

FPI-Publikationen – Wissenschaftliche Plattform

POLYLOGE

Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“
(peer reviewed)

Materialien aus der „Europäischen Akademie für
biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien
und Kreativitätsförderung“

2001 gegründet und herausgegeben von:

Univ.-Prof. Dr. mult. **Hilarion G. Petzold**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen,
Donau-Universität Krems, Institut St. Denis, Paris, emer. Freie Universität Amsterdam

In Verbindung mit:

Dr. med. **Dietrich Eck**, Dipl. Psych., Hamburg, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,
Hückeswagen

Univ.-Prof. Dr. phil. (emer.) **Liliana Igrić**, Universität Zagreb

Univ.-Prof. Dr. phil. (emer.) **Nitza Katz-Bernstein**, Universität Dortmund

Prof. Dr. med. (emer.) **Anton Leitner**, Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Uni. Krems

Dipl.-Päd. **Bruno Metzmacher**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Lic. phil. **Lotti Müller**, MSc., Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Stiftung Europäische Akademie für biopsychosoziale
Gesundheit, Rorschach

Dipl.-Sup. **Ilse Orth**, MSc., Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

PD Dr. **Sylvie Petitjean**, Universität Basel

(Prof. Dr. phil. **Johanna Sieper** † 26.9.2020, Institut St. Denis, Paris, Europäische Akademie für biopsychosoziale
Gesundheit, Hückeswagen)

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

Polyloge ISSN 2511-2732

Ausgabe 15/2021

Die Bedeutsamkeit der therapeutischen Wirkfaktoren in der
Integrativen Therapie und Beratung an Beispielen unter-
schiedlicher Praxisfelder Sozialer Arbeit

*Dario Deloie, Ulrich Pareik, Heike Waldeck, Monika Wirtz (2007)**

* Aus der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien und Kreativitätsförderung“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Dipl.-Sup. Ilse Orth, MSc), Hückeswagen. Mail: forschung@integrativ.eag-fpi.de, oder: info@eag-fpi.de, Information: <http://www.eag-fpi.com>.
EAG-Weiterbildungen: 'Integrative Therapie' / 'Integrative Gestalttherapie und ,Integrative Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie'.

Inhaltverzeichnis

0.	Vorwort	4
1.	Einleitung	5
2.	Die therapeutischen Wirkfaktoren- Ergebnisse moderner Psychotherapieforschung	7
2.1	Spezifische/unspezifische Wirkfaktoren – Definition und Unterscheidung	7
2.2	Historischer Abriss	8
2.3	Allgemeine Wirkfaktoren der Psychotherapie nach Grawe	9
2.4	Die therapeutischen Wirkfaktoren in der Integrativen Therapie	10
2.5	Vergleichende Darstellung der Grawe/Petzold Wirkfaktorenkonzeptionen	14
3.	Praxisfeld I: Kinder in Pflegefamilien – Eine Hilfe zur Erziehung	16
3.1	Rechtliche Grundlagen	16
3.1.1	Kinder- und Jugendhilfegesetz	16
3.1.2	Bürgerliches Gesetzbuch	18
3.2	Familienpflege	19
3.2.1	Formen der Vollzeitpflege	19
3.3	Überprüfung von Pflegeeltern-Bewerbern/innen	21
3.3.1	Betreuung und Begleitung des Pflegeverhältnisses	25
3.3.2	Wirkfaktoren	26
3.3.3	Beendigung des Pflegeverhältnisses	27
3.4	Exkurs Bindungen	27
3.5	Prozess der Integration von Kindern in Pflegefamilien	31
3.5.1	Problemlagen der zu vermittelnden Kinder	33
3.5.2	Abbrüche	33
3.6	Beratungsangebot	35
4.	Praxisfeld II: Schulsozialarbeit an der Förderschule mit dem Förderschwerpunkt Lernen	39
4.1	Institutionelle Rahmenbedingungen und konzeptionelle Grundgedanken	40
4.2	Problemlagen der Kinder, Jugendlichen und Eltern	41
4.3	Aufgabenbeschreibung – Beratungsangebote und Methoden	44
4.3.1	Prozessuale Diagnostik	44
4.3.2	Erstellen eines Förderplanes	45
4.4	Die Praxis Integrativer Beratung anhand eines Prozessbeispiels	47
4.4.1	Familienarbeit	47
4.4.2	Zur Lebenssituation der Familie	49
4.4.3	Zusammenfassung	52
4.5	Einzelberatung / Förderung Jana	52

4.6	Wirkfaktoren der Integrativen Beratung im Rahmen von Schulsozialarbeit an einer Förderschule	55
5.	Praxisfeld III: Stationäre Entwöhnungsbehandlung für den Indikationsbereich Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit	56
5.1	Definition und Symptomatik der Abhängigkeit	56
5.2	Ätiologie der Abhängigkeit	57
5.3	Suchtkrankenhilfe	58
5.4	Konzept einer stationären Entwöhnungsbehandlung	60
5.4.1	Behandlungsangebot	63
5.5	Die Praxis Integrativer Therapie anhand ausgewählter Wirkfaktoren / Prozessbeispiele	
65		
5.5.1	Prozessbeispiel I	66
5.5.2	Prozessbeispiel II	
73		
5.6	Zusammenfassung	79
6.	Praxisfeld IV: Psychiatrische Übergangseinrichtung	80
6.1	Einrichtung	80
6.2	Wirkfaktoren und Institution	86
6.3	Prozessbeispiel	91
6.3.1	Anamnese	91
6.3.2	Körperliche / psychische / geistige Situation	92
6.3.3	Kreatives Potential – Ressourcen	93
6.3.4	Therapievorerfahrungen	93
6.3.5	Therapieverlauf	94
6.3.6	Prozessuale Diagnostik	98
6.3.7	Problem- und Konfliktanalyse	98
6.3.8	Kontinuumsanalyse	99
6.3.9	Ressourcenanalyse	101
6.3.10	Interaktionsanalyse	101
6.3.11	Besondere Beobachtungsfelder	102
6.3.12	Prozessuale Analyse	103
6.3.13	Zusammenfassung und abschließende Bemerkungen	104
6.4	Die Wirkfaktoren am Prozessbeispiel	105
7.	Abstrakt	109
8.	Zusammenfassung	111
9.	Summary	111
10.	Literaturverzeichnis	112

0. Vorwort

Wer und Was wirkt Wie in der Psychotherapie (Märtens / Petzold 1997, S. 98)?

Eine Frage mit der sich seit einigen Jahren die jüngere Psychotherapieforschung intensiv auseinandersetzt. Es ist aber auch eine Frage mit der sich Klienten, Patienten insbesondere vor und zu Beginn von Psychotherapien und längeren Beratungsprozessen beschäftigen. Verschwinden nach der Therapie meine Symptome, wird es mir besser gehen, oder gar schlechter? Wird der Therapeut mich umkremeln, wird sich mein Wesen vollkommen ändern, stehe ich womöglich nach einer Therapie alleine da, werde ich mich von meinem Partner trennen müssen usw.? Häufig bestehen die positiven und negativen Erwartungen bezüglich Therapien nebeneinander.

Mit gemischten Gefühlen sind wir auch an unsere Selbsterfahrungsgruppe und Lehranalyse im Rahmen der Weiterbildung in *Integrativer Therapie* herangetreten. Am eigenem Leibe haben wir die positiven Effekte aber in Ausnahmen auch die Nebenwirkungen gespürt.

An langen Abenden z.B. im Raucherraum des Fritz Perls Institut in Hückeswagen tauschten wir unsere Erfahrungen mit den Lehrtherapeuten aus, verglichen sie mit anderen Therapeuten und diskutierten eifrig über die Arbeit mit dem leeren Stuhl, über die Nachbeeltherung usw.. Implizit setzten wir uns mit den unspezifischen und spezifischen Wirkfaktoren in Therapie auseinander.

Als Therapeuten, als Berater wollen wir in der Regel immer das Beste für unsere Klienten. Aber wie erreichen wir den möglichst größten positiven Effekt in unserer Arbeit? Wie müssen wir den Therapieprozess gestalten, damit unsere Tätigkeit hilfreich ist, was wirkt in unseren Therapie- und Beratungsangeboten? Fragen, denen wir in dieser Arbeit nachgehen wollen.

1. Einleitung

Eine zentrale Fragestellung jeder psychosozialen Intervention liegt in der diagnostischen Einschätzung ihrer Wirkung und damit untrennbar verbunden, ihrer unterschiedlichen Wirkfaktoren. In der vorliegenden Arbeit wird daher der Fragestellung nachgegangen, welche therapeutischen Wirkfaktoren in unterschiedlichen sozio- und psychotherapeutischen Arbeitsfeldern zum Tragen kommen können.

Ausgehend von einer Definition der Wirkfaktoren folgt im Anschluss ein historischer Abriss über die Wirkfaktorenforschung. Nach einer kurzen zusammenfassenden Darstellung der therapeutischen Wirkfaktoren nach **Grawe** werden anschließend die Grundlagen der Integrativen Therapie und Beratung nach **Petzold** skizziert und deren Wirkfaktoren beschrieben. Des Weiteren werden die beiden Konzepte von **Grawe** und **Petzold** gegenübergestellt und in einigen wesentlichen Punkten verglichen.

Den Schwerpunkt dieser Arbeit bilden die Beschreibungen der jeweiligen institutionellen Rahmenbedingungen und konzeptionellen Grundgedanken der folgenden vier verschiedenen sozialpädagogischen/sozialarbeiterischen Berufs- bzw. Praxisfelder aus dem Bereich der Jugendhilfe, der stationären Suchttherapie sowie der psychiatrischen Rehabilitation.

Pflegekinderdienst

Im Arbeitsbereich des Pflegekinderdienstes wird eine Form der Hilfe zu Erziehung im Rahmen des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (KJHG) erläutert. Zielgruppen sind zum einen Kinder und Jugendliche, die aufgrund ihrer familiären Situation außerhalb ihrer Herkunftsfamilie leben müssen und zum anderen Menschen, die sich als Pflegeeltern bewerben. Ausgehend von der individuellen Notsituation des Kindes, bzw. Jugendlichen ist der Pflegekinderdienst bestrebt, eine geeignete Familie für die Aufnahme der jungen Menschen zu finden und deren weitere persönliche Entwicklung in dem neuen sozialen Umfeld beratend zu begleiten.

Schulsozialarbeit

Schülerorientierte Sozialarbeit an Schulen ist ein Bindeglied zwischen Jugendhilfe und Schule. Mit den Methoden Einzelfallarbeit, psychosoziale Familienberatung, Gruppenarbeit und Netzwerkarbeit greift die Schulsozialarbeit die Probleme marginalisierter Kinder und Jugendlicher auf. Darüber hinaus muss sie mit den "Problemkindern" umgehen, die die Schule selbst produziert ("Versager", "Schwänzer", "Aggressive").

Stationäre Entwöhnungsbehandlung für den Indikationsbereich Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit

In diesem Praxisfeld wird ein integratives stationäres Behandlungskonzept für Suchtpatienten dargestellt. Im Anschluss an den körperlichen Entzug erhalten die Patienten und Patientinnen die Möglichkeit innerhalb eines Zeitraumes von 8 – 16 Wochen im Rahmen eines ganzheitlichen Therapiekonzepts die sozialen, körperlichen und seelischen Folgeschäden zu mindern bzw. zu beheben und dauerhafte "zufriedene Abstinenz" zu erreichen.

Psychiatrische Übergangseinrichtung

Diese Einrichtung ist eine stationäre Rehabilitationseinrichtung für psychisch erkrankte Menschen (Psychosen, Persönlichkeitsstörungen, Neurosen). Sie dient der sozialen und beruflichen Wiedereingliederung und zielt auf die Bewältigung, Linderung und Heilung der psychischen Erkrankung.

Die beschriebenen Arbeitsfelder sind originär nicht ausschließlich an den Grundsätzen der Integrativen Therapie orientiert, bieten jedoch u. E., bezogen auf ihre Zielgruppen und Zielsetzungen mannigfaltige Möglichkeiten, Ansätze der Integrativen Therapie und Beratung in die spezifischen Konzepte zu integrieren.

Anhand von Prozessbeispielen wird der Versuch unternommen, therapeutisch-beraterische Prozesse darzustellen und die Bedeutsamkeit spezifischer bzw. unspezifischer Wirkfaktoren der Integrativen Therapie heraus zu arbeiten.

In der abschließenden Betrachtung erfolgt eine Einschätzung, welche Wirkfaktoren sich in den jeweiligen Praxisfeldern entfalten und ggf. Bedeutung erlangen.

Wir möchten an dieser Stelle anmerken, dass aus Gründen der Übersichtlichkeit und Lesefreundlichkeit in dieser Arbeit auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung in der Schreibweise verzichtet wurde und stets, wenn die männliche Form benutzt wird, automatisch auch die weibliche Form gemeint ist sowie umgekehrt.

Die in den Prozessbeispielen verwendeten Namen und Ortsnamen wurden aus datenschutzrechtlichen Gründen abgeändert.

Die Gliederungspunkte 0 bis 2.5 sowie 7 bis 11 wurden von allen Verfassern dieser Arbeit erstellt, Praxisfeld I von Heike Waldeck, Praxisfeld II von Monika Wirtz, Praxisfeld III von Dario Deloie und Praxisfeld IV von Ulrich Pareik.

2. Die therapeutischen Wirkfaktoren – Ergebnisse moderner Psychotherapieforschung

Beginnend mit der Definition und Abgrenzung spezifischer und unspezifischer Wirkfaktoren erfolgt im Anschluss ein kurzer historischer Abriss über die ersten vergleichenden Studien/Analysen bezogen auf die Wirksamkeit von therapeutischen Prozessen in verschiedenen Therapieverfahren. Des Weiteren werden die allgemeinen Wirkfaktoren der Psychotherapie nach **Grawe** skizziert. Es erfolgt eine Beschreibung der konzeptuell-theoretischen Grundlagen der Integrativen Therapie nach **Petzold**, sowie deren therapeutischen Wirkfaktoren. Die Ergebnisse des „Berner Ansatzes“ nach **Grawe** und seiner Forschergruppe werden im Anschluss mit **Petzolds** „Integrativem Ansatz“ und den darin herausgearbeiteten 14 Wirkfaktoren vergleichend dargestellt.

2.1 Spezifische/unspezifische Wirkfaktoren – Definition und Unterscheidung

Die spezifischen und die unspezifischen therapeutischen Wirkfaktoren sind vielfach beschrieben und teilweise auch sehr kontrovers dargestellt worden. Daher gestaltet sich eine Definition zwar einerseits problematisch, ist jedoch andererseits zur Vorbeugung von Missverständnissen notwendig.

Pauls definiert die spezifischen Wirkfaktoren als

(...) besondere Vorgehensweisen der jeweiligen psychotherapeutischen Verfahren. Ihnen liegen explizite Annahmen (z.B. diagnostische Kategorien, Regeln für therapeutisches Vorgehen) zugrunde, aufgrund derer die Anwendung spezieller Techniken als kausal verantwortlich für die Veränderungswirkung am Klienten/Patienten betrachtet wird (Pauls 2004., S. 142).

Die allgemeinen/unspezifischen Wirkfaktoren hingegen werden von **Tscheulin** als therapeutisches Basisverhalten definiert, deren Strategien in den unterschiedlichen (psycho) - therapeutischen Arbeitsfeldern bzw. Ansätzen bedeutsam sind (vgl. ebd., S. 142 f.).

Die Integrative Therapie nach **Petzold** nennt hier beispielsweise das einführende Verstehen (**EV**) und die emotionale Stütze (**ES**).

2.2 Historischer Abriss

Die folgende Zusammenfassung bezieht sich auf die Erkenntnisse von **Frank, Kazdin, Karasu** und **Oei/Shuttlewood**.

Die Konzeptionen von **Grawe** und **Petzold** werden unter den Punkten **2.3, 2.4** und **2.5** spezifiziert.

Frank veröffentlichte 1961 erste Ergebnisse über unspezifische Wirkfaktoren in dem er diesbezügliche Gemeinsamkeiten in allen zu diesem Zeitpunkt wissenschaftlichen Therapieverfahren und Heilmethoden, die auf Erfahrungswissen basierten, herausstellte. Auf dieser Grundlage postulierte er allgemeine Wirkfaktoren, die nach seinen Erkenntnissen in jeder positiven therapeutischen Strategie zum Tragen kommen. Es sind dies die Bildung von Vertrauen, Orientierungsvermittlung, Hilfen bei der Lösung von Problemen, Sinnstiftung sowie die aktive Beteiligung des Patienten/Klienten (vgl. Pauls 2004, S. 143 f.).

Frank betont insbesondere den Aspekt der „Demoralisierung“ des Klienten/Patienten: fast alle Individuen, die psychotherapeutische Hilfe aufsuchen, sind in erster Linie von Demoralisierung geprägt. Darum ist es eine primäre Aufgabe von Psychotherapie dieses Gefühl zu reduzieren (...). (...). In verschiedenen Studien zeigte sich, dass ca. zwei Drittel der Psychotherapiepatienten in der einen oder anderen Weise durch Anzeichen von Demoralisierung gekennzeichnet sind und besonders von Psychotherapie profitieren (ebd., S. 144).

Nach **Kazdin** (1979) sind u.a. folgende unspezifische Wirkfaktoren bedeutsam: emotionale Entlastung, kognitive Einsicht, korrigierende emotionale Erfahrungen und Verhaltensänderung.

Karazu (1986) spricht von „change agents“, wobei er differenziert zwischen affektivem Erleben, kognitiven Fähigkeiten und der Entwicklung/Veränderung von Verhaltenskontrolle (vgl. ebd., S. 142 ff.).

1996 publizierten **Oei** und **Shuttlewood** Ergebnisse ihrer Metastudie, in der sie drei unspezifische Wirkfaktoren herausarbeiteten:

(...):

- *die Aussicht auf eine Beziehung, die Hoffnung und Aussicht auf Hilfe bedeutet,*
- *warmherzige Annahme/Involvierung einschließlich Sorge und Freundlichkeit,*
- *die Gelegenheit zur Katharsis (ebd., S. 143).*

2.3 Allgemeine Wirkfaktoren der Psychotherapie nach Grawe

Grawe erlangte durch seine breit angelegten Studien/Metastudien im Bereich der internationalen Psychotherapieforschung große Anerkennung und Bedeutung. In den folgenden Ausführungen stellen wir das Wirkfaktorenmodell nach **Grawe** (1995) kurz zusammenfassend dar.

Er beschreibt vier grundlegende Wirkfaktoren von Psychotherapie, die auf einem therapieschulenübergreifenden Extrakt seiner umfangreichen empirischen Therapieforschung der letzten Jahrzehnte basieren (vgl. Sekot u.a. 2001, S.29 ff.).

1. Problembewältigung/Intentionsrealisierung:

Das Individuum lernt, bereits vorhandene Intentionen, die es bisher nicht selbst realisieren konnte, sinnvoll zu realisieren.

2. Motivationale Klärung/Intentionsveränderung:

Bestimmten Problemen liegt nicht unbedingt ein Fähigkeitsdefizit zugrunde, sondern eher ein volitional / motivationales Defizit. Durch Klärung zugrundeliegender Prozesse, Kognitionen, Prämissen, Wünsche, Emotionen, etc. werden die entsprechenden Intentionen verändert, was manchmal bereits zu einem Verschwinden der Störung führen kann.

3. Problemaktualisierung/prozessuale Aktivierung

Empirisch hat sich gezeigt, dass die Prozesse, die einem Problem zugrunde liegen, nur dann effektiv verändert werden, wenn der ursprüngliche Prozess aktualisiert, d.h. erzeugt wird. Ein Kennzeichen dafür sind starke Emotionen beim Patienten. Wenn der problematische Prozess abläuft, kann in diesen bewusst eingegriffen werden. So kann dieser Wirkfaktor als Voraussetzung der beiden ersten Faktoren angesehen werden. Ohne gleichzeitiges Bearbeiten mittels eines der beiden ersten Wirkfaktoren hat dieses Wirkprinzip selbst keine therapeutische Wirkung.

4. Ressourcenaktivierung:

Für einen Therapieerfolg muss sich der Patient für seine Veränderung selbst verantwortlich fühlen. Der Motor jeglicher Veränderung ist die Ressourcenaktivierung. Nur durch die Aktivierung seiner (momentan ungenutzten) Ressourcen können die Probleme, deretwegen sich der Patient in Therapie begab, dauerhaft angegangen und verändert werden. Daher findet sich in erfolgreichen Therapien auch ein größerer Schwerpunkt auf der Ressourcen- als auf der Problemperspektive (ebd., S. 39 f.).

2005 ergänzte **Grawe** seine Auflistung durch den **Wirkfaktor der therapeutischen Beziehung**.

Ausgehend von den o.g. grundlegenden Faktoren entwickelte Grawe Ansätze und Forderungen einer „allgemeinen Psychotherapie“ / „Psychologischen Psychotherapie“ und in Verbindung mit Erkenntnissen der Neurowissenschaften in jüngerer Zeit, der „Neuropsychotherapie“ (vgl. Petzold u.a. 2006, S. 679).

2.4 Die therapeutischen Wirkfaktoren in der Integrativen Therapie

Im Anschluss an eine kompakte Darstellung der Grundsätze der Integrativen Therapie nach **Petzold** werden die 14 Wirkfaktoren dieses therapeutischen Verfahrens kurz beschrieben.

Die Integrative Therapie nach **Petzold** ist ein ganzheitliches therapeutisches Verfahren, das die Integration der wesentlichen Therapieformen Gestalttherapie, Psychodrama, Verhaltenstherapie und die Aktive Psychoanalyse nach **Ferenczi** beinhaltet und die Elemente Psychotherapie, Leibtherapie und Soziotherapie sowie die Arbeit mit kreativen Medien einbezieht. Sie wurde durch die Ideen von **Marcel, Merleau-Ponts, Lurija, Goodman, Deleuze, Sartre, Levinas, Adorno, Bakhtin, Bourdieu, Foucault, Ricoeur, Vygotskij** beeinflusst und

in Anlehnung an die ebenfalls integrierenden Arbeiten von **Pierre Janet, Jacques Derrida** und **Georges Politzer** explizit als „Entwurf“, als ein Konzept und Modell des Integrierens begründet. Die „heraklitische Spirale“ – als Symbol für die integrative Orientierung – will die Ausrichtung des „panta rhei“ (alles fließt) Heraklits hin auf fortwährende Entwicklung verdeutlichen (Ebert u.a. 2004, S. 173 f.).

Der Integrative Ansatz ist keine Kombination oder Aneinanderreihung therapeutischer Verfahren und Methoden, sondern er sucht in diesen nach spezifischen und allgemeinen Wirkmomenten und Konzepten, um auf dieser Grundlage eigenständige, schulenübergreifende Theoriekonzepte und Praxisstrategien zu entwickeln, in denen die besten Elemente der traditionellen Schulen – sich wechselseitig ergänzend – einbezogen sind und aus dieser Synergie eine neue mehrperspektivische Sicht und ein neuer Weg der Behandlung entstehen kann: Integrative Therapie (...) (*Petzold* u.a. 1996, S. 1).

Das „Integrative Denken“ ist geprägt durch Mehrperspektivität, Exzentrizität, Konnektivierung, Transversalität und „komplexes Lernen“. Ebert u.a. sprechen in diesem Zusammenhang von Kernkompetenzen in der Integrativen Therapie (vgl. Ebert u.a. 2004, S. 178 ff).

Der Mensch wird

(...) genderspezifisch als Mann und Frau unter einer anthropologischen Perspektive als „Körper-Seele-Geist-Subjekt in einem sozialen und ökologischen Feld“ (...) (Petzold 2004, S. 516)

gesehen.

Folgende Ziele und Strategien des Handelns können für den Integrativen Ansatz verdeutlicht werden:

Eine tragfähige Beziehung und empathisches Verständnis für erlebtes Leid, konkrete Hilfe in Problemlagen, Einsicht in die gesellschaftlichen Bedingungsgefüge der Biographie, des aktuellen Lebens und der Zukunftsentwürfe, Bewusstheit für den eigenen Leib sowie Räume für emotionalen Ausdruck und soziales Miteinander, das ist es, was unsere Patienten brauchen, um gesund zu werden, was Menschen brauchen, um gesund zu bleiben, und was Psychotherapie bereitstellen muss, um wirksam zu sein. Dabei müssen vielfältige, kreative Methoden und Medien eingesetzt sowie differentielle und integrative „Wege der Heilung und Förderung“ beschrritten werden (...) (Petzold u.a. 1996, S. 1).

In der Integrativen Therapie wurden in den Jahren 1988 bis 1993 die nachfolgend beschriebenen 14 therapeutischen Wirkfaktoren herausgearbeitet. Dazu wurden u.a. anhand spezifischer Forschungsliteratur, Behandlungsberichte, Therapiesitzungsprotokolle im Rahmen der FPI-Ausbildungen sowie qualitativer Kurzinterviews nach Therapieabschlüssen veränderungswirksame und protektive Faktoren in therapeutischen Prozessen gesichtet.

Der Wirkfaktor **Einführendes Verstehen / Empathie (EV)** umfasst Wertschätzung, Mitgefühl, Empathie und Takt. Der Patient/Klient sollte sich grundsätzlich akzeptiert, gesehen und in seiner Lebenssituation, insbesondere in seinem Leiden verstanden fühlen.

Durch **Emotionale Annahme / Emotionale Stütze (ES)** erfährt der Patient Entlastung, Trost, Ermutigung, Akzeptanz, positive Zuwendung und besonders die Förderung von Selbstwertgefühl, Selbstsicherheit und Selbstvertrauen. Dies erfordert einen Abbau von negativen selbstreferentiellen Gefühlen wie zum Beispiel Schuldgefühlen, Minderwertigkeit, erlernte Hilflosigkeit etc.. Dieser Wirkfaktor ist unabdingbar mit dem einführenden Verstehen verbunden.

Hilfen bei der realitätsgerechten, praktischen Problem- und Lebensbewältigung (LH) beinhalten neben ganz praktischer Unterstützung, Rat und die Erschließung von Ressourcen.

Bei der **Förderung des emotionalen Ausdrucks und der volitiven Entscheidungskraft (EA)** steht zum Einen im Mittelpunkt Gefühle wahrzunehmen und zu lernen diese auszudrücken bis hin zu einer kathartischen Entlastung. Zum Anderen wird die Bedeutung des Willens bzw. der Willenskraft hervorgehoben.

Im Rahmen der Therapie wird die Einsicht in Problemzusammenhänge und Krankheitsbedingungen vermittelt sowie Selbstverständnis und Sinnschöpfung im Leben gefördert (**Förderung von Einsicht, Sinnerleben und Evidenzerfahrung (EE)**).

Aufgabe des Therapeuten ist es durch die **Förderung kommunikativer Kompetenz / Förderung von Beziehungsfähigkeit (KK)** verschiedene Kommunikationsmöglichkeiten aufzuzeigen mit dem Ziel diese zu erproben, so dass der Patient/Klient sie in seiner realen Lebenssituation umsetzen kann. Es geht also grundsätzlich um den Aufbau sozialer Fähigkeiten und Fertigkeiten.

Die leiblichen Empfindungs- und Wahrnehmungsfähigkeiten ("Awareness" und "Consciousness") sollen gefördert werden (vgl. Petzold u.a. 2006, S. 688). Die Möglichkeiten sich in Stress- und Problemsituationen „selbst zu beruhigen“ sollen ausgebaut werden. Bei den entspannungstherapeutischen Methoden werden indikationsspezifisch mentale, muskuläre, respiratorische Entspannung kombiniert sowie z. T. physikalische, Biofeedback und substanzinduzierte Methoden hinzugezogen (vgl. Petzold 2001, S. 516) (**Förderung leiblicher Bewusstheit / Selbstregulation / psychophysische Entspannung (LB)**).

Im begleiteten Lernprozess der Therapie werden Lernprozesse des Lebensalltags thematisiert und erörtert. Bislang eingeschränkte bzw. sanktionierte Lernmöglichkeiten und Interessen der Patienten/Klienten können entwickelt werden (**Förderung von Lernmöglichkeiten und –prozessen / Interessen (LM)**).

Im Rahmen der **Förderung kreativer Erlebnismöglichkeiten / Gestaltungskräfte (KG)** kann die Einschränkung der Wahrnehmung bis hin zur Anästhesierung durch konkretes kreatives Handeln gemindert werden.

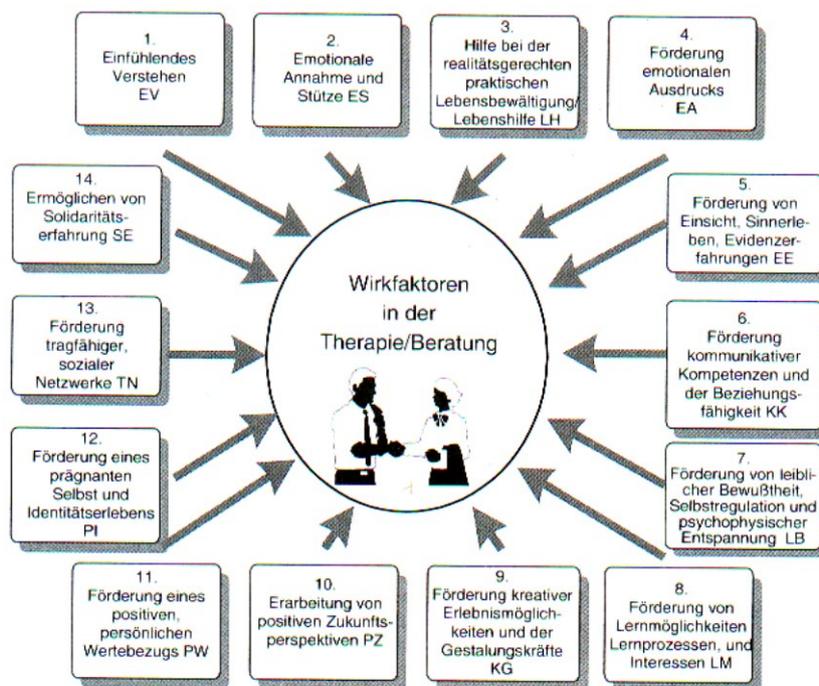
Bei der **Erarbeitung positiver Zukunftsperspektiven / Erwartungshorizonte (PZ)** steht der Aufbau von Plänen, individueller Vorstellungen sowie der Abbau von Zukunftsängsten und Katastrophenphantasien im Mittelpunkt.

Die **Förderung positiver persönlicher Wertebezüge / Konsolidierung der existentiellen Dimension (PW)** sowie die **Förderung eines prägnanten Selbst- und Identitätserleben / Förderung positiver selbstreferenzieller Gefühle und Kognitionen (PI)** stellen weitere therapeutische Wirkfaktoren der Integrativen Therapie dar.

Die Grundqualität der Vernetzung soll mit Hilfe der Bereitstellung einer „fördernden Umwelt“ durch neue bzw. alternative Beziehungserfahrungen erlebbar werden (**Förderung tragfähiger, sozialer Netzwerke (TN)**).

Im Mittelpunkt des Wirkfaktors **Ermöglichung von Empowerment- und Solidaritätserfahrungen (SE)** stehen Strategien und Maßnahmen, die Menschen dabei helfen, ein selbstbestimmtes und unabhängiges Leben zu führen. Durch Empowerment sollen sie in die Lage versetzt werden, ihre Belange zu vertreten und zu gestalten sowie ihre vorhandenen Potenziale sinnvoll zu nutzen. Ziel ist es weiterhin die Patienten/Klienten bei der Bewältigung schwieriger Lebenslagen durch Solidaritätserfahrungen bzw. Erfahrungen der sozialen Zugehörigkeit und der Eingebundenheit im Rahmen des gemeinsamen praktischen Tuns zu unterstützen (vgl. Petzold u.a. 2006, S. 688 f.).

Abb. 1: Die 14 Wirkfaktoren in der Integrativen Therapie nach Petzold



(Ebert u.a. 2004, S. 214)

Nach **Petzold** sind die

*(...) **14 Heilfaktoren** (...) nicht nur für heilungsorientierte Therapieprozesse wichtig, sie sind auch konstruktive Verhaltenselemente positiven Alltagslebens und damit Gesundheit, Wohlbefinden und Entwicklung fördernde **Erfahrungsqualitäten**, die den PatientInnen in psychoedukativer Information und im Erleben als **Behandlungsmodalitäten** verdeutlicht werden, damit sie diese Faktoren auch in ihrem alltäglichen Lebenszusammenhang einsetzen und sich um ihr Vorhandensein bemühen, sie pflegen, entwickeln (Petzold u.a. 2006, S. 690).*

2.5 Vergleichende Darstellung der Grawe/Petzold Wirkfaktorenkonzeptionen

Im Folgenden werden die Gemeinsamkeiten und die deutlichen Unterschiede der in Punkt 2.3 und 2.4 dargestellten Konzepte von **Grawe** und **Petzold** bezogen auf die Wirkfaktoren in therapeutischen Verfahren im Überblick zusammengefasst. Dies ermöglicht punktuelle Einblicke in unterschiedliche Entwicklungen der jüngeren Psychotherapieforschung sowie der Einschätzung des Standortes Integrativer Therapie in diesem Wissenschaftsbereich.

Wie bereits unter Punkt 2.3 ausgeführt entwickelte **Grawe** folgende Faktoren/Strategien/Heuristiken:

1. Ressourcenaktivierung,
2. Problemaktualisierung,
3. Problembewältigung,
4. motivationale Klärung,
5. therapeutische Beziehung (siehe Punkt 2.3).

Aus seinen Erkenntnissen, dass sowohl die als auch die Neurowissenschaften grundlegende Faktoren für die Entwicklung von Strategien moderner Psychotherapie beinhalten, bemühte er sich entsprechende therapeutische Maßnahmen zu konzipieren.

Bereits in achtziger Jahren wurden in der Integrativen Therapie die von **Grawe** später entwickelten Heuristiken deutlich dargestellt und vertreten. Petzold arbeitete von 1980 – 1989 als Gastprofessor an der Abteilung von Klaus Grawe auf dessen Einladung (Petzold 2005q), so dass hier auch Austausch und Einflüsse gegeben waren.

Trotz dieser Gemeinsamkeiten werden erhebliche Differenzen in den **Grawe/Petzoldschen** Grundsätzen deutlich. Im Unterschied zu **Grawe** hob **Petzold** frühzeitig die umfassende Bedeutung der „therapeutischen Beziehung“ hervor, welcher er als Grundlage für die Wirkung sämtlicher Faktoren in der Psychotherapie sieht. Diesen von **Petzold** als Metafaktor erkannten Ansatz ergänzte **Grawe** hingegen erst 2005 in seinen Ergebnissen.

Neben den o. g. Metafaktor der therapeutische Beziehung fügte **Petzold** nachfolgende weitere Metafaktoren hinzu (vgl. Petzold u.a. 2006, S. 678 f.):

6. „Selbsterfahrung“

Sich selbst in einer differenzierten Weise erfahren, um sich selbst wahrzunehmen, zu erfassen, zu finden, zu verstehen, zu gestalten im Sinne einer „Lebenskunst“ ist durchaus als heilsamer und entwicklungsfördernder Wirkfaktor zu sehen.

7. „konstruktiv kooperierendes soziales Netzwerk“

Dieser Faktor ist nicht nur als „Ressourcenaktivierung“ (...) auf der individuellen Ebene zu sehen, sondern als aktive Netzwerk/Konvoi-Arbeit (...) durch das Therapiesystem, so dass durch Sozial- und Netzwerktherapie die „supportive Valenz“ des Netzwerkes zunimmt und der Betroffene hier Hilfen und Unterstützung bekommt (...).

8. „hinlänglich konsolidierte Lebenslage“

Auch hier ist ein wesentlicher Faktor zu sehen, da ein „schlechter sozioökonomischer Status“ als einer der wesentlichsten Risikofaktoren für psychische Erkrankungen angesehen wird. (...) (ebd., S. 679 f.).

Die mutuell-emphatische Beziehung wird jedoch von **Petzold** als Megafaktor hervorgehoben, der in allen Faktoren von grundlegender Bedeutung ist.

In der folgenden kurzen Zusammenfassung bezogen auf die Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Wirkfaktorenkonzeptionen von **Grawe** und **Petzold** beschränken wir uns auf einige ausgewählte Faktoren, da eine umfassendere Auseinandersetzung mit beiden Ansätzen den Rahmen dieser Arbeit übersteigen würde.

Gemeinsamkeiten bestehen u. a. in folgenden Punkten:

- wissenschaftliche Psychologie als Grundlage für Konzeptbildung, Methodenentwicklung, Diagnostik und Intervention,
- Bezugnahme u. a. auf Neurowissenschaften

Unterschiede benennt **Petzold** u. a. in:

- einem „ganzheitlichen“ Ansatz der Integrativen Therapie
- einer metakritischen Reflexion von Forschung in Verbindung mit qualitativen, hermeneutischen Forschungsmethoden
- der stärkeren Einbeziehung von Entwicklungs- und Sozialpsychologie mit Blick auf die Lebensspanne („live span developmental approach“) in der Integrativen Therapie
- der besonderen Bedeutung in der Integrativen Therapie von sozial- und soziotherapeutischen Konzepten
- in der Berücksichtigung von leib-, bewegungs- und sporttherapeutischen Methoden, basierend auf dem Konzept des „Informierten Leibes“ in der Integrativen Therapie
- dem verstärkten Bezug auf die nicht-reduktionistischen, erkenntnistheoretischen sowie anthropologischen und philosophischen Grundsätze der Integrativen Therapie
- einer deutlichen gesellschaftskritischen, gesundheitspolitischen sowie einer gerechtigkeits-theoretischen Grundhaltung im Ansatz der Integrativen Therapie
- der Einbeziehung kreativtherapeutischer Methoden in den Therapieprozess der Integrativen Therapie (vgl. ebd., S. 680 ff.).

3. Praxisfeld I: Kinder in Pflegefamilien - Eine Hilfe zur Erziehung

3.1 Rechtliche Grundlagen

Jeder junge Mensch hat ein Recht auf Förderung seiner Entwicklung und auf Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit (Münder 1998, S.96).

Die Kinder- und Jugendhilfe bietet eine Reihe an Unterstützungsmöglichkeiten für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene sowohl in Belastungs- als auch in Krisensituationen an.

Es wird jeweils im Einzelfall entschieden, welche Hilfe die zur Zeit richtige Hilfe ist. Für manche Kinder ist die Unterbringung in einer Pflegefamilie die angemessene Hilfe. Pflegefamilien sind Familien, die Kinder anderer Eltern in ihrer Familie aufnehmen.

Zunächst werden die rechtlichen Vorschriften, die ein Pflegeverhältnis berühren, dargestellt.

3.1.1 Kinder- und Jugendhilfegesetz

Die Unterbringung eines Kindes in einer Pflegefamilie erfolgt im Wesentlichen auf der Grundlage der rechtlichen Bestimmungen des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (im Folgenden KJHG) und des Bürgerlichen Gesetzbuches (im Folgenden BGB).

Der § 27 **KJHG** formuliert den Anspruch eines Personensorgeberechtigten auf Hilfe zur Erziehung, wenn eine dem Wohle des Kindes entsprechende Erziehung nicht gewährleistet ist und die Hilfe für seine Entwicklung geeignet und notwendig ist.

Art und Umfang der Hilfe richten sich nach dem erzieherischen Bedarf im Einzelfall; das engere soziale Umfeld des Kindes oder des Jugendlichen soll einbezogen werden (vgl. ebd., S.260).

Im § 33 **KJHG** wird die Pflegefamilie als Hilfsangebot aus einer Reihe vielseitiger ambulanter und stationärer Hilfe definiert.

Hilfe zur Erziehung in Vollzeitpflege soll entsprechend dem Alter und Entwicklungsstand des Kindes oder des Jugendlichen und seinen persönlichen Bindungen sowie den Möglichkeiten der Verbesserung der Erziehungsbedingungen in der Herkunftsfamilie Kindern und Jugendlichen in einer anderen Familie eine zeitlich begrenzte Erziehungshilfe oder eine auf Dauer angelegte Lebensform bieten (Münder 1998, S.294).

Der § 36 **KJHG** regelt die Mitwirkung der beteiligten Personen im Hilfeplanverfahren:

Vor der Entscheidung über die Inanspruchnahme einer Hilfe und vor einer notwendigen Änderung der Hilfe müssen der Personensorgeberechtigte und das Kind/der junge Mensch beraten werden.

Der Personensorgeberechtigte und das Kind/der junge Mensch müssen auf die möglichen Folgen für die Entwicklung des Kindes/jungen Menschen hingewiesen werden.

