

Manfred Thau

Impulsreferat zum Kombi-Workshop am 10.10.2005 in der Fachklinik Wilhelmsheim
(nach dem Vortrag überarbeitet)

Der Kurzzeit-Workshop vom 16.03.1988

Bereits bei jenem Workshop, ein Jahr nach Einführung unseres systemisch orientierten Kurzzeit-Bereichs – also am 16.03.1988, schwebte die Idee einer kombinierten Behandlung bzw. einer Vernetzung des Systems der BehandlerInnen im Raum. Jedoch waren damals der allgemeine und der institutionelle Zeitgeist noch nicht so weit, dies zu realisieren.

Angesichts anderer formaler Möglichkeiten – seitens der Kostenträger und nicht zuletzt durch das Gesundheitsreformgesetz von 2004 – stellen wir uns heute die Frage: „Wie können wir aufgrund unserer bisherigen Erfahrungen mit kurzzeitigen stationären Verläufen dazu beitragen, Kombi-Behandlungen in einer veränderten sozialen und wirtschaftlichen Welt verantwortungsvoll zu organisieren und als tragfähige Methodologie der modernen Suchtkrankenhilfe zu verankern?“



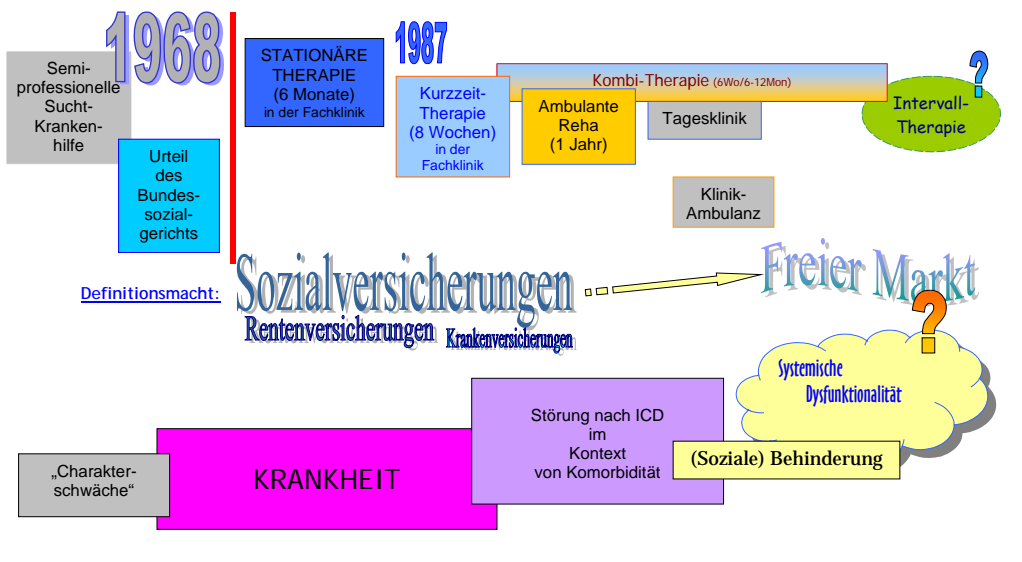
Ein historischer Abriss und eine mögliche Einordnung von Kombi-Behandlungen

Wie eine Art „Pauenschlag“ hat ein Urteil des Bundessozialgerichts von 1968 gewirkt, als es feststellte, dass eine substanzgebundene Sucht behandlungswürdig ist und deren Behandlung von den Rentenversicherern finanziert wird.

Was in diesen nahezu 40 Jahren an Professionalisierung und Spezialisierung der Behandlungs-Konzepte und -Settings passiert ist, lässt sich durchaus mit 40 Jahren Industrialisierung nach Erfindung der Dampfmaschine vergleichen. Man denke im Bereich der Konzeptualisierung nur an die „drei A’s (Abgeschiedenheit – Arbeit – Andacht)“, die in den 1960ern bis hinein in die 80er die Konzeptualisierungen bestimmten.

In der zweiten Hälfte der 1980er wurden Behandlungsdauern „individualisiert“. Durch die Entwicklung von Indikativen Gruppen wurde ein bis dahin zentrales Konzept der Bezugsgruppentherapie zumindest in den verhaltenstherapeutisch orientierten Fachkliniken nachhaltig „erschüttert“. Neben den monolithisch wirkenden Bezugstherapeuten (paternaler oder maternaler Ausprägung) gab es plötzlich „Neben-Therapeuten“, nämlich die der meist recht beliebten Indikativen Gruppen. Die stationären Therapeuten begannen sich mit dem Gedanken des Teilens von Aufmerksamkeit vertraut zu machen. Hans LIEB hat dies mit dem Motto zusammengefasst: „Was der Patient vereint, soll der Therapeut nicht scheiden.“ Wenn wir an Kombi-Behandlungen denken, wird diese Haltung noch weitaus bedeutsamer.

Suchtkrankenhilfe als Auffassungssache entlang des historischen Kontexts ihrer Setting-Gestaltungen



Im unteren Teil des Bildes 1 ist parallel zur Entwicklung von Professionalisierung und Setting-Differenzierung der Prozess der Veränderung dessen, was im Behandlungsfokus sein soll (oder könnte) skizziert. Wenngleich die richterliche Bestätigung des „Krankheitsbegriffs“, der dann auf Sucht bzw. Abhängigkeit angewendet werden durfte, viele Tore geöffnet hat, wurden therapeutisch gesehen, auch Barrikaden aufgebaut, die die Förderung von Eigenverantwortlichkeit der KlientInnen einschränkten.

In jüngerer Zeit sind wiederum Veränderungen im Rahmen dessen, was als Behandlungsgegenstand aufgefasst wird, zu verzeichnen. Zum einen bemerken wir, dass Sucht im Kontext anderer psychischer Erkrankungen (Stichwort „Komorbidität“) gesehen wird. Man könnte diese Schwerpunkt-Verschiebung „ICDisierung“ nennen. Zumindest wird durch dieses Klassifikationssystem die Dominanz der Abhängigkeitserkrankung stark relativiert.

Manche früheren Autoren haben demgegenüber der Suchtkrankheit bekanntermaßen den Status einer besonderen Daseinsform zugemessen: Alle Fragen der Existenz eines damit befassten Individuums wurden durch den Umstand fokussiert, dass es sein Verhalten von einem übermäßigen Gebrauch bewusstseinsverändernder Substanzen abhängig macht.

Erst vor kurzem ist auch den Behandlern der Begriff der „Behinderung“ (wie ihn das SGB IV thematisiert) zugegangen. Und wenn wir konsequent das Geschehen, in dem Sucht passiert betrachten würden, kämen wir womöglich auf eine Beschreibung von „Systemischer Dysfunktionalität“. Wir müssten dann auch anerkennen, dass durch Sucht nicht nur molekulare, sondern auch soziale Beziehungen „verrücken“.

