen im ICF-Modell. Genogramm-Analysen in der Therapie von Abhängigkeit. Kröning: Roland Asanger Verlag GmbH.
- Van der Kolk, B., .., Mc Farlane, A., Weisaeth, L.* (Hg.) (2002): Traumatic Stress: Grundlagen und Behandlungsansätze. Theorie, Praxis, Forschung zu post-traumatischem Stress und Traumatherapie. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Waibel, M. J., Jakob-Krieger, C.* (Hg.) (2008): Integrative Bewegungstherapie. Störungsspezifische und ressourcenorientierte Praxis. Stuttgart: Schattauer GmbH.
- Waibel, M. J., Petzold, H. G., Orth, I. Jakob-Krieger, C.* (2009): Grundlegende Konzepte der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie (IBT). In: *Waibel, M. J., Jakob-Krieger, C.* (Hg.). 1-20.
- Wallroth, M.* (2013): Stärken und Chancen Klinischer Sozialarbeit: das Beispiel der Suchthilfe. In: *Klinische Sozialarbeit* 9 (1). Verfügbar unter: <http://www.zks-verlag.de/klinische-sozialarbeit-zeitschrift-fur-psycho-soziale-praxis-und-forschung/>. Zugriff am 15.03.2015.