Vor und während einer langfristig zu leistenden Hilfe außerhalb der eigenen Familie muss geprüft werden, ob eine Annahme als Kind in Frage kommt.

Der Personensorgeberechtigte und das Kind/der junge Mensch sind an der Auswahl der Einrichtung oder Pflegepersonen zu beteiligen.

Die Entscheidung über die einzelfallentsprechende Hilfeart ist im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte zu treffen.

Es muss ein Hilfeplan als Grundlage für die Ausgestaltung der Hilfe erstellt werden.

Der Hilfeplan muss Feststellungen über den erzieherischen Bedarf, die Art der Hilfe, die notwendigen Leistungen und regelmäßige Überprüfungszeiträume wie auch Angaben zu den beteiligten Personen, Diensten und Einrichtungen, die mit der Hilfe befasst sind, enthalten (vgl. ebd., S.323)

Der § 37 **KJHG** weist deutlich auf die Notwendigkeit der Zusammenarbeit aller Beteiligten bei Hilfen außerhalb der eigenen Familie hin.

Bei den Hilfen nach § 32 **KJHG** (Tagesgruppe), § 33 **KJHG** (Vollzeitpflege) und §34 **KJHG** (Heimerziehung)

(...) soll darauf hingewirkt werden, dass die Pflegeperson oder die in der Einrichtung für die Erziehung verantwortlichen Personen und die Eltern zum Wohle des Kindes zusammenarbeiten.

Durch Beratung und Unterstützung sollen die Erziehungsbedingungen in der Herkunftsfamilie innerhalb eines im Hinblick auf die Entwicklung des Kindes vertretbaren Zeitraums so weit verbessert werden, dass sie das Kind wieder selbst erziehen kann(...).

Ist eine nachhaltige Verbesserung der Erziehungsbedingungen in der Herkunftsfamilie innerhalb dieses Zeitraumes nicht erreichbar, so soll mit den beteiligten Personen eine andere, dem Wohl des Kindes und Jugendlichen förderliche und auf Dauer angelegte Lebensperspektive erarbeitet werden (Münder 1998, S.335).

Die Pflegeperson hat in jedem Fall den Anspruch auf Beratung und Unterstützung durch die Fachkraft des Jugendamtes. Das Jugendamt hat außerdem einzelfallentsprechend an „Ort und Stelle“ zu überprüfen, ob eine förderliche Entwicklung gewährleistet ist. Die Pflegeperson hat ihrerseits die Fachkraft des Jugendamtes über wichtige Ereignisse zu unterrichten, die das Wohl des Kindes und des Jugendlichen betreffen.

Der § 41 **KJHG** regelt die Weitergewährung der Hilfe zur Erziehung über das 18. Lebensjahr hinaus.

Einem jungen Volljährigen soll Hilfe für die Persönlichkeitsentwicklung und zu einer eigenverantwortlichen Lebensführung gewährt werden, wenn und solange die Hilfe aufgrund der individuellen Situation des jungen Menschen notwendig ist. Die Hilfe wird in der Regel bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres gewährt; in begründeten Einzelfällen soll sie für einen begrenzten Zeitraum darüber hinaus fortgesetzt werden (...).

Der junge Volljährige soll auch nach Beendigung der Hilfe bei der Verselbständigung im notwendigen Umfang beraten und unterstützt werden (ebd., S. 349).

3.1.2 Bürgerliches Gesetzbuch

Die Personensorge im § 1631 **BGB** umfasst insbesondere das Recht und die Pflicht, das Kind zu pflegen, zu erziehen, zu beaufsichtigen und seinen Aufenthalt zu bestimmen (vgl. Bürgerliches Gesetzbuch, 2003, S. 401).

Kinder haben ein Recht auf gewaltfreie Erziehung. Körperliche Bestrafungen, seelische Verletzungen und andere entwürdigende Maßnahmen sind unzulässig.

Das Familiengericht hat die Eltern auf Antrag bei der Ausübung der Personensorge zu unterstützen.

Ist das körperliche, geistige oder seelische Wohl eines Kindes in seiner Herkunftsfamilie massiv gefährdet, und sind die Kindeseltern nicht bereit, selber einen Antrag auf Hilfe zur Erziehung zu stellen und im Interesse des Kindes zu handeln, so kann auf Antrag gemäß § 1666 **BGB** durch das Familiengericht das elterliche Sorgerecht ganz oder in Teilen entzogen werden und gemäß § 1666a **BGB** eine Trennung von der Familie vorgenommen werden (vgl. ebd. S. 404).

Der § 1685 **BGB** regelt den Umgang des Kindes mit anderen Bezugspersonen:

"Großeltern und Geschwister haben ein Recht auf Umgang mit dem Kind, wenn dies dem Kindeswohl dient. (...)

Gleiches gilt für den Ehegatten oder früheren Ehegatten sowie den Lebenspartner oder früheren Lebenspartner eines Elternteils, der mit dem Kind längere Zeit in häuslicher Gemeinschaft gelebt hat, und für Personen, bei denen das Kind längere Zeit in Familienpflege war“ (ebd. S. 406-407).

Das im familienrechtlichen Verfahren einzige eigene Antragsrecht der Pflegeeltern wird im § 1632 Absatz 4 **BGB**, der einen wichtigen Schutz der Pflegefamilie darstellt, definiert:

„Lebt das Kind längere Zeit in Familienpflege und wollen die Eltern das Kind von der Pflegeperson wegnehmen, so kann das Familiengericht von Amts wegen oder auf Antrag der Pflegeperson anordnen, dass das Kind bei der Pflegeperson verbleibt, wenn und solange das Kindeswohl durch die Wegnahme gefährdet würde“ (ebd. S. 401).

Im alltäglichen Umgang mit dem Kind gibt es ein Entscheidungsrecht der Pflegeeltern, das im § 1688 **BGB** geregelt ist:

„Lebt ein Kind für längere Zeit in Familienpflege, so ist die Pflegeperson berechtigt, in Angelegenheiten des täglichen Lebens zu entscheiden sowie den Inhaber der elterlichen Sorge in solchen Angelegenheiten zu vertreten. Sie ist befugt, den Arbeitsverdienst des Kindes zu verwalten sowie Unterhalts-, Versicherungs-, Versorgungs- und sonstige Sozialleistungen für das Kind geltend zu machen und zu verwalten“ (ebd. S. 408 f).

In der Praxis ist es ratsam, mit dem Vormund des Kindes die Zuständigkeiten abzustimmen.

3.2 Familienpflege

Die Familienpflege ist neben der Heimerziehung eine tradierte Form der Erziehung außerhalb des Elternhauses. In der Pflegefamilie soll das Kind/der Jugendliche je nach den Erfordernissen des Einzelfalles eine befristete oder unbefristete Zeit leben.

3.2.1 Formen der Vollzeitpflege

Kurzzeitpflege

Die Kurzzeitpflege soll ad hoc in Notsituationen, z.B. Krankenhaus/Kuraufenthalt oder bei therapeutischen Maßnahmen die Erziehungspersonen helfend unterstützen. Eine Altersbegrenzung der Kinder oder Jugendlichen gibt es bei dieser Hilfeform nicht. Der Schwerpunkt liegt auf der vorübergehenden Versorgung der jungen Menschen. Die Rückkehr in den Haushalt der leiblichen Eltern steht außer Frage.

Bereitschaftspflege

Bereitschaftspflege-Familien nehmen Kinder für einen Zeitraum von max. 6 Monaten auf. Die sogenannte „Clearingphase“ soll ermöglichen, dass dem Kind unnötige Wechsel erspart bleiben, den Kindeseltern intensive Besuchsmöglichkeiten eingeräumt werden und eine endgültige Entscheidung über verschiedene Hilfen getroffen werden können.

Wenn Kinder in der Bereitschaftspflege untergebracht werden, ist die Perspektive des Kindes noch nicht klar. Entweder kehrt das Kind zur Herkunftsfamilie zurück oder es wird in einer Dauerpflegefamilie, manchmal auch in einem Kinderheim, untergebracht.

Vollzeitpflege auf „Dauer“

Die Dauerpflegefamilie bietet Kindern, die zum Zeitpunkt ihrer Vermittlung vorwiegend im Alter von 0 bis 8 Jahren sind, für einen längeren Zeitraum - u. U. bis zur Volljährigkeit oder Adoption - ein neues Elternhaus.

Vollzeitpflege auf „Zeit“

Die Vollzeitpflege auf Zeit soll Kinder für einen begrenzten Zeitraum in ihrer Entwicklung erzieherisch begleiten. Die Pflegefamilie soll sich dabei als Partner des Kindes und der Herkunftsfamilie verstehen.

Voraussetzung ist allerdings, dass die Zukunft des Kindes in der Herkunftsfamilie gesehen wird.

Im Vorfeld muss jedoch eine gemeinsame intensive Klärung der aktuellen Situation und Vorbereitung aller Beteiligten stattfinden.

Sonderform von Pflegestellen

Diesen Kindern soll ein familiärer Rahmen geboten werden, den sich viele Kinder und Jugendliche noch wünschen. Oft sind diese Kinder beziehungs- und bindungsunfähig. Durch die Professionalisierung und Begleitung der Pflegefamilie soll das Kind dennoch die Möglichkeit haben, Familienleben zu erfahren. Der vielschichtigen Problematik der Kinder muss bei der Einbindung in die Familie Rechnung getragen werden. Es muss daher ein Kreis von Pflegeeltern gefunden werden, der aufgrund ihrer Professionalität (mindestens ein Elternteil soll eine pädagogische Ausbildung haben) diesen besonders entwicklungsbeeinträchtigten Kindern und Jugendlichen eine auf Dauer angelegte professionelle Familienerziehung bieten können.

Andere Bezeichnungen können sein „Heilpädagogische Familienpflege“, „Erziehungsstelle“ oder „Sozialpädagogische Pflegestelle“.

3.3 Überprüfung von Pflegeeltern-Bewerbern/innen

Im Folgenden wird stichpunktartig der Ablauf der Überprüfung der Eignung von Pflegeeltern- Bewerber/innen dargestellt:

Ablauf

- Erstgespräch im Büro mit zuständigem Kollegen/zuständiger Kollegin
- Weitergabe von Informationen an die Bewerber/innen
- Klärung der Bereitschaft zur Teilnahme an Vorbereitungsseminaren
- Abfrage demographischer Daten (Personalbogen)
- Erläuterung und Übergabe der Antragsunterlagen (Bewerbungsbogen)
- Rücklauf des Bewerbungsbogen nach ca. 4 bis 6 Wochen, danach erfolgt die Vereinbarung eines Hausbesuchs
- Sollte nach 6 Wochen keine Rückgabe der Unterlagen erfolgt sein, wird Kontakt mit den Bewerbern/innen aufgenommen.
- Erster Hausbesuch bei den Bewerbern/innen (zu zweit nach Absprache)
- Dauer des Hausbesuches ca. 1 bis 1 ½ Stunden

Inhalte des Hausbesuches

- erstes persönliches Kennen lernen und Kontaktaufbau
- erste Informationen zur Person der Bewerber/innen
- Erleben des Wohnumfeldes und Lebensumfeldes (Was fällt in der Wohnung auf?)
- offene Fragen aus dem Erstgespräch, insbesondere organisatorischer Art, klären
- Erläuterungen des Genogrammbogens, der bei den Bewerbern/innen verbleibt
- Einholen von polizeilichen Führungszeugnissen
- Anfrage an alle Fachkräfte der jeweils beteiligten Abteilungen
- Vorlage von Gesundheitszeugnissen
- Klärung der wirtschaftlichen Situation der Familie

Zweiter Kontakt zu den Bewerbern/innen, möglichst zu zweit, in Form eines Hausbesuches oder auch eines Termins im Büro

- Klärung offener Fragen
- Genogramm und biographische Fragen erarbeiten
- Auswertung und Reflektion
- Vorstellung der Bewerbern/innen im Team

Teilnahme am Vorbereitungsseminar

- Rechtlicher Hintergrund eines Pflegeverhältnisses
- Rechtlicher Hintergrund einer Adoptionspflege
- Ablauf einer Vermittlung
- Bindungstheorien und Bindungsverhalten
- Auswirkungen früherer Kindheitserfahrungen auf das Bindungsverhalten
- Integrationsphase in die Herkunftsfamilie

Weiteres Gespräch (Hausbesuch oder im Büro), um abschließend den detaillierten Kinderwunsch, mögliche Grenzen des Leistbaren (Pflegekind, Kind mit Beeinträchtigungen, sonstige mögliche Belastungen) abzuklären.

Inhalte der Klärung

- Einwandfreies polizeiliches Führungszeugnis aller volljährigen Haushaltsangehörigen
- Vorstrafen sind kein genereller Hinderungsgrund für die Vermittlung eines Kindes.
- Ausschlusskriterien sollten sein: Vorstrafen wegen sexuellen Missbrauchs, Kindesmisshandlungen, Körperverletzung, Gewaltverbrechen, wiederholter Betrug o.ä..

Physische und psychische Gesundheit (ärztliche Unbedenklichkeit):

Es muss gewährleistet sein, dass Bewerber/innen über einen längeren Zeitraum hinweg physisch und psychisch in der Lage sind, die erzieherische und pflegerische Versorgung des Kindes sicherzustellen.

Bei Vorliegen dieser Voraussetzungen können ggf. auch Personen mit Behinderungen oder dauerhaften Erkrankungen infrage kommen.

Ausschlusskriterien sollten sein:

- ansteckende Krankheiten
- Krankheiten, die lebensverkürzend sind oder zu schweren körperlichen Beeinträchtigungen führen können,
- schwerwiegende psychische und psychosomatische Beeinträchtigungen und Erkrankungen
- Krankheiten und Behinderungen, durch die die Erziehungsfähigkeit wesentlich herabgesetzt werden kann
- Suchterkrankungen.

Ausreichender Wohnraum

Es soll eine kindgerechte Umgebung mit Kontaktmöglichkeiten zu anderen Kindern sowie genügend Wohnraum, der dem Kind Rückzugsmöglichkeiten bietet, vorhanden sein. Für ältere Kinder sollte ein eigenes Zimmer zur Verfügung stehen. Jüngere Kinder können sich jedoch ein Zimmer teilen.

Stabile wirtschaftliche Verhältnisse

Die wirtschaftliche Gesamtsituation der Familie stellt eine Rahmenbedingung für die kindliche Entwicklung dar. Von den Bewerbern/innen muss der Nachweis erbracht werden, dass ein Aufwachsen des Kindes in ihrer Familie ökonomisch abgesichert ist.

Berufstätigkeit

Das Kind benötigt eine seinem Entwicklungsstand entsprechende elterliche Zuwendung. Die Bewerber/innen sollten daher bereit und in der Lage sein, ihre berufliche Tätigkeit den Bedürfnissen des Kindes anpassen zu können. Insbesondere muss sichergestellt sein, dass die Erziehung des Kindes nicht überwiegend durch außerhalb der Familie lebende Personen wahrgenommen wird.

Altersgrenzen

Das Alter der Pflegeeltern und das der Pflegekinder soll bei einer dauerhaften Unterbringung dem natürlichen Altersabstand zwischen Eltern und Kindern entsprechen. Starre Altersgrenzen sind nur bedingt geeignet, den Erfolg einer Vermittlung sicherzustellen. Das Alter ist aber ein Indikator, der auf andere Merkmale (Lebenserfahrung, Belastbarkeit, Flexibilität u.a.) verweist. Auch das heranwachsende, pubertierende Kind benötigt belastbare Eltern. Dem Wohl des Kindes dient es am ehesten, wenn der Altersunterschied nicht größer als 40 Jahre ist. Oberhalb dieser Grenze sollte nur in begründeten Einzelfällen vermittelt werden.

Soziales Umfeld

Es ist zu klären, inwieweit das soziale Umfeld (Freunde, Nachbarn, Verwandte etc.) als Stützsysteem in Krisen- und besonderen Belastungssituationen zur Verfügung steht.

Kinder in der Familie

Vorhandene Kinder in der Familie sind in die Beurteilung mit einzubeziehen. Es ist zu prüfen, welchen Einfluss die künftige Geschwisterkonstellation auf das Familiensystem haben kann. Das zu vermittelnde Kind sollte jünger als das jüngste eigene Kind sein. Vorhandene Kinder sind so einzubeziehen, dass sie

das Hinzukommen eines weiteren Geschwisters und seine Integration mittragen können.

Besondere Lebensformen

Die Lebensführung der Bewerber/innen soll eine Integration des Kindes in das Familiensystem und das außerfamiliäre Umfeld ermöglichen. Dabei ist ausschließlich das Kindeswohl maßgebend. Bei der Prüfung des persönlichen, beruflichen, religiösen und weltanschaulichen Hintergrundes soll dies berücksichtigt werden.

Partnerschaftliche Stabilität

Die Familienbeziehungen müssen für die Entwicklung eines Kindes intakt und dauerhaft sein. Wesentliches Merkmal einer stabilen Partnerschaft ist die gemeinsame Bewältigung von Krisen und anderen Belastungen. Vor diesem Hintergrund müssen mit den Bewerber/innen die Entwicklung ihrer Beziehung sowie ihre Konfliktbewältigungsstrategien reflektiert werden.

Erziehungsleitende Vorstellungen

Erzieherisches Handeln wird bestimmt durch (kurzfristige) Zielvorstellungen, in denen sich allgemeine Wertvorstellungen manifestieren, den persönlichen Erziehungsstil (eigene Erfahrungserfahrungen) sowie durch individuell verfügbare spezifische Erziehungstechniken/-erfahrungen.

Diese genannten Aspekte müssen mit den Bewerbern/innen reflektiert werden, um mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit ein erzieherisches Verhalten vorherzusagen zu können.

Lebensziele / Lebenszufriedenheit

Welche Lebensziele und Wertorientierungen existieren in der Familie und geben Aufschluss über den bisherigen Lebensverlauf?

Welche Funktionen hat die Aufnahme des Kindes in der Familie?

Stehen die Wünsche der Bewerber/innen möglicherweise einer positiven Entwicklung des Kindes im Wege?

Sind die Zielvorstellungen, die die Bewerber/innen mit der Aufnahme eines Kindes verbinden, realistisch?

Persönlichkeit

Es soll versucht werden, sich einen Einblick in die Persönlichkeitsstruktur der Bewerber/innen zu verschaffen. Dabei spielt ihre Wahrnehmung der eigenen Person eine wichtige Rolle.

Wesentliche Kriterien sind dabei:

- der Umgang mit einer ungewollten Kinderlosigkeit bei den Bewerbern bzw. dem Verlust eines Kindes,
- die Fähigkeit, sich kognitiv flexibel auf die sich wandelnden Bedürfnislagen eines sich entwickelnden Kindes einzustellen,
- Belastbarkeit/Frustrationstoleranz
- Problemlösungsstrategien und Selbstkonzepte
- die Fähigkeit, sich in den anderen (hier vor allem das Kind) hineinzusetzen (Empathie),
- Toleranz,
- Emotionale Ausdrucksfähigkeit/Offenheit,
- Akzeptanz gegenüber den Herkunftseltern,
- Bereitschaft zur Aufklärung des Kindes über seine Abstammung.

3.3.1 Betreuung und Begleitung des Pflegeverhältnisses

Bei der Beratung und Betreuung von Pflegestellen ist es sehr wichtig, ein Vertrauensverhältnis zu allen beteiligten Personen der Pflegefamilie und auch zu der Herkunftsfamilie aufzubauen. Nur durch einen offenen, ehrlichen Umgang miteinander kann erreicht werden, dass das Kind/der Jugendliche sich in einem spannungsfreien Umfeld entwickeln kann.

Jedoch ist ein Vertrauensverhältnis nicht von Beginn an gegeben, sondern bedarf meistens eines längeren und kontinuierlichen Prozesses. Einführendes Verstehen (**EV**) in Form von Mitgefühl, Empathie, Wertschätzung, emotionaler Annahme (**ES**), Akzeptanz, Trost, Ermutigung und Hilfestellung bei lebenspraktischen Angelegenheiten (**LH**) gehören zu den Aufgaben des Fachpersonals, um das Gelingen des Pflegeverhältnisses so gut wie möglich zu gewährleisten. Aber auch die Förderung des emotionalen Ausdrucks (**EA**) (Das Zeigen und Sprechen von und über Gefühle), die Förderung von Einsicht, Sinnerleben und Evidenzerfahrungen (**EE**) (das Verstehen von Hintergründen, das Erkennen von Ursache und Wirkung), die Förderung kommunikativer Kompetenz (**KK**) sowie das Aufzeigen positiver Zukunftsperspektiven (**PZ**).

Die Betreuung und Beratung der Pflegepersonen und des Kindes/Jugendlichen sieht formell wie folgt aus:

- Regelmäßige Hausbesuche bei den Pflegepersonen und Einzelgespräche mit den Betroffenen zum Aufbau eines Vertrauensverhältnisses,
- Kontakte zu Kindergärten, Schulen, Ärzten, Krankenhäusern und Psychiatern in Absprache mit dem gesetzlichen Vertreter des Kindes/Jugendlichen,
- Vermittlung und Koordination von begleitenden Hilfen in Beratungsstellen, Fachkliniken, therapeutischen Einrichtungen etc., im Einzelfall Einlei-

tung ergänzender Hilfen, Abstimmung mit der zuständigen Fachkraft der Bezirksozialarbeit,

- Begleitung der Besuchskontakte mit der Herkunftsfamilie, der Pflegefamilie und dem Pflegekind,
- Krisenintervention und Hilfestellung im Konfliktfall,
- Regelmäßige Teilnahme an den Gesprächen zur Fortschreibung des Hilfeplanes gemäß §§ 36 und 41 SGB VII – Erstellung der Hilfeplanfortschreibung nach zwei Jahren bei einer langfristig angelegten Hilfe zur Erziehung gemäß § 33 SGB VIII.

3.3.2 Wirkfaktoren

Die oben dargestellten Standards zur Überprüfung der Pflegeeltern - Bewerber/innen werden hier so ausführlich dargestellt, um aufzuzeigen, wie wichtig es ist, eine geeignete Pflegefamilie für das jeweilige Kind / die Kinder zu finden. Hierbei sind die therapeutischen Wirkfaktoren von großer Wichtigkeit.

Durch einführendes Verstehen (**EV**) und Wertschätzung fühlt sich das Kind in seiner ganzen Persönlichkeit gesehen und verstanden.

Die emotionale Annahme und Stütze (**ES**) sowie Akzeptanz, Trost und Ermutigung fördert das Selbstvertrauen, was wiederum u.a. zu einer positiven Entwicklung führt.

Die Pflegeeltern sollen den Kindern bei der realitätsgerechten praktischen Lebensbewältigung und -förderung (**LH**) Hilfestellungen z. B. durch Erschließen der eigenen Ressourcen geben, ihnen mit Rat und Tat zur Seite stehen, in dem sie den Kindern u. a. praktische Hilfestellungen anbieten und für ihrer Problembewältigung realitätsbezogene und lebenspraktische Lösungen an die Hand geben.

Des Weiteren sollen die Pflegeeltern ihre Pflegekinder in folgenden Bereichen fördern:

- Förderung des emotionalen Ausdrucks (**EA**) , wie z.B. Gefühle zeigen und über Gefühle sprechen,
- Förderung der Kommunikativen Kompetenz und Beziehungsfähigkeit (**KK**). Dazu gehören u. a. das Finden von Worten, sich ausdrücken lernen, in dem sie das sagen, was sie wirklich fühlen und denken,
- Förderung der leiblichen Bewusstheit (**LB**), indem sie z. B. fühlen, was ihnen gut tut, und was ihnen nicht gut tut,
- Förderung von Lernmöglichkeiten (**LM**) und ihren eigenen Gestaltungskräften (**KG**) sowie die Möglichkeit der eigenen Ausdrucksmöglichkeiten zu finden,
- Erarbeitung von positiven Zukunftsmöglichkeiten (**PZ**),
- Förderung von tragfähigen sozialen Netzen (**TN**) und Solidaritätserfahrungen (**SE**),

- Förderung von Kontakt-, Begegnungs- und Beziehungsfähigkeit (KK),
- Förderung eines positiven persönlichen Wertebezugs (**PW**).

3.3.3 Beendigung des Pflegeverhältnisses

Im Folgenden werden verschiedene Formen der Beendigung des Pflegeverhältnisses bzw. der Rückführung des Kindes in die Herkunftsfamilie zusammenfassend dargestellt:

- Vorbereitungsgespräche mit allen beteiligten Personen über die Form und den Zeitrahmen des Ablöseprozesses,
- Absprache von Kriterien für die Rückführung des jungen Menschen in die Herkunftsfamilie mit der Fachkraft der Bezirkssozialarbeit und dem Amtsvormund,
- Begleitung von Besuchskontakten in der Herkunftsfamilie und Anfertigung eines Schlussberichtes,
- Beendigung des Pflegeverhältnisses durch Vermittlung des Kindes/Jugendlichen in eine andere Einrichtung, zum Beispiel in ein Heim,
- Einleitung und Begleitung der Kontakte des Kindes/Jugendlichen zum Heim.
- Begleitung des jungen Menschen in die Selbständigkeit und Unterstützung bei der Beantragung weiterer Hilfen, wie Sozialhilfe, BAB, BAföG etc..

3.4 Exkurs Bindungen

Wenn ein Kind außerhalb seiner Herkunftsfamilie untergebracht wird, sind seine Eltern aus unterschiedlichen Gründen nicht in der Lage, es zu versorgen und/oder zu erziehen.

Welche Bindungserfahrungen sie machen, ist bedeutsam für ihre spätere Entwicklung. Denn sichere Bindungen gelten als wichtiger Schutzfaktor. Dies gilt auch für die Trennung von der Herkunftsfamilie und dem Bindungsaufbau in der Pflegefamilie.

Theoretischer Abriss

Im folgenden Teil der Arbeit erfolgt ein theoretischer Abriss zum Thema Bindungen, um aufzuzeigen, wie wichtig die jeweiligen Bindungserfahrungen für die Kinder sind, die in Pflegefamilie untergebracht werden. Dies gilt für die Kinder selber, aber auch, wenn nicht sogar insbesondere für die Pflegefamilie.

Langjährige Erfahrung hat gezeigt, dass Pflegefamilien emotional nicht in der Lage sind, Kinder ohne Bindungsverhalten langfristig bei sich aufzunehmen und mit ihnen zu leben.

Des Weiteren möchte ich anmerken, dass bei Kindern, die keinerlei Bindungsverhalten zeigen, die Wirkfaktoren, die Pflegeeltern diesen Kindern anbieten, mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit nicht zum Tragen kommen.

John Bowlby, Begründer der Bindungstheorie, englischer Psychiater und Psychoanalytiker, betrachtet Mutter und Säugling als einen Teilnehmer in einem sich wechselseitig bedingenden, sich selbstregulierenden System. Die Bindung zwischen Mutter und Kind innerhalb dieses Systems unterscheidet sich von Beziehungen dadurch, dass Bindung als einen Teil des komplexen Systems der Beziehung verstanden wird (vgl. Brisch 1999, S. 35).

Die Bindungstheorie nach **Bowlby** sagt aus, dass der Säugling im Laufe des ersten Lebensjahres zu einer Hauptbezugsperson aufgrund eines biologisch angelegten Verhaltenssystems eine starke emotionale Bindung aufbaut. Diese Bindungsperson ist der sichere soziale Hafen für den Säugling, dessen Nähe er bei Schmerz oder Gefahr sucht. Häufig weint das Kind, da es das auffälligste Signalverhalten ist. Durch körperliche Nähe durch die Bindungsperson wird das Bindungssystem wieder beruhigt. Kinder in sicheren und vertrauten Situationen möchten Neues erkunden. So kann sich ein Säugling, der sich sicher und geborgen fühlt, seine Umwelt erforschen. Droht ihm auf seiner Reise Gefahr, kann er jederzeit auf seine Bezugsperson zurückgreifen. Ohne sichere Bindung ist jedoch keine unangestregte Exploration möglich (vgl. Brisch 2003, S. 51).

Die Qualität der Bindung entwickelt sich in Abhängigkeit von dem Temperament des Kindes und den Verhaltensweisen sowie der inneren Einstellung der Erwachsenenbindungsperson. Für das angemessene Verhalten hat **Mary Ainsworth** den Begriff Feinfühligkeit geprägt (von Ferenczi seit langem vertreten; vgl. *Ferenczi-Schwerpunktheft, Integrative Therapie* 2-4, 2006). Feinfühligkeit zeichnet sich dadurch aus, dass die Signale und Bedürfnisse des Kindes korrekt wahrgenommen, richtig interpretiert sowie prompt und altersangemessen reagiert wird (vgl. ebd. S. 52). Erfüllt die Bezugs- beziehungsweise Pflegeperson die von **Ainsworth** geforderte Art und Weise an Feinfühligkeit, so entwickelt sich mit hoher Wahrscheinlichkeit eine sichere Bindung zwischen Säugling und Bezugsperson. Auf diesem Hintergrund kann sich dann das Kind auch später seiner Bezugsperson entfernen und seine Umgebung erkunden. Ein unsicher vermeidendes Bindungsmuster entsteht, wenn die Bezugsperson mit Zurückweisung auf die Bedürfnisse des Säuglings reagiert. Diese Kinder reagieren auf Trennung mit wenig Protest und zeigen kein deutliches Bindungsverhalten. Sie bleiben in der Regel bei Wiederkehr der Bezugsperson an ihrem Platz. Manchmal folgen sie der Person mit den Augen, wenn diese den Raum verlässt. Kehrt die Bindungsperson zurück, wollen sie nicht auf den Arm genommen werden bzw. getröstet werden. Werden die Signale des Kindes mal zuverlässig und feinfühlig, dann wieder eher mit Zurückweisung und Ablehnung reagiert, so entwickelt sich mit hoher Wahrscheinlichkeit ein unsicher ambivalentes Bindungsmuster.

Diese Kinder zeigen nach der Trennung den größten Stress und weinen heftig und häufig. Nach der Rückkehr der Mutter können sie dann kaum beruhigt werden. Wenn sie von ihrer Mutter auf den Arm genommen werden, drücken sie einerseits den Wunsch nach Nähe und Körperkontakt aus, andererseits reagieren sie aggressiv der Mutter gegenüber (ebd. S. 55 f.).

Neben den Verhaltensweisen, die zu den o.g. Reaktionen führten, fand **Ainsworth** auch Verhaltensweisen aufgrund der sie ein neues Bindungsmuster, das als desorganisiertes Muster bezeichnet wird, eingeführt. Dieses Desorganisationsmuster stellt zu den drei bereits bekannten Bindungsmustern eine weitere Codierung dar. Auch sicher gebundene Kinder können dieses desorganisierte Verhalten in kleinen Frequenzen zeigen. Sie laufen auf die Mutter zu, bleiben etwa auf der Hälfte des Weges stehen und drehen sich um und laufen von der Mutter weg. Zudem beobachtet man stereotype Verhaltens- und Bewegungsmuster. Diese Muster werden so interpretiert, dass das Bindungssystem dieser Kinder zwar aktiviert ist, ihr Bindungsverhalten aber nicht in ausreichende konstante und eindeutige Verhaltensmuster äußert.

Dieses oben genannte Desorganisationsverhalten wurde sowohl überwiegend bei Kindern aus klinischen Risikogruppen als auch bei Kindern, deren Eltern selbst traumatisierte Erfahrungen, wie z.B. Verlust- und Trennungsängste, Misshandlungen sowie Missbrauch mit in die Beziehung zum Kind einbrachten. Je höher die Risikobelastung ist, in der die Interaktionen mit den Kindern einfließt, desto ausgeprägter und häufiger können auch die desorganisierten Verhaltensweisen sein. Das Temperament und/oder die genetisch bedingten Verhaltenseigen- und Bereitschaften des Kindes im ersten Lebensjahr leisten einen Beitrag zur Mutter-Kind-Interaktion und zum interaktionellen Geschehen in der fremden Situation. Der Säugling bildet im Lauf des ersten Lebensjahres eine Hierarchie von Bindungen. Die Rangfolge bildet das Kind nach der Verfügbarkeit und dem Ausmaß der erlebten Trennungsängste in Verbindung mit diesen Bezugspersonen. So kann das Kind z.B. bei der Mutter ein sicheres Bindungsverhalten zeigen, beim Vater jedoch ein unsicher ambivalentes Bindungsmuster. Das Kind entwickelt innere Arbeitsmodelle. Darunter versteht man die sogenannten Bindungsrepräsentatoren, die mit Bindung verbundenen Erfahrungen, Gefühlen und Einstellung sowohl mit bewussten als auch mit unbewussten Anteilen. Diese Repräsentatoren entwickeln sich aus den Interaktionen des Kindes mit den Bezugspersonen, wie es z.B. seinem Bedürfnis nach Schutz oder Nähe beantwortet bekommen hat, und welche Erfahrungen es insgesamt gemacht hat.

Bindung und Trennung

Für Säuglinge und Kleinkinder stellt bereits das Verlassen des Raumes eine Trennungssituation dar. Unter der Voraussetzung eines quantitativen und qualitativ ausreichenden Bindungsangebotes können Kinder altersangemessene Trennungen gut für ihre Entwicklung nutzen. Entscheidend für die Bewältigung von Trennung ist, dass eine Bezugsperson kontinuierlich zur Verfügung steht. Weiterhin spielt die Vorgeschichte des Kindes, insbesondere im Hinblick auf frühere Trennungserfahrungen und die Qualität der Ersatzbeziehungen eine wichtige Rolle. Insgesamt hängt die Bedeutung der Trennung davon ab, wie

groß der Verlust ist, welche Ängste dadurch reaktiviert werden, wie tragfähig die neue Beziehung ist und inwiefern es gelingt für den Zusammenhang von altem und neuem Zustand einen lebensgeschichtlichen Sinn zu erschließen.

Bindung und Trennung von Pflegekindern

Jedes Pflegekind hat mindestens eine Trennung von seiner Herkunftsfamilie und/oder der ihm vertraute Personen erlebt. Die Bewältigung der Trennung ist für das Kind sehr belastend. Das Bindungssystem wird aktiviert. Es möchte Nähe zu seiner bisherigen Bezugsperson herstellen. Da dies allerdings nicht möglich ist, stellt sich der oftmals mehr oder weniger schmerzhaft Trennungsprozess ein. Der o.g. Trennungsprozess läuft oftmals in verschiedenen Phasen ab. Anfangs weint das Kind häufig und drückt so seinen Protest gegen die Trennung aus. Den Widerstand gegen die neue Bezugspersonen zeigt es, indem es sich nur schwer trösten lässt. Anstelle dessen klammert es sich z.B. an sein Lieblingskuscheltier oder Spielzeug.

Lebt das Kind bereits über einen längeren Zeitraum (das können mehrere Tage bis hin zu mehreren Wochen sein) in der Pflegefamilie, so beginnt langsam die Ablösung von der „alten“ Bezugsperson. Hat das Kind sichere Bindungserfahrungen gemacht, kann es Trennungen besser verarbeiten, als Kinder die Bindungsunsicherheiten erfahren haben. Für die Trennungsqualität ist ein sogenannter gleitender Übergang mit einer Gestaltung des Abschieds von großer Wichtigkeit. Bei Kindern, die bei ihren Eltern gelebt haben, hat sich immer eine Beziehung entwickelt. Auch wenn viele Probleme und Schwierigkeiten wie Alleinsein oder gar Misshandlungen erlebt haben. Des Weiteren hilft es dem Kind, das Gefühl ein gewisses Maß an Kontrolle über die Situation zu haben. Häufig meinen Kinder, dass sie selbst oder gar ihr Verhalten (z.B. ich war nicht lieb genug) für die Trennung der Herkunftsfamilie verantwortlich sind. Wichtig ist es den Kindern zu erklären, dass sie nicht die Trennung verursacht haben. Damit die Kinder diese Trennung möglichst gut verarbeiten können, muss die Pflegefamilie in einer einfühlsamen Art und Weise ein Klima schaffen, in dem das Kind auch seine negativen Gefühle wie Trauer, Wut und Angst zeigen kann. Zumal es ein „guter Nährboden“ für den neuen Bindungsaufbau ist. Denn positive Bindungen, auch wenn es sekundäre Bindungen sind, sind hohe Schutzfaktoren für das positive Aufwachsen des Kindes. Der Aufbau neuer Beziehungen kann ein langer Prozess sein. Der Zeitfaktor spielt dabei eine wichtige Rolle. Doch je jünger das Kind bei der Unterbringung in der Pflegefamilie ist, desto kürzer ist wahrscheinlich die Zeit, die ausreicht, damit das Kind neue Bindungen zu den Pflegeeltern aufbauen kann.

Grenzen und Kritik an der Bindungstheorie nach Bowlby

Trotz des Erfolges stößt die Bindungstheorie nach **Bowlby** an Grenzen und wird in verschiedenen Punkten kritisiert.

So beschreibt er, in welchen Phasen sich Bindung entwickelt. Hier stößt die Bindungstheorie an ihre Grenzen. Denn diese Entwicklung lässt sich nicht auf die Beziehungsentwicklung in der Pflegefamilie übertragen, da jedes Pflegekind

mindestens einen Bindungsabbruch erlebt hat. Eine Ausnahme liegt vor, wenn ein Kind direkt nach der Geburt in einer anderen Familie aufwächst.

Die Bindungsqualitäten werden vorwiegend in Laboren und somit nicht unter natürlichen Bedingungen untersucht, zumal sich die Untersuchungen auf Bindungsqualitäten zwischen Müttern und Kindern zentrieren, und die zwischen Kindern und Vätern außer Acht gelassen werden. Gleiches gilt für die Untersuchung der Wechselwirkungen der Beziehung der Kinder zwischen Vätern und Müttern.

Ob die Bindung zwischen Kindern und Vätern aus biologischen oder gesellschaftlichen Gründen z. B. durch die veränderte Arbeitsteilung zwischen Mann und Frau in den letzten 20 Jahren in den Hintergrund getreten ist, wurde ebenfalls nicht untersucht.

Realistisch betrachtet ist es wahrscheinlicher, dass sich bestimmte Bindungstypen überlagern, da die Bindungsangebote der Eltern aufgrund verschiedener Umweltfaktoren variieren und somit die Kinder im Laufe ihrer Sozialisation mit allen vier Bindungstypen ihre Erfahrungen machen. Des Weiteren ist zu kritisieren, dass die Bindungsforschung explizit die positiven Aspekte der Bindung erforscht und das Fehlen von emotionalen Bindungen als negativ bewertet. Tatsache ist jedoch, dass Trennung, Verzicht und Verlust zum Leben gehören und die Bewältigung dessen gelernt werden muss. Hier findet der protektive Effekt von positiv erlebten Verlusten, bei denen eben auch stärkende Bindungen während dieser Phase vorhanden sein können, keine angemessene Berücksichtigung (vgl. Osten 2000, S. 174 ff).

Erfolgreich bewältigte Konflikte und Verluste sind aber einer der stärksten Faktoren eines guten Selbstvertrauens und Selbstwertgefühls. Von daher treffen auch die longitudinalen, linear-kausalen Abteilungen der Bindungstheorie die Wirklichkeit nur teilweise; ob das Fehlen einer stabilen Bindung oder eine pathologische Bindung zur Psychopathologie des Kindes führt, hängt von der Interaktion von Risiko-, Defizit- und protektiven Faktoren ab (ebd. S. 176).

3.5 Prozess der Integration von Kindern in Pflegefamilien

Nienstedt und Westermann (vgl. 1995, S. 43 ff) haben den Prozess der Integration von Kindern in Pflegefamilien untersucht. Die Phasen der Integration werden hier kurz dargelegt. Wobei Phasenmodelle immer die Schwierigkeit einer normativen Festschreibung haben. Es kann aber auch ganz anders sein. Das gilt es zu beachten.

1. Die Anpassungsphase

Mit der Aufnahme des Pflegekindes ist dessen Unsicherheit sehr groß. Deshalb bemüht es sich, in der Anpassungsphase die Erwartung der Pflegefamilie zu erfüllen.

Das Pflegekind passt sich den Normen und Werten so sehr an, dass es seinen „neuen“ Eltern die Wünsche von „den Augen“ abliest. Dies ist für das Kind sehr anstrengend. Das Kind "funktioniert". Seine eigenen Ängste und Aggressionen werden kaum sichtbar. Dieses überangepasste Verhalten dient nicht dazu, einen guten Eindruck auf seine Pflegeeltern zu machen, sondern Orientierung und Sicherheit in einen für ihn neues Terrain zu gewinnen. „Das gute Funktionieren“ wird oftmals nicht als vorübergehendes Phänomen gesehen. Die Pflegeeltern nehmen an, dass das Kind gut in die Familie passt und dass es seine „neuen Eltern“ akzeptiert. Die Dauer der Anpassungsphase kann bei Kleinkindern Wochen bis zu Monaten und bei älteren Kindern etwa ein bis max. zwei Jahre andauern.