Wenn aber in ferner Zukunft ein hohes Gericht diesen Zusammenhang als behandlungswürdig anerkennen würde, wüssten wir heute schon, dass das vom bisherigen Sozialversicherungssystem nicht bezahlbar ist. Einige von uns ahnen jedoch, dass sich die Behandlung eines dysfunktionalen Systems volkswirtschaftlich sehr wohl rechnet – außer man nimmt eine rapide erodierende Volksgesundheit in dieser Gesellschaft gewissermaßen als „Kollateralschaden“ in Kauf. In diesem Zusammenhang sei noch mal hervorgehoben: Angehörige sind alles andere als „Co-Therapeuten“ (wie Sichtweisen von administrativer Seite gerne empfehlen). Sie sind selbst behandlungsbedürftig.

Aus heutiger Sicht erscheinen uns Behandlungs- und Finanzierungsmodelle, die sich nach den Prinzipien des „Freien Markts“ generieren, utopisch oder kühn. Wenn man aber genau hinschaut, ist das, was in der Suchtkrankenhilfe von „öffentlichen“ Kostenträgern (wie z.B. den Sozialversicherungen) an Behandlungen (von Prävention bis Rehabilitation) finanziert wird, de facto nicht mehr das, was es noch vor 10 Jahren war, aber eben auch das nicht, was es konsequenterweise sein müsste, wenn man die Volksgesundheit des nächsten Jahrzehnts im Blick hat: Sucht greift als gesamtgesellschaftliche Destruktion um sich.

Bereits heute finden wir einzelne Klienten, die sich angesichts ihrer ungenügenden Versicherungslage einerseits und ihrer Lebensprojektion andererseits gerade wegen letzterer gezwungen sehen, ihre Behandlung weitgehend selbst zu finanzieren. Ihr zweckorientiertes Nützlichkeitskalkül eröffnet auf der Ebene der therapeutischen Beziehung völlig ungewohnte Motivationsbedingungen und ein Kontrakt- bzw. Therapieziel-Management, das den meisten BehandlerInnen in der Suchthilfe-Szene fremd ist. Der Kunde kommt hier nicht von Gnaden der Institution, sondern in ebenbürtiger Dialog-Gestaltung in den Blick. Institutionelle Attitüden Macht betonter Autorität dürften hierbei entlang eines „Verhandlungs-Paradigmas“ genauso wie pseudo-therapeutische bzw. pädagogisierende Kennzeichnungen (wie: „Ein Suchtkranker ist wie ein unreifes Kind.“) verschwinden. Moderne Psychotherapie, die sich als eine Art „Coaching“ zur Krisenbewältigung denn als subjekt-objekt-differente Etikettierungs-Prozedur versteht, kommt zwar nicht ohne beziehungsprojizierende Choreografien, aber doch ohne Macht-Rituale aus. Das vorherige Aushandeln der Geschäftsbeziehung gewährt hier eine solche Sicherheit einer Dienstleistungsbeziehung.

Wem dies wie Zukunftsmusik (heil- oder unheilvoll) klingt, möge sich bitte vergegenwärtigen, dass gerade das therapeutische Setting der Kombi-Behandlung für derartige Relativität die Tür aufstößt. Die Leistungsträger ziehen sich durch den Akt der geringeren Finanzierwilligkeit nahezu unmerklich langsam aus der Definitionsmacht zurück (und gewähren z.B. einem Patienten, der eine längere stationäre Behandlung bräuchte „nur“ eine Kombi-Behandlung). Für das Klient-System heißt dies entweder: „Es ist nicht so schlimm.“. Oder: „Uns wird nicht ausreichend geholfen.“

Streng genommen ist die zweite Variante die hoffnungsvollere. Sowohl das Klient- als auch das Behandler-System müssen sich auf knappe Ressourcen einstellen und können sich im Erleben des Mangels solidarisieren, was der Gestaltungsflexibilität des Therapeutischen Kontrakts meist keinerlei Abbruch tut.

Andererseits neigt das Klient-System bereits bei der Antragstellung zum Blick auf das möglichst kurze und kompakteste Behandlungspaket: wer will schon 16 Wochen stationär, wenn es 6 Wochen in Verbindung mit einer nachgeschalteten ambulanten Phase von einem halben Jahr auch tun können. Diese Überlegungen laufen anders als früher, als jemand nur die Wahl zwischen Rinnstein und Klinik hatte. Sie entsprechen einem sozio-ökonomischen Kalkül, das eben auch Interessen Dritter berücksichtigt. Früher war es gängig, dass ein Arbeitgeber eine „Halbjahres-Kur“ forderte (noch dazu, wenn eine entsprechende Betriebsvereinbarung über das Abverlangen einer solchen „Maßnahme“ den Erhalt des Arbeitsplatzes in Aussicht stellen konnte). Heute sagt ein Arbeitnehmer ganz authentisch: „Ich kann mir eine längere Abwesenheit nicht leisten.“ Manche outen sich noch nicht mal im Betrieb und gehen in ihrem Urlaub zur „Reha“ – entsprechend kurz muss die dann aber auch sein.

All diese Umbrüche im gesellschaftlichen Miteinander (also spezielle Gepflogenheiten, die das je private Leben mittlerweile zu regeln beginnen) haben bereits markant andere Verkehrsformen in der Suchtkrankenhilfe herausgebildet. Dieser Prozess ist nicht umkehrbar. Er hat zu einer flexibleren Auffassung, was „Sucht“ sei und wie sie zu behandeln sei, geführt. Er hat die Gestaltung der therapeutischen Beziehung entmystifiziert. Und er fordert eine Feinabstimmung im Dialog der Zielabsprache, die viel mehr in Richtung von Kundenorientierung gegangen ist und noch gehen wird, als zum Schutz des Suchtkranken ehemals im 68er-Urteil angelegt war.

Freilich kann eine damit einhergehende Freizügigkeit des „Marktes“ auch massiv umkippen – zum Nachteil derer, die eine Suchtbehandlung nicht aus eigener Tasche bezahlen können. Deshalb bleibt nur die Hoffnung auf so etwas wie die „volkswirtschaftliche“ Vernunft, die sich einer möglichen Abkehr von sozialem Engagement und Humanität in der Suchtkrankenhilfe zur Not mächtig entgegen stemmen würde.

Die zunehmende Ambulantisierung

Wenn bereits in der Abkehr von der generellen Finanzierung von so genannten 6-Monatskuren und der Individualisierung der zeitlichen Behandlungsabläufe der Gedanke der Ambulantisierung angelegt war, so hat er durch die Konzeptentwicklung der „Ambulanten Rehabilitation“ Anfang der 1990er Jahre eine klare Ausdrucksform erhalten.

Der Gegenstand der Suchtbehandlung hat sich dadurch dynamisiert und eben jene Verhandlungs-Plattform kreiert, die ich oben skizziert habe. Dabei haben allerdings manche zu voreilig und letztlich zu unrecht gehofft, dass sich stationäre Behandlungen im Lauf der Zeit erübrigen würden, wenn nur ambulante genügend differenziert entwickelt worden sein werden. Solche Missverständnisse scheinen im Bereich „Sucht“ gerade zu typisch: Wie in der Dynamik der Erkrankung selbst werden auch von Seiten der Behandler-Systeme (und in diesem Fall auch von denen, die diese zu finanzieren beauftragt sind) extremistische Sprünge ins Gegenteil veranstaltet, um sie in gewisser Zeit später geradezu wieder aufzuheben, indem man die letzte Position einnimmt.

Mittlerweile beginnt man mit der Idee der Kombi-Behandlungen die „Position der Mitte“ zu bevorzugen: von allem ein bisschen. Wir wissen aber seit Beginn der 1980er Jahre, dass es keine einheitlichen Suchtverläufe gibt (damals wurde das bis dahin unerbittlich verteidigte so genannte Jellinek-Schema auch in Behandlerkreisen relativiert) und dass dem zu Folge jede Behandlung unterschiedlich ausfallen muss.

Wir wissen im besonderen Maß, dass manche KlientInnen sehr eine Separation vom Milieu brauchen und andere dadurch unnötig hospitalisiert werden. Oder was noch schlimmer wäre: ihr letzter Rest an Eigenverantwortlichkeit durch zu viel abgeschiedenen Schutz unterminiert würde.

Wenn hier die Wendung „Separation vom Milieu“ verwandt wird, dann ganz außerordentlich auf solche KlientInnen bezogen, die gewissermaßen besonders gut von der Reaktivierung ihrer neuronalen Netze (Stichwort „Spiegelneurone“) in Form des interaktionellen Austauschs innerhalb einer stationär organisierten Peergruppe profitieren können. Solche konstruktiven Peergruppen entstehen nicht ohne therapeutische Impulse und wohlwollende therapeutische Rahmensetzung, aber eben jenseits von therapeutischem Dirigismus.

Die Position, aus der heraus Konzepte einer je angemessenen Suchtbehandlung zu entwickeln wären, sollte heißen: „Was braucht und verträgt ein Klient-System im Hier und Jetzt, um seine Freiheitsgrade als ganzes zu erhöhen?“ Oder anders formuliert: „Welche Art Hilfe will ein Problem-System gegenwärtig annehmen, um wieder zu einem selbstorganisierten Lösungs-System zu werden?“

Aus dieser funktionalen Beschreibung lassen sich verschiedene Perspektiven ableiten:

1. Die familialen und anderen Angehörigen sind im Fokus der Behandlung.
2. Die Behandlung konzentriert sich auf das gegenwärtig Nötige an Hilfe.
3. Systeme sind autonom und organisieren sich selbst auch das, was sie an Hilfe zulassen.
4. Systeme können Probleme (oft alleine) überwinden. Die Hilfe von außen kann dazu wichtige Chancen schaffen, ist aber dafür nicht determinant.
5. Das Bewältigen von Krisen garantiert keinen weiteren Zustand von Problemfreiheit.
6. Krisenhilfe muss respektvoll die Kräfte des Klient-Systems achten, damit es bei künftigen Krisen den eigenen Ressourcen und den Beziehungen zu den Helfern mehr traut.

Wenn wir das weiter denken, kommen wir auf Überlegungen aus den frühen 1980ern zurück. Damals haben verschiedene Therapeuten (z.B. Ralf Schneider, den meisten bekannt als Autor der „Suchtfibel“) eine „Intervall-Behandlung“ vorgeschlagen. Wenn man dieses Konzept in Zukunft wieder aufnehmen würde und mit den obigen Perspektiven verknüpfen würde, wären unterschiedliche Kombinationen von Behandlungsarten zu verschiedenen Entwicklungsphasen eines in die Krise geratenen Klient-Systems denkbar. Wohlgemerkt es geht hier nicht um Dauerbetreuung, sondern um ein entmystifizierendes, therapeutisch getragenes Management von Krisen, wie es im Bewältigungsprozess von Sucht belasteten sozialen Systemen (hier meist: Familien) sachgerecht gefordert ist. Im Gegensatz zu der Bereitschaft der Leistungserbringer in den 1980ern, das „Füllhorn“ großzügig in Form von mehreren stationären Halbjahres-Behandlungen(2 oder 3 waren keine Seltenheit) auszuschütten, ginge es hier um realistische finanzielle Kontingente, deren Behandlungsnotwendigkeit entlang der obigen Perspektiven vom Behandlersystem als ganzes (also in Absprache innerhalb einer „Integrierten Versorgung“) je nach Therapieziel verbraucht werden dürfen – aber eben auch irgendwann einmal ausgeschöpft wären.

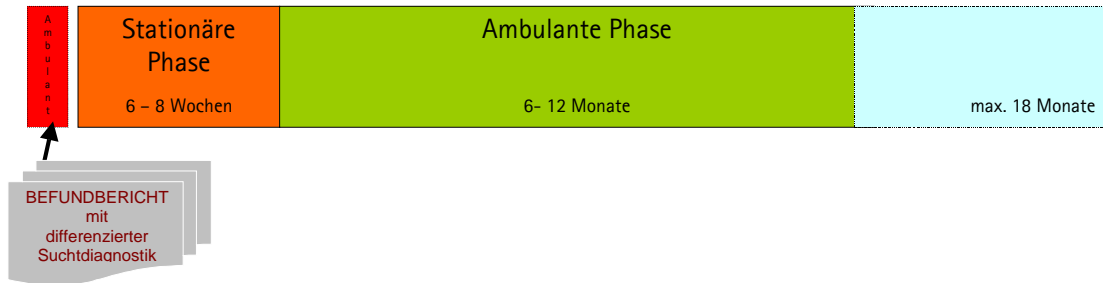
Mit den seit einigen Jahren angebotenen Kombibehandlungen beginnt sich die Szene der Suchtkrankenhilfe ganz langsam in die richtige „Umlaufbahn“ zu setzen. Diese Auffassung von Kombibehandlung geht – nicht zuletzt aus Kostengründen – auf eine Initiative der Kostenträger zurück. Es ist nahe liegend zu vermuten, dass vom Standpunkt der Leistungsträger eine alleinige ambulante Rehabilitation nicht in jedem Fall als sachgerecht angesehen wird und eine stationäre Rehabilitation oft als zu kostenintensiv eingeschätzt wurde. Das Billigkeits-Argument allein angewandt hat allerdings hier schon vielfältig zur falschen Indikationsstellung geführt und im System der Behandler für konfliktreiche Irritation geführt, die sich letztlich ungünstig auf den Behandlungsverlauf ausgewirkt hat.