2. Die Phase der Konfliktwiederholung

Je mehr Vertrauen das Kind zu den Pflegeeltern gewonnen hat, desto größer ist die Sicherheit in der neuen Situation. Es beginnt die Phase der Konfliktwiederholung. *Diese muss aber nicht notwendiger Weise eintreten.* Wird sie erwartet, können diese Erwartung auch das Eintreten in dysfunktionaler Weise erhöhen. Alte Erfahrungen und Konflikte müssen oft, aber nicht immer noch einmal bearbeitet werden. Das Kind sucht nach Grenzen, die in der Pflegefamilie gelten. Das Kind provoziert alle Beteiligten. Durch die gewonnene Sicherheit beginnt es seine Beziehung zu den Pflegeeltern entsprechend seinen früheren Erfahrungen nach alten Mustern zu gestalten. Das Kind fängt an, die an seine Herkunftsfamilie gebundenen Gefühle und Erwartungen in der Pflegefamilie zu wiederholen und zu reinszenieren. Es besteht die Gefahr, dass Pflegeeltern mit Hilflosigkeit, Ablehnung oder Abwehr reagieren, da sie das Verhalten des Kindes nicht verstehen.

Kennen die Pflegeeltern jedoch die Geschichte des Kindes und sind über die o.g. Übertragungsphänomene informiert, so können sie die Reaktion des Kindes besser verstehen, einordnen und distanzierter betrachten. Wenn Pflegeeltern sich unterstützend und einführend verhalten, anstatt abzublocken, beginnt das Kind unter Umständen seine Geschichte zu erzählen und so kann es sich besser mit ihr auseinandersetzen.

Somit kann es dann auch besser zwischen seinen vergangenen und seinen gegenwärtigen Beziehungen und Erfahrungen unterscheiden. Dann kann sich das Kind auf neue Beziehungen besser einlassen.

3. Die Phase des Aufbaus neuer Beziehungen/Regressionsphase

Die Phase zeigt die Entstehung einer neuen Eltern-Kind-Beziehung. Für das Kind ist es wichtig, dass es die Möglichkeit hat zu regredieren z.B. Baby spielen und auf den Arm genommen und gekuschelt zu werden. Dies gilt auch für ältere Kinder. Dieses o.g. Verhalten dient zum einen der Angstabwehr, in dem es bei der Pflegemutter z.B. Bemutterungsverhalten auslöst. Zum anderen ermöglicht es dem Kind Regression, dass es noch mal Bindungen wie ein kleines Kind

aufbauen kann. Der Neuaufbau von Bindungen erfolgt dabei in den gleichen Entwicklungsschritten wie sie für die frühkindliche Entwicklung charakteristisch sind. Durch die Identifikation mit den Pflegeeltern, der Definition der eigenen Rolle im Familiensystem und dem Zugehörigkeitsgefühl wird ermöglicht, dass das Kind seine Handlungsspielräume erweitert und z.B. außerhalb der Familie neue differenzierte Beziehungen aufbauen kann.

3.5.1 Problemlagen der zu vermittelnden Kinder

Das Kind wird nicht als Pflegekind geboren, sondern es wird durch die Herausnahme aus seiner Herkunftsfamilie und die anschließende Unterbringung in einer Pflegefamilie zu einem Pflegekind gemacht. Somit sind Pflegekinder Kinder, mit einer besonderen Vergangenheit und Biographie. Wie bereits beschrieben, sind die Herkunftseltern nicht ausreichend in der Lage, ihre Kinder zu versorgen bzw. zu erziehen. Neben psychischen Erkrankungen und anderen gravierenden Schicksalsschlägen befindet sich die Mehrzahl der Herkunftseltern nicht nur vorübergehend, sondern permanent in einer schwierigen Lage. Die Ursache hierfür liegt häufig in der eigenen Kindheit. Gestörte Bindungen, Misshandlungs- und Missbrauchserfahrungen, mangelnde Versorgung sowohl auf emotionaler als auch auf körperlicher Ebene sowie mangelnde Förderung sind nur einige Gründe, warum sie ihren eigenen Kinder die mangelnde Versorgung, Erziehung zuteil werden lassen. Das Sprichwort sagt schon, was Hänschen nicht lernt, lernt Hans nimmer mehr. Kommt es dann zu einer Unterbringung, sind in der Regel ambulante familienstützende Jugendhilfemaßnahmen gescheitert oder haben sich als nicht ausreichend erwiesen. Für Kinder und Jugendliche ist die Herausnahme aus der Herkunftsfamilie eine sehr einschneidende und für weiteres Leben prägende Erfahrung. Deshalb darf eine Fremdunterbringung von Kindern erst nach Ausschöpfung aller familienunterstützenden ambulanten und teilstationären Hilfen zum Einsatz kommen. Es liegt auf der Hand, dass Pflegekinder im Vergleich zu Kindern, die in ihren Herkunftsfamilien aufwachsen, erheblichen größeren Schicksalsrisiken ausgesetzt sind. Pflegeeltern müssen sich vor der Aufnahme ihres Kindes in ihrer Familie darüber im Klaren sein, dass sie eine besonders schwierige und verantwortungsvolle Aufgabe übernehmen. Ein Aspekt ist, dass diese Kinder in ihrer Bindungserfahrung Mangel erlitten haben. Diese bisherigen erlebten Strukturen werden häufig auf die Pflegeeltern übertragen (siehe Phase der Integration/Anpassungsphase). Ebenso zeigen viele Pflegekinder Ängste bedingt durch den Verlust von Schutz und Sicherheit, verursacht z.B. durch die frühe Erfahrung des Verlassenswerden durch Beziehungsabbrüche, Trennungen, psychische und physische Gewalt sowie Vernachlässigungen. Diese o.g. Faktoren können sich traumatisierend auf die Kinder auswirken. Sie fühlen sich einsam, hilflos, machtlos und verlassen. Die sind der Meinung, dass sie nichts wert sind und die Strafe ver-

dienen und folglich Schuld daran sind, ihre Herkunftsfamilie verlassen zu müssen und in einer Pflegefamilie zu leben. Die Praxis zeigt, dass traditionelle Pflegefamilien tendenziell zunehmend überfordert werden, so dass die Inanspruchnahme professioneller Hilfen angezeigt ist.

3.5.2 Abbrüche

Gründe von Abbrüchen von Pflegeverhältnissen sind sehr vielschichtig. Die Gründe können in einer Fehlvermittlung liegen oder auch darin, dass die Pflegeeltern den zunehmenden Belastungen nicht mehr gewachsen sind. Es kann auch sein, dass sich die Bedürfnisse der Pflegekinder soweit gewandelt haben, dass sie sich in der Pflegefamilie nicht mehr erfüllen lassen, ohne dass dies schon vorab erkennbar war.

Im Folgenden werden weitere Abbruchgründe kurz aufgeführt:

Beziehungslosigkeit der Kinder

Einige Kinder sind nicht der in der Lage, tiefgehende emotionale Bindungen einzugehen. Sie können sich nicht in der Pflegefamilie integrieren

Pubertätsbedingte Schwierigkeiten

Viele Pflegeeltern fühlen sich mit den auftretenden pubertätsbedingten Schwierigkeiten überfordert und sehen sich nicht mehr in der Lage, mit dem Problem fertig zu werden. Viele adhoc-Vermittlungen führen in der Pubertät zu Abbrüchen, weil einige Pflegeeltern ein Kind aus Mitleid und nicht aus Zuneigung aufgenommen haben.

Elternkontakte

Die Intensität der Elternkontakte kann dauerhaft ein Pflegeverhältnis stören bzw. verhindern, dass die Pflegeeltern und Kind sich emotional annähern und eine tiefgehende Beziehung aufbauen können.

In seltenen Fällen, in denen aus angemessenen Motiven (z.B. aus finanziellem Grund) ein Pflegekind aufgenommen wurde, zeichnet sich bei zunehmenden Problemen ab, dass die Bereitschaft abnimmt, sich mit dem Kind und dessen Problematik auseinander zu setzen.

So testen alle Kinder die Grenzen ihrer Eltern und spüren, wann sie diese erreicht haben. Dadurch erhalten sie Orientierung und Sicherheit. Bei Pflegekindern fehlt oft diese Sicherheit und Orientierung. Bedingt durch die o.g. Verhaltenserfahrungen ist das Kind darauf angewiesen, die Grenzen der Pflegeeltern extrem zu testen und die Beziehung zwischen ihnen immer wieder in Frage zu stellen. Dies führt zu besonderen Belastungen für alle Beteiligten. Im Interesse des Kindes ist es wichtig, dass alle Beteiligten ihre Emotionen ausdrücken dür-

fen und in der Lage bleiben zu handeln. Bei allen Schwierigkeiten ist es wichtig, dass sich die Pflegeeltern genau überlegen, in welcher Form sie von dem Kind Abschied nehmen wollen und wie dieser Abschied für das Kind positiv und annehmbar gestaltet werden kann. Dies ist häufig nur mit fachlicher Unterstützung möglich, zumal die Konflikte reflektiert und die Ursachen erkannt werden sollen. Denn nur, wer die Konfliktursache erkennt, kann handlungsfähig bleiben.

Die Beendigung des Pflegeverhältnisses sollte kein spontaner Entschluss sein. Vielmehr soll es die Konsequenz aus einem mit fachlicher Hilfe geführten Prozess der Veränderung sein, an dem alle beteiligt sind. Denn dann bedeutet der Abbruch des Pflegeverhältnisses nicht Versagen, sondern die Möglichkeit einer Veränderung im Interesse aller Beteiligten.

Des Weiteren stellt sich die Frage, ob nach Beendigung des Pflegeverhältnisses, Kontakte zwischen der Pflegefamilie und dem Kind stattfinden sollen und wenn ja, in welcher Form. Dies sollte frühzeitig erörtert werden.

Häufig äußern Laien, dass ein Abbruch eines Pflegeverhältnisses auf keinen Fall vorkommen darf. Die Praxis zeigt jedoch, dass dies falsch, unrealistisch und unfachlich ist, da Veränderungen und damit hier ein Neuanfang im Interesse des Kindes sein kann, denn eine Zwangsgemeinschaft nutzt niemandem etwas. Um jedoch ein Scheitern des Pflegeverhältnisses weitgehend ausschließen zu können, ist eine sorgfältige und qualifizierte Vorbereitung, Vermittlung und Begleitung sowie Beratung von Pflegeverhältnissen notwendig und sehr wichtig.

3.6 Beratungsangebot

Nachfolgend werden die Wirkfaktoren der Integrativen Beratung in der Arbeit des Pflegekinderdienstes anhand eines ausgewählten Prozessbeispiels erläutert:

Alex, geboren Mitte 1986, lernte ich kennen, als sie bereits seit fast sechs Jahren als Dauerpflegekind bei Familie G. lebte.

Grund der in Pflegegabe war der Tod der Mutter. Eheleute G. waren bereit, Alex als Dauerpflegekind in ihrem Haushalt aufzunehmen. Die Kindesmutter hatte dies bereits testamentarisch verfügt. Laut Aktenlage war Alex in der Familie gut integriert und hatte eine gute Beziehung zu der Pflegefamilie aufgebaut. Inwieweit eine Trauerverarbeitung stattgefunden hat, ist der Akte nicht zu entnehmen.

Ich lernte Alex bei einem Hausbesuch im März 2000 kennen und hatte von Anfang an das Gefühl, dass die emotionale Beziehung zwischen den Pflegeeltern und Alex gestört war. Ich konnte dieses Gefühl allerdings nicht formulieren, da es laut allen Beteiligten keine Probleme - bis auf kleine Reibereien - gab, fragte ich mich, ob die Familie ein Problem mit mir persönlich hatte oder in der Ausführung meiner Funktion. Auch während der nachfolgenden Gespräche, die ich mit der gesamten Familie oder aber mit Alex alleine führte, verstärkte sich mein

erster Eindruck einer schwierigen Familienkonstellation. Mein Angebot, welches ich ohne Beisein der Pflegeeltern machte, mich in meinem Büro aufzusuchen oder mich anzurufen, wurde bis Ende Juni 2002 von Alex nicht wahrgenommen. Ende Juni 2002 erschien Alex unangemeldet in meinem Büro. Sie teilte mir mit, dass ihre Pflegefamilie G. zum August eine kleinere Wohnung angemietet hätte. Da die Wohnung kleiner sei als die vorherige, könne sie nicht mit umziehen. Außerdem wollte sie nicht mehr mit in die andere Wohnung ziehen, sondern in einer eigenen Wohnung leben. Ich war mir nicht im Klaren darüber, ob Alex wirklich nicht mehr in ihrer Familie leben könne, oder ob sie eine Möglichkeit suche, alleine zu leben. Nur wenn eine Indikation auf „Hilfe auf Erziehung“ besteht, finanziert das Jugendamt die Maßnahme – hier, die eigene Wohnung in Verbindung mit pädagogischer Betreuung. Ich erklärte Alex, dass sie eine eigene Wohnung noch nicht beziehen könne, da sie zu jung sei. Ich brachte dennoch deutlich zum Ausdruck, dass ich bereits von Beginn an das Gefühl hatte, dass in der Familie erhebliche Probleme bestehen, die jedoch in meiner Gegenwart nie angesprochen wurden.

Als ich Alex dann fragte, welche Probleme es denn nun wirklich in der Familie gebe, berichtete sie, dass der Umzug nur der „Tropfen auf dem heißen Stein“ sei. Sie halte es dort nicht mehr aus, denn es gäbe dort nur Probleme. Alex schilderte mir ausführlich ihre Probleme in der Familie.

Auf meine Frage hin, warum sie sich nicht früher an mich gewandt habe, antwortete Alex, daß die Pflegefamilie ihr Angst gemacht hätte, indem sie ihr sagten, daß sie in ein Kinderheim mit riesigem Schlafsaal "gesteckt" würde, und dort keine Rechte sondern nur Pflichten hätte. Und vertrauen könne sie mir so wie so nicht, da "die vom Jugendamt" sowieso lügen. Sie wollte mich anrufen, aber sie habe sich aufgrund der Schilderungen seitens der Familie G. nicht getraut mich anzurufen.

Ich klärte Alex über die heutigen Unterbringungsformen in Heimen für Kinder und Jugendliche auf.

Zudem versprach ich ihr, sie nicht einfach in einem Heim unterzubringen, sondern sie mit in die Planung und Durchführung im Rahmen der Möglichkeiten mit einzubeziehen. Sie war sichtlich erleichtert und sagte mir, dass sie doch gewusst habe, dass sie mir vertrauen kann.

Durch mein Zuhören, **meine Wertschätzung** und mein **einführendes Verstehen, durch meine Empathie (EV)**, sowie durch meine **emotionale Annahme und Stütze in Form von Akzeptanz**, positiver **Ermutigung (ES)** und Ehrlichkeit wurde eine Basis für die zukünftige positive Zusammenarbeit geschaffen.

Im Anschluss an das Gespräch rief sowohl Herr G. als auch Frau G. an (beide haben ein eigenes Handy), um den Sachverhalt zu klären. Frau G. teilte mir mit, und zwar in einem sehr barschen Ton, dass sie zum August umziehe und Alex nicht mehr mitnehmen wolle. Sie müsse nun alleine zusehen, wie sie klar komme. Aufgrund dessen wurde mit allen Beteiligten, auch mit Herrn L., dem zuständigen Sozialarbeiter, ein Termin vereinbart.

Anfang Juli stürzte Herr G. bereits eine halbe Stunde vor dem vereinbarten Termin in mein Büro. Ich telefonierte gerade. Er schrie mich an, dass ich aufhören solle zu telefonieren, da er keine Zeit habe. Ich machte Herrn G. darauf

aufmerksam, dass ich gerade telefoniere und unser vereinbarter Termin erst eine halbe Stunde später anberaumt sei. Daraufhin knallte er die Türe zu, riss sie wieder auf und verlangte von mir eine neue Terminvereinbarung, da er keine Zeit habe. Daraufhin rannte er türenknallend wieder raus. Ich beendete daraufhin das Telefonat, da es nicht mehr möglich war, in Ruhe weiter zu telefonieren. Ich bat alle beteiligten Familienmitglieder in mein Büro, um alles möglichst in Ruhe zu besprechen. In diesem Moment erschien der Bezirkskollege Herr L. In dem Gespräch betonte Frau G. mit einem sehr aggressiven Unterton, dass Alex nicht mehr bei ihnen wohnen könne, da sie sich nicht an die familiäre Regelungen halte. Es wäre kein Zusammenleben mehr mit ihr möglich. Auf die Frage des Grundes antwortete Frau G., dass sie Alex lange genug „durchgefüttert“ hätten, hätten sie gewusst, dass es so wenig Pflegegeld erhalten, hätten sie Alex nicht aufgenommen.

Außerdem sollen wir uns um die Möbel kümmern, da sie diese sonst auf die Strasse stellen würden. Herr L. und ich erklärten der Familie, dass wir keine Unterbringungsmöglichkeiten bzw. kein Möbellager haben. Als die Eheleute noch einmal darauf hinwiesen, dass sie Alex Möbel auf die Strasse stellen wollen, erklärten sich Herr L. und ich dazu bereit, uns um eine Möglichkeit der Möbelunterbringung zu kümmern.

Der Versuch seitens der Fachleute eine positive Zusammenarbeit zu erlangen, scheiterte, da die Eheleute G. nicht mehr gesprächsbereit waren.

Als die Eheleute gegangen sind und die Räumlichkeiten verlassen hatten, wurde mit Alex besprochen, welche Möglichkeiten der Unterbringung es für sie gäbe. Ich unterbreitete ihr den Vorschlag, mehrere Heime mit ihr zu besuchen, die für sie eventuell in Frage kämen. Ich erklärte ihr, dass die Intensität der Betreuung variiert, so dass eine individuelle Betreuungsform für sie möglich sei.

Alex gab uns zu verstehen, dass sie Schuldgefühle habe, da sie sich nicht genug an die Familie angepasst habe. Aber sie könnte nicht mehr so weiter leben. Sie weinte heftig. Wir gaben ihr zu verstehen, dass sie keineswegs schuldig an der jetzigen Situation zwischen ihr und Familie G. sei.

Alex erzählte uns nochmals unter Tränen von ihrer derzeitigen Lebenssituation bei Familie K. und sprach uns gegenüber ihr Vertauen aus. Alle Beteiligten vertraten die Meinung, dass Alex nicht mehr lange in dieser Familie leben kann.

Bedingt durch das Mitgefühl (ES), die Akzeptanz (EV), die Empathie (EV), die Aufmunterung, dem Trost, die Stütze und Annahme (ES) und die Solidaritätserfahrung (SE) konnte Alex ihre Gefühle zulassen, zeigen und aussprechen (EA). Dies führte neben dem gewonnenen Vertauen, dem sich Verstanden und Gesehen fühlen (EV) zu einer emotionalen Entlastung (EA) und einer positiveren und zuversichtlicheren Zukunftsperspektive (PZ), zumal sie feststellte, dass sie nicht alleine mit ihren Problemen fertig werden musste, sondern unterstützt würde (SE).

Einen Tag später besuchte ich Familie K. wegen eines anderen Pflegekindes. Auf dem Weg zu dieser Familie hatte ich die Intuition, dass Alex gut in dieser Familie leben könne, da ich erstens der Meinung war, dass diese Familie sie so annehmen könne, wie sie ist, zweitens ihr Hilfestellungen bei einer realitätsge-

rechten Perspektive bieten könne und drittens sie nicht von Alex eine emotionale enge Bindung erwarten würden, da sie fast 16 Jahre alt war. Ich sprach Familie K. daraufhin an, und sie baten um einige Tage Bedenkzeit. Frau K. rief mich drei Tage später an und bat um einen Vorstellungstermin mit Alex. Ich telefonierte mit Alex und unterbreitete ihr den neuen Vorschlag.

Einige Tage später telefonierte ich mit vier Kinderheimen, zwei davon waren „voll ausgebucht“. Mit den anderen beiden Heimen vereinbarte ich Termine. Mitte Juli 2002 besuchte ich mit Alex die beiden Kinderheime, in denen Aufnahmekapazitäten vorhanden waren. Daraufhin ließ ich ihr erst einmal Bedenkzeit. Wieder einige Tage später besuchte ich mit Alex Familie K.. Ich ließ ihr wieder einige Tage Bedenkzeit. Alex rief nach zwei Tagen von sich aus an und erklärte, dass sie in der Pflegefamilie leben möchte. Also besuchte Alex die Familie K.. Als alle Beteiligten der Ansicht waren, dass die „Chemie“ harmonisierte, besuchte Alex die Familie K. regelmäßig, bis zu dem Zeitpunkt als alle Beteiligten sich vorstellen konnten, gemeinsam in einem Haushalt leben zu können. Da die Eheleute G. zeitnah umziehen wollten, sollten Alex Möbel und persönliche Dinge schnellstmöglich bei Familie K. untergebracht werden. Der Umzug zur Familie K. erfolgte in einer positiven Atmosphäre. Alle Familienmitglieder halfen und packten tatkräftig an.

Folgende Wirkfaktoren können hier benannt werden:

Solidaritätserfahrung (**SE**), das Schaffen von Netzwerken (**TN**), Förderung des persönlichen Wertebezugs (**PI**), die Förderung der Entscheidungskraft, die Förderung des Sinnerlebens und der Evidenzerfahrung (**EE**), das praktische und tatkräftige Angebot und die Umsetzung bei des Umzuges (**LH**) sowie eine positive Zukunftsperspektive (**PZ**) und Vertrauen in Bezugspersonen.

In den drauffolgenden Monaten besuchte ich Familie K. regelmäßig. Alle Familienmitglieder waren jeweils anwesend. Alex fühlte sich sichtlich wohl bei Familie K.. Bei jedem Besuchkontakt beteuerte Alex, wie glücklich sie in der Familie sei. Natürlich gäbe es Probleme. Diese werden dann allerdings diskutiert und gemeinsam besprochen. Außerdem fühle sie sich so angenommen und gesehen wie sie sei. Sie müsse sich nicht verstellen und könne - insbesondere mit Frau K.- über alles reden, was sie bewege und ihre positiven wie negativen Gefühle zeigen, ohne sich zu schämen.

Mittlerweile ist Alex in eine eigene Wohnung gezogen. Sie wurde von Familie K. in allen Lebenslagen positiv unterstützt. Sie hat zu Familie K. einen intensiven und regelmäßigen Kontakt.

Die Wirkfaktoren, die Familie K. Alex anboten, sind wie folgt:

- Empathie / Emotionales Verstehen (**EV**)
- Emotionale Annahme und Stütze (**ES**)
- Erarbeitung von positiven Zukunftsperspektiven und Erwartungshorizonten (**PZ**)

- Hilfen bei der praktischen Lebensbewältigung (**LH**)
- Förderung emotionalen Ausdrucks und volitiver Entscheidungskraft (**EA**)
- Förderung von Einsicht / Sinnerleben und Evidenzerfahrung (**EE**)
- Förderung kommunikativer Kompetenz und Beziehungsfähigkeit (**KK**)
- Förderung kreativer Erlebnisfähigkeiten und Gestaltungskräften (**KG**)
- Förderung eines persönlichen Wertebezuges / eines prägnanten Identitätslebens (**PI**)
- Förderung von Lernmöglichkeiten und Interessen (**LM**)
- Förderung tragfähiger sozialer Netze (**TN**)
- Ermöglichung von Solidaritätserfahrungen (**SE**).

Dieses Prozessbeispiel ist ein gutes Beispiel dafür, wie wichtig es ist, auf seine eigenen Intuitionen zu hören. Durch das Leben in der selbstgewählten Pflegefamilie konnte Alex Förderung und Hilfestellungen im Sinne der therapeutischen Wirkfaktoren erleben und erlernen und eine positive Entwicklung ermöglichen, die in der „alten“ Pflegefamilie mit einer hohen Wahrscheinlichkeit nicht möglich gewesen wäre.

4. Praxisfeld II: Schulsozialarbeit an der Förderschule mit dem Förderschwerpunkt Lernen

Schule hat einen hohen Stellenwert in der Biografie von Heranwachsenden. Kinder und Jugendliche haben einen legitimen Anspruch auf eine gute Schule, die ihren spezifischen Bedürfnissen und Erwartungen gerecht wird. In einer entsprechenden Lehr- und Lernkultur sollte die individuelle Förderung der Schüler im Mittelpunkt stehen. Zu den Bildungszielen gehören grundlegend auch soziale Kompetenzen, die mit den herkömmlichen Methoden des Schulunterrichts nicht zu vermitteln sind. Schule ist Lebensort für Kinder und Jugendliche und muss ihr Angebot dementsprechend gestalten. Die Jugendhilfe muss sich demgegenüber angesichts der wachsenden Bedeutung von Bildung für Lebenschancen in die Gestaltung von Bildungsprozessen einbringen. Ihr Konzept der Lebensweltorientierung macht sie zu einem unverzichtbaren Partner der Schule.

Schülerorientierte Sozialarbeit an Schulen ist ein Bindeglied zwischen Jugendhilfe und Schule. Mit den Methoden Einzelfallarbeit, psychosoziale Familienberatung, Gruppenarbeit und Netzwerkarbeit greift die Schulsozialarbeit die Probleme marginalisierter Kinder und Jugendlicher auf. Darüber hinaus muss sie mit

den "Problemkindern" umgehen, die die Schule selbst produziert ("Versager", "Schwänzer", "Aggressive").

Im Folgenden wird zunächst das Arbeitsfeld der Schulsozialarbeit an einer Förderschule (Förderschwerpunkt Lernen) mit seinen Rahmenbedingungen und Abläufen dargestellt und in seinen Wirkungen anhand eines Prozessbeispiels unter dem Blickwinkel integrativer Gestaltberatung beschrieben.

4.1 Institutionelle Rahmenbedingungen und konzeptionelle Grundgedanken

Schule und Jugendhilfe sind beides Sozialisationsinstanzen, die den gesetzlichen Auftrag haben, die Erziehung von Kindern und Jugendlichen zu fördern. In § 81, Nr. 1, verpflichtet das KJHG (Kinder- und Jugendhilfegesetz) deshalb die Träger der öffentlichen Jugendhilfe zur Zusammenarbeit (vgl. Münder 1999, S.617 f.).

Die Schulgesetze der Länder wiederum bestimmen, dass die Schule die Verantwortung der anderen Institutionen der Erziehung und Bildung zu berücksichtigen haben. Diese Gesetzesvorgaben bilden die Grundlage für einen Kooperationsauftrag der Jugendhilfe und Schule.

Schulsozialarbeit ist ein eigenständiges präventives Angebot der Jugendhilfe zur Förderung von Kindern und Jugendlichen im schulpflichtigen Alter. Sie begeben sich in das Lebensumfeld der jungen Menschen, indem sie direkt an der Schule angegliedert ist. An einem für Kinder und Jugendliche besondere wichtigen und prägenden Ort, an dem wesentliche Zukunftschancen eingeleitet bzw. festgelegt werden und an dem sich häufig vielschichtige Konflikte abspielen und Probleme auftreten.

Schulsozialarbeit ist somit ein spezifisches Angebot der Jugendhilfe, das sich von anderen Beratungs- und Hilfsformen unterscheidet. Sie wird innerhalb der Institution ‚Schule‘ tätig, ist jedoch nicht Teil der Schulhierarchie.

Sie kann und soll Schule zur kritischen Auseinandersetzung mit sich selbst und zur Öffnung und Kooperation mit außerschulischen Einrichtungen und Angeboten anregen.

Sie soll jugendhilfespezifische Problemkonstellationen erkennen, Konflikte möglichst frühzeitig bearbeiten, Verhaltensstörungen, Entwicklungsschädigungen und bestehende Belastungen bzw. Überbelastungen erkennen und bei deren Einschätzungen sowie der Entwicklung von Hilfsangeboten maßgeblich mitwirken.

Schulsozialarbeit beinhaltet demzufolge eine Zusammenfassung unterschiedlicher Aufgaben, wirkt als Bindeglied zwischen Schule und fachlicher Kompetenz der Jugendhilfe und beeinflusst die Mikro-, Makro- und Mesoebene durch spezifische Arbeitsstrategien und Interventionsmethoden. Ausgehend von einer

mehrperspektivischen Sichtweise leistet sie Netzwerkarbeit, Ressourcenmanagement, Copinghilfen sowie Prävention und bemüht sich um Erhaltung, Entwicklung und Restitution von Kompetenzen und Performances.

Die konkreten Rahmenbedingungen der Schulsozialarbeit an der Martin-Luther-King-Schule (Förderschule) lassen sich folgendermaßen skizzieren:

1. Personelle Ausstattung

Die Pädagogische Leitung erfolgt durch eine Diplom-Sozialpädagogin im Rahmen einer Vollzeitstelle.

2. Räumliche Bedingungen

Für die pädagogischen Aufgaben stehen ein Büro bzw. ein Beratungsraum und ein Gruppenraum zur Verfügung. Zusätzlich besteht die Möglichkeit zeitweise nach Absprache weitere schulische Räume wie Turnhalle, Schwimmbad, Werkraum, Küche zu nutzen.

3. Finanzierung

Finanzielle Mittel stehen über spezifische Haushaltsstellen des Jugendamtes zur Verfügung.

4. Schülerzahl, Alter und Zusammensetzung

Zur Zeit besuchen 231 Schüler im Alter von 6 bis 18 Jahren die Förderschule. Der Ausländeranteil beträgt 27 %.

5. Kollegium

Das Kollegium besteht aus 18 Lehrkräften.

6. Einzugsbereich

Der Einzugsbereich der Schule ist überwiegend ländlich und kleinstädtisch geprägt. Im unmittelbaren Umfeld sind verschiedene problembelastete Orts- bzw. Stadtteile mit schwacher Sozialstruktur vorhanden.

4.2 Problemlagen der Kinder, Jugendlichen und Eltern

Die formale Beschreibung der Zielgruppe einer Förderschule mit dem Förderschwerpunkt Lernen findet sich im Erlass des Kultusministeriums wie folgt:

Als sonderschulbedürftig lernbehindert gelten Schüler, die schwerwiegend, umfangreich und lang andauernd in ihrem Lernen beeinträchtigt sind, dadurch deutlich normabweichend Leistungs- und Verhaltensformen aufweisen und aus diesen Gründen in der allgemeinen Schule nicht hinreichend gefördert werden können (Kultusministerkonferenz 2000, S.299).

Im ICD-10 findet sich zur Zeit unter der Kategorie F 81.3 „kombinierte Störung schulischer Fertigkeiten“, eine schlecht definierte, unzureichend konzeptionalisierte Restkategorie für Störungen, bei denen sowohl Rechen- als auch Lese- oder Rechtschreibfertigkeiten deutlich beeinträchtigt sind. Die Störungen sind jedoch nicht allein durch eine allgemeine Intelligenzminderung oder eine unzureichende Beschulung zu erklären (vgl. Dilling u.a.1993, S.278 f.).

Dies bedeutet übersetzt, dass das Erscheinungsbild von Lernstörungen vielfältig ist und eine komplexe Bedingungsstruktur hat. Die integrative Beratung mit betroffenen Kindern, Jugendlichen und Eltern impliziert demnach eine mehrperspektivische und exzentrische sowie einen subjektzentrierten Ansatz.

Schulsozialarbeit an der Martin-Luther-King-Schule ist in erster Linie auf die Förderung von Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Bewältigung der Lebenswirklichkeit und deren Gestaltung gerichtet. Zu den vordringlichsten Aufgaben gehören:

- aufspüren der Ursachen von Problemen, Störungen und Verletzungen der emotionalen und sozialen Entwicklung
- eine diagnostische Einschätzung zu treffen
- die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass sich Kinder und Jugendliche mit ihrem Selbstkonzept, ihrem emotionalen Empfinden und ihrem sozialen Handeln auseinandersetzen können
- Fragen der Orientierung, Motivation, Selbstwertkrisen, subjektive „Theorien“, der Nähe und Distanz, des Beziehungsaufbaus, der Kooperation und des solidarischen Handelns zur Grundlage der Beratung zu machen
- die jungen Menschen und Eltern prozessorientiert in die Verantwortung für ihre Entscheidungen und für die Lösung ihrer eigenen Probleme zu nehmen
- Handlungsalternativen durch Problemanalyse und Lösungssuche in einem intersubjektiven Gesamtrahmen zu entwickeln und Entscheidungshilfen zu geben
- in Fällen tiefgreifender Störungen, Traumatisierungen oder Erkrankungen die Beratung in Zusammenarbeit mit psychologischen und psychiatrischen Einrichtungen zu koordinieren, bzw. zu vermitteln.

Die Integrative Beratung für Kinder, Jugendliche und Eltern im Rahmen prozessualer Diagnostik umfasst Entwicklungsprozesse und Interaktionsverläufe

auf der persönlichen, familiären, schulischen und gesellschaftlichen Ebene. Sie klärt, welches Verhalten bei Kindern und Jugendlichen in den verschiedenen Lebensbereichen wahrgenommen wird und welche möglichen Ursachen und Wechselwirkungen damit in Zusammenhang stehen könnten. Darüber hinaus sind auf jeder Ebene die Ressourcen und protektiven Faktoren zu beschreiben und zum Ausgangspunkt der Beratung bzw. Förderung zu machen.

> **Persönliche Ebene**

Familiäre und soziale Lebensbedingungen sowie das schulische Umfeld bedingen und beeinflussen u. a. persönliche Merkmale und Fähigkeiten. wie z.B.:

- Selbstwertgefühl
- Ich-Stärke
- Selbstverantwortung
- Entwicklung von Lebensmut und Zukunftsperspektive
- Realitätssinn.

Erfahrungen von Alleingelassensein, das Erleben von Angst und Hilflosigkeit, von Armut, sozialem Ausschluss, ebenso emotionale Überforderung, Trennungsängste oder sexueller Missbrauch können zu Selbstwertkrisen mit psychosozialen Verhaltensweisen wie Aggressivität, Regressivität oder Introvertiertheit führen.

Teilweise erkrankten Kinder und Jugendliche wiederholt bzw. reagieren mit psychosomatischen Symptomen der Erkrankungen. Sie geraten in Abhängigkeit von Drogen, suchen Kontakte zu Jugendsekten oder zu kriminellen Gruppen.

> **Familiäre Ebene**

Hohe Belastungs- und Überlastungsfaktoren innerhalb der Familie, im familiären Umfeld und den jeweiligen Lebensbedingungen stellen u.a. emotionale Verwahrlosung und Kälte, Mangel an Zuwendung und Versorgung, übersteigerte Gehorsams- und Leistungserwartungen, Drohungen und Gewalterfahrungen, Partnerschaftsprobleme, unaufgeklärte Familientabus bei Krankheit und Sucht, Straffälligkeit und Arbeitslosigkeit dar.

Weitere traumatisierende Ereignisse, wie schwere Unfälle, Vertreibung, Flucht und Tod können als Familienschicksale die Entwicklung eines Kindes einschränken oder blockieren.

> **Schulische Ebene**

Die schulische Leistungsfähigkeit der Kinder und Jugendlichen ist oft durch die Vielzahl nicht unterrichtsbezogener und zugleich kräftezehrender Interaktionsprozesse erheblich eingeschränkt. Teilweise zeigen sich Auswirkungen wie selbstverletzendes Verhalten, Vereinzelung, Verstöße gegen Regeln, Zerstörungen, Rückzug auf frühere Entwicklungsphasen etc..

> **Gesellschaftliche Ebene**

Finanzielle Notlagen in den Familien können in soziale Isolation führen, wodurch oft die Möglichkeit unterschiedliche soziale Erfahrungen zu sammeln und haltgebende Bindungen einzugehen sehr eingeschränkt wird.

Bieten Wohnsituation und Wohnumfeld keine hinreichenden Spiel- und Bewegungsräume, fehlen vor allem Bewegungs- und Gruppenerfahrung.

Es dominiert die Erfahrung aus „zweiter Hand“, also aus Fernsehen, Video und Spielcomputer.

Aggressions- und Gewaltbereitschaft in der Gesellschaft erschweren die pädagogischen Bemühungen, Konflikte gewaltfrei zu lösen, Toleranz gegenüber Minderheiten zu zeigen, und sie verstärken die Auffälligkeiten für politisch extreme Positionen.

Nicht selten haben Kinder und Jugendliche bereits selbst Übergriffe durch Eltern und andere Menschen erlitten und legitimieren damit ihr eigenes gewaltbereites Verhalten.

Bei einem Teil der betroffenen Kinder und Jugendlichen ist bei unzureichenden beziehungsweise fehlenden protektiven Faktoren ein hohes Maß an Vulnerabilität gegeben.

Zeittextendierte Belastungen einiger Eltern bzw. Elternteile bei fehlenden protektiven Faktoren bis hin zur Erschöpfung von Ressourcen und können in der Folge zum Zusammenbruch des Familiensystems führen.

4.3 Aufgabenbeschreibung - Beratungsangebote und Methoden

Die konkrete, immer wieder aktuell zu ergänzende Bedingungsfeldanalyse führte an der Martin-Luther-King-Schule zur Einrichtung konzeptionell festgelegter Arbeitsbereiche sowie zielgerichteter Arbeitsstrategien und Methoden.

Die Aufgabenschwerpunkte der Schulsozialarbeit sind:

- die Arbeit mit den Familien bzw. mit den Bezugspersonen
- die Einzelfallhilfe
- die soziale Gruppenarbeit.

Neben diesen vorrangigen Aufgabengebieten bestehen noch weitere Aufgabengebiete, die quantitativ kleiner, aber qualitativ von gleicher Bedeutung sind (z.B. schulintegrierte Projekte, administrative Aufgaben, Fort- und Weiterbildung). Exemplarisch werden von den arbeitsteiligen Arbeitsbereichen die Familienarbeit bzw. Arbeit mit Bezugspersonen, die Einzelfallhilfe und die soziale Gruppenarbeit skizziert. Vorab wird der grundlegende Ausgangspunkt der kooperativen Arbeit, die Diagnostik vorgestellt.

4.3.1 Prozessuale Diagnostik

Voraussetzung zur Förderung von Kindern und Jugendlichen mit Störungen im emotionalen und sozialen Bereich ist die prozessuale Diagnostik, wobei unter Einbeziehung des kindlichen Entwicklungsstandes, der schulischen, der familiären und außerschulischen Lern- und Lebensumwelt des jungen Menschen Probleme erkannt, benannt und eine Hypothesenbildung vorgenommen wird. Des Weiteren werden die Möglichkeiten einer integrationswirksamen Veränderung erfasst.

Im Rahmen dieser prozessualen Förderdiagnostik erstelle ich einen vorläufigen Förderplan, der einer dynamischen Fortschreibung unterliegt. Die Sozialanamnese ermöglicht zu Beginn der Diagnostik einen Erkenntnisstand (Ist-Stand) über Ursachen, Bedürfnisse und die emotionale Entwicklung des Kindes innerhalb seiner bisherigen Sozialisation. Sie bildet somit die Grundlage für Beratungs- und Hilfsansätze im familiären, schulischen oder außerschulischen Bereich.

Konkret arbeitet Schulsozialarbeit im Bereich Diagnostik wie folgt:

- Erstkontakt durch Unterrichtsbeobachtung
- Begegnung und Beobachtung mit Kind/Jugendlichen in einer Spiel- bzw. Gesprächssequenz
- Gespräch mit Regelschullehrer bzw. Sonderpädagogen über das Kind (eventuell hier bereits Beteiligung der Eltern bzw. Bezugsperson)
- Erster Hausbesuch, eventuell gemeinsam mit dem Sonderpädagogen; Gespräch mit Eltern/Bezugspersonen und Kind; Beobachtung des Kindes/Jugendlichen im häuslichen Bereich
- Gespräche mit anderen Institutionen, die bereits im Elternhaus oder mit dem Schüler/-in Kontakt hatten
- Informationssammlung über Freizeitbereich/soziales Umfeld des Kindes/Jugendlichen und kennen lernen der Gegebenheiten vor Ort .

In weiteren ausführlichen Gesprächen mit Eltern/Bezugspersonen werden alle wichtigen Daten und Informationen über schädigende Situationen wie Defizite, Traumatisierungen, Störungen oder Konflikte des bisherigen Lebensweges gesammelt.

Den Kontaktaufbau mit dem betroffenen Kind ermöglichen je nach Entwicklungsstand und individuellem Bedarf Einzelgespräche bzw. das Angebot von Spielstunden (auch mit dem Ziel, körperliche Bewegung und körperlichen Ausdruck des Kindes zu beobachten).

Es werden Wünsche, Hoffnungen und je nach Entwicklungsstand- und aufgaben Ziele des Kindes/des Jugendlichen erfragt.

Förderbedarf, Fördermöglichkeiten und Fördermaßnahmen werden im Rahmen der Hilfeplanung gemeinsam mit dem Eltern/Bezugspersonen sowie entwicklungsangemessen mit dem Kind/Jugendlichen und anderen beteiligten Institutionen besprochen.

4.3.2 Erstellen eines Förderplanes

Der diagnostische Prozess ist, wie bereits beschrieben, hiermit nicht abgeschlossen, sondern wird permanent vorgeschrieben, in dem Sinnzusammenhänge zwischen Symptomen, Verhaltens- und Erlebensweisen und der bisherigen Entwicklungsgeschichte des Kindes/Jugendlichen beständig überprüft werden.

> Arbeit mit den Familien

Grundlegend ist hierbei bereits beim Erstkontakt den unterstützenden und fördernden Charakter der Schulsozialarbeit deutlich zu machen. Transparenz in der Vorgehensweise reduziert dabei Angst und hilft beim Vertrauensaufbau. Wichtig ist auch die Vermeidung von Schuldzuweisungen und das Abklären der gegenseitigen Erwartungshaltungen. Die Arbeit mit den Familien vollzieht sich in der Regel in folgenden Phasen:

1. Beziehungsaufbau (z.B. Zuhören, entlastende Gespräche, Annahme, Akzeptanz)
2. Praktische Lebenshilfen (z.B. Hilfestellung bei Kontakten zu Behörden, Informationen, Hinführung zu Freizeitgruppen)
3. Lebens- und Erziehungsberatung (Voraussetzung ist hier das Prinzip der Freiwilligkeit, sie erfolgt auf Wunsch, Berücksichtigung der Fördergrenzen der Familie und der Schulsozialarbeit)
4. Ablösung (allmähliche Lösung vom Beratungsangebot der Sozialpädagogin; häufig parallel Hinführung zu außerschulischen Angeboten im sozialen Umfeld der Kinder, Jugendlichen und Eltern, wie z.B. Selbsthilfegruppen, Freizeitgruppen, Erziehungsberatungsstellen).

> Einzelfallhilfe/-förderung

Über die Einzelarbeit finden in der Regel die ersten Kontakte zu den Kindern und Jugendlichen statt. Hier gilt es auf der Grundlage der bisherigen Diagnose individuell auf das Kind bzw. auf den Jugendlichen einzugehen, Vertrauen zu schaffen, neue Erfahrungen zu vermitteln, es zu ermutigen, zu stärken, Fähigkeiten zu fördern und emotionale Orientierung zu bieten.

Im geschützten Rahmen wird dem Kind/Jugendlichen eigenes Verhalten gespiegelt, werden Dinge offen gelegt, werden sie mit sich selbst konfrontiert und in der Annahme der eigenen Person unterstützt.

In diesem Prozess wird die Diagnose weiter entwickelt und auf die Gruppenfähigkeit der Kinder/Jugendlichen hingearbeitet.

> Soziale Gruppenarbeit

Ziel ist hier, die Förderung des Verhaltens der Kinder und Jugendlichen im individuellen, sozialen und emotionalen Bereich, um sie langfristig zu befähigen,

den Anforderungen in sozialen Gefügen (Familie, Klasse, Freizeitgruppe) gewachsen zu sein. Dies geschieht durch Erlernen individueller Belastbarkeit, üben von Konfliktlösungsstrategien, Erlernen von Kooperationsbereitschaft und Einfühlungsvermögen etc..

Konflikte werden in der Gruppe nicht vermieden, sondern zugelassen, reflektiert und individuell bewältigt. Verhaltensunsicherheiten zeigen sich in Spielen und Aktionen und können bearbeitet werden. Unter Berücksichtigung gesetzmäßig auftretender Gruppenphasen im Rahmen des Entwicklungsmodells der sozialen Gruppenarbeit (Orientierung, Machtkampf, Ablösung) entstehen Kommunikationsmuster, die die Entwicklung der Beziehungsfähigkeit von Kindern/Jugendlichen fördern.

Programmatische Aspekte der sozialen Gruppenarbeit sind z.B. gemeinsame Spiele im Gruppenraum, Interaktionsspiele, Arbeit mit kreativen Medien, wie mit Farben und Ton, Ausflüge, Abenteuerspiele.

Die Rolle der Gruppenleiterin ist dabei vorrangig die der Beobachterin, Vermittlerin und Katalysatorin.

4.4 Die Praxis Integrativer Beratung anhand eines Prozessbeispiels

Anhand des nachfolgenden Prozessbeispiels wird im Rahmen der Familienarbeit zusammenfassend die Diagnostik in Verbindung mit praktischer Lebenshilfe dargestellt sowie auszugsweise die integrative Einzelberatung einer Jugendlichen dieses Familiensystems beschrieben.

Die Grundzüge der Familienberatung berücksichtigt im Wesentlichen die aktuelle Situation und Interaktion zwischen den Familienmitgliedern. Dabei werden die individuellen Bedürfnisse von Eltern und Kindern erfasst und die direkte Kommunikation der Familienmitglieder miteinander in den Mittelpunkt gestellt. In den Gesprächen liegt der Fokus darauf, dass Eltern und Kinder ihre eigenen Gefühle und Bedürfnisse wahrnehmen, verbalisieren und sich gegenseitig zuhören.

Insgesamt sollen die Bewusstheit sowie die Verantwortungs- und Entscheidungsfähigkeit aller Familienmitglieder, auch mit Blick auf weitergehende Hilfsangebote, gefördert werden. Hierzu gehören auch konkrete Informationen über Voraussetzungen, Ziele, Möglichkeiten und Grenzen unterstützender Maßnahmen.

4.4.1 Familienarbeit

Beratungsanlass:

Frau G. nahm telefonisch Kontakt zu mir auf. Sie schilderte erhebliche Erziehungsprobleme mit der Tochter Jana (z. Zt. Klasse 8 der Martin-Luther-King-Schule) und bat um einen Gesprächstermin.

Beim Erstgespräch in der Schule erschienen die Eltern G., die Kinder Sascha (15;10 Jahre) und Tom (8;4 Jahre). Sie berichteten, kurz zuvor habe es eine handgreifliche Auseinandersetzung zwischen Sascha und Herrn G. gegeben. Jana (13;5 Jahre) habe den Streit zum Anlass genommen, schreiend die Wohnung zu verlassen. Dieses Verhalten Janas existiere schon länger und sei sehr belastend für die Familie. Zusätzlich habe Jana große Probleme in der Schule, so dass zu befürchten sei, dass sie keinen Schulabschluss erreichen werde.

Den vier anwesenden Familienmitgliedern wurde zunächst der Auftrag der Schulsozialarbeit erklärt, Wünsche und Ziele der Familienmitglieder zusammen zu tragen und einen Hilfevorschlag zu entwickeln, der geeignet ist, die Familie bei der Erreichung ihrer Ziele zu unterstützen.

Die Eltern erklärten, für sie sei es wichtig Hilfe zu erhalten, da sie nicht mehr mit ihren Kindern zurechtkämen. Sie befürchteten, dass die Familie sonst auseinanderbreche. Auch beide Söhne äußerten, dass sie sich in der Familie nicht wohl fühlten und etwas verändert werden müsse.

In Folgeterminen, die auf Wunsch der Familie im Rahmen von Hausbesuchen stattfanden, wurden neben Familiengesprächen auch ein Paargespräch sowie jeweils ein Einzelgespräch mit den Kindern geführt.

Beratungsverlauf:

In den vier Sitzungen wurde folgendes Themenspektrum als derzeit aktuell von den Familienmitgliedern geäußert:

> **Frau G.** berichtete, ihr gehe es zur Zeit gesundheitlich sehr schlecht, sie habe an der Nackenwirbelsäule einen Nerv eingeklemmt. Seit Wochen könne sie nicht mehr richtig schlafen. Den Kindern gehe es in der Familie eigentlich gut, sie bekämen dort alles. Trotzdem seien sie unzufrieden, und sie verstehe das nicht. In letzter Zeit habe sie häufig Panikattacken, wenn ihr Mann und Sascha gestritten hätten, und Jana geschrien habe.

Die Kinder hätten keinen Respekt vor ihr. Wie sich Jana ihr gegenüber zur Zeit verhalte, mache sie fertig. Sie habe letzten Sonntag einen Nervenzusammenbruch gehabt und Beruhigungsmittel bekommen.

> **Herr G.** äußerte, er habe keine Lust mehr. Er habe das Gefühl, er gebe immer nur, bekomme aber nichts. Er denke darüber nach, auszuziehen. Sascha greife ihn körperlich an. Tom sei sein Lieblingskind. Seine Frau benehme sich manchmal wie verrückt. Janas aktuelles Verhalten verletze ihn.

> **Sascha** berichtete, dass seine Eltern oft streiten und dann beide an ihm zerrren würden. Er habe zuwenig Freiheiten. Er komme in der Familie nicht zur Ruhe. Wenn Jana nicht mehr in der Familie leben würde, meint er, würde Ruhe einkehren.

> **Tom** äußerte, Jana ärgere ihn sehr häufig und verprügeln ihn auch schon mal. In der Familie sei das so, dass, wer sich nicht benimmt, eine Abreibung bekomme. Das sei normal.

> **Jana** gab an, dass sie nicht mehr in einer Schlägerfamilie weiter leben wolle. Sie vermutete weiterhin, dass ihre Eltern und ihre Brüder bestimmt lügen und die heile Familie spielen würden.

4.4.2 Zur Lebenssituation der Familie

Wohnsituation:

Die Eheleute G. wohnten mit ihren Kindern Sascha, Jana und Tom eine Drei-Zimmer-Wohnung in einem Mehrfamilienhaus eines sozial belasteten Stadtteils einer Kleinstadt. Für die Kinder Sascha und Tom stand ein Kinderzimmer zur Verfügung. Jana schlief im Wohnzimmer. Die Wohnung machte insgesamt einen sehr gepflegten Eindruck.

Persönliche Verhältnisse und soziale Kontakte:

Die Eheleute G. berichteten, sie kennen sich seit ungefähr 1966. Sie seien als Geschwister aufgewachsen. Als Frau G. zwei Jahre und Herr G. 11 Jahre alt gewesen seien, seien ihre Mutter und sein Vater zusammengezogen. Herr G. habe die Familie als Jugendlicher mit ca. 13 Jahren verlassen und sei zu der Familie seiner Freundin gezogen. Später ab dem 18. Lebensjahr habe er drei Jahre im Gefängnis verbracht. Von seiner ersten Frau habe er sich vor ca. 20 Jahren getrennt. Frau G. berichtete, vor der Geburt von Sascha habe sie viel Alkohol konsumiert. Ihre Mutter habe ihr gedroht, das Jugendamt zu informieren und anzuregen, Frau G. das Kind wegzunehmen. Als Gründe für ihren Alkoholabusus nannte Frau G. die Abwesenheit ihres Mannes, der viel gearbeitet und geschlafen habe. Sie selbst sei sozial isoliert gewesen, habe auch wenig Besuch von der Familie erhalten. Außerdem habe es finanzielle Schwierigkeiten gegeben. Zusätzlich sei es zu gewalttätigen Auseinandersetzungen zwischen den Eheleuten gekommen. Alle drei Kinder hätten frühzeitig Verhaltensauffälligkeiten gezeigt. Die Eheleute berichteten, sie hätten nur wenig Kontakt zur gesamten Herkunftsfamilie. Innerhalb ihrer Familie seien sie Außenseiter. Von den Geschwistern fühlen sie sich nicht akzeptiert, weil diese sozial und finanziell besser gestellt seien. Bei der Erstellung des Genogramms stellte sich heraus, dass die Eheleute G. sich an die Namen einiger Geschwister und anderer naher Verwandter nicht erinnern konnten. Frau G. berichtete, sie sei in ihrem Leben oft enttäuscht worden. Deshalb sei sie gerne alleine und verlasse sich nicht auf ihre Mitmenschen. Herr G. teilte mit, er sei in der Kleinstadt bekannt und beliebt.

Er berichtete, er sei seit fast drei Jahren arbeitslos. Derzeit verrichte er für das Sozialamt gemeinnützige Arbeiten. Diese Arbeiten machen ihm Spaß. Sascha berichtete, er besuche die 6. Klasse einer Hauptschule. Die Schule mache ihm Spaß und er habe das Ziel, Gerüstbauer zu werden. Er formulierte, er habe viele Freunde und eine feste Freundin. Bis vor einem Jahr habe er im Verein Fußball gespielt. Er treibe gerne Sport. Es gebe eine Gruppe krimineller Jugendlicher, die versuche, ihn in ihre Straftaten hineinzuziehen. Er sei entschlossen, sich von diesen Jugendlichen fern zu halten. Seine Mutter mache sich dennoch große Sorgen und sei daher zur Zeit ihm gegenüber sehr kleinlich, so dass er viel Stubenarrest bekomme. Tom berichtete, er besuche die erste Klasse einer Grundschule. Vorher habe er ein Jahr den Vorschulkindergarten besucht. In der Schule fühle er sich wohl. Er habe dort einige Freunde. Er erklärte, er habe eine sehr liebe Patentante, die er regelmäßig am Wochenende besuche. Jana äußerte, dass ihr die Schule überhaupt keinen Spaß mache. Sie habe dort kaum Kontakte und fühle sich allein. Das sei das Gleiche wie in ihrer Familie. Der Einzige mit dem sie sich gut verstehe, sei ihr Bruder Tom.

Etablierte Interaktionsstrukturen der Familie:

Die Eheleute G., Sascha und Tom erklärten, der Streit vor dem ersten Gespräch sei typisch für die Kommunikation der Familie in den vergangenen Monaten gewesen. Es komme häufig zu Auseinandersetzungen zwischen den beiden ältesten Kindern und den Eltern. Sascha und Jana hätten keinerlei Respekt vor ihrer Mutter. Den Vater würden sie als „Kinder- oder Hurenficker“ beschimpfen. Herr G. zeigte sich sehr unzufrieden. Wenn er zu Hause sei, rasteten die Kinder aus. Ihm gegenüber verhielten sie sich charakterlich „dreckig und link“. Es sei in der Vergangenheit in Auseinandersetzungen auch zu gewalttätigen Übergriffen zwischen den Eltern und den Kindern gekommen.

Jana reagiere auf Situationen, die sie nicht kontrollieren könne mit hysterischem Schreien und springe in der Wohnung auf und ab. Die Familie habe bereits mindestens einmal wegen der Lautstärke der Kinder eine Wohnung verloren und die Eltern hätten große Angst, erneut deshalb Probleme zu bekommen. Herr G. äußerte, er habe die Erziehung der Kinder im Wesentlichen seiner Frau überlassen. Im Kontakt mit mir zeigten sich beide Eltern sehr bedürftig nach Zuwendung und Verständnis. Dabei erweckten sie mehrmals den Eindruck, miteinander um die Rolle des „Bedürftigeren“ zu konkurrieren.

In der Familie vorgefundenen Ressourcen:

Die Familie zeigt während der Gespräche eine hohe Bereitschaft an einer Verbesserung der Familiensituation zu arbeiten. Die Eltern äußerten Angst, dass ihnen das Sorgerecht für die Kinder entzogen und diese außerhalb der Familie untergebracht würden, wenn sich an der Situation nichts verändern würde.

Insofern war der Leidensdruck als hoch einzuschätzen und eine damit einhergehende Motivation zur Veränderung beobachtbar.

Wünsche und Bedürfnisse der Familienmitglieder:

In den Gesprächen mit der Familie formulierten die Familienmitglieder folgende Wünsche und Bedürfnisse:

> **Herr G.** äußerte, dass er Hilfe brauche, herauszufinden, ob seine Ehe noch zu halten ist. Er wolle Hilfe, um die familiären Probleme zu lösen, ohne zu prüfen. Er wolle dass ihm jemand zuhöre und auch Gespräche mit ihm und den Kindern führe, damit er sich mit ihnen besser verstehe.

> **Frau G.** ergänzte, dass sie Unterstützung wolle, um ihre Rechte als Eltern wahrzunehmen.

> **Sascha** gab an, dass seine Eltern jemanden brauchen, mit dem sie reden können. Er wünschte sich mehr Ruhe in der Familie und für sich selber mehr Rechte und Freiheiten. Jana solle endlich verschwinden.

> **Tom** forderte Hilfe, um Jana klarzumachen, dass sie nicht sagen soll, seine Mutter sei eine Hure und sein Vater würde mit jeder Frau gehen. Seine Eltern sollten weniger streiten. Sascha solle ihn nicht immer herumkommandieren.

> **Jana** gab nochmals an, dass sie nicht in einer Schlägerfamilie leben wolle. Dies müsse sich ändern. Eigentlich möge sie ihre Eltern insbesondere ihre Mutter, nur sei diese furchtbar launisch. Tom sei derjenige, mit dem sie sich am besten verstehe. Sascha spiele sich als ihr Aufpasser auf. Sie benötige dringend ein eigenes Zimmer.

Folgende mit der Familie zu überprüfende Hypothesen lassen sich aus der Reflexion der Gespräche ableiten:

- Bei den Eheleuten G. scheint die Fusion von Geschwisterbeziehungen und Ehe nicht gelungen. Gelänge es, die mutmaßlich schädigende Verknüpfung beider Elemente wieder zu trennen, könnten sich die Eheleute für eine der Ebenen entscheiden.
- Die Ehe der Eheleute G. hat keine vertrauensvolle, wertschätzende Basis. Die Eheleute führen seit Beginn ihrer Ehe einen Machtkampf um den Vorrang bei der Bedürfnisbefriedigung.
- Die Kinder werden von den Eltern in deren Machtkampf hineingezogen, indem ein Elternteil sie gegen jeweils anderen Elternteil vereinnahmt.
- Die Kinder fühlen sich von den Eltern bezogen auf deren gegenseitige Verdächtigungen und Beschuldigungen überfordert.
- Jana und Sascha haben in den vergangenen Wochen stellvertretend für die Eltern deren Machtkampf geführt.
- Jana und Sascha erleben ihre Eltern nicht als Autoritätspersonen, denen sie Respekt und Vertrauen entgegenbringen können.
- Frau G. fühlt sich mit der Erziehung der Kinder allein gelassen und überfordert. Zur Zeit tendiert ihr erzieherischer Einfluss auf die beiden ältesten Kinder gegen Null.
- Frau G. stellt fest, dass ihr die Kinder entgleiten. Sie zeigt Überreaktionen und aktiviert hierdurch bei den Kindern zusätzlichen Widerstand.
- Jana hat gelernt, dass sie ihren Willen durchsetzen kann, wenn sie durch Schreien und Lärmen die Familie unter Druck setzt.
- Herr G. reagiert auf Konflikte mit körperlicher Gewalt.
- Jana lebt die negativen Gefühle der Mutter gegen über ihrem Ehemann aus.

- Jana, Sascha und Tom sind Opfer körperlicher Gewalt in der Familie geworden.
- Herr G. möchte die Ehe mit seiner Frau nicht fortführen. Er hofft auf die Genehmigung zur Trennung durch eine fachlich kompetente Autoritätsperson.
- Janas aktuelles Verhalten schweißt den Rest der Familie zusammen, da die Familienmitglieder einen „gemeinsamen Feind“ haben.

4.4.3 Zusammenfassung

Die aktuelle Situation in der Familie G. war geprägt von ständigen Auseinandersetzungen zwischen den Eheleuten. Jeder der Eheleute fühlte sich vom anderen verletzt und zurückgestoßen. Die Kinder sind von den Eltern in deren „Krieg“ hineingezogen worden. Sie fühlten sich hierdurch verunsichert und überfordert. Sascha hatte sich bemüht, den Streit der Eltern zu schlichten und damit seinerseits den Ärger der Eltern auf sich gezogen. Jana hatte eine etwas explosivere Beziehung zu ihrer Mutter, da diese sich gegenüber der Tochter nur unzureichend abgrenzen konnte. Herr G. erlebte Janas Verhalten als Erpressung und bemühte sich, diese zu begrenzen. Die Tochter versuchte in der Auseinandersetzung der Eltern, die Position der Mutter und damit ihre eigene Position zu stärken. Ihr Verhältnis zu ihrem Vater war sehr konfliktreich. Herr G. bemühte sich, die „Oberhand“ zu bewahren. Hierzu schien er es in der Vergangenheit für erforderlich gehalten zu haben, die Kinder auch mit körperlicher Gewalt in ihre Schranken zu verweisen. Jana überlegte, die Familie zu verlassen. Einerseits konnte dieser Wunsch von Jana so verstanden werden, dass sie sich aus dem Familienstreit herausziehen möchte, da sie für sich innerhalb der Familie keine Möglichkeit zur positiven Weiterentwicklung mehr erwartete.

Andererseits hatte Jana durch diese Äußerungen/Überlegungen ihre mächtige Position in der Familie weiter ausgebaut.

Die Familie G. benötigte nach meiner Einschätzung Unterstützung bei der Entwicklung einer verbindlichen, respektierenden und allgemein verständlichen Kommunikationsstruktur sowie einer sozialverträglichen Konfliktkultur.

Dabei würde es erforderlich sein, den Eltern Hilfestellung bei der Vermeidung von Gewalt im Alltag zu geben. Da der Umfang und die Vielfältigkeit der Familienproblematik durch eine begleitende Beratung im Rahmen von Schulsozialarbeit nicht leistbar erschien, wurde der Familie vorgeschlagen, in Zusammenarbeit mit dem Jugendamt, eine Familiensupervision zu beantragen.

Die Dauer dieser Maßnahme kann nach einigen Probesitzungen auf 12 Monate festgelegt werden. Die Familie erklärte sich mit diesem Hilfsvorschlag einverstanden.

Jana erhielt von mir das Angebot, weitere Beratungstermine in der Schule im Rahmen von Einzelförderung wahrzunehmen. Dies wollte sich Jana überlegen.

4.5 Einzelberatung / Förderung Jana

Jana nahm das Angebot einer Beratung in der Schule an.

Bei der ersten Terminverabredung machte ich deutlich, dass die familiären Probleme in den kommenden Monaten auf Wunsch der Familie mit den Familientherapeuten des Jugendamtes bearbeitet werden würden. Die Beratung in der Schule sei nun ein spezielles Angebot für Jana, bei dem sie Hilfe und Unterstützung hauptsächlich für ihre persönliche Situation in der Schule und im Freizeitbereich bekommen könne.

Jana war zum Zeitpunkt der Beratung 15 Jahre alt, wirkte aber eher wie ein 17-/18-jähriges Mädchen. Ihr Aussehen, bzw. ihre Ausstrahlung war insgesamt ansprechend, wobei ihr Verhalten auf mich in den vorangegangenen Kontakten eher kindlich und orientierungslos gewirkt hatte.

Jana wollte über ihre Schwierigkeiten in der Schule sprechen, blieb dabei jedoch sehr unbestimmt und allgemein. Sie schilderte vage Unlust, Leistungsverweigerung, Frustration und Konflikte mit Lehrern und anderen Mitschülern.

Meine Nachfragen bezogen auf ihre Interessen, Kontakte und Ängste beantwortete sie ebenfalls sehr zögerlich und vage. Ihren abwehrenden Gefühlen der Schule gegenüber schien sie sich völlig ausgeliefert zu fühlen. Sie schien es nicht für möglich zu halten, dass ein Zusammenhang zwischen den Gefühlen, die sie in der Schule erlebte, und ihren sonstigen Gedanken und Erfahrungen bestehe.

Meinen Vorschlag, sich vorzustellen, wie es wäre, wenn sie 17 Jahre alt wäre, griff sie sofort auf und konnte sich verschiedene Situationen, insbesondere im Freizeitbereich vorstellen.

Ich regte an, sich nun auch einmal vorzustellen, wie sich Jana als 17-jährige in der 10. Klasse fühlen würde. Jana ging zunächst etwas zögernd darauf ein. In den von ihr geschilderten Vorstellungen, spielte der Wunsch nach einem in ihren Augen „normalen“ Schülerdasein mit regelmäßiger Anwesenheit, Praktikum, Kontakten und vor allem einem erfolgreichem Schulabschluss, trotz familiärer Probleme, eine bedeutende Rolle.

Mein Angebot, einmal zu spüren, inwieweit dieser „Traum“ für sie in der Wirklichkeit umzusetzen sei, nahm sie auf, äußerte jedoch Verunsicherung und Skepsis. Sie glaubte nicht, dass sie etwas ändern könne, sie sei nun einmal „komisch“.

Problematisch erschien mir, dass sich Jana ihren Schwierigkeiten, Gedanken und Gefühlen sehr ausgeliefert und von ihnen beherrscht fühlte.

In der weiteren Arbeit mit der Jugendlichen wurden verschiedene (teilweise aus der Familienarbeit bereits bekannte) massive Probleme deutlich.

Janas Schullaufbahn war geprägt von Verunsicherung und Frustration, wobei die Überweisung an die Sonderschule für sie mit weiterem großen Selbstwertverlust und Manifestierung von Frustration verbunden zu sein schien. Sie war von ihren eigenen „Fehlleistungen“ so enttäuscht, dass sie diese zum Zeitpunkt der Beratung kaum noch wahrnehmen konnte und verdrängen musste. In der Schule hatte sie anscheinend schon immer ausgeprägte Kontaktprobleme, wobei sie im Freizeitbereich durchaus Kontakt zu Jugendlichen hatte, mit denen

sie etwas unternehmen konnte. Eine enge Freundin oder einen Freund hatte sie jedoch nicht.

Die Schwierigkeiten in Janas Familie wurden bereits dargestellt. Jana schätzte die Veränderungsfähigkeit ihrer Familie, auch mit therapeutischer Hilfe, als äußerst gering ein, da die Eltern sich ihrer Meinung nach nicht ändern wollten, sondern Verhaltensänderungen von den Kindern erwarteten. Bei diesem Thema wurde immer wieder Janas Resignation und Hilflosigkeit bezüglich ihrer Rolle in der Familie deutlich. Die Schwierigkeiten mit ihrem Bruder Sascha gingen offensichtlich über das übliche Maß an Geschwisterrivalität hinaus, da beide Kinder scheinbar stellvertretend für ein Elternteil agierten.

Ich einigte mich in der Beratung mit Jana auf folgende Arbeitsschwerpunkte:

- Arbeit in Bezug auf ihr Kontaktverhalten
- Arbeit in Bezug auf ihre Schulleistungen und ihr Verhalten in der Schule.

Bezogen auf ihr Kontaktverhalten arbeitete ich mit Jana insbesondere mit einblicksfördernden Methoden, dem bewussten Wahrnehmen, was in ihr vorgeht. Dabei besprachen wir zunächst, was in ihr vorging und entwickelten gemeinsam verschiedene Verhaltensmöglichkeiten (z.B. Fragen stellen, Jemanden in der Schule um etwas bitten, Fragen, ob sie mitspielen dürfe usw.) und welche Schwierigkeiten bei der Umsetzung aufkommen könnten.

Vor der Anwendung in der realen Situation wurden diese neuen Verhaltensweisen durch Rollenspiele in der Beratung geübt. Anschließend versuchte Jana sie mit Hilfe konkreter Aufgaben in der realen Situation anzuwenden.

Sukzessive lernte sie Verantwortung dafür zu übernehmen, wie sie mit anderen zurechtkommen konnte und war zunehmend bereit, Veränderungen zu wagen. Um eine weitere negative Entwicklung in der Schule zu vermeiden, fanden in Absprache mit Jana regelmäßige Gespräche mit der Klassenlehrerin statt, in denen Vereinbarungen bezogen auf gegenseitige Erwartungen und Wünsche getroffen wurden. Zusätzlich gewährte Jana der Lehrerin Einblick in ihre problematische familiäre Situation. Dies ermöglichte der Klassenlehrerin verschiedene Verhaltensweisen der Schülerin besser einzuordnen und zu verstehen.

Diese Gespräche trugen somit wesentlich zur positiven Veränderung des Kontaktes zwischen Jana und der Klassenlehrerin bei.

Die Jugendliche erklärte sich nach einiger Zeit bereit, an dem Angebot eines zusätzlichen Förderunterrichtes der Lehrerin in den Hauptfächern teilzunehmen. Sie stabilisierte im Verlauf der Beratung ihre schulische Situation bezogen auf Leistung und Kontaktverhalten enorm, so dass sie eventuell den Hauptschulabschluss erreichen wird.

Die Situation in der Familie blieb jedoch für Jana nach wie vor so schwierig, dass sie sich nach mehreren Eskalationen im Rahmen gemeinsamer Gespräche mit den Familiensupervisoren entschied, nicht mehr in der Familie leben zu wollen. In diesen Gesprächen zeigte sie große Wut auf ihre Eltern, aber auch Trauer über diese Situation der Familie. Die Eltern und Geschwistern reagierten zunächst mit Ablehnung auf Janas Verhalten und befürworteten, dass sie „endlich“ die Familie verlasse, damit „Ruhe“ herrsche.

Mit Unterstützung des Jugendamtes wurde Jana in einer Jugendwohngruppe untergebracht. In der Folgezeit wurde dieses Thema im Rahmen der Familiensupervision mit der „Restfamilie“ bearbeitet.

Derzeit findet auf Wunsch Janas regelmäßiger Kontakt zu ihrem Bruder Tom und ihrer Mutter innerhalb der Jugendwohngruppe statt.

Ich begleitete Jana in enger Abstimmung mit dem zuständigen Jugendamt in der für sie sehr schmerzhaften Phase des Weggangs aus der Familie und der Einbindung in einer Jugendwohngruppe.

Kurzfristig glitt sie wieder in alte Verhaltensweisen der Kontakt- und Leistungsproblematik ab.

Sie zeigte sich jedoch im Rahmen der Beratung zunehmend offener, den Zusammenhang zwischen ihren Gefühlen und ihrer aktuellen Lebenssituation wahrzunehmen. Hilfreich war hier der Einsatz der Stuhlarbeit, der es ihr ermöglichte, ihre Gefühle zu benennen und verschiedene Gefühlsanteile wie Wut und Trauer miteinander in Kontakt zu bringen. Sie stabilisierte sich nach einigen Wochen wieder und kommt mit ihrer Situation zur Zeit einigermaßen zurecht.

4.6 Wirkfaktoren der Integrativen Beratung im Rahmen von Schulsozialarbeit an einer Förderschule

Folgende Wirkfaktoren stehen ausgehend von dem beschriebenen Prozessbeispiel im Rahmen der integrativen Beratungsarbeit an der Förderschule mit Kindern, Jugendlichen und Eltern im Vordergrund:

- Aufbau einer emotional tragfähigen Beziehung (**ES**)
- Förderung kreativer Gestaltungskräfte und Erlebnismöglichkeiten (**KG**)
- Aufbau von tragfähigen sozialen Netzwerken (**TN**)
- Aufbau eines positiven Selbstbildes (**PI**)
- Entwicklungsangemessene Förderung zur Einsicht (**EE**)
- Entwicklung von Gemeinschafts- und Gruppenfähigkeit (**SE**)
- Entwicklung von eigener Verantwortlichkeit und Entscheidungsfähigkeit (**LM**)
- Hilfe beim Aufbau von Freundschaften und der Interaktion in Familie und Schule (**KK**)
- Hilfen bei alternativen Situationsbewertungen (**EE**)
- Ermöglichen von alternativen Verhaltensmöglichkeiten (**EE**)
- Entwicklung positiver Zukunftsperspektiven (**PZ**)
- Beseitigung von Stressoren und Entlastung zur Wiederherstellung von Funktionen (**EV / ES**)
- Hilfen bei der praktischen Lebensbewältigung (**LH**)
- Förderung zu solidarischem Handeln (**SE**)

- Begleitung während emotional belastender Lebensphasen (**EV / ES**).

5. Praxisfeld III: Stationäre Entwöhnungsbehandlung für den Indikationsbereich Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit

Im folgenden Kapitel werden zunächst die Symptomatik, die Entstehungsbedingungen der (Alkohol-)abhängigkeit und die diversen Behandlungsformen, insbesondere der medizinischen Rehabilitation beschrieben. Anschließend wird ein Konzept stationärer, medizinischer Rehabilitation (sogenannter Entwöhnungsbehandlung) von alkohol- und medikamentenabhängigen Frauen und Männern näher skizziert.

In der unten beschriebenen Einrichtung arbeitet der Referent seit über 13 Jahren als Diplom-Sozialarbeiter mit therapeutischer Zusatzausbildung (Psychotherapie HPG).

Es folgen zwei Prozessbeschreibungen alkoholabhängigen Patienten, die sich in der genannten Einrichtung intermittierend zur vollstationären und ambulanten Behandlung befanden. Anhand dessen werden therapeutische Wirkfaktoren im Rahmen der medizinischen Rehabilitation Alkohol- und Medikamentenabhängiger geschildert.

5.1 Definition und Symptomatik der Abhängigkeit

Die Abhängigkeit wird als eine umfassende körperliche, seelische und soziale Erkrankung gesehen die den Süchtigen und seine Angehörige, Freunde, Arbeitskollegen usw. betrifft und negative Folgeschädigungen auslöst (vgl. Ebert u.a. 2004, S.214).

Nach der Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) handelt es sich beim Abhängigkeitssyndrom

(...) um eine Gruppe körperlicher, Verhaltens- und kognitiver Phänomene, bei denen der Konsum einer Substanz oder einer Substanzklasse für die betroffene Person Vorrang hat gegenüber anderen Verhaltensweisen, die von ihr früher

höher bewertet wurden. Ein entscheidendes Charakteristikum der Abhängigkeit ist der oft starke, gelegentliche übermächtige Wunsch, psychotrope Substanzen oder Medikamente (ärztlich verordnet oder nicht), Alkohol oder Tabak zu konsumieren (Dilling u.a.1993, S.92).

Als diagnostische Leitlinien gelten folgende Punkte:

- 1. Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang psychotrope Substanzen zu konsumieren.*
- 2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums.*
- 3. Ein körperliches Entzugssyndrom (...) bei Beendigung oder Reduzierung des Konsums (...).*
- 4. Nachweis eine Toleranz (...).*
- 5. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügungen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums (...).*
- 6. Anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen (...)* (Dilling u.a.1993, S.92-S.93).

5.2 Ätiologie der Abhängigkeit

Je nach theoretischem Hintergrund werden der genannten Symptomatik

(...) elementare Strukturdefizite der Person, Lernerfahrung oder biologische Modelle bzw. Kombinationsmodelle mit unterschiedlicher Akzentuierung zu Grunde gelegt (Schneider u.a. 2002, S. 266).

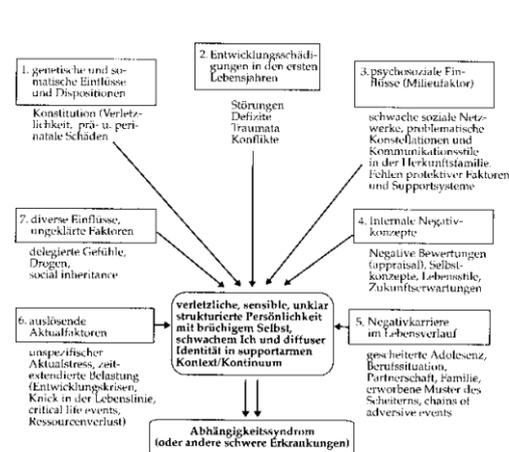
Hier sei die psychoanalytische Sichtweise aufgeführt, mit ihrem Triebpsychologischen (Konsum als Triebbefriedigung), Ich-psychologischen (Konsum als Versuch der Selbstheilung/ fehlende Ich-Stärke), Objektpsychologischem Modell (gestörte Objektbeziehung / Tendenz zur Autoaggressivität) (vgl. Rost 1994, S. 28 ff.). In der sozialpsychologischen Lerntheorie wird die Ätiologie der Suchterkrankung als Interaktionsprozess zwischen persönlichen Eigenschaften, Verhalten und Außeneinflüssen gesehen (vgl. Schneider u.a. 2002, S. 268 f.). Bei den biologischen Modellen betrachtet man die genetischen Bedingungen der Suchterkrankung und deren Weitergabe. Die Abhängigkeit entsteht über eine Toleranzsteigerung, einem Mangel an Endorphin verbunden mit einer Assimilation der Dopaminrezeptoren (Alkoholcraving) und dem Suchtgedächtnis (vgl. ebd., S. 268 f.).

Die Integrative Therapie nach H. Petzold sieht multikausale Bedingungen bei der Entstehung der Sucht, die stark variieren.

Nach diesem Ansatz entstehen Pathologien aus fehlgesteuerten Stimulierungsprozessen, wobei Stimulierung die ganze Fülle von Erlebnisweisen des Men-

schen bedeutet. Dabei wird der Klient/Patient grundsätzlich und von vornherein in der Entwicklung seiner Lebensspanne, d.h. unter den Perspektiven seiner Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft gesehen(...). Es wird davon ausgegangen, dass pathogene Schädigungen und salutogene, heilende Wirkungen (...) an jeder Stelle des Lebenslaufes eintreten können. Schädigende Einflüsse wirken insbesondere dann besonders pathogen, wenn sie auf entsprechende Empfindsamkeiten und Verletzlichkeiten (Prävalenzen und Vulnerabilität) treffen und keine ausreichenden Kompensationsmöglichkeiten und/oder Substitutionen/Kompensationen zur Verfügung stehen (...) (Ebert u.a. 2004, S. 195).

Abb. 2: Multifaktorielle Genese des Abhängigkeitssyndrom



(Knauf 1998, S. 68)

5.3 Suchtkrankenhilfe

Die Sucht ist wie oben beschrieben eine Erkrankung mit multiplen Schädigungen und Ursachen und bedarf daher „einer differenzierten, multimodalen und mehrdimensionalen Beratungs- und Therapieform“.

Neben der Betreuung von Suchtkranken durch die **christliche carita** organisierte sich im frühem zwanzigsten Jahrhundert die **Selbsthilfe**. Insbesondere die Anonymen Alkoholiker mit ihren 12 Schritten hatten starken Einfluss auf die ersten stationären Gruppenkonzepten. Neben den Niederschlag auf die professionelle Hilfe ist heute noch die Anbindung der Suchtkranken an eine Selbsthilfegruppe einer der wichtigsten Aspekte der Suchttherapie.

Durch die Anerkennung der Alkoholsucht als Erkrankung entwickelten sich eine Vielzahl an Behandlungskonzepten insbesondere im Bereich der **Medizinischen Rehabilitation**. Die Behandlungen wurden zunächst ausschließlich im vollstationären Rahmen durchgeführt. Betroffene wurden weit ab von ihren so-

zialen Bezügen therapiert, Kontaktaufnahmen wurden zumindest für die ersten Wochen der Behandlung strikt untersagt. Suchtkranke sollten somit vor ihrer gefährdenden Umgebung und vor sich selbst geschützt werden. Ein Bruch mit der Abhängigkeit, mit der eigenen Geschichte sollte stattfinden. Da mit den letztgenannten Behandlungsformen nur einem Teil der Betroffenen geholfen werden konnte, wurden seit Mitte der neunziger Jahre die Konzepte in der medizinischen Rehabilitation ständig weiter entwickelt.

Neben der Behandlung auf der „Wiese“ wurde **wohntnahe Behandlungsformen** ausgebaut. Die Entwöhnung wurde dabei nicht nur vollstationär, sondern zunehmend auch **teilstationär/tagesklinisch** (heute sprechen die Leistungsträger von ganztägig ambulanter Therapie) durchgeführt. Die unten beschriebene Einrichtung bot im Gebiet der ehemaligen LVA Rheinprovinz erstmalig eine teilstationäre Behandlungsform innerhalb der medizinischen Rehabilitation an. Betroffene bleiben von Beginn an in ihren sozialen Bezügen integriert. Das in der Therapie erreichte kann idealtypisch unmittelbar im privaten Umfeld transferiert werden.

Ebenfalls wurden Fachambulanzen sukzessive auf- und ausgebaut, in denen **ambulante Rehabilitationen** angeboten werden. Diese Behandlungsformen haben sich in den letzten Jahren zunehmend ausdifferenziert. Es werden zum einen ambulante Rehabilitationen anstatt stationärer Behandlungen, zum anderen ambulante Weiterbehandlungen bei verkürzter stationärer Behandlungen und ambulante, nachstationäre Rehabilitationen nach komplett abgeschlossener, stationärer „Langzeittherapien“ angeboten.