Zur Illustration zwei von zahlreichen Beispielen:

1. Bei einem multipel körperlich erkrankten Menschen, der also zahlreicher ärztlicher Einlassungen bedarf, darf man nicht erwarten, dass dies alles während der stationären Phase neben dem, was psychotherapeutisch zu einer sachgerechten Suchtbehandlung initiiert werden muss, passiert.
2. Manchen KlientInnen ist der rasche Wechsel vom stationären zum ambulanten nicht zuzumuten. Man hätte ihnen leichter eine initiiierende ambulante Behandlung zuteil werden lassen sollen. Diese hätte durch eine angeschlossene komprimierte stationäre Phase erst dazu beigetragen, die darauf folgenden Möglichkeiten der ambulanten Phase zu einer Abrundung zu bringen. Die Bedingungen der abschließenden ambulanten Phase sind besonders geeignet, den Irritationen der Alltagswelt durch eine flexible therapeutische Begleitung entgegenzutreten, also den Transfer neu gelernter Verhaltensmuster zu erleichtern.

Das derzeit praktizierte Kostenbewilligungsmuster der Leistungsträger schreibt eine eindeutige Abfolge der Phasen bezüglich der stationär-ambulanten Kombination vor. Was oft dabei nicht berücksichtigt wird, ist, dass die Kostenträger einen nahtlosen Übergang zur ambulanten Phase vorschreiben – aus stationärer Sicht übrigens völlig zurecht. Wenn man den „Geist des Therapeutischen“ leichtfertig durch eine längere Unterbrechung verwehen lassen würde, würde das Klient-System zu leicht die eingangs getroffene Verbindlichkeit des Kontrakts über die ganze Zeit ignorieren und die Gefahr des Ausstiegs wäre zu groß. Eine solche Indikationsauffassung wäre von geringem Nutzen.

Konzept der Bewilligung der Rentenversicherer



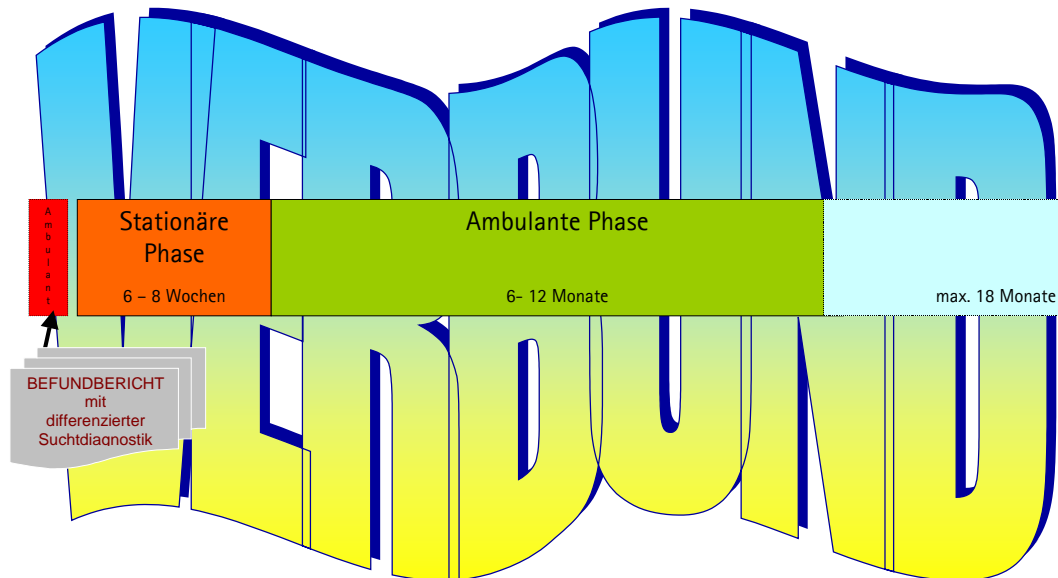
Man kann an dieser Stelle nicht dringlich genug darauf hinweisen: Der ambulante Behandler tut gut daran, nur eine(n) solche(n) KlientIn für eine Kombi-Behandlung vorzuschlagen, mit der/dem er nach der stationären Phase auch wirklich weiter arbeiten kann. Eine solche Indikationsentscheidung kann nicht ohne präzisen Befundbericht auskommen, der für den stationären Behandler eine gute Grundlage einer ebenbürtig veranstalteten Leistung innerhalb der Rehabilitation abgibt und oft genug die persönliche Konferenz ersetzt, die angesichts eines extrem knappen Zeitbudgets im stationären bzw. ambulanten Arbeitsalltag unerfülltes Ideal einer „Integrierten Versorgung“ bleiben muss (Telefon- und Mail-Austausch: ja; gegenseitige Übergabegespräche unter Anwesenheit des Klient-Systems fast nie!).

Seit über 20 Jahren sind einzelne Ansätze bekannt, die aus therapeutischen Überlegungen heraus bei angemessener Indikationsstellung die Ambulantisierung aus guten fachlichen Gründen angestrebt und in vielfältigen Erfahrungsfeldern erprobt haben. Dabei sind verschiedene Schwerpunkte gesetzt worden. Hier seien einige süddeutsche institutionelle Beispiele neben der reinen Ambulanten Rehabilitation (die seit Beginn der 1990er Jahre etabliert ist) genannt:

- Fachklinik WENDEPUNKT
- Das Tübinger Modell
- Die Kurzzeit-Behandlung in Tönisstein
- Die Kurzzeit-Behandlung in Wilhelmsheim
- Tageskliniken; respektive die der Fachklinik Wilhelmsheim in Stuttgart und neuerdings in Nürnberg.

Seit 2004 sind nach dem Gesundheitsreformgesetz darüber hinaus weit mehr Arten kombinierter Suchtkrankenhilfe denkbar. Der Terminus technicus „Verbund“ rückt im Rahmen einer „Integrierten Versorgung“ im Sinn einer verbindlichen „Vernetzung“ von Behandler-Systemen in den Vordergrund:

Konzept der Bewilligung der Rentenversicherer
(erweitert um die juristisch mögliche Form Integrierter Versorgung: „VERBUND“)



THAU, 9.05

In einer sehr umfangreichen Dokumentation wurde erstmals in Deutschland das „Oldenburger Modell“ dargestellt. Die Herausgeber TIELKING & KUSS, 2003 haben das erfolgreiche Entwickeln und Implantieren dieses Verbund-Konzepts mehrjährig wissenschaftlich begleitet und das Zusammenwirken verschiedener ambulanter, stationärer Leistungserbringer mit deren Kostenträger beforcht.