Viele Beratungsstellen sind dabei mit Kliniken Kooperationen eingegangen und bieten sogenannte **Kombibehandlungen** an. Dabei werden direkt stationäre und ambulante Rehabilitationen in einem Paket beantragt und durchgeführt.

Ebenfalls seit Mitte der neunziger Jahre wurden **Adaptionseinrichtungen** für Suchtkranke aufgebaut. Diese besondere Form der medizinischen Rehabilitation, die sogenannte Phase II, legt den Schwerpunkt auf die wohnliche, soziale und berufliche Integration. Sie schließt sich in der Regel der vollstationären Entwöhnungsbehandlung (Phase I) an, und ist für chronifizierte Suchtkranke, mit multiplen Schädigungen, indiziert.

Die oben genannten Rehabilitationsmaßnahmen sollen in erster Linie die Erwerbsfähigkeit durch die Verlängerung der alkoholfreien Perioden oder idealtypisch durch dauerhafte Suchtmittelabstinenz wiederherstellen.

Den Rehabilitationsmaßnahmen vorgeschaltet sind Behandlungen zur Sicherung des Überlebens, zur Sicherung des möglichst gesunden Überlebens und/oder der Reduzierung der Konsummenge und der Trink- (Drogen-)exzesse (vgl. Körkel u.a. 1997, S. 39). Genannt seien die **stationären und ambulante Entzugs- und Motivationsbehandlungen, Methadonprogramme etc..**

Weitere Behandlungs- und Betreuungsformen in der Suchtkrankenhilfe sind u. a.:

- Kontaktcafes
- Spezielle Freizeitangebote
- Übernachtungsstellen für Obdachlose und deren medizinische Notfallversorgung.
- Betreutes Wohnen
- Soziotherapeutische Wohnheime
- Spezielle Arbeitsangebote für Suchtkranke
- Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation
- Angebote für Angehörige.

5.4 Konzept einer stationären Entwöhnungsbehandlung

Institutionelle Rahmenbedingungen und konzeptionelle Grundgedanken

Die Entwöhnungsstation ist auf die Therapie von Alkohol- und Medikamenten-abhängigen spezialisiert. Sie umfasst insgesamt 17 Plätze für voll- und teilstationäre Behandlung. In Kooperation mit einer örtlichen Suchtberatungsstelle wird ferner eine gemeinsame Gruppe für ambulante Nachsorge angeboten.

Im Behandlungskonzept fließen tiefenpsychologische, verhaltenstherapeutische Aspekte und Methoden aus der humanistischen Psychologie ein.

Die Entwöhnungsstation ist in einer Suchtabteilung mit zwei Entzugsstationen und einer Suchtambulanz eines Fachkrankenhauses für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie integriert.

Die Station arbeitet gemäß der „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen“ 2001, einer Vereinbarung über die Zusammenarbeit der gesetzlichen Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern u.a. bei der medizinischen Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung) Abhängigkeitskranker.

Aufnahmekriterien

Es werden erwachsene alkohol- und medikamentenabhängige Frauen und Männer bei ausreichender Therapiemotivation und Introspektionsfähigkeit aufgenommen.

Aufnahmemodalitäten

Leistungsträger der medizinischen Rehabilitation sind die Rentenversicherungsträger, die überörtlichen Träger der Sozialhilfe, in Einzelfällen die Krankenkassen und Beihilfestellen. Die Antragstellung erfolgt in der Regel über die örtlichen Suchtberatungsstellen, den Gesundheitsämtern, den betrieblichen Sozialdiensten. Ferner wird bei einem Großteil der Patienten ein sogenannter Eilantrag im

Rahmen der vorgeschalteten Entzugsbehandlung im Hause gestellt. Es erfolgt dann ein direkter Übergang von der Entzugsbehandlung in die medizinische Rehabilitation.

Ausschlusskriterien

Nicht aufgenommen werden Patienten mit akuter Entzugssymptomatik, Patienten mit einer somatischen Erkrankung, die primär behandelt werden muss und die medizinische Rehabilitation beeinträchtigen würde, Patienten mit akuten Psychosen und schwerwiegenden hirnorganischen Beeinträchtigungen.

Behandlungsdauer

Die Entwöhnungsbehandlungen dauern bis zu 16 Wochen, Verlängerungen sind nach Absprache mit den Leistungsträgern in Einzelfällen möglich. Ferner werden sogenannte Auffrischungs- oder Wiederholungsbehandlungen angeboten, deren Behandlungszeit bis zu 8 Wochen betragen. Verlängerungen sind auch hier in Einzelfällen möglich.

Ortsnahe Behandlung

Die überwiegende Mehrzahl der Patienten kommt aus der unmittelbaren Umgebung des Krankenhauses. Die ortsnahe Behandlung bietet für die meisten Patienten den Vorteil, Kontakt zu ihren Familien, zu ihren Arbeitskollegen und Freunden halten zu können.

Kurz vor Behandlungsende können sie auch aktiv ihre Entlassung vorbereiten (Arbeitsplatz- und Wohnungssuche, Aufbau eines sozialen Netzwerkes im alkoholfreien Milieu). Die Patienten besuchen bereits während der stationären Entwöhnungsbehandlung eine Selbsthilfegruppe. Ferner ist ein Übergang von der voll- in die teilstationäre Behandlung bzw. in die ambulante nachstationäre Rehabilitation bei Wahrung der Behandlungskontinuität möglich. Durch den Kontakt zum sozialen Umfeld ist ein unmittelbarer Transfer des in der Behandlung Gelernten in Alltagssituationen möglich.

Teilstationäre Behandlung

Einige Patienten führen die medizinische Rehabilitation von Beginn an teilstationär durch. Dies hängt von der psychischen Stabilität und eines geordneten sozialen Umfelds und der Abstinenzfähigkeit ab. In den meisten Fällen wird eine mehrwöchige vollstationäre Therapie vorgeschaltet.

Die Patienten nehmen am Behandlungsprogramm des vollstationären Settings teil, übernachten jedoch zu Hause und verbringen die Wochenenden ebenfalls im häuslichen Bereich. Dadurch wird ein Arbeitsalltag nachgebildet. Schwierigkeiten im privatem Umfeld können schneller erkannt und aufgefangen werden (siehe auch Punkt: Ortsnahe Behandlung).

Personalschlüssel

Aufgrund der körperlichen, psychischen und sozialen Folgeschäden der Suchterkrankung ist eine fachübergreifende personelle Besetzung für eine umfassende Therapie Voraussetzung.

Auf der Station arbeiten eine Diplom-Psychologin (psychologische Psychotherapeutin), ein Diplom-Sozialarbeiter mit therapeutischer Zusatzausbildung und drei Pflegekräfte, ferner konsiliarisch für die somatische und psychiatrische Versorgung ein Stationsarzt, stundenweise der Chefarzt der Suchtabteilung. Des weiteren Ergotherapeuten für die Bereiche Kreative Therapie, Arbeitsbelastungserprobung Holz und Landwirtschaft, ferner Sport- und Bewegungstherapeuten sowie Personal der physiotherapeutische Abteilung und eine Tanztherapeutin für den Bereich der Entspannungstherapie.

Sämtliche Mitarbeiter nehmen regelmäßig an Fortbildungsmaßnahmen teil. Auf der Station finden täglich Team- und Prozessbesprechungen statt, sowie monatlich externe Supervision.

Krankheitsverständnis

Das Therapiekonzept der Station beruht auf dem Verständnis der Abhängigkeit als einer Erkrankung mit multifaktorieller Genese mit den Hauptmerkmalen der körperlichen und seelischen Abhängigkeit.

Im Krankheitsverlauf kommt es zu körperlichen, psychischen und sozialen Folgeschäden und Störungen in den zwischenmenschlichen Beziehungen.

Das Suchtmittel kann sowohl zur Reduzierung neurotischer Symptome als auch im Sinne eines Selbstheilungsversuchs bei Ich-strukturellen Störungen eingesetzt werden. Zum Verständnis der Pathogenese und der Dynamik werden psychoanalytischen Modelle der Ich- und Selbstpsychologie, der Objektbeziehungstheorie sowie lerntheoretische Erklärungsmodelle der Abhängigkeitserkrankung herangezogen. Bei Suchtkranken handelt es sich oft um Menschen, die in ihren Fähigkeiten beeinträchtigt sind, Emotionen differenziert wahrzunehmen und zum Ausdruck zu bringen, ferner Innen- und Außenwahrnehmung aufeinander abzustimmen. Abhängige misslingt oft der Versuch, mit den alltäglichen Kränkungen und Frustrationen und den daraus resultierenden Gefühle wie Angst, Verzweiflung oder Wut fertig zu werden. Der Suchtkranke pendelt zwischen Minderwertigkeitserleben und Selbstüberschätzung und es fällt ihm schwer, zu sich selbst und zu Bezugspersonen eine zufriedenstellende Beziehung aufzunehmen.

Der suchtkranke Mensch wird auch als jemand, der auf der Suche nach eigener Identität und Antworten auf Sinnfragen ist, gesehen.

Therapiekonzept

Die Komplexität der Suchterkrankung erfordert ein multiprofessionelles Behandlungsteam und ein integratives Behandlungskonzept, in den Psychotherapie, nonverbale Therapieverfahren, Arbeitstherapie, Milieuthérapie und medizinische Behandlung miteinander verzahnt werden.

Von entscheidender Bedeutung ist die Überwindung des Suchtkranken seiner oftmals passiven Rolle und seine aktive Mitarbeit.

Therapiemethoden

Die Bearbeitung persönlicher Probleme und Nöte erfordert ein vertrauensvolles Klima, d.h. eine therapeutische Atmosphäre. Die aktive Mitarbeit der Suchtkranken und die Übernahme von Verantwortung im Zusammenleben auf der Station ist notwendig. In der Gruppentherapie (tiefenpsychologische fundierte Arbeitsweise) haben die Patienten die Möglichkeit, persönliche Probleme anzusprechen und zu bearbeiten sowie neue Interaktionsmuster einzuüben. Je nach Indikation kommen Methoden der humanistischen Psychologie und der Verhaltenstherapie hinzu.

Informations- und Aufklärungsgruppen bieten Hilfen bei der Bewältigung von Alltagsproblemen (Sozialtraining) und direkte Anleitung zur Verbesserung der sozialen Kompetenz (z.B. Behördengängen, Bewerbungstraining etc.). Ferner werden Nonverbale Therapien, wie Kreative Therapie, Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungstherapie sowie Arbeitsbelastungserprobung angeboten.

Therapieziele

Ziel der medizinischen Rehabilitation ist die wesentliche Besserung oder Wiederherstellung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit.

Folgende Teilziele werden angestrebt:

- Körperliche Gesundheit
- Dauerhafte Suchtmittelabstinenz
- Vertiefung der emotionalen und kognitiven Krankheitseinsicht
- Emotionale Akzeptanz der Abhängigkeit
- Erkennen von Rückfall-Gefährdungssituation und Erarbeitung adäquater Bewältigungsstrategien
- Differenzierung des Affektlebens, Verbesserung der Fähigkeit, Gefühle wahrzunehmen und zum Ausdruck zu bringen, Verbesserung der Impulskontrolle und der Frustrationstoleranz, Erweiterung des Selbstwertlebens, Verbesserung des Umgangs mit Gefühlen, wie z.B. Trauer, Scham, Schuld und Aggression.
- Förderung der sozialen Kompetenz und der Verbesserung der Beziehungsfähigkeit
- Wert- und Sinnfindung
- Förderung der Kreativität
- Klärung der sozialen- und familiären Verhältnisse
- Hinführung zu Arbeit und Beruf
- Erarbeitung einer adäquaten Freizeit- und Tagesstruktur
- Motivation zur ambulanten oder stationärer Nachsorge, wie z.B. Selbsthilfegruppen, ambulante nachstationäre Rehabilitation, ambulante Weiterbehandlung und Adaptationsbehandlung (vgl. Endres u.a. 1998, S.4 ff.).

5.4.1 Behandlungsangebot

Medizinischer Bereich

Die medizinische Versorgung dient der Wiederherstellung des somatischen und des seelischen Wohlbefindens. Ein weiterer Schwerpunkt ist die Therapie von alkoholbedingten Folgeerkrankungen und sonstiger somatischer Beschwerden.

Psychotherapie

Im Rahmen der Psychotherapie liegt der Schwerpunkt in der Auseinandersetzungen mit der Abhängigkeit. Sie gibt Anstöße zur Neuorientierung der Persönlichkeit.

Zu Beginn der Behandlung wird eine biographische, soziale und Arbeitsanamnese erhoben. Neben der „verbalen Erhebung“ von Daten kommen projektivdiagnostische Techniken, wie z.B. Arbeit mit kreativen Medien und Rollenspiele zu Einsatz. Ergänzt werden sie gegebenenfalls durch psychologische Testverfahren.

Die Ergebnisse der Anamnese geben Aufschluss über die lebensgeschichtliche Entwicklung, über die Krankheitsgeschichte und die aktuelle soziale und berufliche Situation der Patienten und sie gibt ferner Hinweise über die gesunden Anteile.

Einzelgespräche werden wöchentlich angeboten. Neben der Einzel- und Gruppenpsychotherapie liegt ein Schwerpunkt in der Rückfallprävention. Während eines Wochenseminars wird ein verhaltenstherapeutisches Training durchgeführt. Es geht hier um die Wahrnehmung von Rückfallgefährdungssituationen, Erarbeitung von Rückfallpräventionsstrategien und dem Ausbau von sozialer Kompetenz.

Weiterer Schwerpunkt der Psychotherapie ist die Einbindung der Angehörigen in Paar- und Familiengespräche.

Paar- und Familienprobleme werden deutlich; dass Interaktionsverhalten kann gebessert werden.

Sozialberatung

Die Aufgaben der Sozialberatung beziehen sich auf die sozialen Probleme des Patienten. Sie erhalten Informationen in sozialen und sozialrechtlichen Fragen und Unterstützung bei der Erledigung ihrer Angelegenheiten. Im Bedarfsfall erfolgt eine Vermittlung an entsprechenden Leistungsträgern und psychosozialen Beratungsstellen.

Das Ziel der Sozialberatung besteht darin, den Patienten den Zugang zu Sozialleistungen sowie berufsfördernden und ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation zu erleichtern und bei Bedarf bei Formalitäten zu helfen.

Themenzentrierte Gruppen

Auf der Station werden diverse themenzentrierte Gruppen angeboten, zum einen die Suchtinformationsgruppen. Die Patienten erhalten hier Informationen über ihre Abhängigkeit, zum anderen werden sie über eine „gesunde Lebensweise“ aufgeklärt. Des Weiteren findet wöchentlich eine Literaturgruppe statt. Bei der Besprechung von literarischen Texten werden ethische, Sinn- und Lebensfragen erörtert. Eine wöchentlich stattfindende Freizeitgruppe soll eine adäquate Freizeitgestaltung anregen.

Nonverbale Therapien

Im Rahmen der Kreativen Therapie soll der Zugang zum Gefühlsleben und zu eigenen nicht bewussten Verhaltensweisen über die Auseinandersetzung mit kreativen Materialien gefördert werden. In der Sport- und Bewegungstherapie soll die körperliche Fitness verbessert werden, eine adäquate Freizeitmöglichkeit eingeübt und die Sensibilität für den eigenen Leib gesteigert werden. Ergänzend wird regelmäßig ein Entspannungsverfahren eingeübt, überwiegend die Progressive Muskelrelaxation nach Jacobsen. Ferner kann bei entsprechender Indikation die Behandlung mittels des Respirations- Relaxations- Systems (RRS- Unit nach R. Steuer) angeordnet werden. Seit geraumer Zeit werden auch Aspekte der traditionellen chinesischen Medizin eingesetzt. Zur Reduktion von psychischer Spannung, Stresseemotionen, Suchtverlangen und zur Verbesserung der Compliance wird die Ohrakupunktur nach dem sogenannten NADA-Protokoll (National Acupuntcure De- toxifacation Assoziation – Deutsche Sektion e.V.) durchgeführt.

Arbeitsbelastungserprobung

In den Bereichen der Holzwerkstatt und der landwirtschaftlichen Therapie werden die Grundarbeitsfähigkeiten (Motivation, Kommunikation, Ausdauer, Arbeitsplanung etc.) diagnostiziert und ggf. gezielt gefördert.

Weitere Angebote

Je nach Indikation werden Musik-, Tanztherapie, Konzentrationstraining angeboten (vgl. ebd., S.10 ff).

5.5 Die Praxis Integrativer Therapie anhand ausgewählter Wirkfaktoren / Prozessbeispiele

Im Folgenden werden zwei Praxisbeispiele dargestellt. Im ersten Prozess liegt der

Schwerpunkt auf den psychotherapeutischen Interventionen, im zweiten Behandlungsbeispiel kommen im Wesentlichen soziotherapeutische Techniken zum Einsatz.

5.5.1 Prozessbeispiel I

Aufnahmesituation

Eine junge Frau von 27 Jahren wandte sich an unsere Station wegen seit Wochen zunehmender Alkoholrückfälle, die jeweils stationäre Entzugsbehandlungen in unserer Suchtabteilung notwendig machten.

Sie gab bei der **Aufnahme** an, die Kontrolle über hochprozentige Alkoholika vollkommen verloren zu haben und beschreibt ein unwiderstehliches Alkoholverlangen. Die letzte Trinkmenge betrug durchschnittlich 1 l Weinbrand täglich. Die näheren Hintergründe ihres seit ca. 3 Jahren veränderten Trinkverhaltens seien ihr völlig unklar. Die äußerlich auffallend flippig/buntgekleidete Patientin wirkte bei der Schilderung ihres Trinkmusters verzweifelt, hilflos und brach immer wieder in Tränen aus und konnte sich zunächst kaum beruhigen. Sie berichtete auch von seit längerem bestehenden suizidalen Gedanken, einen Suizidversuch habe sie jedoch noch nie unternommen.

Zur **sozialen Situation** befragt, berichtet sie in überraschend sachlicher Form, dass sie mit ihrem Ex-Freund, einem kaufmännischen Angestellten, über mehrere Jahre zusammengelebt habe. Zuletzt sei die Beziehung stark belastet gewesen, da sie von ihrem Partner nach ihren Trinkexzessen regelmäßig geschlagen wurde. Während der letzten Entzugstherapie habe sich ihr Partner nun getrennt. Ihre Wohnperspektive sei damit völlig unklar, da sie nicht in die gemeinsame Wohnung zurück könne.

Ansonsten habe sie bis auf die Herkunftsfamilie kaum soziale Kontakte. Das Verhältnis zur Mutter sei angespannt. Diese würde ihr permanent Vorhaltungen bezüglich ihres Trinkens, ihrer Kleidung und ihrer beruflichen Laufbahn machen. Insgesamt fühle sie sich ständig unter Druck, wenn sie mit ihr in Kontakt sei. Dies sei schon vor ihrer Alkoholproblematik so gewesen. Sie fühle sich aber in irgendeiner Form verpflichtet, die Eltern regelmäßig aufzusuchen. Ihr Vater mache ihr Angst, da er seit seiner Arbeitslosigkeit vermehrt trinke und dass bei ihr Craving auslöse. Trost finde sie manchmal bei ihrer Großmutter. Obwohl diese ihr auch Vorhaltungen bezüglich ihrer Kleidung mache, habe sie mehr Herz als die Anderen aus ihrer Familie.

Zuletzt habe sie während der letzten Entzugstherapie einen alkoholabhängigen Mann kennen gelernt und sei mit ihm eine Beziehung eingegangen.

Zur **beruflichen Situation** berichtet sie, dass sie ein Ingenieurstudium (Universität) absolviere und bis auf ein paar „Scheine“ und die Diplomprüfung nahezu

fertig sei. Seit einem Jahr pausiere sie. Zuletzt habe sie an der Universität in der EDV-Abteilung gearbeitet. Derzeit erwäge sie das Studium abzubrechen, da sie sich vollkommen „ausgelaugt“ und überfordert fühle. Zuvor habe sie parallel zum Studium die „Nebentätigkeit“ mit bis zu 50 Stunden Wochenarbeitszeit durchgeführt und sei aktiv in einen Katzenzüchter-Verein tätig.

In der **Freizeit** habe sie nie eine Kneipe oder Diskothek aufgesucht, auch nicht in jüngeren Jahren. Getrunken habe sie zu Hause, meist alleine.

Die Patientin kommt auf Raten einer Suchtberatungsstelle. Dort hatte sie auch den Antrag auf die stationäre Entwöhnungsbehandlung gestellt, die seitens des Leistungsträgers für 16 Wochen bewilligt wurde.

Zuweisungsdiagnose: Alkoholabhängigkeitssyndrom (ICD 10, F 10.2) und emotionale instabile Persönlichkeit vom Borderline-Typus (ICD 10, F 60.31).

Die Patientin wurde in das verbale und nonverbale Therapieprogramm der Station eingebunden (siehe Punkt 5.4.2).

Im Folgenden wird in der Hauptsache über die therapeutischen Einzel- und Gruppengespräche berichtet, die mit der Patientin während der 16-wöchigen Therapie, während eines weiteren stationären Aufenthaltes von 10 Wochen und in der 6-monatigen Nachsorge durchgeführt wurde.

Klinische Anamnese

Zunächst wurde im Rahmen der ersten Einzelgespräche eine psychosoziale Anamnese erhoben, die in stark gekürzter Form wiedergegeben wird.

Biographische Anamnese

Die Patientin sei im Ruhrgebiet als Ältestes von insgesamt drei Kindern geboren. Die Schwangerschaft sei normal verlaufen, Steißgeburt. Zur frühkindlichen Entwicklung erwähnt sie, dass die Sprachentwicklung mit ca. einem Jahr einsetzte. Laufen konnte sie mit ca. 1 ½ Jahren. Zur frühkindlichen Entwicklung erwähnt sie weiterhin, dass sie bis 1979 exzessiv Süßigkeiten konsumiert habe. Im späteren Jugendalter habe sie auch unter einer „Spinnen-Phobie“ gelitten. Sie habe über einen längeren Zeitraum eine psychoanalytische Therapie wahrgenommen, die jedoch kaum Wirkung zeigte.

Bis zum 4. Lebensjahr habe sie zusammen mit den Eltern und Großeltern in einem gemeinsamen Haus in einer kleinen Gemeinde im Ruhrgebiet gelebt. Zu ihren Großeltern habe sie eine enge Bindung gehabt, insbesondere zur Großmutter. Diese sei ihre eigentliche „Mutter“ gewesen. Die Beziehung zur leiblichen Mutter sei insgesamt normal gewesen. Sie habe jedoch Zärtlichkeit und Emotionalität vermisst. Ihre Mutter sei ein Typ gewesen, die viele Dinge verdrängt habe. Ferner habe die Patientin sie als „Arbeitstier“ erlebt.

Die Mutter sei gelernte Steuerfachgehilfin gewesen. Zuletzt habe sie den Haushalt geführt. Zum Vater habe sie kaum eine Beziehung aufbauen können. Dieser wird als rechthaberisch und „größenwahnsinnig“ beschrieben, auf der ande-

ren Seite auch als „trödelig“. Es habe viele Auseinandersetzungen mit ihm gegeben, da sie sich von ihrer Persönlichkeit ähneln würden. Der Vater war von Beruf Stahlverkaufsleiter, derzeit arbeitslos, würde ebenfalls Alkohol missbrauchen. Die Familie sei durch die Arbeitslosigkeit des Vaters zwischenzeitlich hoch verschuldet.

Sie wurde regulär im Alter von 6 Jahren eingeschult, besuchte vier Jahre die Grundschule, wechselte anschließend auf ein Gymnasium und machte ihr Abitur. Das Verhältnis zu ihren Schulkameraden sei bis zur Pubertät gut gewesen, anschließend habe sie sich zunehmend zurückgezogen und keine sozialen Kontakte mehr gepflegt. Warum es zu diesem sozialen Rückzug gekommen sei, kann sie aus heutiger Sicht nicht mehr erklären.

Nach dem Abitur strebte sie zunächst eine Ausbildung zur Kosmetikerin an. Von diesem Berufswunsch verabschiedete sie sich schließlich wegen der schlechten Perspektiven und der hohen Fremderwartung seitens der Eltern. Diese legten ihr ein Studium nahe. Sie habe sich dann dem Wunsch ihrer Eltern unterworfen und ein Studium der Ingenieurwissenschaften begonnen.

Wie oben beschrieben, sei sie bis heute noch an der Universität eingeschrieben. Aktiv habe sie das Studium jedoch seit geraumer Zeit faktisch beendet.

Parallel zum Studium übte sie die Tätigkeit als EDV-Lehrerin und Programmiererin aus.

Während des Studiums sei sie aus dem elterlichen Haus ausgezogen, und habe mit ihrem damaligen Freund eine Wohnung an dessen Wohnort, 30 km von ihrer Heimatstadt angemietet. Der Abschied sei ihr seinerzeit schwer gefallen. Sie habe nahezu Jahre gebraucht, sich von den Eltern emotional zu lösen. Sie litt zum damaligen Zeitpunkt unter Einsamkeitsgefühlen und Gefühlen der inneren Leere. Zuletzt habe sich ihr Freund nach langjähriger Beziehung getrennt, u.a. wegen der Alkoholproblematik der Patientin. In der Beziehung sei es zu zunehmenden Gewalttätigkeiten gekommen. Die Patientin wurde von ihrem Freund z.T. heftig geschlagen.

Suchtanamnese

Zur Suchtproblematik berichtet sie, dass sie den Zeitpunkt ihres ersten Alkoholkontaktes nicht genau benennen kann. Bis vor drei Jahren habe sie nahezu abstinent gelebt. Es kam dann zu einer rapiden Steigerung der Trinkmenge. Bei näherer Exploration bringt sie dies mit ihrer damaligen überfordernden Arbeitssituation in zeitlichem Zusammenhang. Der Alkohol habe ihr kurzfristig Erleichterung und Entspannung gebracht. Innerhalb eines Jahres habe sich die Trinkmenge auf bis zu zwei Flaschen Cognac oder Wodka gesteigert. Seit zwei Jahren beschreibt sie Entzugserscheinungen mit Tremor der Hände. Sie habe bereits morgens Alkohol konsumieren müssen. Sie beschreibt heimliches Trinken. Krampfanfälle seien nicht bekannt. Ferner beschreibt sie einen starken Wunsch, eine Art Zwang Alkohol zu konsumieren. Sie berichtet von einer verminderten Kontrollfähigkeit bezüglich Beginn, Beendigung und Menge des Alkoholkonsums.

Oftmals führte der Alkoholmissbrauch bis zum Vollrausch. Hier war der Nachweis einer Toleranzsteigerung gegeben. Sie beschreibt ein eingeengtes Verhal-

tensmuster im Umgang mit Alkohol und fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen und Vergnügungen zugunsten des Alkohols. Sie hat Alkohol konsumiert, trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen in körperlicher, sozialer und psychischer Hinsicht. Nach deliranten Zuständen befragt, gibt sie an, dass sie während der letzten Entzugsbehandlung des Öfteren unter Sinnestäuschungen gelitten habe. Sie beschreibt optische und akustische Halluzinationen, keine Sinnestäuschungen im nüchternen Zustand.

Ressourcen/ protektive Faktoren

Als protektive Faktoren sind die hohe Intelligenz der Patientin, ihr attraktives Erscheinungsbild, die warmherzige Bindung zur Großmutter und ihre Haustiere einzuschätzen.

Diagnostik

Die **Zuweisungsdiagnosen** konnten anhand der klinischen Beobachtung und der Anamnese bestätigt werden.

Nach dem **Pathogenesemodell** zeittextendierter, multifaktorieller Be- bzw. Überbelastung sehen wir eine Patientin, die sich über Jahre hinweg beruflich chronisch überlastete, bei gleichzeitig fehlendem Ausgleich.

Krankheitsverschlimmernd wirkten sich auch die traumatischen Gewalterfahrungen in der Beziehung zum Ex-Freund aus. Die mangelnde emotionale Lösung vom Elternhaus scheint ein weiterer Belastungsfaktor zu sein. Entwicklungspsychopathologisch nach dem Krankheitsmodell der Entwicklungsnoxen, sind Defizite in Form von Behinderung der Autonomieentwicklung, Vermittlung eines einseitigen Leistungsdenken bei nicht Beachtung der persönlichen Ressourcenlage und chronische Konflikte in der Beziehung der Eltern relevant. Die beschriebenen Stressoren überschritten die Ressourcenlage und die Bewältigungsmechanismen der Patientin (vgl. Petzold 1993, S. 570 ff.).

Als **Abwehrform** zeigte sich vor dem eigentlichen Erkrankungsbeginn eine pathologische (maligne)Progression .

Nach Ausbruch der Erkrankung wirkte die Patientin regressiv. Mit **Balint** kann man von einer malignen Regression sprechen.

Von maligne sprechen wir erst, wenn es sich um eine Lebenshaltung handelt und um die chronische „Weigerung“, Verantwortung für sich selbst zu übernehmen (...). Die häufigste Ursache für pathologisch fixierte Progression sind aber Defizit-Erfahrungen bzw. Nicht-Erfahrung. Man kann sich nicht zu einem unabhängigen Erwachsenen entwickeln (...) (Rahm u.a. 1993, S. 307).

Behandlung

Die Erhebung der psychosozialen Anamnese kann als Initialphase des therapeutischen Prozesses gesehen werden.

Biographisches Material soll verdeutlicht und aktiviert werden, Situation und Problematik des Klienten werden analysiert. Sinnvoll sind in dieser Phase Interventionsmöglichkeiten wie Fokussieren, Experimentieren und Explorieren. Bereits jetzt können Widerstände erkannt und z.T. schon abgebaut werden, schon kann der Kern der Schwierigkeiten deutlich werden (Rahm 1988, S. 125).

Insgesamt ging es darum zu der Patientin eine vertrauensvolle, tragfähige Beziehung aufzubauen.

Die weiteren Einzelgespräche verliefen zunächst stets nach dem gleichen Muster. Die Patientin berichtete in nahezu verzweifelter Stimmungslage von aktuellen Trinkwünschen. Hierbei brach sie häufig in Tränen aus. Zunächst ließ ich die Patientin berichten, in welchen Situationen und sozialen Kontexten „der Suchtdruck“ besonders auftrat. Sie berichtete, dass das Craving insbesondere nach Besuchen bei den Eltern auftrat, oder wenn sie an ihren Ex-Partner dachte. Bei den Eltern war sie permanent Vorwürfen aufgrund ihrer Rückfälle ausgesetzt. Das behutsame Annähern an die Auslösesituationen, das Zulassen von Emotionen führte zu einer emotionalen Entlastung bei der Patientin. Sie gab an, dass sie sich diesbezüglich verstanden fühlte. Neben dem Bearbeiten des Rückfallgeschehens und dessen Auslöser wurde der Patientin ein theoretisches Modell des „Rückfall-Geschehens“ vermittelt. Dadurch war sie zunehmend in der Lage, ihre chaotischen Gefühle, Gedanken mit Hilfe des „theoretischen“ Gerüsts selbst einzuordnen. Dadurch verlor das Craving im Laufe der Zeit auch zunehmend an Bedrohlichkeit. In der therapeutischen Gruppenarbeit wurden „Suchtdruck-Auslösende“ Situationen mit Hilfe von Rollenspielen bearbeitet und alternative Verhaltensweisen geübt. In dieser Phase des Therapieprozesses standen die Wirkfaktoren, **empfindendes Verstehen (EV)** und **emotionale Annahme (ES)** im Vordergrund. Bei der Tendenz der Patientin zur Selbstentwertung und der erfahrenen Fremdentwertung seitens ihres sozialen Umfeldes war es von Bedeutung, dass die Patientin einen Raum hatte, wo sie sich in ihrer Art angenommen und gesehen fühlte. In Phasen von unerträglichem Craving war es ferner wichtig, der Patientin **Trost zu spenden** und ihr Möglichkeiten zu bieten der **emotionalen Entlastung, insbesondere positive, selbstreferenzielle Gefühle und Kognitionen zu fördern (PI)**. Durch die Vermittlung eines Krankheitsmodells (siehe oben) wurde **Einsicht, Sinnverleben und Evidenzerfahrung (EE)** gefördert. Im Rahmen der Informationsgruppe-Sucht wurde der o.g. Aspekt im Rahmen der Behandlung ständig vertieft.

Die Einbindung der Patientin in die Stationsgruppe, der informelle Austausch innerhalb der Patientenschaft außerhalb der Therapiezeiten ist ein weiterer nicht zu unterschätzender therapeutischer Wirkungsfaktor. Er schafft **Solidaritätserfahrung (SE)** und wirkt der sozialen Isolierung entgegen. Beispielsweise befreundete sich die Patientin mit einem männlichen Mitpatienten an, tauschte sich mit ihm regelmäßig aus und fand auch Unterstützung in krisenhaften Zeiten.

Im weiteren Therapieverlauf setzte sie sich weiterhin intensiv mit der Situation in der Herkunftsfamilie auseinander. Wie oben bereits berichtet, litt sie nach

Belastungsausgängen unter starkem Craving, wirkte affektlabil und es zeigten sich depressive Stimmungszustände. Mitte der Behandlung spitzte sich die Situation deutlich zu. Es trat latente Suizidalität auf. Es wurden stützende Einzelgespräche, Kriseninterventionsgespräche und eine medikamentöse Behandlung mit Antidepressiva notwendig. Dadurch konnte die Krise aufgefangen werden. Der Patientin wurde bei der Bearbeitung dieser Krise immer deutlicher, dass sie sich von ihren Eltern nicht respektiert fühle. Sie spürte zunehmend die Grenzüberschreitung ihrer Eltern, ferner die hohen Fremderwartungen. Es zeigte sich auch, dass sie sich diesbezüglich nicht genügend abgrenzen konnte. Sie reagierte auch auf die hohen Fremderwartungen, die sie nicht erfüllen konnte mit Schuldgefühlen. Bei der Bearbeitung der oben beschriebenen Problematik kam sie auch in Kontakt mit ihrer eigenen Bedürftigkeit. Hier war erneut die **emotionale Stütze und Annahme (ES), das einführende Verstehen (EV), die Förderung des emotionalen Ausdruckes (EA) und des leiblichen Bewusstseins (LB)** (Hilfe beim Ausdruck eigener Wünsche, Bedürfnisse) von Bedeutung.

Beispielsweise konnte sie sich durch den massiven Druck der Eltern nicht zu einer klaren beruflichen Perspektive entschließen. Die Eltern erwarteten von ihr, dass Studium mit der Diplomierung zu beenden. Sie selbst konnte keinen klaren Gedanken fassen, wirkte konfluent. Schrittweise wurden mit ihr die Vor- und Nachteile der einzelnen beruflichen Möglichkeiten (Studium, EDV-Sachbearbeiterin etc.) besprochen, und es wurde ihr die Arbeit mit „leeren Stühlen“ angeboten, das sie direkt aufgriff. Die einzelnen Berufsperspektiven wurden einzelnen Stühlen zugeordnet. Die Patientin setzte sich dann auf die leeren Stühle, sprach laut aus, was für und gegen die jeweilige Alternative sprach. Sie wurde auch aufgefordert, auf ihre leiblichen Regungen zu achten. Diese Form der Erarbeitung führte bei ihr zu einem „Aha-Erlebnis“. Sie konnte für sich klar eine Entscheidung treffen.

Sie entschloss sich, das Studium abzubrechen und sich nach der Behandlung um einen Job als Netzwerkerin zu bemühen. In gleicher Weise wurde mit ihr die wohnliche Perspektive erarbeitet. Sie selbst hatte zunächst den Wunsch, eine eigene Wohnung anzumieten, befürchtete jedoch selbst, hier schnell rückfällig zu werden. Die Eltern drängten sie, übergangsweise bei ihnen zu wohnen, um Geld zu sparen. Seitens der Gruppe wurde ihr eine therapeutische Wohngemeinschaft nahegelegt. Sie nutzte wieder die Arbeit mit dem „leeren Stuhl“, sprach hier laut die Vor- und Nachteile der einzelnen Wohnperspektiven an, nahm dann eine exzentrische Position an, wo sie die Stühle (Innere Positionen) von Außen beobachten konnte und fand zu einer klaren Entscheidung. Sie entschloss sich mit ihrem neuen Partner, den sie während der letzten Entzugsbehandlung kennen gelernt hatte, in eine therapeutische Wohngemeinschaft zu ziehen. Die Entscheidungen in beruflicher und wohnlicher Hinsicht führten bei der Patientin zu einer weiteren deutlichen Stabilisierung der Affektlage und zum Abbau von Craving.

Nach der 16-wöchigen stationären Entwöhnungsbehandlung konnte die Patientin in psychisch stabilisiertem Zustand in die therapeutische Wohngemeinschaft entlassen werden und nahm parallel an unserer ambulanten nachstationären Rehabilitation in Form von Gruppentherapie teil. Thematisch setzte sie sich während der mehrmonatigen Gruppentherapie mit ihrer Arbeitsplatzsituation als

Netzwerkadministratorin, Konflikten in der Wohngemeinschaft und mit ihrer Partnerschaft auseinander.

Von ihrer Arbeitsplatzsituation berichtete sie, dass ihr Arbeitsalltag 10 bis 14 Stunden umfasse und sie oftmals am Wochenende arbeite. Hinzu komme ein zweistündiger Arbeitsweg. Die Patientin klagte nach Wiederaufnahme der Arbeit über verstärktes Craving und zunehmender Affektlabilität. Ein Zusammenhang zwischen Arbeitsüberlastung und Suchtdruck konnte sie zunächst nicht wahrnehmen. Mit Hilfe von „feed-back“ aus der Gruppe wurde ihr dieser Punkt zunehmend bewusster. Es zeigte sich, dass sie innerhalb der Arbeit kaum für sich sorgte, hielt keine Pausen ein, vergaß die Mahlzeiten. Durch die Unterstützung der Gruppe gelang es ihr ansatzweise mehr auf ihr „leibliches“ Wohl zu achten.

In der Auseinandersetzung mit ihren Mitbewohnern zeigte sich, dass es der Patientin schwer fiel, Gefühle von Ärger bzw. Wut zu spüren und zum Ausdruck zu bringen. Insgesamt neigte sie bei Auseinandersetzungen zum Rückzug. Ähnliches Verhaltensmuster zeigte sie bei Auseinandersetzungen in der Herkunftsfamilie und mit ihrem neuen Freund. In diesem Zusammenhang können wir von einem Narrativ sprechen. Bei der Patientin sahen wir eine Einengung des Wahrnehmungs-, Handlungs- und des Beziehungsraumes. In der Gruppentherapie wurden diese Konflikte mit Rollenspielen bearbeitet.

Ihr wurde die Atmosphäre durch die „In-Szenierung“ bewusster. Es gelang ihr im Rollenspiel die Affekte zum Ausdruck zu bringen und Konfliktbewältigungsmechanismen ansatzweise einzuüben. Ein Transfer ins private Umfeld war bis zum Ende der ambulanten nachstationären Rehabilitation jedoch nur ansatzweise vorhanden.

In der Beziehung zu ihrem neuen Freund bahnte sich während der ambulanten nachstationären Rehabilitation eine schwierige Situation an. Der Freund war zu einer Gefängnisstrafe verurteilt worden, ein Gnadengesuch abgelehnt worden. Kurz vor der Inhaftierung zeigte sich die Patientin wieder stark regressiv, affektlabil und gab an, dass sie es sich nicht vorstellen könne, ohne diesen Mann zu leben. Aggressive Impulse gegenüber ihrem Freund aufgrund von „Affären“ ließ sie nicht zu. In dieser Phase brach die Patientin dann die ambulante Nachsorge ohne Angaben von Gründen ab.

Mehrere Monate später wurde sie erneut stationär aufgenommen und nach abgeschlossener Entzugsbehandlung erneut auf unserer Station zur stationären Entwöhnungsbehandlung verlegt.

Sie berichtete bei der Aufnahme, dass sie nach Abbruch der ambulanten Rehabilitation zunächst abstinent geblieben sei. Dies war jedoch mit viel „innerem Kampf“ verbunden. Sie sei dann mit ihrem Freund in eine eigene Wohnung gezogen. Kurze Zeit später wurde dieser dann, wie oben bereits berichtet, inhaftiert. Am gleichen Tage habe sie dann angefangen, Alkohol zu missbrauchen. Es wurden innerhalb kürzester Zeit zwei Entzugsbehandlungen notwendig.

Bei der Aufnahme wirkte die Patientin emotional instabil, sie klagte über starke Stimmungsschwankungen, chronische Gefühle, innerer Leere, und es gab Anzeichen von Identitätsunsicherheiten.

Neben der Modifikation der Rückfallpräventionsstrategien standen Hilfen beim Aufbau einer eigenständigen Lebensführung, die Anregung von Freizeitinteressen und der Ausbau von Konfliktbewältigungsmechanismen im Mittelpunkt dieser Behandlungsphase.

Anfangs konnte die Patientin sich ein Leben ohne ihren Freund kaum vorstellen. Im weiteren Verlauf konnte sie jedoch immer weiter an Autonomie gewinnen. Während mehrerer Belastungsausgänge gelang es ihr, die Situation alleine auszuhalten und aktiv an ihrer Freizeitgestaltung zu arbeiten. Sie war diesbezüglich selbst von sich überrascht. Zunehmend nahm sie auch aggressive Impulse gegenüber ihrer Mutter und ihrem Freund wahr und konnte diese in den Kontakten einbringen. Dies führte zu einem Ausbau ihres Selbstwertgefühles und damit einhergehend zu einer emotionalen Stabilisierung.

Die Patientin wurde im psychisch stabilisierten Zustand in eine ambulante psychotherapeutische Behandlung entlassen.

Nach zwei Jahren erfuhren wir während eines Telefonates von der Patientin, dass sie zwischenzeitlich alleinerziehende Mutter sei, sie lebe in einer eigenen Wohnung. Die Beziehung zu dem o. g. alkoholabhängigen Mann habe sie nach mehreren aggressiven Impulsdurchbrüchen Seitens des Mannes abgebrochen und war nun eine neue Partnerschaft eingegangen. Hier hat sie sich jedoch klar dazu entschieden, zunächst nicht mit diesem Mann zusammenzuleben. Sie berichtete, dass sie zwischenzeitlich gut allein zurechtkäme. Alkohol habe sie zuletzt vor zwei Jahren kurzfristig nach der Trennung vom damaligen Partner getrunken.

Einer Arbeit würde sie nicht mehr nachgehen, sondern widme sich ganz der Erziehung ihres Kindes. Sie gab an, dass sie sich zufriedener fühle.

5.5.2 Prozessbeispiel II

Lag im ersten Prozessbeispiel der Schwerpunkt der Behandlung, bzw. wurde sie wirksam durch die **emotionale Annahme und Stütze (ES)** der Patientin, durch das **einfühlende Verstehen (EV)**, durch die Vermittlung eines Krankheitsmodells, spielen im zweiten Prozess insbesondere sozialarbeiterische/soziotherapeutische Interventionen eine zentrale Rolle im Behandlungsgeschehen.

Im Folgenden wird kurz die Aufnahmesituation, die lebensgeschichtliche Entwicklung und die Suchtanamnese von einem alkoholabhängigen Patienten skizziert. Anschließend wird die aktuelle Lebenssituation anhand der „fünf Säulen der Identität“ (vgl. Petzold 2001p, S.) und der Behandlungsverlauf beschrieben.

Aufnahmesituation

Herr B., Anfang vierzig, kam noch abgeschlossener Entzugsbehandlung, zu seiner ersten stationären Entwöhnungsbehandlung auf unserer Station für medizinische Rehabilitation. Bei der Aufnahme berichtet der Patient, dass er vor

zwei Monaten seine erste „Entgiftung“ gemacht habe. Anschließend sei er nur kurz „trocken“ geblieben, die Behandlung hätte nichts gebracht. Am Arbeitsplatz sei er dann mit einer „Alkoholfahne“ aufgefallen. Sie habe zu keinen arbeitsrechtlichen Konsequenzen geführt. Er habe sich trotzdem an die Sozial- und Suchtberatung seiner Firma gewandt, wo man ihn eine Behandlung in unserer Klinik nahe legte. Er berichtete weiter, dass er zuletzt bis zu fünfzehn Flaschen Bier täglich konsumiert habe. Das Trinken habe sich über Jahre hinweg ohne für ihn ersichtliche Gründe gesteigert.

Der Patient ist im Kontakt freundlich zugewandt, macht einen aufgrund seiner zunehmenden Alkoholproblematik irritierten Eindruck, diesbezüglich ist er nahezu sprachlos. Trotz guter affektiver Schwingungsfähigkeit bleibt der Zugang zu eigenen Emotionen in Hinblick auf seine eigene Suchtproblematik deutlich eingeschränkt.

Lebensgeschichtliche Entwicklung

Herr B. wurde als Einzelkind in einer größeren Gemeinde im Bergischen Land geboren und lebte dort bis zu seiner Bundeswehrzeit.

Schwangerschaft, Geburt und frühkindliche Entwicklung waren unauffällig.

Die Schilderungen seiner Kindheit blieben blass. Sie sei aus seiner Sicht in Ordnung gewesen. Belastend sei nur die frühe Trennung der Eltern gewesen. Er sei dann bei der Mutter geblieben, habe dennoch immer Kontakt zu seinem Vater gehabt.

Die Mutter sei Hausfrau gewesen und wird von ihm als „mütterlicher“ Typ beschrieben. Sie habe gut für ihn gesorgt, manchmal war es im Kontakt zu „eng“. Er fühlte sich durch ihre Nähe stellenweise „erdrückt“. Ferner sei sie sehr penibel, insbesondere was die Haushaltsführung anging, gewesen.

Der Vater war vom Beruf Taxifahrer. Er wird als kumpelhaft beschrieben.

Warum die Ehe der Eltern gescheitert sei, wisse er nicht. Zum damaligen Zeitpunkt sei er sehr jung gewesen und habe von den möglichen Auseinandersetzungen nichts mitbekommen.

Er wurde regulär im Alter von sechs Jahren eingeschult. Er besuchte zunächst die Grundschule, anschließend die Hauptschule, die er mit der Fachoberschulreife beendete. Er sei ein relativ guter Schüler gewesen und habe gute Kontakte zu den Mitschülern und den Lehrern gehabt. Er habe auch viel Vertrauen genossen, sei Jahre zum Klassensprecher gewählt worden. In der Freizeit er habe mit Kindern aus der Nachbarschaft gespielt und viel Zeit in einem Jugendclub verbracht.

Es folgte eine Ausbildung zum Kraftfahrzeugmechaniker. Nach diversen Tätigkeiten in kleineren Firmen und dem zwischenzeitlichen Erwerb der Fachhochschulreife arbeitet er seit über zehn Jahren in der Autoindustrie. Zuletzt wurde ihm eine Anstellung als Schichtführer angeboten.

Eine langjährige Partnerschaft sei vor zwei Jahren vor dem Hintergrund zunehmender Alkoholprobleme bei Beiden gescheitert. Für ihn sei dies eine tiefe Enttäuschung gewesen. Er habe sich als Versager gefühlt. Ferner vermisse er den Sohn seiner ehemaligen Lebensgefährtin, um den er sich jahrelang mit gekümmert habe. Um seine damalige „Familie“ zu versorgen, habe er sein Ingenieurstudium abgebrochen.

In der jungen Erwachsenenzeit übte er ehrenamtliche Tätigkeiten in Jugendheimen und Jugendclubs aus.

Suchtanamnese

In der Jugendzeit konsumierte er vermehrt Haschisch. Nach einem Psychiatrieaufenthalt aufgrund drogeninduzierter Halluzinationen fand kein weiterer Drogenkonsum statt.

Der erster erinnelter Alkoholkontakt fand im sechszehnten Lebensjahr statt, zunächst konsumierte er im gesellschaftsüblichen Rahmen. Während der o. b. Partnerschaft steigerte sich zunehmend die Trinkmenge. Zu einer weiteren sukzessiven Steigerung kam es nach dem Scheitern der Beziehung vor 2 Jahren. Die letzte durchschnittliche Trinkmenge betrug 15 Flaschen Bier täglich, an den Wochenenden bis zu 20 Flaschen Bier a 0,5 l täglich.

Er berichtet von Kontrollverlusterlebnissen, zunehmenden Interessensverlust, sozialen Rückzug und Entzugssymptomen mit Tremor der Hände und Schweißausbrüchen. Es kam zu keinem Delir und keinen Entzugskrampfanfällen. Er nahm an zwei Entzugsbehandlungen, allerdings an keiner ambulanten Therapie teil.

Aktuelle Lebenssituation

Um die Persönlichkeit, seine Identität und die aktuelle Lebenssituation zu erfassen wurde Herr B. angeregt ein Identitätsbild, eine bildliche Darstellung seiner „fünf Säulen der Identität“ zu erstellen (vgl. Petzold 1996, S. 275 ff.).

> Leiblichkeit

Die Säule Leiblichkeit wurde auf der Zeitschiene immer fragiler. Hier zeigt sich der Raubbau durch den exzessiven Alkoholabusus am eigenem Leib, ferner Ängste vor einem weiterem körperlichen Verfall.

> Soziales Netzwerk

Als stabilste Säule dargestellt. Herr B. verfügt über ein tragfähiges soziales Netz. Er habe viele gute Bekannte und ein paar Freunde. Auch am Arbeitsplatz gute kollegiale Beziehungen. Er verfügt über adäquate Kommunikationsfähigkeiten, er hat eine „gewinnende Art“.

Zuletzt habe er sich jedoch zunehmend, aufgrund von Scham wegen seiner Alkoholprobleme, zurückgezogen.

Ein Vakuum ist bei dem Thema Partnerschaft dargestellt.

> Arbeit, Leistung, Freizeit

Ebenfalls als tragfähige Säule dargestellt. Er gibt in diesem Zusammenhang an, dass er sich am Arbeitsplatz immer ausgefüllt gefühlt habe. Die Tätigkeit würde ihm, nach all den Jahren noch Spaß machen. Er sei auch mit Stolz erfüllt, dass man ihm den Job des Schichtleiters in Aussicht gestellt hat.

Die Freizeit hätte durch das Trinken stark gelitten. Zuletzt habe er nur getrunken und Musik gehört. In der Vergangenheit hatte er seine Freizeit mit Freunden verbracht.

> **Materielle Sicherheiten**

Diese Säule wirkt sehr zerbrechlich. Nur zögerlich erwähnt er in diesem Zusammenhang, dass er sich in den letzten Monaten verschuldet habe. Er habe auch diesbezüglich den Überblick verloren. Mehr berichtet er während der Besprechung seines Bildes nicht. Bei seiner Schilderung wirkt er eigentümlich betroffen, eine Atmosphäre der Sprachlosigkeit breitet sich aus.

> **Werte und Normen**

Ihm sei in der Vergangenheit das Soziale immer wichtig gewesen. Er berichtet, dass er in der Jugendarbeit ehrenamtlich aktiv gewesen sei.

Behandlung

Während der ersten Behandlungsphase wurde mit Herrn B. die psychosoziale Anamnese erhoben (s.o.). In dieser Initialphase der Therapie ging es um die Sammlung von Daten und um die Herstellung eines Kontaktes zwischen dem Patienten und dem Referenten. Im Sinne der prozessualen Diagnostik wurde die Diagnose im Ko-respondenzprozeß intersubjektiv ermittelt und anhand dessen Therapieziele gemeinsam erarbeitet und formuliert (vgl. Ebert u.a. 2004, S. 197 ff.).

Bei dem Patienten zeigte sich nur eine eingeschränkte Krankheitseinsicht, in dem Sinne, dass er noch Wünsche nach kontrollierten Trinken hegte. Bei Patienten die nahtlos von der „Entgiftung“ in die „Langzeit“ wechseln ist eine fehlende oder eingeschränkte Akzeptanz der Suchterkrankung der Regelfall, insbesondere dann, wenn die erste Entzugsbehandlung erst kurze Zeit zurückliegt. Um die Krankheitseinsicht zu vertiefen, wurden mit ihm die Diagnosekriterien der Weltgesundheitsorganisation (ICD 10) (vgl. Dilling u.a.1993, S. 92-S. 93) besprochen und der Münchener Alkoholismus-Test (MALT) (vgl. Feuerlein u.a. 1979) durchgeführt. Ferner setzte er sich in der Gruppentherapie mit den negativen Folgen der Alkoholabhängigkeit auseinander. Bei der Bearbeitung der genannten Problematik sahen wir einen „braven“ Patienten, der rasch an Einsicht gewann und sich für die dauerhafte Alkoholabstinenz entschied. Die schnelle Umsetzung der Erkenntnisse wirkte zunächst angepasst. Eine Vertiefung der Thematik fand zu diesem Zeitpunkt nicht statt.

Im weiteren Verlauf „sackte“ seine Stimmung merklich ab. Er wurde ruhiger, brachte sich nicht mehr mit eigenen Themen in der Gruppenbehandlung ein. Bei der näheren Exploration in der Einzeltherapie zeigte sich ein Patient, der zunehmend depressiv auf seine Schuldensituation reagierte. Auslöser war ein Brief seiner Bank, in dem man ihn bat, mit Ihnen in Kontakt zu treten. Dies löste bei ihm Katastrophenphantasien aus. Er befürchtete, dass man ihm den Dispositionskredit einschränken würde und er dadurch seine finanziellen Verpflichtungen nicht mehr erfüllen könnte.

tungen nicht mehr nachkommen könne und er einen sozialen Absturz erleiden würde (Gerichtsvollzieher, Wohnungsverlust etc.). Er hatte den Brief zunächst mehrere Tage nicht geöffnet und dann mit Passivität reagiert. Beim letztgenannte Punkt bildeten stärker werdende Schamgefühle den Hintergrund. Er fühlte sich als Versager, insbesondere da er sonst seinen Verpflichtungen immer nach gekommen sei. Auch am Arbeitsplatz sei er immer korrekt gewesen und habe in schwierigen Situationen den Überblick behalten. Er habe Probleme angepackt und sei auch auf Leute zugegangen. Es falle ihm jetzt schwer auf die Bank zu zugehen, da er sich, wie oben bereits erwähnt, schämen würde. Der Patient verfügt über ausreichende soziale Kompetenzen, auf die er aktuell jedoch nicht zugreifen konnte.

Unter sozialer Kompetenz verstehen wir die Verfügbarkeit und die Anwendung von kognitiven, emotionalen und motorischen Verhaltensweisen, die in bestimmten sozialen Situationen zu einem langfristig günstigen Verhältnis von positiven und negativen Konsequenzen für den Handelnden führen (Hinsch u.a. 2002, S. 5).

Die Behandlung trat in die Aktionsphase ein. Es ging um die Er- und Bearbeitung des Problems, um die Aktivierung von Ressourcen, um emotionale Entlastung (vgl. Ebert u.a. 2004, S. 204).

In einer Therapiestunde wurde die gesamte Schuldensituation auf einer Flipchart aufgeschrieben. Die Problematik wurde nach „Außen“ gebracht. Durch die „Visualisierung“ konnte Herr B. sein „Chaos im Kopf“ sortieren, was wiederum zu einer emotionalen Entlastung führte. Es wurde deutlich, dass das Problem nicht so groß war, wie im Vorfeld befürchtet. Es zeigte sich, dass er weiter in der Lage war seine Schulden, trotz knapperer finanzieller Ressourcen, abzutragen.

In den weiteren Gesprächen wurde in kleinen Schritte, dass weitere Procedere besprochen. Er überlegte zunächst eine Schuldnerberatungsstelle zu konsultieren. Da dies in seinem Falle jedoch eine Verschiebung von Verantwortung gewesen wäre, wurde er auf seine diesbezüglichen Ressourcen hingewiesen. Es wurde die Notwendigkeit der Kontaktaufnahme mit der Bank und diversen Gläubigern besprochen. Es ging einerseits darum seine Angst vor den Gesprächen ernst zunehmen, aber auch andererseits seine Vermeidungshaltung und deren negativen Konsequenzen zu sehen und zu bearbeiten. Ihm wurde der Vorschlag gemacht, das beängstigende Gespräch in einem Rollenspiel in der Gruppentherapie vorweg zunehmen. Er konnte sich darauf einlassen, nach dem der Referent ihm behutsam die Vorteile und möglichen Nebenwirkungen des „Experiments“ erklärte. Es zeigten sich zunächst Schwierigkeiten, sich auf das Rollenspiel einzulassen. Als er sich zunehmend einlassen konnte, entwickelten sich kurzfristig Ängste. Durch das immer wieder Erinnern an die eigenen Ressourcen, durch die Erstellung eines kleinen „Drehbuches“ mit klaren Verhaltensvorgaben, konnte er im Rollenspiel an Sicherheit gewinnen, seine Fragen artikulieren und seine Interessen vertreten. Er fühlte sich danach sichtlich entlastet.

Herrn B. gelang dann auch ein Transfer des in der Therapie Gelernten ins private Umfeld. Er suchte nun offensiv das Gespräch mit der Bank. Bereitete sich

nochmals in der Einzeltherapie vor, in dem er sich einen „Spickzettel“ anfertigte. Die Bank zeigte sich im Gespräch kooperativer als gedacht. Er konnte seine Interessen einbringen und fand mit seiner Bank eine realistische Finanzlösung. In den weiteren Gesprächen wurden die gemachten Erfahrungen, die Verwirrungen, die Blockierungen und dem Umgang damit reflektiert und analysiert. Es fand der Übergang zur Integrationsphase statt (vgl. Rahm 1988, S. 126 f.).

Während der Therapiezeit lernte er auf einer Geburtstagsfeier seine neue Partnerin kennen und entschloss sich in der späten Phase der stationären und frühen Phase der ambulanten Therapie mit ihr zusammen zu ziehen und den Wohnort zu wechseln.

Die auftretenden finanziellen und organisatorischen Probleme sprach er immer wieder und jetzt auch zunehmend in der Gruppentherapie an. Er setzte die gewonnenen Erfahrungen im Alltagsleben um. In dieser Phase der Neuorientierung ging

(...) es darum, aus dem Zusammenkommen von körperlichem Erleben, emotionaler Erfahrung und rationaler Einsicht weiterführende Konsequenzen zu entwickeln und auszuprobieren, die sich unmittelbar in neuen bzw. veränderten Verhaltensweisen ausdrücken können und sich in der Realität (im Umgang mit sich selbst, mit dem Berater, mit Gruppenmitgliedern, mit Familienmitgliedern, im größeren gesellschaftlichen Kontext usw.) erproben lassen (ebd., S. 127).

Wirkfaktoren

In der einjährigen vollstationären und ambulanten Behandlung von Herrn B. wurden viele andere Problemfelder angesprochen und bearbeitet. Aufgrund der Kürze der Arbeit konnten diese nicht vertieft werden. Die genannten Beispiele aus der Therapie wurden ausgewählt, da Herr B. bei Behandlungsende und bei weiteren späteren Kontakten, die Bedeutung dieser, für seine persönliche Entwicklung, herausstellte.

Die Integrative Therapie spezifiziert vier Wege der Heilung und Förderung:

Erster Weg:	Bewusstseinsarbeit-Sinnfindung, Einsicht
Zweiter Weg:	Nachsozialisation-Grundvertrauen, emotionale Differenzierung
Dritter Weg:	Erlebnisaktivierung-Persönlichkeitsentfaltung
Vierter Weg:	Solidaritätserfahrung und alltagspraktische Hilfen

(vgl. Ebert u.a. 2004, S. 213)

In den o.g. Wegen sind nach **Petzold** viele therapeutische Wirkfaktoren (s. Punkt 2) subsummiert (vgl. Petzold 1996, S. 314).

Bei der medizinischen Rehabilitation von Herrn B. kam überwiegend der vierte Weg der Heilung und Förderung zum tragen, insbesondere der Aspekt der alltagspraktischen Hilfen.

Betrachtet man die Feinstruktur, kann hier der Wirkfaktor **Hilfen bei der realitätsgerechten praktischen Lebensbewältigung/ Lebenshilfe (LH)** genannt werden. **Petzold** umschreibt diesen Wirkfaktor wie folgt:

Erschließen von Ressourcen, Rat und tätige Hilfe bei der Bewältigung von Lebensrealität, Problemen (...) (ebd., S. 316).

Nach **Petzold** ist dieser Wirkfaktor von großer Bedeutung.

Wo immer es Therapeuten gelingt, die Probleme ihrer Patienten ernst zu nehmen und ihnen für die Lösung dieser Probleme (...) Hilfen für realitätsgerechte Lösungen an die Hand zu geben, gelingen therapeutische Beziehungen (ebd., S. 316).

Die Bewältigung der o. g. Schuldensituation führte bei Herrn B. zu einer Vertiefung der therapeutischen Prozesses.

Nicht nur der Leidensdruck ist ein Motor der Behandlung, sondern auch die Erfahrung, daß Symptome besser werden und Schwierigkeiten abnehmen, besonders wenn mit dieser Erfahrung die Erkenntnis verbunden ist, daß es Hinter- und Untergründe der persönlichen Biographie sind, die Störzonen bilden. Hier können starke Motivationen für eine vertiefende, therapeutische und persönliche Weiterarbeit und eine aktive Mitarbeit in der Behandlung gesetzt werden, und insofern sind die „Hilfen bei der praktischen Lebensbewältigung“ alles andere als rein „pragmatische“ oder „pädagogischer“ therapeutische Interventionen, die das „Eigentliche“ der Therapie vermeiden. Sie stärken vielmehr den Realitätssinn (ebd., S. 316).

In der anschließenden ambulante Nachsorge, in Form von Gruppenarbeit, gelang es Herrn B. seine Sprachlosigkeit, abzubauen, die Hintergründe seiner Suchterkrankung zu erkennen und zu bearbeiten (Beziehung zur Mutter/ Partnerin) und einen vertieften Zugang zu seinen Gefühlen zu finden. Während dieser Phase des Therapieprozesses war die **Förderung des emotionalen Ausdruckes (EA)** von immenser Bedeutung.

Bei diesem Faktor geht es um Zeigen von Gefühlen, sprechen über Gefühle, kathartische Entlastung (...) (ebd., S. 316).

Es wurde ferner **Einsicht, Sinnerleben und Evidenzerfahrung (EE)** gefördert.

Einsicht in Lebens- und Problemzusammenhänge bzw. Krankheitsbedingungen (...).

In jedem Falle geht es darum, daß Menschen Zusammenhänge und Hintergründe in möglichst umfassender Weise verstehen, Ursachen und Wirkungen zusammenbinden können, daß sie handlungsleitende Explikationsfolien für die Strukturierung ihres Alltages und ihres Lebensvollzugs erhalten (ebd., S. 316).

Auch in der ersten Phase der Therapie, bei der „Besprechung“ der Diagnosekriterien, spielte der letztgenannte Wirkfaktor eine große Rolle.

5.6 Zusammenfassung

Stationäre und ambulante Entwöhnungsbehandlungen bieten ein breit gefächertes psycho-, sozio- und leibtherapeutisches Programm mit einer Vielzahl von therapeutischen Wirkfaktoren.

Zunächst wurden die Symptomatik, die Entstehungsbedingungen der (Alkohol)-abhängigkeit und die diversen Behandlungsformen, insbesondere der medizinischen Rehabilitation beschrieben.

Nach der Beschreibung eines Behandlungskonzeptes stationärer Entwöhnung wurde anhand zweier Prozessbeispiele die positiven Einflüsse intermittierenden, stationären und ambulanten Suchtbehandlung aufgezeigt. Schwerpunkt bildete die Beschreibung der therapeutischen Einzel- und Gruppengespräche. Die vorgestellten Wirkfaktoren bildeten nur einen kleinen Teil des Spektrums möglicher Heil- und Wirkfaktoren innerhalb der stationären und ambulanten Entwöhnungsbehandlung. Andere Wirkfaktoren (beispielsweise in der Entspannungstherapie, Tanztherapie, psychoedukative Gruppe) konnten aufgrund der Kürze der Arbeit nicht erwähnt werden.

Der Behandlungserfolg einer stationären Entwöhnungsbehandlung wird heute noch vielfach an der langandauernden Suchtmittelabstinenz gemessen. Andere positive Faktoren finden nach wie vor wenig Beachtung. Das oben genannte Beispiel der jungen alkoholabhängigen Patientin hat gezeigt, dass gerade bei Ko-Morbiden Patienten sich der „therapeutischer Erfolg“ in der Arbeit nicht an der sofortigen Abstinenz messen lassen kann. Gerade bei dieser Patientengruppe sind intermittierende Behandlungen in unterschiedlichen Kontexten dringend indiziert.

Verbesserungen sind häufig nur in kleinen Schritten, die mit Rückschlägen einhergehen, zu erreichen.

6. Praxisfeld IV: Psychiatrische Übergangseinrichtung

6.1 Einrichtung

Geschichte

Die Übergangseinrichtung gibt es seit etwa 25 Jahren, sie wurde im Zuge der Psychiatrie Enquete gegründet. In den ersten 15 Jahren fühlten sich die Mitar-

beiter dem anthroposophischen Gedankengut Rudolf Steiners eng verbunden. Ausdruck dieser Verbundenheit war, dass in den ersten 10 Jahre ein Mitarbeiterhepaar in der Einrichtung wohnte. Damit versuchte man das Arbeitskonzept, mit dem anthroposophische Einrichtungen erfolgreich mit Menschen mit geistigen Behinderungen arbeiteten, auf die Arbeit mit Menschen mit psychischen Erkrankungen zu übertragen. Dieser sehr „idealistische“ Arbeitsansatz des zusammen Wohnens führte zur Überforderung und wurde geändert. Ein weiterer Ausdruck der anthroposophischen Arbeitsweise war die Konzentration auf das „Tun“, die Arbeit. Dieser Arbeitsansatz konzentrierte sich darauf die erkrankten Menschen wieder in alltägliche Verrichtungen, wie Putzen, Kochen, Einkaufen zu „verwickeln“ und später dann mit Arbeit im allgemeinen Wortsinn zu beschäftigen und zu konfrontieren. Dieser Arbeitsansatz fand auch Niederschlag in dem ursprünglichen Namen, nämlich Wohn- und Werkgemeinschaft. Er bewährte sich und lebt in modifizierter Form noch heute in der Einrichtung fort.

Standort, Größe und bauliche Struktur

Die Übergangseinrichtung hat 13 Plätze, die sich auf ein Wohnhaus und zwei räumlich separate Wohnungen verteilen. Alle Wohneinheiten befinden sich im Stadtzentrum einer Kleinstadt. Das Wohnhaus ist das Haupthaus, es hat sieben Einzelzimmer, in ihm befinden sich das Büro, die Gruppenräume, die Werkstatt, der Kreativraum, eine große Küche. Die separaten Wohnungen dienen als Außenwohngruppen für jeweils drei Menschen. Zu Anfang lebt der Klient im Haupthaus im zweiten Schritt findet dann ein Umzug in die Außenwohngruppen statt.

Personenkreis

Das Angebot der Übergangseinrichtung richtet sich an psychiatrisch erkrankte Menschen (psychotische Erkrankung, Borderline Persönlichkeitsstörungen) im Alter von mind. 18 Jahren, deren Behandlung im psychiatrischen Krankenhaus abgeschlossen ist, die jedoch noch nicht in der Lage sind ein unabhängiges Leben zu führen, sondern noch weiterhin intensive soziotherapeutische Betreuung benötigen. Aufgenommen werden auch Menschen mit sogenannten Doppeldiagnosen, also Menschen mit einer zusätzlichen Suchtproblematik.

Finanzierung

Die Übergangseinrichtung ist eine stationäre Rehabilitationseinrichtung. Die Finanzierung erfolgt entweder durch den Rentenversicherungsträger, wenn die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind, oder durch den überörtlichen Sozialhilfeträger.

Zielsetzung

Übergeordnetes Ziel ist die gesellschaftliche und berufliche Wiedereingliederung. Dies soll zum einen über die Heilung, Überwindung oder Besserung, aber auch über die Verhütung der Verschlimmerung von psychischer Erkrankung

sowie über die Sicherung, Wiederherstellung oder Planung und Veranlagung einer Erwerbsfähigkeit erfolgen. Durch Hilfe und Unterstützung soll der Klient befähigt werden, ein weitestgehend selbst bestimmtes und sinnerfülltes Leben zu führen und im gewollten Umfang am sozialen Leben teilzunehmen. Alle dahingehenden Bemühungen haben zum Ziel, persönliche Stärken des jeweiligen Klienten zu bewahren und zu erweitern und ihm die Einflussnahme auf sein Leben zurückzugeben, die durch die Erkrankung oft verloren wurde. Diese Zielsetzung soll innerhalb von zwei Jahren verwirklicht werden können.

Folgende Ziele werden lt. Konzept angestrebt:

- Sicherung und Festigung des während eines Klinikaufenthaltes erzielten Behandlungserfolges
- Vorbeugung einer drohenden chronischen psychischen Behinderung
- Fördern und Stützen der gesunden Anteile des Rehabilitanden, Förderung und Ausbau der vorhandenen Ressourcen
- Beseitigung der sekundär durch Hospitalismus bedingten Beeinträchtigungen und Antriebsstörungen
- Entwicklung von Bewältigungsstrategien (Copingstrategien) im Umgang mit krisenhaften Verschlechterungen
- Kommunikations- und Konfliktfähigkeit
- Kontakte zu Angehörigen und anderen Bezugspersonen
- Eigenständigen Lebens- und Haushaltsführung
- Sinnvolle Freizeitgestaltung
- Soziale Kompetenz zum Aufbau eines sinnstiftenden sozialen Netzwerkes
- Diagnostik und Förderung der beruflichen Belastbarkeit
- Heranführen an eine Beschäftigung bzw. ein Arbeitstraining und darauf aufbauende Maßnahmen zur beruflichen Integration.

Leistungen

Es wird ein fortlaufender individueller Rehabilitationsplan erstellt, bei dem die jeweils besonderen medizinischen, beruflichen und sozialen Aspekte mit einbezogen werden. Die Übergangseinrichtung schafft ein überschaubares, beschützendes, ressourcenorientiertes, therapeutisches Milieu, das dem Klienten die Möglichkeit gibt soziale und, falls angestrebt, berufliche Kompetenz zu entwickeln.

Im Konzept sind folgende Leistungen aufgelistet:

- Entwicklung, Begleitung, Überprüfung und Fortschreibung des Therapie- und Hilfeplanes
- Gewährleistung der notwendigen medizinischen Behandlung
- Krisenintervention

- beratende und stützende soziotherapeutische Einzelgespräche zur Gestaltung des Alltags, zur Entwicklung einer realistischen Lebensperspektive, zum Verstehen und Bewältigen der eigenen Erkrankung
- Einüben von lebenspraktischen Fähigkeiten wie Haushaltsführung (Verpflegung, Einkaufen, Aufräumen, Reinigen der Zimmer, Umgang mit Geld, Eigentum u.v.m.)
- Training sozialer Kompetenz durch Gruppenarbeit mit dem Ziel Beziehungen zu Mitbewohnern, Freunden, Angehörigen und Verwandten befriedigend zu gestalten
- Nachsozialisation
- Stärkung des Selbsthilfepotentials
- Förderung der Eigen- und Fremdwahrnehmung und der Konfliktfähigkeit in Gesprächsgruppen und Hausversammlungen
- Motivation zu - und ggf. Durchführung von Freizeitangeboten
- Aktivierung im Bewegungs- und Sportbereich
- Arbeitstherapeutische Maßnahmen zur Abklärung und Entwicklung der Arbeitsfähigkeit
- Ergotherapeutische Maßnahmen zum Entdecken und Entwickeln der eigenen Kreativität
- Vorbereitung, Begleitung und Abklärung bei Schritten zur beruflichen Wiedereingliederung
- Hinführung zum eigenständigen Wohnen.

Rehabilitationsphasen

Der Aufenthalt in der Übergangseinrichtung dauert in der Regel zwischen einem und zwei Jahren. Diese Zeit wird in drei Phasen gegliedert.

Stabilisieren und Integrieren

Die **erste Phase** der Rehabilitation dient der Abklärung der Motivation, der individuellen Möglichkeiten und Ressourcen. Ziel der ersten Phase ist die Stabilisierung der psychischen Gesundheit und die Integration in die Klientengruppe. Orientiert an den eigenen Möglichkeiten wird dem Klienten ermöglicht am Gruppenleben und an den alltäglichen Gemeinschaftsaufgaben teilzunehmen und es mit zu gestalten. Die erste Phase der Rehabilitation findet in der Wohngruppe im Haupthaus statt. Tagesstrukturierende Maßnahmen, wie die gemeinsame Einnahme der Mahlzeiten, die Pflege des Hauses, der Einkauf und die Zubereitung der Mahlzeiten, Arbeitsbesprechungen, Haus- und Vollversammlungen stellen den Kontakt zu den Mitbewohnern und zu der allgemeinen Lebenswirklichkeit her und sorgen für einen geordneten Tagesablauf.

Entwickeln, Orientieren, Klären und Überprüfen

Diese **zweite Phase** der Rehabilitation – die eigentliche Hauptphase – dient dem Entwickeln und Überprüfen grundsätzlicher Therapieziele: *„Kann ich wieder erwerbsfähig werden, kann ich in einer eigenen Wohnung wieder selbstän-*

dig wohnen und welche Hilfe brauche ich, welche Einschränkungen und Behinderungen resultieren aus meiner Erkrankung, wie kann ich sie ausgleichen, mildern, therapieren, welche Hilfen brauche ich?“ Wenn z.B. das Wiedererlangen der Erwerbsfähigkeit nicht absehbar ist, wird möglicherweise der Aufbau sozialer Kompetenz mit der Zielsetzung von stabilen sozialen Beziehungen, einer eigenen befriedigenden Tagesstruktur und die Entwicklung einer befriedigenden Lebensperspektive jenseits von Erwerbsarbeit, zentrales Ziel.

Räumlich beginnt die zweite Phase der Rehabilitation in der Regel noch im Haupthaus und wird – nach dem Umzug – in einer der separaten Wohngruppen fortgesetzt. Dort wird dem Klienten die Möglichkeit geboten die bisher vollzogenen Rehabilitationsschritte in eigenständiger Weise zu erproben und zu festigen.

In der weiter unten genannten Beschäftigungs- und Arbeitertherapie wandeln und steigern sich die Anforderungen gemäß den angestrebten Zielen des Klienten. Wird die Erwerbsfähigkeit angestrebt und/oder wird diese Zielsetzung vom Kostenträger (Rentenversicherungsträger) gefordert, so kann sich der Charakter der Arbeit in der Küche oder im Renovierungsbereich von einer stützenden Beschäftigungstherapie zu einer fordernden Arbeitstherapie oder überprüfenden Arbeitserprobung wandeln. Oder umgekehrt – wird das Ziel der Erwerbsfähigkeit nicht mehr angestrebt und die neue Zielsetzung heißt: fähig werden eine eigene Wohnung zu führen, werden die Anforderungen dieser Zielsetzung angepasst. Je nach Zielsetzung werden – wenn möglich - erste Schritte auf dem Arbeitsmarkt begleitet. Diese können in Form von Praktika, stundenweise Mitarbeit, Aushilfstätigkeit etc. geleistet werden. Die zweite Phase der Rehabilitation ist also auch eine Phase der Orientierung, verschiedene Zielsetzungen können entwickelt, erprobt, verworfen und durch neue ersetzt werden (Clearingfunktion).

Auszug und Neubeginn

In der **dritten** und **letzten Phase** der Rehabilitation, in der die Ablösung aus der Einrichtung im Vordergrund steht, bietet die Einrichtung Hilfe und Beratung bei der Suche nach eigener Wohnung, Hilfe bei deren Renovierung und Kauf von Möbeln und Hausrat, Hilfe bei Vermittlung und Auswahl nachsorgender ambulanter Dienste.

Sollte das Rehabilitationsziel „selbständiges Wohnen“ in dem zur Verfügung stehenden Rehabilitationszeitraum nicht erreichbar sein, bietet die Einrichtung Hilfe bei der Suche nach einer längerfristigen Unterbringung.

Behandlungsangebote

Tagesstrukturierende Maßnahmen

Tagesstrukturierende Maßnahmen sind die gemeinsam eingenommenen Mahlzeiten, die gemeinsame Arbeit in den unten genannten Arbeitsfeldern, die

Gruppen- und einzeltherapeutischen Gespräche und die Freizeit- und Aktivierungsangebote. Die Maßnahmen werden von Mitarbeitern begleitet, strukturiert und mit gestaltet.

Beschäftigungs- und Arbeitstherapie - Arbeitsfelder

Die Beschäftigungs- und Arbeitstherapie findet in verschiedenen Arbeitsfeldern statt. Die Arbeitsfelder, in denen der Klient tätig wird, orientieren sich an den Alltagsanforderungen, die jeder Mensch bewältigen muss und sind im Einzelnen: ***Einkaufen, Kochen, Gestaltung und Pflege der Gemeinschaftsräume und die Wäschepflege. Darüber hinaus bestehen Angebote im Instandhaltung- und Renovierungsbereich, im Garten- und Werkbereich und in der Arbeit mit kreativen Medien.*** Die Arbeit in diesen Arbeitsfeldern kann verschiedene Ausprägungen haben, je nach Zielsetzung kann sie z. B. mehr beschäftigungstherapeutischen oder mehr arbeitstherapeutischen Charakter haben. Begleitet werden diese Arbeitsfelder von Arbeits- und Ergotherapeuten. Zielsetzung dieser Arbeitsfelder ist es, den Klienten im Leben wieder handlungsfähig zu machen, eine sinnvolle Tagesstruktur zu schaffen und ein praktisches Feld für das Gemeinschafts- und Gruppenleben zu schaffen. Auch die Beschäftigungs- und Arbeitstherapie ist geprägt von der Beziehungsarbeit zwischen Klienten und Mitarbeiter - in der konkreten gemeinsamen Arbeit oder auch im planenden oder rückblickenden Gruppen- oder Einzelgespräch.

Bezugsbetreuung

Neben der Tagesstrukturierung (begleitet von Ergotherapeuten und Bezugsbetreuern), der Beschäftigungs- und Arbeitstherapie (begleitet von Ergotherapeuten), ist die Bezugsbetreuung (begleitet von einer Fachkrankenschwester für Psychiatrie, von Sozialpädagogen und Sozialarbeitern) das dritte tragende Element der Rehabilitation. In der Regel ist während des gesamten Rehabilitationszeitraumes ein Mitarbeiter für die Bezugsbetreuung eines Klienten zuständig. Kernaufgabe der Bezugsbetreuung ist der Aufbau einer stützenden therapeutischen Beziehung. Diese Beziehung entwickelt sich in den regelmäßigen Einzelgesprächen deren Inhalte sich an den Problemen, den Ressourcen und den Zielen des Klienten orientieren sollen. Zu den Aufgaben gehört das Erstellen, die kontinuierliche Fortentwicklung, Ausgestaltung und Überprüfung des Therapie- und Hilfeplans, Hilfe bei der Reflexion und Lösung von Problemen innerhalb und außerhalb der therapeutischen Wohngruppe, Hilfe bei Behörden, Hilfe bei Familienproblemen, Hilfe beim Auszug, etc. etc. Die Bezugsbetreuung ist die Schnittstelle nach außen, sie organisiert und begleitet die Zusammenarbeit mit dem niedergelassenen Psychiater und Psychotherapeuten, zu anderen helfenden Diensten, wie Beratungsstellen, zu Selbsthilfegruppen u. dgl. mehr.

Arbeit mit der Sucht

Für alle Klienten mit einer Suchtproblematik ist die Tagesstruktur von elementarer Bedeutung. Alle Klienten, die eine diagnostizierte Suchtproblematik haben oder bei denen sich während des Aufenthalts herausstellt, dass sie eine Sucht-

problematik haben, nehmen an der Abstinenzgruppe teil. Grundsätzlich ist während des Aufenthaltes Voraussetzung, dass bei dem Klienten der aufrichtige Wunsch erkennbar ist, mit dem Konsum von Alkohol und Drogen aufzuhören. Die Abstinenzgruppe ist eine von Mitarbeitern geführte Gruppe. Die Grundthemen sind: wie kann ich ein befriedigendes abstinentes Leben führen, wie schaffe ich es mit dem Konsum dauerhaft aufhören, warum konsumiere ich, was will ich damit vermeiden, was erreiche ich mit dem Konsum von Suchtmitteln, was kostet mich der Konsum? Der Konsum aller illegaler Drogen ist während der Rehabilitationszeit verboten, auch die Spielsucht und die Alkoholsucht zählen zu den Süchten, auch dort muss der aufrichtige Wunsch erkennbar sein, mit dem Konsum aufzuhören. Die Suchtproblematik ist eines der Hauptthemen in der Bezugsbetreuung und gegebenenfalls auch in den Wohngruppenversammlungen und in der Vollversammlung. Mit den verschiedenen Selbsthilfegruppen wird eine Zusammenarbeit angestrebt.

Körperarbeit – Selbstwahrnehmung

Es findet regelmäßig eine Aktivierungsgruppe statt. Ziel dabei ist es die körperliche Aktivierung und Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit mittels Wandern oder Spazieren gehen. Die Gruppe wird von einem Mitarbeiter angeleitet. Einmal in der Woche findet abends eine Yogagruppe statt. Ziel ist die Entspannung und die Entfaltung von meditativer Selbstwahrnehmung.