Gegenwärtig ist man in der Region Ludwigshafen dabei ähnliches zu realisieren. Caritas, Diakonie und die Klinik Eußertal erarbeiten derzeit eine juristische Grundlage für einen solchen „Verbund“.

Eine Ambulantisierung muss zwangsläufig eine Vernetzung von Behandlungs-Settings zum Ziel haben. Alle Beteiligten wissen aber um die Begrenztheit der zeitlichen Ressourcen für an sich notwendige Konferenzen. Ein mit den gegenwärtigen institutionellen Gegebenheiten nicht zu erreichendes Ideal wäre z.B. die aus der Systemischen Therapie bekannte Methode des „Reflecting Team“.

Das Behandler-System diskutiert in Anwesenheit des Klient-Systems Beobachtungen, Ideen der Behandlung und Hypothesen (jenseits von Bewertung oder festschreibender Diagnose). Das Klient-System kann am Ende den BehandlerInnen Rückmeldung geben. So genannte Übergabegespräche beim Wechsel von ambulant zu stationär und später umgekehrt könnten so eine immense therapeutische Kraft entwickeln. Für darin erfahrene Therapeuten ist unmittelbar verstehbar, dass man hierbei einiges an sonstigem Aufwand der Abstimmung sparen kann. Voraussetzung ist aber eine über längere Zeit geübte Vertrautheit der Behandler aus diesen ansonsten unverbunden wirkenden Settings.

Wir wissen, dass wir dieses Ideal nicht annähernd erreichen werden. Dennoch kann man sich auf den Weg begeben. Sich nicht auf einen absoluten therapeutischen „Experten-Thron“ zu setzen und stattdessen anzuerkennen, dass ein Klient-System viele Lebensaufgaben gemeistert hat, aber nun mal jetzt um Hilfe anfragt, ohne dass es die Rivalität, die Besserwissererei und den Narzissmus einiger Behandler aushalten möchte. Es möchte vielmehr spüren, dass sich diese gegenseitig in ihren Anteilen, Impulse zur Lösung zu geben, respektieren und die Position des anderen – wenn man schon nicht einig ist – als mögliche Variante in dem Spektrum, aus dem das Klient-System seine Lösung kreieren wird, verstehen.

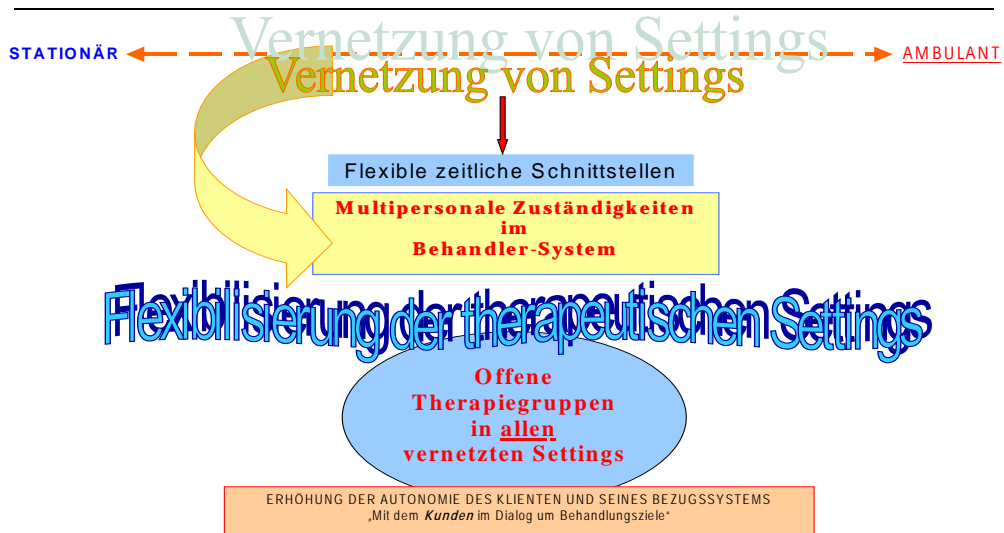
Solange es einen gemeinsamen Kosten(-Bewilligungs)rahmen bei Kombi-Behandlungen gibt, wirkt die Dimension der Zeit auf alle Beteiligten und nötigt zu einer gewissen Form von Kooperation. Gerade weil diese Uhr „ambulantisch“ tickt, erkennen wir im Zentrum der Dynamik die Autonomie des Klient-Systems, zu deren Rehabilitation die Behandlungsmaßnahmen gebündelt werden sollen. In der stationären Erfahrungswelt wurden inzwischen gute – um nicht zu sagen exzellente – Erfahrungen mit offenen Therapiegruppen gemacht.

Unsere speziellen Erfahrungen berichten wir von unserer Kurzzeitbehandlung. Das wöchentliche Kommen und Gehen (Integrieren und Verabschieden) verlangt dem/der KlientIn in einem Zeitraffertempo (auf einen sozialen Mikrokosmos bezogen) ähnliche sozio-psychomotorische Leistungen wie beim Erwachsen-Werden in seinem familialen System ab. Er reiht sich ein in die Geschwisterreihe, übernimmt zunehmend mehr Verantwortung für sich und andere, achtet, dass es Erfahrenere gibt als ihn/sie, hilft bei der Integration Neuer (wird „Pate“), verabschiedet vertraut gewordene Weggefährten, lässt los, wenn er selbst geht usw..

Demgegenüber bieten so genannte geschlossene Gruppen fast nur Nachteile. Sie wachsen zusammen niemals schneller als offene, sie bleiben eher in einem regressiven Klima hängen, das im ungünstigen Fall gegen eine vermeintliche Kasernierung rebelliert (das kann überdies in einem Klinik-Setting verheerende Folgen für die Atmosphäre anderer Gruppen haben).

Die Vielfalt der Alltagskultur wird in großem Umfang in den Interaktions-Ritualen offener Gruppen belebt – insbesondere wenn dies gemischtgeschlechtliche Gruppen in nahezu paritätischem Verhältnis sind.

Ambulantisierung der Suchtkrankenhilfe



THAU, 9/05

Wenn man das Szenarium der nun schon beinahe „klassisch“ zu nennenden Kombi-Behandlung (Klinik -- PSB) um die Konstruktion „Verbund“ erweitert, ergeben sich noch weiter reichendere Folgen für eine flexible Abstimmung von Settings. Jedem Behandler bleibt (nur) übrig, dass er seinen Beitrag als zwar einzigartig, aber doch gleichermaßen bescheiden als Impuls zum Wohle des Souverän, den der Klient und mit ihm sein Hintergrundsystem darstellt, ansieht. Diese Sicht ist alles andere als fatalistisch. Sie erkennt vielmehr den relativen Einfluss von therapeutischer Begegnung an, sieht Krankheit nicht als unumstößliche Entität und die Selbstbestimmung und Selbstorganisation von lebendigen Systemen als oberstes Gebot einer aufgeklärten und freiheitlich demokratischen Form von Lebensentscheidung in unserer Gesellschaft

Ambulantisierung der Suchtkrankenhilfe



THAU, 9/05

Im Lauf der Zeit entstehen gemeinsame therapeutische Herangehensweisen

Seit dem 68er-Urteil haben stationäre und ambulante Therapeuten viel zu einer gemeinsamen Verstehenskultur über „Sucht“ erarbeitet. Interessanterweise hat man sich besonders im ambulanten Bereich mit Konzepten befasst, die jenseits „kathedraler“ Begriffe (die oberste stationäre Ziele-Maxime, nämlich die Metapher „Abstinenz“ ist ein solches Organisationsprinzip) therapeutische Kontraktfelder formulieren, von denen stationäre Therapeuten meist glaubten, sich nicht damit auseinandersetzen zu müssen. Zwei Beispiele dazu:

1. Die präventive Arbeit in Betrieben, Schulen und z.B. mit alkoholauffälligen Führerscheinbesitzern.
2. Die Arbeit mit KlientInnen mit riskantem oder missbrauchendem Alkoholkonsum.

Beide Beispiele werden in einem geschäftlichen Kontext organisiert und pflegen so viel mehr die Prinzipien eines ebenbürtigen Dialogs als es bisher im stationären üblich ist. Demgegenüber wurden im stationären Kontext viele Lernmöglichkeiten in großer Fülle differenziert und als Standardformen therapeutischer Interaktion standardisiert, um auf den individuellen Therapieverlauf hin adaptiert werden zu können. Behandlungsabläufe werden kompakt von interdisziplinären Teams betreut. Die Fäden laufen beim Bezugstherapeuten zusammen. In anderen Kontexten verwendet man hierfür den seltsamen Begriff des „Case Managers“.

Therapeuten sollten sich hier wie dort – das ist oben mehrfach angeklungen – als „Lotsen“ beim „Wieder-flott-machen“ eines „navigationsunfähigen Schiffes“ und dessen Begleitung bei den nächsten „schwierigen Klippen“ verstehen. Dieser therapeutischen Leitmetapher ist inhärent, dass die „Kapitäne“ dem Klient-System angehören und darüber hinaus den Kurs bestimmen. Sie verantworten den Zustand des Schiffes und die Verfassung der Mannschaft. Der „Lotse“ bietet nur seine Dienste zur Anschlussfähigkeit hinsichtlich Mobilität und Navigation an. Danach geht er wieder von Bord. Freilich kann er mit anderen „Lotsen“ konferieren, aber solange er an Bord ist, soll er der Einzige sein, der direkt mit dem Klientensystem interagiert.

AUTONOMIE und Selbstorganisation des Klientensystems



„**LOTSE**n
für ein
SCHIFF,
dessen MANNSCHAFT
die NAVIGATIONsfähigkeit
verloren hat“

Mehrere Therapeuten fügen nach Auftrag zusammen,
was das Klient-System gegenwärtig braucht.

Fassen wir das bisher über die Ambulantisierung Gesagte zusammen:

1. Sozioökonomische Bedingungen haben nebenbei zur Autonomie der Klient-Systeme im Feld der Suchtkrankenhilfe beigetragen.
2. Klient-Systeme wählen zunehmend eigenständig die Machbarkeit einer bestimmten Behandlungs-„Maßnahme“ im Rahmen ihrer subjektiven Kosten-Nutzen-Überlegungen.
3. Die Risiko-Abwägung wird zunehmend individualisiert.
4. Kostenträger ziehen sich fast unmerklich zurück.
5. Die Solidargemeinschaften im soziologischen und volkswirtschaftlichen Sinn verlieren an Bedeutung.
6. Die therapeutische Metapher der „Verhandlung von Zielen“ wird in naher Zukunft auch in ihrer wirtschaftlichen Dimension zunehmend untermauert werden müssen.
7. Zurecht fordern KundInnen im Kontext Suchtkrankenhilfe Transparenz und Dialog.
8. Die Ambulantisierung entspricht also einer gesamtgesellschaftlichen Bewegung.

Zurück zum Geschäft der Therapie

Betrachten wir das therapeutische Setting von weit außen. Mit etwas Phantasie kann man sich vorstellen: Man sitzt in einem Café und schaut aus dem Fenster. Auf einer gegenüberliegenden Verkehrsinsel sitzen zwei Menschen. Um sie tost der Verkehr. Diese beiden sind vertieft in die Innenwelt – genauer gesagt des einen. Der andere versucht sie zu verstehen. Auch wenn manche Therapie-Sitzungen ähnlich entrückt geschehen mögen – und bei ausreichend hypnotherapeutischer Ausbildung könnte es einem Therapeuten womöglich gelingen, diese „folie à deux“ herbeizuführen – ist moderne Psychotherapie im Suchtbereich in weit nüchternere Umgebungsbedingungen eingebunden.



Dennoch, trotz vieler „Schutzeinrichtungen“ gegen das Verkennen, übersehen wir oft beim Erstkontakt mit einem/r KlientIn aus einem Problemsystem, das um „Sucht kreist“, die diesen Menschen umfassenden Beziehungsgegebenheiten und neigen manchmal dazu, ihn als einen „Patienten“ zu treffen. Sein Hintergrund-System tut auch manches, um ihn als solchen zu präsentieren – den IP (den Index-Patienten). Wir treffen ihn oder sie:

Nass oder zumindest halbnass, verzagt, störrisch,
unzugänglich und meist nicht willig, über unsere Schwelle zu treten.