Medizinische Begleitung

Die fachärztliche psychiatrische oder auch fachpsychologische Behandlung findet bei niedergelassenen Ärzten und Psychologen in enger Zusammenarbeit mit der Einrichtung statt. Für die Übergangseinrichtung übernimmt ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie die ständige ärztliche Verantwortung. Dies beinhaltet die fachlich-medizinische Personalberatung, die Überwachung der Behandlungsmittel, -methoden und -ziele der Einrichtung und die Prüfung sowie Fortschreibung des ärztlichen Behandlungsplanes des Klienten.

Mitarbeiter

In der Einrichtung arbeiten insgesamt 7 Mitarbeiter auf 5,2 Stellen (Ergo- und Arbeitstherapeuten, Sozialarbeiter und Sozialpädagogen und eine psychiatrische Fachkrankenpflegekraft.)

6.2 Wirkfaktoren und Institution

Die Klienten der Übergangseinrichtung leben für einen relativ langen Zeitraum – in der Regel zwei Jahre - in der Einrichtung. Die Übergangseinrichtung (Übergangswohnheim) hat grob betrachtet zwei Aufgaben, nämlich:

Die Unterbringung (**Übergangswohnheim**) und die Entwicklung, die Therapie, die Rehabilitation mit dem Ziel, ein selbständiges Leben führen zu können (**Übergangswohnheim**) oder – als auch ein mögliches Ergebnis – ein Leben mit dauerhaft ambulanten oder auch stationäre Hilfen (Clearingfunktion.)

Die Klienten leiden alle unter schwersten chronifizierten psychiatrischen Krankheitsbildern, die ihnen nicht mehr erlauben ein normales, selbständiges Leben zu führen. Sie brauchen ein ganzes Bündel von lebenspraktischen Hilfen, angefangen bei praktischen Hilfen der Tagesstrukturierung (aus dem Bett kommen, Frühstück, danach tätig werden etc. etc.) bis hin zu Hilfen bei der Medikamenteneinnahme, der Gestaltung und Pflege des eigenen Zimmers und der Gemeinschaftsräume, dem Einteilen des kleinen Taschengeldes.

Wie weiter oben ausgeführt ist das Leben in der Einrichtung so organisiert, dass die täglichen Verrichtungen, wie Putzen, Einkaufen, Kochen von den Klienten selber erledigt werden. Auch in die Instandhaltung und Pflege der Einrichtung – Tapezieren und Streichen der Räume, kleinere Reparaturarbeiten, Gartenpflege, etc. – sind die Klienten soweit wie möglich eingebunden. Diese Arbeiten bilden eines der zentralen Übungsfelder, alle Klienten sind gemäß ihren Fähigkeiten darin eingebunden. Diese Arbeiten werden gemeinsam verrichtet, und sie sind ein Teil – neben den gemeinsamen Mahlzeiten, den therapeutischen Gruppenveranstaltungen – der strukturierenden Elemente der therapeutischen Gemeinschaft.

Die Mitarbeiter sind ein Teil dieser Wohn- und Arbeitsgemeinschaft, sie haben darin vielfältige Rollen auszufüllen, in der Arbeitstherapie die Rolle des "Chefs", aber auch die Rolle des Ausbilders und Lehrers, des Trainers, oder des Coachs, in der Bezugsbetreuung, die Rolle des Gesprächs-Therapeuten, des praktischen Helfers und Beraters (z.B. bei Behörderangelegenheiten), des Krisenmanagers etc..

Einführendes Verstehen (Mitgefühl, Empathie, Takt, Wertschätzung) (**EV**)

Dieser erste Wirkfaktor ist das zentrale Element, welches die täglichen Interaktionen, die therapeutische Beziehung zwischen Bezugs-, Ergo- und Arbeitstherapeuten und Klienten, therapeutischen wirksam werden lassen. Ohne einführendes Verstehen, ohne Mitgefühl, Takt und Wertschätzung, gleiche die Einrichtungsstruktur einem Gefängnis, möglicherweise auch wirksam, aber wirksam durch Drill und mechanisches Einüben von Verhalten und Fertigkeiten. Das einführende Verstehen ist sozusagen der Kitt, der alles zusammen hält, gleichzeitig ist *das einführende Verstehen* auch immer Ziel, welches nie ganz erreicht wird.

Emotionale Stütze (Akzeptanz, Entlastung, Trost, Ermutigung, positive Zuwendung, insbesondere Förderung positiver selbstreferentieller Gefühle, z. B. Selbstwertgefühl, Selbstsicherheit, Selbstvertrauen, was eine Reduktion negativer selbstreferentieller Gefühle erforderlich macht) (**ES**)

Auch dieser Wirkfaktor ist in der Arbeit mit den schwer erkrankten Menschen ein unabdingbarer Faktor. Ohne Akzeptanz, Entlastung, Trost, Ermutigung und positiver Zuwendung lässt sich die schwere Erkrankung, das Unvermögen ein normales Leben zu führen, nicht ertragen, ohne diese grundlegend stützende Haltung, lässt sich Selbstwertgefühl, Selbstsicherheit, Selbstvertrauen nicht aufbauen.

Hilfen bei der praktischen Problem- und Lebensbewältigung (Erschließung von Ressourcen, Rat und tätige Hilfe bei der Bewältigung von Problemen) (**LH**)

In der grundlegenden Tages-, Arbeits- und Wohnstruktur der Einrichtung ist dieser Wirkfaktor das praktisch wirksame Element, in dem institutionell vorgegebenen Übungsfeld haben die Klienten die Möglichkeit die Lösung einer Fülle von praktischen Problemen zu lernen. In der Arbeits- und Beschäftigungstherapie lernen sie alltagspraktische Fertigkeiten, lernen sich an Vereinbarungen zu halten, lernen miteinander zu kooperieren, lernen Ausdauer, Geduld und Geschicklichkeit. In der Bezugsbetreuung erhält der Klient Hilfe bei Schwierigkeiten mit dem Umgang mit Geld, Behörden, Medikamenten und Ärzten. In der Arbeit mit kreativen Medien hat er die Möglichkeit zu lernen auf ganz andere Art mit seiner Zeit umzugehen.

Aber auch so prosaisch und selbstverständlich anmutende Dinge, wie die gemeinsamen Mahlzeiten sind Übungsfelder, um zu lernen, nur einfach miteinander sein und miteinander umzugehen. Für manchen sind sie große Herausforderungen in denen sich das „schwache Ich“ zu behaupten lernt.

In diesem Bereich der praktischen Hilfen ist jedoch das therapeutische Team, der Therapeut besonders bei der Fragestellung gefordert, kann der Klient oder will er nicht? Wann leisten wir Hilfen bei Problemen, die der Klient selber lösen kann und muss, wann schonen wir den Klienten, hindern ihn daran sich aus eigener Kraft zu entwickeln, wann werden wir sogar „co-abhängig“ und ermöglichen so dem Klienten sein selbst schädigendes, süchtiges Verhalten weiter fortzusetzen? Diese Fragestellung berührt so zentrale Punkte wie den Willen, den Willen etwas zu ändern. Hier sind Aussagen gegenüber dem Klienten wie: „ich weiß jetzt nicht mehr weiter, jetzt sind sie dran“ oft wirkungsvoller, als noch so gut gemeinte Hilfe. Auch die Beharrung auf den Therapievertrag in dem ein aktives Mitwirken vereinbart ist, hat eine elementare Bedeutung für den einzelnen Klienten – und die therapeutische Gemeinschaft.

Förderung emotionalen Ausdrucks (Zeigen von Gefühlen, Sprechen über Gefühle, kathartische Entlastung) (**EA**)

Vor allem das Einzelgespräch, die Haus- und Vollversammlung und die Abstinenzgruppe bietet hierfür Raum. In allen Gruppengesprächen findet eine Befindlichkeitsrunde statt, in der jeder der Teilnehmer zu Wort kommt mit seinem Befinden, seinen Gefühlen, seinen Zielen für die Zukunft und seinen Problemen, seinen Niederlagen und Siegen aus der Vergangenheit und seinen Gefühlen, die damit verbunden sind.

Förderung rationaler Einsicht in Problemzusammenhänge und Krankheitsbedingung (EE)

Hierfür bieten die Einzelgespräche und die Gruppengespräche viele Möglichkeiten. Die Einzelbetreuung beginnt schon beim unverbindlichen Infogespräch, dem möglichen Klienten wird das Einrichtungskonzept und therapeutische Angebote erklärt, die Grenzen der Einrichtung werden deutlich gemacht. Oft formuliert der Klient schon erste Ziele und Probleme. Dieser Prozess wird im Bewerbungsgespräch darauf zentriert, ob die Ziele, die Probleme und Möglichkeiten des zukünftigen Klienten mit den Einrichtungsangeboten zusammenpassen. In der Einzelbetreuung wird dann informell eine ausführliche Anamnese erstellt. Die formulierten Ziele werden auf ihre Erreichbarkeit hin diskutiert. Über die zentrale Fragestellung, wie vermeide ich eine akute Wiedererkrankung, öffnet sich ein breiter Fragenkomplex: wie kam es zu der Erkrankung, was waren die Auslöser, was die tieferen Ursachen, was kann ich jetzt und in Zukunft dafür tun, gesund zu bleiben?

Förderung kommunikativer Kompetenz (social skills, Empathie) (KK)

Die gesamte Einrichtung ist ein kommunikativer Raum. In den strukturierten Einzel- und Gruppengesprächen wird die Kommunikation animiert, gefördert und eingeübt. In der gemeinsamen Arbeit wird sie zur Notwendigkeit, um kooperieren zu können. In der grob strukturierten Zeit wird sie zum Instrument um Kontakt herzustellen oder sich abzugrenzen. In der unstrukturierten Zeit, abends, in der Freizeit, an den Wochenende kann die wieder geweckte und neu erworbene kommunikative Kompetenz in der therapeutischen Gemeinschaft genutzt und erprobt werden.

Förderung leiblichen Bewusstseins (awareness, Empfindungs- und Wahrnehmungsfähigkeit) (LB)

Das Wecken und Fördern leiblichen Bewusstseins ist in der gesamten Struktur angelegt. Schon beim Aufstehen ist der Klient oft mit seiner Unlust und Insuffizienzgefühlen konfrontiert, die er beim gemeinsamen Frühstück und der anschließenden Arbeitsbesprechung äußern und bei der folgenden Arbeit in kreatives Tun und in Arbeitslust wandeln kann. Einzel- und Gruppengespräche bieten weiteren Raum für Reflexionsmöglichkeiten darüber. In der Aktivierungsgruppe am Nachmittag kann dann der Teilnehmer den eigenen Körper als tätig, kann Wetter und Landschaft erleben, kann die Mühsal des Bergaufgehens entdecken. Kann entdecken, dass er nicht nur den Körper braucht, sondern dass er der Körper ist. Die Aktivierungsgruppe bietet die Möglichkeit körperliche Unlustgefühle zu überwinden, das Yoga bietet die Möglichkeit mit Regionen seines körperlichen Bewusstseins in Kontakt zu kommen und gleichzeitig harmonisierend darauf einzuwirken. Im Einzelgespräch können diese Erfahrungen zur Sprache und zur Erkenntnis gebracht werden.

Förderung von Lernmöglichkeiten und –prozessen (LM)

Die ganze Einrichtungsstruktur animiert und regt zum Lernen an, manchmal zwingt sie den Klienten förmlich dazu. Der Klient kommt in eine neue Gruppe, eine Gruppe die ein gemeinsames Ziel hat, nämlich lernen, selbständig leben zu können, lernen, einen Rückfall zu verhindern. Der Klient kann und muss, im Gegensatz zum vorangegangenen meist langen Klinikaufenthalt, oft auch nach einer langen Krankheitsperiode in der andere für ihn sorgten, wieder an den Verrichtungen, die zur Aufrechterhaltung des Alltages notwendig sind, aktiv teilnehmen. Er muss sich an Verhaltensweisen, an Gruppenregeln anpassen, er muss sich mit seinem alten, möglicherweise schädlichem Verhalten auseinandersetzen, muss sich fragen, wie er sein zukünftiges Leben gestalten möchte.

Förderung kreativer Gestaltungskräfte (KG)

Die zentrale Gestaltungskraft, die in der Einrichtung gefördert wird, ist die kreative Gestaltung des eigenen Alltages. Das geht für den Klienten meist mit äußerst frustrierenden Einsichten einher, oft muss der Klient begreifen, dass ein „normales“ Leben, ein Leben, wie er es sich vor seiner Erkrankung gewünscht und vorgestellt hat, nicht mehr zu realisieren sein wird. Studienpläne, Ausbildungswünsche, Familie, Partnerschaft, all das ist plötzlich nicht mehr sicher, oder wird unerreichbar – Realitätsflucht, Leugnen der Erkrankung, sind in solcher Situation verständlich, führen aber in der Konsequenz oft wieder zur akuten Erkrankung oder/und zu Suchtmittelkonsum. In solchen Situationen kommt der Gestaltung des täglichen Alltages zentrale Bedeutung zu. Eine sinnvolle Struktur verhindert sozialen Rückzug, Antriebslosigkeit und Depression, sinnvolle Arbeit- und Beschäftigung verschafft dem Leben wieder Sinn und fordert die kreativen Kräfte.

Anregung von Interessen (LM)

Das Kerngeschäft der Einrichtung ist es, das Interesse des Klienten an der alltäglichen Lebensführung zu wecken, dazu gehört auch eine sinnvoll verbrachte Freizeit, gehören kulturelle Aktivitäten, gehört auch das Entwickeln von handwerklichen und künstlerischen Fähigkeiten.

Erarbeitung von positiven Zukunftsperspektiven (Aufbau und Bekräftigung von Hoffnungen und Plänen, Abbau von Katastrophenerwartungen) (PZ)

Das ist die schwierigste Aufgabe in der Übergangseinrichtung, denn das Arbeiten an einer positiven Zukunftsperspektive erfordert eine realistische Bestandsaufnahme. Was kann ich und was kann ich nicht, was kann ich ändern, was kann ich entwickeln und wofür reichen meine Kräfte nicht? Worin liegen die Behinderungen und Beschädigungen, die mit meiner Erkrankung einhergehen? Es ist schwierig für einen zwanzig bis dreißigjährigen jungen Menschen die Tatsache anzunehmen, dass er nicht mehr die gleichen Zukunftsperspektiven hat, wie seine Altersgenossen, dass Studium, vielleicht überhaupt eine Berufsausübung nicht mehr möglich sein wird. Der heranwachsende Mensch ist möglich-

erweise vor die Aufgabe gestellt, zu akzeptieren, dass er zeitlebens erwerbsunfähig, dass er für den Rest seines Lebens Rentner oder Sozialhilfeempfänger bleiben wird. Oder er muss erkennen, dass er dauerhaft auf stationäre oder ambulante Hilfe angewiesen sein wird.

Diese Aufgabe ist umso schwieriger, als die psychische Erkrankung oft gerade in so belastenden Lebensabschnitten, als solche Fragen auf der Tagesordnung standen, zum Ausbruch kam. Ein Aspekt der psychischen Erkrankung ist, dass sie nicht nur einfach Krankheit, sondern auch ein (untauglicher) Lösungsversuch war. Das birgt die Gefahr, dass die Beschäftigung mit den Themen, die schon einmal die Krankheit auslösten, erneut zur Erkrankung führen könnte, wieder würde der Konflikt auf die alte Weise, durch Flucht, gelöst.

Förderung von Sinnerleben (EE)

Hier ist der Therapeut vor allen in seiner Rolle als Mitmensch gefragt, er ist selber Suchender, einer der zwar empathisch miterleben kann, aber dennoch ratlos ist. Denn er ist nicht in der Situation in der sein Klient ist, sondern in einer Situation, die der Klient sehnlichst erwünscht, aber oft nie erreichen wird, der Therapeut verfügt in den „Augen des Klienten“ häufig über Gesundheit, Erwerbsfähigkeit, Geld, Familie und Partner.

Förderung eines prägnanten Identitätserlebens (PI)

Die Beziehungen in der therapeutischen Gemeinschaft und zwischen Klient und den Bezugs- Ergo- und Arbeitstherapeuten fördern dieses Identitätserleben.

Förderung tragfähiger sozialer Netzwerke (TN)

Die Einrichtung bildet ein dichtes soziales Netzwerk, modellhaft lernt der Klient sich darin zu bewegen und zu behaupten, Kontakte zu knüpfen, diese zu Begegnungen zu entwickeln und möglicherweise Beziehungen zu kreieren. In dem zweijährigen, zeitlichen Rahmen, dem stufenweise Entwicklung und Entlassen zur und in die Selbständigkeit bietet Zeit und Raum die sozialen Netzwerke auch in das selbständig Leben hinein zu spannen.

Förderung von Kontakt-, Begegnungs-, Beziehungsfähigkeit (KK)

Dieser Wirkfaktor entfaltet sich in der therapeutischen Gemeinschaft, in den Gruppenveranstaltungen, der konkreten Arbeit und in der langandauernden Beziehungsarbeit mit dem Bezugstherapeuten.

6.3 Prozessbeispiel

Im Folgenden wird über einen jungen psychotischen Klienten, der mehrere Jahre in unserer Einrichtung untergebracht war, berichtet.

6.3.1 Anamnese

Juristische Situation

Herr D. ist wegen räuberischer Erpressung verurteilt. Weil er seine Tat unter dem Einfluss einer „paranoiden Psychose“ begangen hatte, also nicht zurechnungsfähig war, war er zu Beginn der Maßnahme noch forensisch untergebracht. Der Maßregelvollzug wurde nach 3 Monaten mit einer 3jährigen Bewährungszeit ausgesetzt.

Familienstand

Herr D. war bei Eintritt in die Einrichtung 29 Jahr, er war ledig und hatte keine Kinder

Herkunftsfamilie

Der Vater war Besitzer eines Musikgeschäftes in einer Kleinstadt, die Mutter war 15 Jahr jünger als der Vater. Herr D. hatte einen zwei Jahre älteren Bruder. Den Vater beschrieb Herr D. als launisch und gewalttätig, oft sei er völlig unbegründet von ihm verprügelt worden. Die Mutter habe schon manchmal zu ihm gestanden, aber letztlich wäre sie dann doch auf Seiten des Vaters gewesen. Sie sei zu schwach gewesen, um ihn zu schützen. Die Eltern haben sich ständig gestritten.

Wirtschaftliche Situation

Herr D. hatte keine Schulden, die Maßnahme wurde zunächst von der Klinik getragen, später vom überörtlichen Sozialhilfeträger.

Schule und Beruf

Herr D. musste die Realschule wegen schlechter Leistungen abbrechen, er holte später den Hauptschulabschluss nach, eine Berufsvorbereitungsmaßnahme im Metallbereich brach er wegen der ausbrechenden Psychose ab.

6.3.2 Körperliche / psychische / geistige Situation

Erkrankungen/Unfälle - Geistige Behinderung - Psychiatrische Erkrankungen

Aus Kindheit und Jugend waren keine schwerwiegenden Krankheiten und Unfälle bekannt, Herr D. war von durchschnittlicher Intelligenz. Er leidet unter einer psychischen Erkrankung, einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis und einer Suchtproblematik (Cannabisabusus).

Einschätzung der Leistungsfähigkeit

Seine Leistungsfähigkeit war durch das wahnhaft-paranoide Erleben seiner Psychose beeinträchtigt, er hatte einen verminderten Antrieb, ein vermehrtes Schlafbedürfnis, kam nicht aus dem Bett, hatte wenig Ausdauer, je nach Motivationslage verbesserte sich seine Leistungsfähigkeit sprunghaft, um dann wieder abrupt abzufallen. Seine Leistungsfähigkeit war auch durch seine soziale Problematik beeinträchtigt. Sich unterzuordnen fiel ihm schwer, oft fühlte er sich missverstanden und zurückgesetzt. Die soziale Problematik bildete jedoch mit seinen psychosebedingten Beeinträchtigungen (Wahnideen und Angst) eine schwer zu trennende Gemengelage. In sozial entspannten Situationen verfügt er jedoch über eine überdurchschnittliche Organisationsgabe. Ihm gelang dann auch eine sehr gute Koordination von mehreren Arbeitsgängen.

6.3.3 Kreatives Potential - Ressourcen

Musisch

Herr D. spielte sehr gut Gitarre, er war musikalisch sehr begabt.

Sozial

In guten Phasen hatte er Witz und Humor von einer beschwingten, leichten Art. Auf diese Weise gelang es ihm oft eigene Spannungszustände und Spannungen in der Gruppe abzubauen. Herr D. konnte sehr solidarisch und sehr hilfsbereit sein, er konnte sich gut in andere Menschen einfühlen. Er hatte Führungsqualitäten, er war ausdauernd und durchsetzungsfähig, wenn es um eigene Forderungen ging. Er konnte sehr gut Stimmungen und Atmosphären erfassen.

Arbeit

Er hatte eine gute Organisationsgabe, konnte gut mehrere Arbeitsgänge mit einander koordinieren (Kochen in der Arbeitstherapie). Er war handwerklich geschickt.

Erlebnisfähigkeit

Er hatte die Gabe sich richtig zu freuen, bei Fahrten ins Grüne hatte er ein hohes Erlebnispotential, er freute sich an der Landschaft, am Wetter, an der Gesellschaft. Er konnte dann sich und andere begeistern.

6.3.4 Therapieerfahrungen

Nach einem Suizidversuch mit 17 Jahren befand sich Herr D. in einer Jugendpsychiatrie. Bis zum 18. Lebensjahr befand er sich in einem Jugendheim, dort fühlte er sich von den Mitarbeitern oft vernachlässigt und nicht gut verstanden, gegen die Mitbewohner fiel es ihm schwer sich adäquat durchzusetzen. Nach einer gewalttätigen Auseinandersetzung in diesem Jugendheim wurde er dort in eine eigene Wohnung entlassen. Die stationären psychiatrischen Behandlungen in der psychiatrischen Abteilung des Kreiskrankenhauses in G., vor seiner Einweisung in den Maßregelvollzug, erlebte er als äußerst quälend und schrecklich, man habe ihn mit Medikamenten „zwangsweise zugehörnt“, innerlich hätte er sich aber, wie vorher, völlig „zerrissen“ gefühlt, er sei wie gelähmt gewesen, habe seine Gefühle auf Grund der Medikamente nicht ausdrücken können.

Die ersten Jahre im Maßregelvollzug seien auch nicht hilfreich gewesen, er sei zweimal in „Richtung Holland abgehauen“, aber dann völlig psychotisch wieder „eingefangen“ worden. Erst nach der Medikamentumstellung sei es ihm etwas besser gegangen. Trotzdem habe er sich vor den Intrigen seiner Mitgefangenen nicht sicher gefühlt. Man habe ihm eine Brandstiftung in die Schuhe schieben wollen. Die Arbeitstherapie im Metallbereich habe ihm aber gefallen.

6.3.5 Therapieverlauf

Aufnahme

Im Info- und Bewerbungsgespräch wirkte Herr D. motiviert und kooperativ. Allerdings schaffte er es nicht sich schriftlich zu bewerben. Letztlich wählte er unsere Einrichtung, weil bei uns die schnellste Aufnahme lockte und Herr D. möglichst schnell dem Maßregelvollzug entkommen wolle. Auf der anderen Seite war sein Empfinden auch durch Ambivalenzen geprägt. So versprach die Aufnahme in unsere Einrichtung nicht nur Freiheit, sondern nahm ihm auch den gewohnten, sicheren Rahmen des Maßnahmevollzuges und stellte ihn vor neue Anforderungen.

Ausgangssituation in den ersten Monaten

In den Monaten seiner Beurlaubung war es zunächst sehr zweifelhaft, ob Herr D. in unserer Einrichtung würde bleiben können. Das therapeutische Team hatte zu diesem Punkt zunächst unterschiedliche Meinungen. Herr D. konnte sich nur mit Mühe an die Tagesstruktur halten, er hatte Schwierigkeiten sich in die Gruppe zu integrieren, fühlte sich von einzelnen Mitbewohnern verfolgt, gruppentherapeutische, verpflichtende Angebote, wie den Wohngruppenversammlungen und der Arbeitsreflexion entzog er sich, die Teilnahme an den gemeinsamen Mahlzeiten versuchte er zu umgehen. Auch der Kontakt zu den Mitarbei-

tern gestaltete sich schwierig, er hatte kein Vertrauen, hielt therapeutische Einzelgespräche kaum aus, fühlte sich in ihnen gefangen und gezwungen sich zu offenbaren. Wir trafen mit ihm die Vereinbarung, dass es sich mit der Tagesstruktur, wie mit einem Bus verhalten würde, es gäbe mehrere Haltestellen (Zeitpunkte), zu denen er einsteigen könne, wenn er es nicht zum Frühstück schaffen würde, könne er auch zur Arbeitsbesprechung, oder auch - spätestens - zur zweiten Frühstückspause einsteigen. Bezüglich der Einzelgespräche machte ich deutlich, dass er jederzeit gehen könne. Zuweilen fanden die Einzelgespräche auch außerhalb der Einrichtung (Spaziergänge, Cafés etc.) statt. Ich thematisierte die Notwendigkeit der gruppentherapeutischen Angebote, bot ihm Hilfe an, sich in der Gruppe zu artikulieren, ermunterten ihn zu Kritik und eigenen Verbesserungsvorschlägen. Allmählich entwickelte sich so eine dünne Vertrauensbasis, immer wieder unterbrochen von Rückzug, Beziehungsabbruch und Verweigerung.

Arbeitstherapie

Auch die Arbeitstherapie gestaltete sich zu Beginn äußerst schwierig, da es Herr D. nicht schaffte aus dem Bett zu kommen, oft nicht an den Arbeitsbesprechungen teilnahm, den Wochenreflexionen fernblieb. Nur indem wir für ihn ein Arbeitsfeld schafften - die Fahrradreparatur - das ihn interessierte, konnte wir einen Funken von Motivation entfachen. Gleichzeitig mit der Motivation wuchsen jedoch auch seine Illusionen in diesem Arbeitsfeld einmal in naher Zukunft selbständig tätig werden zu können, die völlig in Widerspruch standen mit seinen wirklichen Fähigkeiten. Dabei fehlten ihm weniger handwerkliche Fähigkeiten - die waren recht gut entwickelt - sondern es fehlte ihm die soziale Kompetenz (die Fähigkeit zuverlässig mit anderen Vereinbarungen zu treffen, mit den anderen frei umgehen zu können ohne paranoide Ängste und Befürchtungen) und die Fähigkeit ausdauernd und zuverlässig zu arbeiten. Die folgenden Monate waren ein ständiges Wechselspiel zwischen Traumschlösser bauen, und - wurden diese eingerissen - sich den Rückzug zu flüchten und in Depression zu verfallen. Realistische Rückmeldungen empfand er oft als böse motiviert. Wir entwickelten mit ihm ein System, in dem er relativ frei arbeiten konnte und er eine Tauglichkeit bezüglich des freien Arbeitsmarktes bzw. einer selbständigen Tätigkeit dann selber beurteilen konnte.

Weitere Entwicklung

Allmählich entwickelte sich auf diese Weise Vertrauen zwischen Herrn D. und den Arbeits- und Bezugstherapeuten. Er erlebte sich nicht mehr als ohnmächtig, sondern fähig zur eigenen Gestaltung seiner Lebens- und Arbeitsmöglichkeit. Andererseits wurden neue Grenzen sichtbar, die aber plötzlich nicht in der Umwelt, im Staat oder in anderen Menschen lagen, sondern in eigenen Beschränkungen, in der eigenen Unfähigkeit zu Ausdauer, der eigenen Unfähigkeit zur Erwerbsarbeit bedingt durch seine psychische Erkrankung. Auch in der Bewohnergruppe fasste er allmählich Fuß, Beziehungen entwickelten sich. Die Realität, nämlich die einer ihm wohlgesinnten solidarischen Gruppe, eines wohlwollenden therapeutischen Teams, trat allmählich in den Vordergrund ge-

genüber einer düsteren krankheitsbedingten Folie von vermuteten und interpretierten diffusen Anschuldigungen und Anfeindungen. Hilfreich war dabei seine - in entspannten Situationen - solidarische freundliche Umgangsweise mit den anderen, seine Fähigkeit die Gruppe zu Aktivitäten zu motivieren, sein Verständnis und Einsatz für schwächere und hilflose und kränkere Gruppenmitglieder.

Umzug in eine kleine selbständigere Wohngruppe

Nach 10 Monaten zog Herr D. vom Haupthaus in eine kleinere Wohngruppe (3 Bewohner). Dort konnte er eine individuelle Tagesstruktur entwickeln, mehr Eigenverantwortung bezüglich Kochen, Putzen und Einkaufen wurde gefordert. Weiterhin nahm Herr D. drei Stunden täglich an der Arbeitstherapie teil, war weiter mit der Fahrradreparatur, teilweise auch mit anderen Arbeiten beschäftigt. Zielsetzung bei der Verlegung in die kleine Wohngruppe war die Weiterentwicklung der soziale Kompetenz und die Förderung der Selbständigkeit. Eine weitere Zielsetzung war, an Stelle der unrealistischen Berufswünsche (selbständige Fahrradwerkstatt), reale machbare Lebensziele zu setzen, eins davon wäre frei und selbständig leben zu können.

Mit dieser im Wesentlichen positiven Entwicklung waren aber, wie teilweise schon angesprochen, neue Schwierigkeiten entstanden. Die Einsicht in die eigene Unfähigkeit zur Erwerbstätigkeit erzeugte bei Herrn D. Depression und Resignation. Der relativ freie Rahmen, das Fehlen von äußeren Grenzen (wie die in der forensischen Unterbringung), ließ alte Ängste wieder hervortreten - Herr D. war plötzlich nicht mehr in der Lage selbständig Bus zu fahren, jeder Weg vor die Tür des Hauses war plötzlich eine Herausforderung geworden. Die Sucht - die er überwunden glaubte - trat wieder in Erscheinung, lockte mit der Einnahme von Suchtstoffen doch das Gefühl, wenn auch nur zeitweise, endlich wieder ein ganzer Mensch zu sein - fähig und ohne Angst. Nur die äußere Grenze, nämlich jede zweite Woche zur Drogenkontrolle zu müssen (mit allen daraus resultierenden Konsequenzen), und stützende Interventionen, wie Gespräche u. dgl. hielten ihn von einem Rückfall ab.

Stagnation und Konsolidierung

Das Erleben von Herrn D. gegenüber der Gemeinschaft, in der er lebte und gegenüber dem Betreuungspersonal blieb weiterhin ambivalent. Einerseits nahm er motiviert am therapeutischen Angebot teil, genoss das Leben in einer solidarischen Gruppe, andererseits blieb die Angst - und verdichtete sich bei Auseinandersetzungen zur Gewissheit - getäuscht und hintergangen zu werden.

Auf sein beharrliches Drängen, gelang es ihm den Träger-Verein über die Einrichtung hinaus so zu aktivieren, dass ihm das benachbarte Sozialpsychiatrische Zentrum eines seiner Kellerräume zur Verfügung stellte (ein Novum in der Geschichte der Einrichtung). Diesen gestaltete er liebevoll und mit eigenen Mit-

teln so weit aus, dass er dort eine kleine Fahrradwerkstatt betreiben konnte. Dadurch hatte er sich nun einen weitgehend selbst verantworteten Rahmen geschaffen, in dem sich nun seine Arbeitsfähigkeit beweisen musste. Die Erkenntnis, dass weder seine fachliche Kompetenz, noch seine sozialen Fähigkeiten ausreichten, um so eine Werkstatt auch auf niedrigstem Niveau zu betreiben, waren für ihn ernüchternd und äußerst bitter. Auf Grund seiner Angst, seinen psychotischen Störungen und seinen mangelnden sozialen Fähigkeiten war selbst ein Praktikum in einer externen Fahrradwerkstatt nicht zu realisieren. So wurde ihm schmerzhafter bewusst, dass er wahrscheinlich für immer erwerbsunfähig und abhängig von Sozialhilfe bleiben würde.

Auch außerhalb der Arbeit blieb die Angst, das Haus zu verlassen, Einkäufe zu verrichten, Bus zu fahren, diese Angst musste immer wieder neu überwunden werden. Dazu kamen Auseinandersetzungen in der Wohngruppe, gekennzeichnet von der Schwierigkeit sich im Positiven, wie im Negativen von der Gemeinschaft abzugrenzen und adäquat seine Wünsche und Erwartungen und Grenzen deutlich zu machen. Das führte zu Beziehungsabbrüchen, extremen Rückzug und dem Wunsch diesem schmerzhaften Erleben durch Auszug aus der Einrichtung zu entfliehen. Andererseits machte er aber auch die Erfahrung, dass die anderen seine aggressiven Ausbrüche, sein zuweilen ruppiges Verhalten, seine schroffen Rückzüge, aufgrund seiner überwiegend freundlichen und sozialen Art aushielten und zuweilen auch verstanden – machte also die Erfahrung, dass Beziehungen auch von Dauer sein konnten.

Generell blieb er gut integriert in die dreiköpfige Wohngruppe und nahm dort eine konstruktive und führende Rolle ein. Arbeitstherapeutisch war er weiterhin selbstverantwortlich mit der Fahrradreparatur beschäftigt.

Ablösephase

Im letzten Jahr seines Aufenthaltes nahmen seine Auszugswünsche zu. Zunächst verhielt ich mich gegenüber diesen Auszugswünschen zögerlich, da sie ja schon als Ausdruck seines Fluchtverhaltens geäußert worden waren. Letztendlich lag die formale Entscheidung darüber beim Richter und der Bewährungshilfe und der Führungsaufsicht. Umso mehr von Einrichtungsseite sein Auszugswunsch respektiert und gefördert wurde (und auch die Bewährungshilfe und der Richter ihre Zustimmung erteilten), umso unrealistischer wurde jedoch die Wahl seines zukünftigen Wohnortes. Zunächst wählte er einen möglichen Wohnort in dem es aber zu dem damaligen Zeitpunkt keine freien Kapazitäten für eine ambulante Betreuung gab, dann wollte er nach Norddeutschland ziehen, hatte aber weder die finanziellen, noch aufgrund seiner Angststörung, die personellen Ressourcen dort eine Wohnung zu suchen. Trotzdem beharrte er stur auf seinen Wunsch.

So zog sich die Wohnungssuche über Monate ergebnislos hin. Die möglichen Wohnorte wechselten. Dazwischen träumte er immer wieder seinen Tagtraum nach Kanada zu ziehen oder sich ein Wohnmobil anzuschaffen (ohne Geld, ohne Führerschein, ohne die Fähigkeit Gruppen und damit den theoretischen Fahrschulunterricht auszuhalten).

Die nächstliegende Möglichkeit am Wohnort zu bleiben, dort eine Wohnung zu suchen - möglicherweise auch in eine der dort vorhandenen, betreuten WG, auf

jeden Fall aber mit der sicheren Option, nahtlos ins ambulant „Betreute Wohnen“ zu gelangen - lehnte er zunächst kategorisch ab. Er verweigerte auch die schrittweise Anbindung an das Sozialpsychiatrische Zentrum mit all seinen ambulanten Angeboten, wie Kochgruppe, Kreativgruppen etc.. Andere Wohnmöglichkeiten, wie das dauerhafte Wohnen in einem Wohnheim, wo und wie auch immer, lehnte er ab.

Er ließ sich dann doch noch auf ein Probewohnen in einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft ein, brach dieses jedoch schon in der ersten Nacht ab. Danach waren dann wieder die umliegenden Orte Ziel der Wohnungssuche, für mich, die Bezugsbetreuung, ein mühsames Unterfangen, war Herr Dachs doch aufgrund seines Unvermögens Bus zu fahren, auf ständige Hilfe angewiesen. Letztendlich initiierten wir dann den Auszug, indem ich den Kostenträger veranlasste das voraussichtliche Ende der Kostenzusage mitzuteilen. Gleichzeitig boten wir Herrn D. einen freien Platz in einer betreuten WG am Ort an, den er dann gezwungenermaßen annahm. Letztendlich ist er dort faktisch gar nicht eingezogen, weil er mit einem der zwei Mitbewohner sofort in Streit geriet. In seiner Not - und nun völlig selbstverantwortlich - aktivierte er seine ganzen Kräfte und zog zu einem ehemaligen Mitbewohner in die Nachbarstadt.

6.3.6 Prozessuale Diagnostik

Diagnosephase - Eingewöhnungsphase

Herr D. hatte erhebliche Probleme, sich auf das Behandlungssetting einzulassen. Er stand nicht auf, hielt sich nicht an den vereinbarten Rahmen, zog sich oft zurück, konnte und wollte die zugrunde liegenden Probleme weder im Gruppen- noch im Einzelgespräch benennen.

Bedürfnis- und Motivationsanalyse

Herr D. wollte aus dem Maßregelvollzug heraus, dafür gab es nur den Weg über das Übergangwohnheim. Er wollte wieder in Freiheit leben, wollte erwerbsfähig werden, wünschte sich eine Beziehung zu einer Frau, wollte ein ganz normales Leben führen. Die Haupthindernisse dieses Leben zu führen, sah (oder besser ausgedrückt, fühlte) er in seiner forensischen Unterbringung, insofern war die Unterbringung im Übergangwohnheim für ihn ebenso eine Zwangsmaßnahme, die ihn am normalen Leben hinderte und die es zu überwinden und zu vermeiden galt. Herr D. war also motiviert die Anforderung des Übergangwohnheims zu erfüllen, weil danach die Freiheit lockte. Einerseits versuchte er also den Anforderungen gerecht zu werden, andererseits versuchte er über die Höhe der Anforderung in Verhandlung zu treten, zwecks Herabsetzung dieser. In diese Ambivalenz gegenüber der betreuenden Einrichtung hob er sich allerdings nur graduell von den nicht forensischen Klienten ab, sie ist ein Hauptmerkmal der überwiegenden Mehrzahl der von uns betreuten Menschen.

6.3.7 Problem- und Konfliktanalyse

Defizite - Traumata - Störungen - Konflikte

Herr D. war nur sehr begrenzt im Stande und motiviert über seine Vergangenheit zu reden. Sein Umgang mit seiner Vergangenheit bestand darin, dem Vater und der Mutter die Verantwortung für seine Erkrankung zuzuweisen. Er hatte die Kontakte zu seinen Eltern und seiner Familie vollständig abgebrochen. Selbst als der Vater alt war, an Krebs erkrankte und vom Sterben bedroht war, konnte er ihm gegenüber nur Hass und Verbitterung empfinden.

Die Kindheit von Herrn D. war geprägt von den ständig streitenden Eltern. Der Vater war gegen Herrn D. oft gewalttätig gewesen. Herr D. sagte von sich, dass er sich schon in der „Wiege bewaffnen musste“. Im Alter von 5 Jahren flüchtete er vor dem prügelnden Vater auf die Straße und wurde dabei fast überfahren. Im Alter von 10 Jahren wurde er von einer Mitarbeiterin des Jugendamtes, vor dem er häufig spielte, angesprochen. Daraufhin überlegte er sich zum Jugendamt zu gehen, um von zu Hause fortzukommen. Mit 14 Jahren „benutzt ihn der Vater mal wieder als Schlagzeug“, er sieht ein Stuhlbein, fühlt sich plötzlich stark, will danach greifen, bevor es dazu kommt, zieht der ältere Bruder den Vater mit Gewalt fort.

Mit 17 Jahren, nach seinem Suizidversuch, kehrt er aus der Jugendpsychiatrie gegen den ausdrücklichen Wunsch des Vaters nicht mehr in seine Herkunftsfamilie zurück. Herr D. hatte in seiner Jugend das Gefühl, dass sein Vater ihn hassen würde und vernichten wollte. Die Mutter sei zu schwach gewesen, ihn zu schützen. Sein älterer Bruder sei irgendwann mal für einige Monate verschwunden und völlig verändert wieder gekommen. Danach war wohl die Beziehung zwischen den Brüdern nicht mehr wie vorher, solidarisch gewesen, sondern von Konkurrenz geprägt. Der Bruder wäre auf die Seite des Vaters gewechselt.

Als Ressource aus der Kindheit und Jugend benennt Herr D. seine musikalischen Fähigkeiten, obwohl die Musikrichtung die er dann eingeschlagen habe (Jimi Hendrix, Rolling Stones) seinem Vater völlig fremd gewesen wäre. Der hätte nur so eine Art Heimatmusik gemacht. Gerne erinnert sich Herr D. auch an einen Urlaub mit der Familie und einem Wohnmobil in Griechenland, daher rührt evt. auch sein Wunsch sich ein Wohnmobil anzuschaffen und auf Wanderschaft zu gehen.