Beziehungsqualitäten im Therapeutischen Prozess

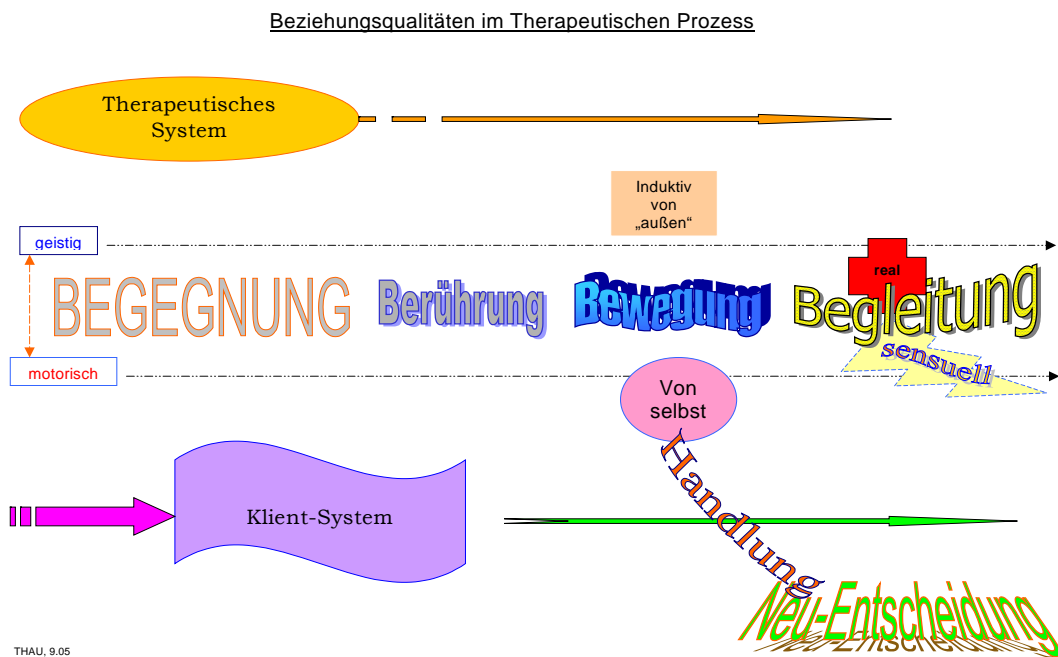
Vielen Psychotherapeuten gelten Suchtkranke als besonders schwierige PatientInnen. Dass das bestehende Leistungsträger-System dies besonders zementiere (Krankenkassen bezahlen in der Regel keine Entwöhnungsbehandlung), erscheint bei genauerem Hinsehen als nur halbe Erklärung. Nein! Viele niedergelassene Psychotherapeuten haben einen Widerstand gegen dieses Klientel, der sich von Alltags-Moralismen kaum abhebt. Solche Bilder werden dann bei Psychotherapie-Ausbildungen tradiert und gehen letztlich in Indikations-Kataloge von Kostenträgern ein.

Freilich, ein Suchtkranker ist in seinem ganzen Wesen erfasst und in dieser Ganzheit gilt es ihn zu begegnen. Sucht ist eine Daseinsform, die nachhaltig soziale Beziehungssysteme modifiziert: gewissermaßen vom Molekül des Gehirnstoffwechsels bis zu komplexen Ritualen des sozialen Raums. Wenn also Therapeuten vor diesen Dimensionen Respekt haben, ist dies ehrenvoll. Wenn sie sich eine Behandlung in einem solchen Kontext von Bewegung nicht zutrauen, ist dies ebenfalls honorig.

Demgegenüber haben aber andere Therapeuten im stationären aber auch im ambulanten Bereich über gut vier Jahrzehnte hinweg äußerst effektive psychotherapeutische Methoden entwickelt, die nicht nur diese Klientel begegnen, sondern auch begleiten und bewegen helfen, Neu-Entscheidungen für konstruktive Interaktionsrituale zu lernen, die tatsächlich Sucht-Kreisläufe durchbrechen und neue Verkehrsformen im familialen und gesellschaftlichen Miteinander schaffen.

Diese Methoden gehen weit über das „Trockenlegen“ hinaus und übertreffen den manualistischen Gebrauch von therapeutischen Werkzeugen bei weitem. Suchttherapeutisch orientierte Psychotherapeuten müssen ganz besonders gut das Setting organisieren, in dem die Behandlung geschieht. Sie haben sich von je her darum zu kümmern, wie einzelne Setting-Komponenten z.B. Gruppentherapie, Einzeltherapie, Peergruppenarbeit und nicht zuletzt Angehörigenarbeit so miteinander verschränkt werden, dass sie sich nicht im Wege stehen oder gar Effekte aufheben, sondern sich im Bewusstsein der KlientInnen und ihrer Hintergrundsysteme als ein ganzheitliches Angebot zu deren Autonomisierung anreichern. Um im Bild zu sprechen: „Es ist wie das Backen eines ‘Schwäbischen Hefezopfs’ – trotz seiner vielfach verschlungenen Fülle ein köstliches Werk an Luftigkeit und wohliger Konsistenz.“

Im Bild 5 werden vier unterschiedliche Qualitäten der therapeutischen Beziehung im Verlauf des Behandlungsprozesses formuliert: Begegnung - Berührung - Bewegung - Begleitung. Unabhängig von der psychotherapeutischen Ausrichtung lohnt sich eine Unterscheidung gemäß diesen Prozess-Qualitäten.



Die nachfolgende geistig-seelische Berührung (manchmal durch Körperkontakt unterstützt) braucht unbedingt diese wohl gestaltete erste Begegnung. Jenseits dessen, dass die Chemie stimmen muss, um in eine therapeutische Kontrakt-Beziehung zu kommen, muss auch die raum-zeitliche Strukturierung bei diesem Erstkontakt sorgfältig vorbereitet werden, damit sich eine nachhaltige – auch motorisch sichtbare Berührung (als Funktion der zunehmenden Selbstöffnung) ergeben kann.

Wenn man z.B. mit einer Familie ein Erstinterview veranstaltet, kann das Entwerfen eines Genogramms an einem Flip-Chart unter Umständen mehr Berührung hervorbringen als eine gewieftete Fragetechnik zur Exploration schwieriger Sachverhalte. Die symbolisierte Bildgebung von familialen Beziehungen und Themen, also die Verdichtung von individuellen Geschichten und dem Gesamt der Familiengeschichte spiegelt buchstäblich an der Tafel Erleben und Eintauchen in emotionelle Verbindungen wider. Die Genogrammarbeit, die Bernd RÖDEL die „Kunst des banalen Fragens“ (vgl. sein gleichnamiges Buch) genannt hat, eröffnet in rascher Zeit Zugänge zu tiefen Schichten der Seele eines Menschen und seiner Familie. Gerade „Suchtfamilien“ brauchen einen solchen Erstimpuls für die Erkenntnis dessen, was in ihren Familien an Erfahrung von Hoffnung und von Leid gleichermaßen vorkommt, damit sie ermutigt werden können, die für unüberwindlich gehaltenen Barrieren ihrer Entwicklung in konzertanten Anstrengungen bei Seite zu räumen.