6.3.8 Kontinuumsanalyse

Prävalente pathogene Milieus

Am meisten vermisste Herr D. ein verlässliches, behütendes Elternhaus. Der Vater war für ihn völlig unberechenbar, manchmal schien er ihm freundlich zugewandt, dann wieder wurde er grundlos zusammengeschlagen. Diese für ihn

nicht verstehbaren gewaltsamen Übergriffe haben Herrn D. schwer traumatisiert. Sie scheinen das Grundmuster seiner späteren Psychose bestimmt zu haben, nämlich, dass hinter jeder Freundlichkeit etwas anderes lauert kann, was ihn vernichten will.

Die unberechenbare Art und Weise des Vaters führte dazu, dass alle Anstrengungen des Kindes und des Jungen, diesem fruchtlos erscheinen mussten. Da die Anpassungsleistungen oft zu Misserfolg führten, wurden sie überflüssig. Die ständig streitenden Eltern erzeugten zusätzlich ein Klima von Gereiztheit, Wut und Sinnlosigkeit. Das Kind zog sich in seine Innenwelt zurück, schützte sich seinerseits damit „dass es sich bewaffnete“.

Kritische Lebensereignisse

Seine Kindheit schilderte Herr D. als Aneinanderreihung von kritischen Lebensereignissen, eine Aneinanderreihung von Revolten und Niederlagen. In der Zeit, als er in seiner eigenen Wohnung wohnte, kam es zu kleinen und größeren kriminellen Delikten. Er hielt sogar einmal ein Auto an, nötigte die Fahrerin auszusteigen und machte mit dem Auto eine Spritztour, offenbar mit Fahrerkenntnissen, aber ohne Führerschein. Dieses Delikt blieb unentdeckt, Herr D. erzählte davon auf einem Spaziergang, halb verschämt, halb stolz. In ähnlichem Kontext ereignete sich dann auch die Tat, die zur forensischen Unterbringung führte. Herr D. hatte kein Geld, der gesetzliche Betreuer war nicht bereit einen Vorschuss zu geben, also zückte Herr D. ein Messer, um der Forderung Nachdruck zu verleihen.

Einschätzung des bisherigen Lebenslaufs

Herr D. schämte sich seines bisherigen Lebens, er berichtet nur sporadisch davon. Auch seine Tat, die zur Unterbringung führte, war ihm peinlich, er war der Auffassung, dass sie zu schwer geahndet worden war. Die lange Unterbringung im Maßregelvollzug fand er zu lang. Er hatte sich ausgeliefert gefühlt, ausgeliefert an die Institution, an die Pfleger, die Ärzte, die Mithäftlingen, ausgeliefert der Gunst des Richters. Die Erlebnisse mit seinem gewalttätigen, unberechenbaren Vater hatten Herr D. wiederholt und nachhaltig traumatisiert. Er hat nicht die Erfahrung machen können, in seiner Ganzheit angenommen und geliebt zu werden. Für ihn gab es keine sichere Struktur an der er sein Handeln ausrichten konnte. Auf diese unsichere Situation hat er mit Flucht und Rückzug reagiert, dann hat er gemerkt, dass eigene Gewalt auch ein Mittel ist, sich durchzusetzen.

Auswirkungen auf das „Hier und Jetzt“

Herr D. leidet unter einer psychotischen Erkrankung, leidet trotz neuroleptischer Medikation unter paranoiden wahnhaftem Erleben, fühlt sich nie ganz sicher und geborgen, kann anderen Menschen nicht vertrauen, vermutet überall Intrigen und Verschwörungen gegen sich. Diese vermuteten Verschwörungen und Intrigen bekommen immer wieder wahnhafte Qualität, von der sich Herr D. nur unter Mühe distanzieren kann. Herr D. hat ein gebrochenes Selbstvertrauen,

keine sichere Identität, seine Zukunftsvorstellungen pendeln zwischen hoch fliegenden Plänen und Depression. Zu Beginn der Maßnahme hatte Herr D. große Pläne, wollte wieder arbeitsfähig werden, wollte wieder ganz normal werden. Zum Ende der Maßnahme fiel es ihm äußerst schwer sich mit seiner Erwerbsunfähigkeit und seiner Behinderung durch wahnhaftes Erleben und Angststörung abzufinden. Die Erfolge, die er erzielt hatte, nämlich in einer eigenen Wohnung leben zu können, zählten für ihn nicht. Geschickt und oft mühsam aufgebaute Beziehungen stellte er immer wieder in Frage, traute dem Partner nicht, zog sich oft schroff und für seinen Gegenüber unvermittelt zurück.

6.3.9 Ressourcenanalyse

Soziales Netzwerk/Bildung/Lebenserfahrung

Herr D. lehnte sein bisheriges Leben ab, an kreativen Ressourcen blieben ihm seine Musikalität, seine Fertigkeit zum Gitarrenspiel, seine Organisationsgabe und seine freundliche, einfühlende Art gegenüber Mitbewohnern und Mitmenschen. So war er zeitweise in der Lage, seine kleine Wohngemeinschaft zu Ausflügen und anderen Aktivitäten zu animieren. Er war es, der die knappe gemeinsame Haushaltskasse klug und effektiv verwaltete, der die warmen Mahlzeiten plante und das Kochen organisierte.

Bewältigungsstrategien (Coping)

Herr D. besaß die Gabe mit viel Charme und Beharrlichkeit seine Absichten gegenüber der Einrichtung durchzusetzen. Manchmal besaß er die Gabe ganz im Hier und Jetzt zu sein, dann öffnete sich ihm die Welt, er konnte sich an allem freuen. Immer wieder gelang es ihm zu seinen engeren auch sehr kranken und in ihrer Kommunikationsfähigkeit beeinträchtigten Mitbewohner Beziehungen zu knüpfen. Im geschützten, fördernden und helfenden Rahmen der Übergangseinrichtung gelang es ihm eine kleine Fahrradwerkstatt aufzubauen.

6.3.10 Interaktionsanalyse

Herrn D.'s Verhalten in Beziehungen war gekennzeichnet durch extreme Verhaltensänderungen. Zu Anfang suchte er fast nur den Rückzug, setzte meist sein „Pokerface“ auf. Dann gelang es ihm zunehmend häufiger seine Fassade aus Misstrauen zu öffnen und seine dahinter liegende lebensbejahende Freundlichkeit zu zeigen. Zu Anfang schien für Herrn D. alles was nach Nähe „roch“ äußerst gefährlich. Aber in der vorangegangenen forensischen Unterbringung hat er gelernt, dass er nur durch Kontaktaufnahme - nur indem er ein wenig aus seiner extremen Rückzugsposition heraus wagte - weiter kam.

Die Beschäftigung mit der Vergangenheit war für Herrn D. ein Minenfeld, konnte leicht erneutes wahnhaftes Erleben provozieren. Klare Schuldzuweisungen,

mein Vater war mein Feind, er wollte mich vernichten, meine Mutter war falsch, auf sie konnte ich mich nicht verlassen, meine Eltern sind an meiner Erkrankung schuld, schufen in diesem Minenfeld Sicherheit, verhinderten aber Konfliktbearbeitung und –bewältigung.

Ich fühlte mich oft gegenüber Herrn D. in der väterlichen oder brüderlichen Rolle. Ich versuchte sie so auszufüllen, wie ein guter Vater sie ausgefüllt hätte, geduldig, erklärend, solidarisch, einführend, aber was bestimmte Grenzen betraf, auch unerbittlich. Die Gespräche mit Herrn D. glichen oft einem Spaziergang über ein sonniges Feld, scheinbar harmlos und heiter, aber unter der Oberfläche lauerten jede Menge Tretminen, Fallgruben, und dgl. mehr.

6.3.11 Besondere Beobachtungsfelder

Körper/Leiblichkeit

Herr D. war ein cirka 1,90 Meter großer Mann, fast 100 kg schwer, sein Gesicht war breitflächig, fleischig und von einer ausgeheilten Akne narbig, trotz seiner Masse wirkte er weich, zart und verletzlich, wie ein großer Junge. Zu Beginn der Maßnahme trug er sein rötliches Haar lang, Ausdruck seiner Sehnsucht in die Ferne, ins Paradies, ins Hippie-Land, später schnitt er sie ab. Und trotzdem blieb er dieser große Junge, etwas unsicher, ratlos und freundlich, mit einem heiteren, lustigen Spruch konnte man ihn oft aus seiner Verletztheit holen.

Emotionalität

Er war einerseits immer auf der Suche nach Freundlichkeiten und Heiterkeit, andererseits leicht angreifbar, sensibel, leicht zu kränken. Wie die Freundlichkeiten schien er die Kränkung zu suchen. Er gab vor niemandem zu trauen. Wenn sich seine dunklen Vermutungen dann für ihn bewahrheiteten, zog er sich zurück, versuchte sich mit Gleichgültigkeit zu panzern, wurde, wenn man ihn nicht ignorierte, böseartig und gemein. Mit seinem Gitarrenspiel gelang es ihm sich in die oben beschriebene freundliche, aber sehr differenzierte Stimmungen zu bringen.

Kognitiver Bereich

Er war durchschnittlich intelligent. Seine Leistungen im Arbeitsbereich zeugten von einer lösungsorientierten pragmatischen Herangehensweise.

Zielstruktur

Folgende Ziele wurden verfolgt:

- Arrangement mit der Einrichtungsstruktur
- Eingewöhnung und Vertrauensaufbau
- Aufbau eines verbindlichen Arbeitsbündnisses in Bezugsbetreuung und Arbeitstherapie

- Aufarbeitung der Biographie
- Entwicklung von Selbstverantwortung
- Akzeptanz der eigenen Erkrankung/Förderung von Krankeneinsicht
- Entwicklung der Arbeitsfähigkeit
- Entwicklung von haushaltspraktischen Fähigkeiten
- Entwicklung von kommunikativen Fähigkeiten
- Nachsozialisation
- Nachnähren

6.3.12 Prozessuale Analyse

Struktur

Die Struktur der Einrichtung bot Herrn D. einerseits Sicherheit und Grenzen, sie bot Entwicklung und Erprobungsmöglichkeiten, sie war aber auch ein Feld in der alte Atmosphären, Erinnerungen und Ängste wieder aufleben und durchgearbeitet hätten werden können und vielleicht müssen. Zu dieser therapeutischen Arbeit war Herr D. nicht bereit und vielleicht auf Grund seiner psychotischen Krankheit nicht in der Lage. Die Einrichtungsstruktur konnte jedoch – wie in den meisten Fällen auch ausschließlich indiziert - ihr stützendes, förderndes und helfendes Potential zur Verfügung stellen, mit der Zielsetzung, Herr D. statt der alten schlechten, neue gute Erfahrungen machen zu lassen, auf deren Grundlage er dann möglicherweise in Zukunft weitere Schritte der Heilung und Therapie vollziehen kann.

Gruppe

Das Leben in der stark strukturieren Gruppe des Haupthauses überforderten Herrn D., daher wurde er recht schnell in eine der sogenannten „Außenwohngruppen“ verlegt, dort war eine seinen Störungen berücksichtigende angepasste flexiblere Zeitstruktur möglich. Außerdem bot sie ihm einen überschaubaren und daher sicherer Rahmen. Zunächst entwickelte sich in dieser Gruppe, die aus einer jungen Frau und einem Mann (auch aus dem Maßregelvollzug) bestand ein solidarisches Gruppengefühl. Herr D. übernahm die informelle Führerschaft, er war zuständig für die Finanz- und Essenplanung, er initiierte Gruppenaktivitäten, sorgte für Unterhaltung und gute Laune. Das Idyll bekam dann erste Risse durch akute Erkrankung der borderline gestörten jungen Frau. Als weiterer desintegrierender Faktor wirkte die Freundin des Mitbewohners, die oft zu Besuch war und die Einrichtung insgesamt und Herrn D. insbesondere als Konkurrenz empfand. Im weiteren Verlauf wirkte jedoch diese kleine Gruppe, die sich im Laufe der Zeit auch personell veränderte, stabilisierend und aktivierend auf Herrn D. aus. Vor dem Auszug etablierte sich ein recht intensives Zusammenleben mit einem der Mitbewohner, beiden gelang es, eine angemessene Balance zwischen Nähe und Distanz zu entwickeln.

Dyadische Therapie

Die Einzelgespräche bestanden in ihren Hauptinhalten aus stützen Interventionen. Konflikte aus dem aktuellen Geschehen in Gruppe und Arbeit wurden thematisiert. Hier waren emotionale Stütze, Akzeptieren, Entlasten, Trost, Ermutigung und positive Zuwendung gefragt. Immer wieder stellte sich die Frage: Kann ich vertrauen?

Arbeit

Die Arbeit war das praktische Feld, hier war Raum für Entwicklung und Erprobung. Zu Beginn der Maßnahme war die zuverlässige Teilnahme der entscheidende Schwerpunkt, dann die Entwicklung der Fähigkeiten, zum Ende die Grenzen der Entwicklungsfähigkeiten, bedingt durch Wahn, Angst und mangelnde soziale Kompetenz. Die Arbeit war aber auch Selbstzweck, sie bot Raum für kreative Gestaltung und stiftete Sinn.

Netzwerktherapie

Herr D. wurde von einem umfangreichen professionellen Netzwerk betreut, gesetzliche Betreuerin, Sozialarbeiterin aus dem Maßregelvollzug, Psychiater, Bewährungshelferin, Führungsaufsicht und Richter. Die Koordination dieses Netzwerks oblag mir, dem Bezugsbetreuer. Darüber hinaus hatte er nur wenige oberflächliche Kontakte zu ehemaligen Gefangenen.

6.3.13 Zusammenfassung und abschließende Bemerkungen

Herr D. hat sehr lange (drei Jahre) – eine Jahr länger als der konzeptionellen Zeitrahmen - in unserer Einrichtung verbracht. Es ist auch schon geraume Zeit vergangen, dass er die Einrichtung verlassen hat, er gehört zu den Menschen, die ich zu Anfang meiner beruflichen Praxis betreute.

Herr D. lebt heute noch in einer selbständigen Wohnsituation, ohne ambulante Hilfen, mittlerweile auch ohne die Unterstützung einer gesetzlichen Betreuung. Dass er selbständig lebt, werte ich und mittlerweile auch er selber als Erfolg, dass er ohne ambulante Hilfe lebt, mag vielleicht den zahlenden Staat freuen, scheint mir aber für Herrn D. schlecht. Herr D. lebt völlig zurück gezogen, er ist vereinsamt, nur gelegentlich hat er Kontakte zu zwei seiner ehemaligen Mitbewohner und Freunden, darüber hinaus wird er noch gelegentlich von der Sozialarbeiterin der forensischen Klinik besucht Einmal jährlich schafft er es, sich bei mir zu melden. Er leidet immer noch unter Angst, die ihn oft daran hindert öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen. Seine wahnhaften Vorstellungen verhindern Kontakt und Beziehung, nur mühsam gelingt es ihm sein Leben zu managen.

Ich habe Herrn D. als Beispiel für meine Arbeit gewählt, weil es in meiner Praxis fast niemanden gab, der mich auch über die Zeit seiner Anwesenheit so berührt hat. An seinem Beispiel wird mir aber auch immer wieder das Grunddilemma meiner Arbeit deutlich. Einrichtungsgeschichtlich ist als Haupteinrichtungszweck überliefert, dem Klienten/Bewohner ein gutes heilendes Milieu zu bieten, in dem er sich entwickeln und seine Krankheit quasi ausheilen kann. Bei diesem Modell liegt die Verantwortung für Veränderung m.E. fast ganz auf der Seite der Einrichtung, die Verantwortung des Klienten für sich und seine Therapie und seine Veränderung gerät darüber leicht aus dem Blick. Möglicherweise korrespondiert diese Herangehensweise auch mit den schwarzen Flecken in meiner Biographie. Bei Herrn D. war mein implizites und explizites Ziel die Nachnahrung, ihn gute Erfahrungen machen lassen. Aber was passiert, wenn der Klient, die in unseren Augen „gute Nahrung“, nicht verträgt oder einfach nicht will, oder wenn diese Nahrung einfach nicht nährt – sprich nichts verändert?

Zusammenfassend lässt sich der therapeutische Prozess in drei Hauptabschnitte gliedern:

1. Mühsames Gewöhnen an die Einrichtungsstruktur, allmählicher Vertrauensaufbau
2. Entwicklung in Gruppe und Arbeit
3. Stagnation, Entwicklung von Bewältigungsmechanismen, Auszug.

6.4 Die Wirkfaktoren am Prozessbeispiel

Herr D. verweilte deutlich länger in der Einrichtung, als von dem Konzept vorgesehen. Das Rehabilitationsziel „selbständiges Wohnen“ wurde erreicht. Auch gelang es Herr D. nach Beendigung der Maßnahme dauerhaft klinikfrei zu bleiben und das selbständige Wohnen gelang auf Dauer. Trotzdem war Herr D. mit dem Ergebnis der Rehabilitationsmaßnahme nicht zufrieden, er litt weiter an paranoidem wahnhaften Erleben und Ängsten. Seine Mobilität war durch seine Unfähigkeit öffentliche Verkehrsmittel zu nutzen stark eingeschränkt. Er blieb auch nach Ende der Maßnahme erwerbsunfähig, eine Arbeitsgelegenheit bei der Hausmeisterei einer evangelischen Kirche, die ihm das Sozialamt vermittelt hatte, hielt er auf Grund seiner Ängste nur einige Wochen durch. Nach Entlassung aus der Einrichtung hatte er deutlich weniger soziale Kontakte, als in der Einrichtung. Eine Weile lebte er mit einem früheren Mitbewohner in einer lockeren Hausgemeinschaft. Als dieser mit seiner Freundin in eine andere Stadt zog, zog auch Herr D. in eine andere Wohnung. Ab da hatte er nur noch selten Kontakte zu anderen Menschen. Es gelang ihm nicht Angebote des sozialpsychiatrischen Dienstes (Tagesstätte, Betreutes Wohnen, Kontakt und Beratungsstelle) anzunehmen.

Wirkfaktoren

Einführendes Verstehen (EV)

In der Einzelbetreuung benötigte Herr D. ein sehr hohes Maß an einführendem Verstehen, die „Achterbahnfahrt“, die er mit seinen Gefühlen fuhr, fuhr der Bezugsbetreuer gewissermaßen mit. Der Beziehungsaufbau zu ihm gelang nur durch ein hohes Einfühlungsvermögen in seine irrationalen Ängste und seine hohe Verletzbarkeit.

Emotionale Stütze (ES)

Jedes Gespräch mit Herr D. erforderte viel emotionale Stütze, nur so gelang es ihm, zu seinen wahnhaften Vorstellungen von Zurücksetzung, Verfolgung und Intrigen, etwas Distanz zu schaffen und diese fürchterlichen Gefühle mit ihm gemeinsam, etwas gefahrloser, aus der Entfernung zu betrachten und zu entwirren. Um Herrn D. zu betreuen, musste man viel von seinem Misstrauen aushalten, musste dieses Wechselbad von Zuneigung und Abneigung, von Rückzug und Annäherung, von reglrechtem Hass und dann wieder dem Bitten um Verständnis und Zuneigung ertragen, musste selbst aber verlässlich und zugewandt sein.

Hilfen bei praktischen Problem- und Lebensbewältigung (LH)

Ohne den verbindlichen, immer wieder fordernden Rahmen, wäre Herr D. in Lethargie verfallen, hätte die Tag- und Nachtstruktur verloren, wäre schnell wieder rückfällig geworden, hätte seinen Privatkrieg mit seinen Mitbewohnern begonnen, wäre möglicherweise wieder dissozial und kriminell geworden. Dieser Wirkfaktor hat in Kombination mit den ersten Beiden vielleicht die größte Bedeutung.

Herr D. benötigte in allen Bereichen, in der Bezugsbetreuung, als auch in der Arbeitstherapie, viel Einzelbegleitung. Er benötigte Hilfen bei der Begleitung zum behandelnden Arzt, Begleitung zum Arbeitsamt, zum Sozialamt etc., dabei bestanden die Hilfen nicht nur in konkreten Hilfen und Ratschlägen, sondern darin bei ihm zu sein, ein sicherer Begleiter und Partner zu sein. Diese praktischen Hilfen, die ja vor allen in der grundsätzlichen Struktur der Einrichtung – Tagesstruktur, Arbeit- und Beschäftigung, Gruppenveranstaltung, Leben in der Gemeinschaft angelegt sind - ermöglichten Herrn D. erst ein normales Leben. Andererseits war dieses „normale“ Leben mit seinen Anforderungen, Kompromisse zu schließen, zu kooperieren und seine Identität zu behaupten, gleichzeitig auch immer wieder Quelle von Ängsten und Aggressionen, aus denen er sich heraus zu träumen versuchte in eine nicht zu realisieren Einsamkeit nach Kanada oder dergleichen.

Förderung kreativer Gestaltungskräfte (KG)

Dieser Wirkfaktor ist weiter für Herrn D. ein wichtiger Faktor, nicht in der vielleicht am häufigsten intendierten Form, in der Arbeit mit kreativen Medien, sondern in kreativer Gestaltung von Arbeit und Alltag, in der Arbeitstherapie, bei der Arbeit mit den Fahrrädern, aber auch in der Herausbilden von Fähigkeiten im Kochen, Einkaufen und in der Kompetenz mit Geld umzugehen. Erst die Fähigkeiten in der Haushaltsführung, lange geübt und erprobt in Haupt- und Außenwohngruppe, ermöglichten seine spätere Selbständigkeit. Aber auch die Fähigkeit etwas für sich zu erkämpfen, erfolgreich erprobt in der Auseinandersetzung um die Räumlichkeit für seine eigene Fahrradwerkstatt, kam ihm später in Auseinandersetzung mit öffentlichen Ämtern zugute.

Förderung von Sinnerleben (EE)

Im Einzelgespräch war immer wieder Thema, für was diese ganze Quälerei – die ihm oft sein Leben bedeutete – gut sein soll. Was hat das für einen Sinn? Als Antwort blieb oft nur – der Sinn liegt im Hier und Jetzt, in der Gestaltung des Alltags. Denn die Zukunftsperspektiven waren auf dem Hintergrund von seinen Erwartungen für Herrn D. nicht zu Frieden stellend.

Förderung eines prägnanten Identitätserlebens (PI)

Im Einzelgespräch konnte er zumindest einen Teil seiner paranoiden Angstvorstellungen auf den Tisch legen, konnte sich erklären, sein Selbstbild konnte in Verhandlung treten mit dem Bild, das ich von ihm hatte. In der Auseinandersetzung in der therapeutischen Gemeinschaft und in der Arbeit konnte er erleben, was für Wirkungen von ihm ausgehen, welche Eigenschaften die anderen ihm zuweisen, konnte sie mit seinen eigenen Zuweisungen abgleichen.

Förderung von Kontakt-, Begegnungs-, Beziehungsfähigkeit (KK)

Innerhalb des therapeutischen Rahmens, der therapeutischen Gemeinschaft konnte der zumindest auf einem niedrigen Niveau gefördert werden. Das Störungsbild von Herrn D. war so ausgeprägt, dass er die Angebote nicht voll nutzen konnte, immer wieder entzog er sich therapeutischen Gruppenangeboten, zog sich in sein wahnhaftes Erleben zurück.

Förderung emotionalen Ausdrucks (EA)

Herr D.'s nonverbale emotionale Botschaft am Beginn der Maßnahme war, "Lasst mich alle in Ruhe; Es tut mir alles weh". Im Laufe der Maßnahme konnte man ihn etwas „aus seinem Hause“ herauslocken, es gelang ihm seine ursprüngliche Freundlichkeit zum Ausdruck zu bringen. Dies gelang durch Geduld und dadurch, dass wir zunächst seine krankheitsbedingten Launen aushielten und sein Rückzugsverhalten in begrenzter Weise tolerierten. Im weiteren Fortgang der Rehabilitation erlebte ich Herrn D. dann auch wütend, zurückweisend und verletzend gegenüber mir und anderen. Wichtig war für ihn, dass diese Ge-

fühle auch sein durften, dass sie keinen Beziehungsabbruch, keine wütenden Attacken zur Folge hatten.

Förderung rationaler Einsicht in Problemzusammenhänge und Krankheitsbedingungen (EE)

Herr D. machte für seine Erkrankung an erster Stelle seinen Vater, an zweiter seine Mutter verantwortlich. Seine eigene Verantwortung dabei blendete er völlig aus. Das mochte ihn entlasten, raubte ihm jedoch auch die Chance auf Veränderung.

Förderung kommunikativer Kompetenz (KK)

Die Einrichtung bot dabei Herrn D. vielfältige Entwicklungsmöglichkeiten in Klein- und Großgruppen, in Einzelkontakten und in Arbeitszusammenhängen. Die Einrichtungsstruktur forderte von ihm die Entwicklung dieser Kompetenz. Herr D. stieß auf Grund der Schwere seiner Erkrankung aber immer wieder an die Grenzen seiner Möglichkeiten. Letztendlich entwickelte er zumindest soviel Kompetenz, um ein selbständiges Leben mit all seinen alltäglichen Notwendigkeiten zu meistern.

Förderung leiblichen Bewusstseins (LB)

Empfindungs- und Wahrnehmungsfähigkeit waren bei Herr D. übersteigert ausgeprägt, was oft dabei fehlte, war der Bezug zur gemeinsamen Realität, aufgrund seines schwachen Identitätserlebens wendete sich diese Fähigkeit gegen ihn selbst, wurde in Kränkung und Wahn umgedeutet. Zuweilen gelang es ihm jedoch in entspannten oder herausgehobenen Momenten, wie im Gitarrenspiel oder bei Ausflügen und Reisen, diese Fähigkeiten für sich und für andere zu nutzen. Dann konnte er das Leben genießen und war auch mühelos im Stande diesen Genuss mit anderen zu teilen.

Förderung von Lernmöglichkeiten und –prozessen, Anregung von Interessen (LM)

Das gelang nur in geringem Maße, besonders in der Entwicklungsphase. Je größer die Begeisterung, desto tiefer war die Depression, wenn keine dauerhafte Perspektive sichtbar wurde.

Erarbeitung von positiven Zukunftsperspektiven (PZ)

Herr D. wollte erwerbsfähig werden, wollte in der Öffentlichkeit Musik machen, beides blieb ihm auf Grund seiner Erkrankung verwehrt. Auch seinen Fluchttraum – unterwegs sein mit einem Wohnmobil – konnte er nicht einmal im Ansatz realisieren. Selbst sein bescheidener Wunsch ein Mokick zu fahren, blieb, wegen seiner Unfähigkeit den theoretischen Teil des Unterrichts zu absolvieren, unerfüllt.

Förderung tragfähiger sozialer Netzwerke (TN)

Das gelang im geschützten Rahmen der Einrichtung. Einen Teil des persönlichen Netzwerkes konnte er in die Selbständigkeit retten.

7. Abstrakt

Grawe und **Petzold** entwickelten im Rahmen der modernen Psychotherapieforschung grundlegende und ausführliche Ansätze in Bezug auf Wirkfaktoren in therapeutischen Prozessen. Neben einigen Übereinstimmungen in ihren Forschungsergebnissen, werden jedoch auch wesentliche Unterschiede in Forschungsansätzen und daraus abgeleiteten Konzepten in Theorie und Praxis dokumentiert. Von besonderer Bedeutung sind für die in den Gliederungspunkten 3 bis 6 beschriebenen Arbeitsfelder Sozialer Arbeit schwerpunktmäßig folgende, in der Integrativen Therapie und Beratung gewonnene, Erkenntnisse:

- das Konzept des „ganzheitlichen“ Ansatzes
- Orientierung an der Entwicklungsperspektive in der Lebensspanne
- die Einbeziehung z. B. von Familien- und Netzwerktherapie / soziotherapeutische Konzepte
- die Entwicklung von Behandlungs- und Beratungskonzepten für unterschiedliche Zielgruppen, z. B. für sogenannte Randgruppen.

Nach **Petzold** ist Wissen aus der Praxis ebenso unverzichtbar wie Forscherwissen bzw. Forschererkenntnisse. Grundlegend ist aus seiner Sicht die Verschränkung von Theorie, Forschung, Praxis und Heuristik in einem beständigen Zyklus (vgl. Petzold u.a. 2005, S. 45).

Im praxeologischen Teil dieser Graduierungsarbeit haben wir verschiedene Berufs- bzw. Praxisfelder Sozialer Arbeit dargestellt und versucht an Hand ausgesuchter Prozessbeispiele herauszufinden, welche beraterischen/therapeutischen Interventionen und Grundhaltungen der Integrativen Therapie wirksam sind. Für diesen Versuch haben wir uns auf die 14 therapeutischen Wirkfaktoren nach **Petzold** gestützt.

Im Bereich des **Pflegekinderdienstes** half z.B. dem jungen Mädchen Alex, dass die Mitarbeiterin ihrer empathischen Wahrnehmung, dass der schöne Schein trog, traute.

Wie es einem Menschen zumute ist erkennt man, wie Schmitz und Merleau-Ponty heraus gearbeitet haben, nicht nur an dessen Verhalten, an dessen Gesichtsausdruck, sondern man spürt es an sich selber. Und oft gibt das eigene Empfinden genauere Auskunft über den anderen als das, was er tut und sagt (Zundel 1993, S. 410).

Dies war der „Türöffner“ für die Kontaktaufnahme von Alex. Sie fühlte sich wahr- und angenommen. Auf dieser Grundlage konnten differenzierte lebenspraktische Hilfsangebote mit ihr entwickelt werden.

In dem Prozessbeispiel der **Schulsozialarbeit** zeigte sich in der Familie G. die Problematik extrem gestörter Kommunikation und Kontakte zwischen den einzelnen Familienmitgliedern, die auf Dauer perspektivisch zu einem Auseinanderbrechen des Familiensystems geführt hätten.

Menschen werden in Beziehungen krank, wenn sie destruktiv sind, und sie entwickeln sich zu reichen, resonanzfähigen Persönlichkeiten, wenn sie aufbauende, nährenden Beziehungserfahrungen in primären Sozialisationsfeldern machen können (Orth u.a. 1993 S. 117).

In der Zusammenarbeit mit der Familie G. lag der Schwerpunkt darin, die Beziehungsmuster des Systems erlebbar und deutlich zu machen (Förderung zur Einsicht, Entwicklung von eigener Verantwortlich- und Entscheidungsfähigkeit, Hilfen bei der Interaktion in der Familie) und Möglichkeiten der Veränderung der gestörten Kontakte aufzuzeigen (Ermöglichen von alternativen Verhaltensmöglichkeiten, Entwicklung von positiven Zukunftsperspektiven).

In dem Praxisfeld der **stationären Entwöhnungsbehandlung** sahen wir im ersten Prozessbeispiel eine junge, komorbide Patientin mit Defiziten im Grundvertrauen, die sich belastend auf ihre unterschiedlichen Beziehungen und auf ihre Selbstwahrnehmung und Leiblichkeit auswirkten. Schwerpunkt des psychotherapeutischen Handelns bildete die Schaffung eines „Raumes“, in dem sie wahr- und angenommen wurde sowie Wertschätzung und Struktur erfuhr. Auf dieser Grundlage wurde emotionale Differenzierungsarbeit d.h. das Wahrnehmen, der Ausdruck und die Klärung von Gefühlen möglich. Im zweiten Prozessbeispiel ging es um die Reaktivierung von sozialer Kompetenz und Selbstvertrauen. Hier wurden konkrete Hilfen zur praktischen Problem- und Lebensbewältigung entwickelt.

Bei dem Prozessbeispiel in der **Rehabilitation psychisch Kranker** waren die Defizite im Grundvertrauen des Klienten so gravierend, dass es vor allem um Nachsozialisation und Nachbeelterung ging. Die behutsame Weiterentwicklung der Kontakt- und Beziehungsfähigkeit bildete die Grundlage für Annahme der eigenen Erkrankung und die Entwicklung einer realistischen Arbeits- und Wohnperspektive.

Zusammenfassend wird deutlich, dass in der psychosozialen Praxis immer ein Bündel von den, in dieser Graduierungsarbeit beschriebenen therapeutischen Wirkfaktoren der Integrativen Therapie zum Tragen kommt. Je nach Kontext der Institution sowie der Problemlagen und Ressourcen der Klienten/Patienten stehen einige Wirkfaktoren im Zentrum der Beratung bzw. Therapie.

8. Zusammenfassung: Die Bedeutsamkeit der therapeutischen Wirkfaktoren in der Integrativen Therapie und Beratung an Beispielen unterschiedlicher Praxisfelder Sozialer Arbeit

In dieser Arbeit geht es uns auf der Grundlage der Beschreibung von 4 Praxisfeldern der Sozialen Arbeit um die Darstellung von Therapie- bzw. Beratungsprozessen und den darin wirksam werdenden Wirkfaktoren der *Integrativen Therapie* und Beratung. Im theoretischen Teil beginnend mit der Begriffsdefinition der Wirkfaktoren, eines kurzen historischen Abrisses der Wirkfaktorenforschung in der Psychotherapie, beschreiben wir im Anschluss plakativ die Konzepte von **Grawe** und **Petzold**. Auf dieser Grundlage werden einige Gemeinsamkeiten und Unterschiede dieser Ansätze herausgearbeitet. Im Praxisteil erfolgt die Darstellung von vier Einrichtungskonzepten und spezifischer Prozessbeispiele mit dem Fokus auf die in der Therapie und Beratung enthaltenden Wirkfaktoren.

Schlüsselwörter: 14 Heilfaktoren, Grawe/Petzold, *Integrative Therapie*, Soziale Arbeit, Praxeologie

9. Summary: The importance of therapeutic factors in integrative therapy and counseling, using examples from different fields of social work practice

Based on the presentation of 4 practical fields of Social Work, this paper is aimed at representing the processes of Integrative Therapy and counselling with its effective healing factors. In the theoretical part we begin with defining the healing factors, outline the historical background for research in the field of healing factors in Psychotherapy and finally represent the concepts of **Grawe** and **Petzold**. Similarities and differences of these approaches are being thoroughly discussed. In the practical part the therapy concepts of 4 facilities are being described, exemplified by individual case studies and focussing on the healing factors in therapy and counselling.

Keywords: 14 healing factors, Grawe/Petzold, *Integrative Therapy*, Social Work, praxeology

10. Literaturverzeichnis

- Bürgerliches Gesetzbuch, dtv, München 2003, S. 401 ff.
- Brisch, K.H.: Bindungsstörungen. Von der Bindungsstörung zu Therapie, Klett-Cotta Stuttgart 1999, S. 35
- Brisch, K.H.: Grundlagen der Bindungstheorie und aktuellen Ergebnisse der Bindungsforschung. In: Finger-Trescher, U., Krebs, H.: Bindungsstörungen und Entwicklungschancen, Gießen 2001, S. 51-55
- Dilling, H. / Mombour, W / Schmidt, M.H. (Hrsg.) / Weltgesundheitsorganisation. Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD 10, 2. Auflage, Verlag Hans Huber, Bern/Göttingen/Toronto/Seattle, S. 92 f., S. 278 f.
- Ebert, W. / Könecke-Ebert, B.: Einführung in die Integrative Beratung und Therapie mit Suchtkranken. In: Petzold, H. / Schay, P. / Ebert, W. (Hrsg.): Integrative Suchtherapie, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2004, S.195, S.197 ff., S. 204, S. 214
- Endres, J. / Nowas-Rappard, M. / Deloie, D. / Kuhlmann, A. / Brada, K. / Aigner, A. / Sticker, B. : Therapiekonzept für alkohol- und medikamentenabhängige Frauen und Männer, St. Kamillus-Station / St. Alexius-Krankenhaus Neuss, Neuss 1998, S. 4 ff.
- Feuerlein, W. / Kufner, H. / Ringer, C. / Antons, K.: Münchener Alkoholismustest (MALT), Beltz-Test, Weinheim 1979, S. 3 ff.
- Hinsch, R. / Pfingsten, U.: Gruppentraining sozialer Kompetenzen, Verlagsgruppe Beltz, Psychologie Verlags Union, Weinheim 2002, S. 5
- Körkel, J. / Kruse, G.: Mit dem Rückfall leben, Psychiatrie-Verlag, Bonn 1997, S. 39
- Knauf, W.: Psycho- und Soziotherapie der Alkoholabhängigkeit. In: Zeitschrift für Integrative Therapie, 24 (1), Paderborn 1998, S. 68
- Kultusministerkonferenz (KMK), Empfehlungen und Vereinbarungen: Empfehlungen zur sonderpädagogischen Förderung in den Schulen der Bundesrepublik Deutschland (vom 06.05.1994) und im gleichnamigen Buch von Drave, Wolfgang u.a.: Förderschwerpunkt Lernen und Förderschwerpunkt emotionale und soziale Entwicklung, edition bentheim, Würzburg 2000, S. 299-379

- Kuntzag; Petzold: Kritik der Bindungsforschung. In: Osten, P.: Die Anamnese in der Psychotherapie, 2. Auflage, Ernst Reinhardt Verlag, München Basel 2000, S. 176
- Märtens, M. / Petzold, H.: Diskurs und Ko-respondenz. In: Zeitschrift für Integrative Therapie, 24 (3), Paderborn 1997, S. 98
- Münder, J.: Frankfurter Lehr- und Praxis Kommentar zum KJHG / SGB VIII. 3. Auflage, Votum Verlag, Münster 1998, S. 96-618
- Nienstedt, M. / Westermann, A.: Pflegekinder, Votum Verlag, Münster 1995, S. 43 ff.
- Orth, I. / Petzold, H.: Beziehungsmodalitäten - ein integrativer Ansatz für Therapie, Beratung, Pädagogik. In: Integration und Kreation. Band I, Jungfermann Verlag, Paderborn 1993, S. 117
- Osten, P.: Die Anamnese in der Psychotherapie, 2. Auflage, Ernst Reinhardt Verlag, München Basel 2000, S. 174 ff
- Pauls, H.: Klinische Sozialarbeit, Juventa Verlag, Weinheim und München 2004, S. 142 ff.
- Petzold, H. : Integrative fokale Kurzzeittherapie (IFK) und Fokaldiagnostik-Prinzipien, Methoden, Techniken. In: Petzold, H. / Sieper, J. (HRSG): Integration und Kreation. Band I, Jungfermann Verlag, Paderborn 1993, S. 275 ff., S. 314 ff.
- Petzold, H.: Integrative Therapie. Band II/2, Jungfermann Verlag, Paderborn 1993, S. 570 ff., S. 992 ff.
- Petzold, H. / Sieper, J.: Integrative Therapie. In: Petzold, H. / Sieper, J. (HRSG): Integration und Kreation. Band I, Jungfermann Verlag, Paderborn 1993, S. 17
- Petzold, H.: Drogenabhängigkeit als Krankheit. In: Petzold, H. / Schay, P. / Ebert, W. (Hrsg.): Integrative Suchtherapie, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2004, S. 516
- Petzold, H. / Orth, I. / Sieper, J.: Erkenntniskritische, entwicklungspsychologische, neurobiologische und agogische Positionen der "Integrativen Therapie" als „Entwicklungstherapie“. In: Petzold, H. / Schay, P. / Scheiblich, W. (Hrsg.), Integrative Suchtarbeit, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2006, S. 678 ff.
- Rahm, D. / Otte, H. / Bosse, S. / Ruhr-Hollenbach, H.: Einführung in die Integrative Therapie, Jungfermann Verlag, Paderborn 1993, S. 307

Rahm, D.: Gestaltberatung, S. Jungfermann Verlag, Paderborn 1988, S. 125 ff.

Rost, W.D.: Psychoanalyse des Alkoholismus, Klett-Cotta Verlag, Stuttgart 1994, S. 28 ff.

Sekot, C. / Jacobi, F.: Inhalte und Methoden einer evidenzbasierten Qualitätssicherung für Psychotherapie und klinische Psychologie. In: Zeitschrift für Integrative Therapie, 27 (1-2), Paderborn 2001, S. 29 ff., S. 39 f.

Schneider, B. / Funke, W.: Risiken und Nebenwirkungen der stationären Entwöhnungsbehandlungen bei Alkoholabhängigkeit. In: Märtens, M. / Petzold, H.: Therapieschäden, Mathias-Grünwald Verlag, Mainz 2002, S. 266, S 268 f.

Zundel, R.: Ein Gang durch viele Landschaften. Hilarion Petzold – sein Schlüsselwort für die moderne Therapie heißt Integration. In: Integration und Kreation. Band 2, Jungfermann Verlag, Paderborn 1993, S. 410