In der relativ behüteten therapeutischen Atmosphäre erleben wir gerade im stationären Setting oft in ungemein kurzer Zeit (z.B. von zwei Wochen) immense geistig-seelische und mithin motorische Bewegung. Die KlientInnen lernen wie in einem „Gewächshaus“. Die Quelle des Lernens kommt zwar oft von „außen“ – also entsteht z.B. in zwischenmenschlichen Begegnungen des Peersystems oder durch gezielte therapeutische Intervention – trifft aber auch auf eine „innere“ Vorerfahrung, die in günstige Resonanz kommt. Auch die schriftliche Reflektion (z.B. das Schreiben der Lebensgeschichte anhand eines strukturierten Leitfadens) regt die Selbststimulation zu einer sichtbaren Bewegung an. Man kann daran z.B. einen bedeutenden Einstellungswandel beobachten. Ebenso kann es sein, dass ein(e) KlientIn plötzlich völlig neues konstruktives Verhalten zeigt – buchstäblich motorisch bezeugt, dass sie/er ein anderes Selbstverständnis entwickelt hat: der Blick wird neugierig und die Sinne beginnen die Außenwelt wahrzunehmen. Oft stehen diese Bewegungen des Geistes, der Seele und des Körpers in starkem Kontrast, zu dem, was die Familie von der/dem PatientIn kennt. Entsprechend irritiert reagiert sie. Gelingt es nun „beide Seiten“ einzuladen, neues Verhalten zuzulassen, auszuprobieren, Vor- und Nachteile zu bilanzieren, erhöht sich die Chance zum Transfer in den Alltag. Diesen Prozess können wir auf der Ebene der/s KlientIn (also dem „personalen System“) „Neu-Entscheidung“ nennen. Auf der Ebene des sozialen Systems kommt dieser Prozess einer neuen „Choreografie“ oder einem neuen „Interaktionsritual“ gleich. Der zweite Begriff bezieht sich eher auf spezifische szenische, der erste auf offene Gegebenheiten der allgemeinen Lebensentwicklung.

Obgleich wir es bei einer Suchterkrankung mit einer tiefen Zerrüttung molekularer, personaler und sozialer Funktionsweisen des Lebens auf dem Hintergrund so genannter komorbider Zusammenhänge zu tun haben, befasst sich Suchttherapie von Anfang an mit dem Prinzip „Hilfe zur Selbsthilfe“. Die therapeutische Kunst organisiert sich unter dem Damoklesschwert „Co-Abhängigkeit“ und bemüht sich daher um alle möglichen Strategien, Betroffenen und ihren Angehörigen das „Loslassen“ zu lehren und zeigt sich selbst um diese Haltung bemüht – wohl wissend, dass Suchtkranke demgegenüber einerseits zum „Klammern“, andererseits zum „Abwerten“ in der Beziehungsgestaltung zum Therapeuten hin neigen. Einen Suchtkranken „drei Jahre auf die Couch zu legen“ wäre ein Kunstfehler, in über drei Jahre hinweg – ab und an – in einer ambulanten Gruppe zu sehen, hingegen nicht. Gute Suchtpsychotherapie zeigt sich daran, wie entbehrlich sich der Therapeut macht und wie sehr es ihm gelingt, das Konstrukt „Gruppe“ als „heilendes System“ mental in der/dem einzelnen PatientIn zu verankern.

Diesen Prozess habe ich im Bild 5 „Begleitung“ (ungeachtet der therapeutischen Methodologie) genannt. Sie wird im (stationären oder ambulanten) Therapie-Setting „real“ und danach „sensuell“ sein. Die Repräsentanz der therapeutischen Beziehung geht demnach im Lauf der Zeit (ganz besonders nach Entlassung aus dem Therapie-Kontext) im Hintergrund des Selbst als dessen Facette im Gesamt der je erlebten Beziehungserfahrungen allmählich auf. Die speziell in der therapeutischen Begegnung erlebte Erfahrung unterscheidet sich also im Abstand qualitativ nicht mehr von den sonst gemachten zwischenmenschlichen Erfahrungen, wenngleich sie als singuläre Erinnerungsspur abrufbar ist – oft durchsetzt mit sehr eigenwilligen Codes. Welcher/m TherapeutIn ist das nicht schon passiert, dass nach einiger Zeit ein(e) ehemalige(r) PatientIn auf sie/ihn zukommt und dankbar einen vermeintlich vom Therapeuten entworfenen Satz als außerordentlich bedeutsam für seine weitere Lebensgestaltung zitiert. Die/der TherapeutIn stutzt, ahnt oder ahnt nicht, bestätigt oder bestätigt nicht (vermutlich je nach dem wie sie/er mit der neuen Erkenntnis übereinstimmt), aber zeigt sich in jedem Fall beeindruckt von der Eigen-Sinnig(oder Willig-)keit der/des ihr/sein Leben wieder selbst kontrollierenden ehemaligen PatientIn.

Die interaktionellen Codes des Therapeutischen Systems sind prinzipiell von anderer Natur als die des Klient-Systems. Dennoch ist eine Impulsgebung möglich, obgleich TherapeutInnen immer „Störenfriede“ sein werden. Paradoxerweise können sie anhand dieses Umstands hilfreich sein, denn Gehirne und Systeme lernen am Kontrast. Im Bild 7 werden diese Zusammenhänge näher skizziert.

Zentrale therapeutische Hinsichten

Unsere entlang des Therapie-Prozesses für notwendig gehaltenen therapeutischen Haltungen lassen sich zu Parametern der therapeutischen Selbst-Reflexion, die auch der therapeutischen Self-Care dienlich sein sollen, verdichten. Es sind Prüf-Sätze, die sowohl die therapeutische Selbstüberschätzung eindämmen als auch dem entsprechenden Narzissmus entgegenwirken sollen, aber auch dazu beitragen sollen, die inhärenten Erfahrungsschätze eines Klient-Systems als einzigen Veränderungsagenten anzuerkennen. Dafür eine technische Metapher: Das Klient-System ist der „Motor“, die TherapeutInnen sind die „Glühkerzen“.

Wir formulieren diese Hinsichten gemäß einer humanistischen Psychotherapietradition:

1. Jeder Mensch ist einzigartig.
2. Er wird als Teil eines einzigartig historisch gewachsenen und gelebten Familiensystems gesehen.
3. Eine anhaltende individuelle psychosomatische Symptomatik wird gesehen als eine besondere Ausdrucksform eines interaktionellen Beziehungsmusters, das eingebettet ist in vielfältige Handlungsmuster eines ansonsten sich kreativ generierenden Hintergrund-Systems.
4. Lösungen anzuregen und den Mitgliedern eines Problemsystems zu helfen, Wege zu finden, die die problematischen Beziehungsmuster überflüssig machen, ist die vorrangige therapeutische Aufgabe.
5. Lösungen ergeben sich weniger durch Ursachenforschung und Defizit-Fokussierung, sondern durch das mutige Üben neuer Reaktionsbereitschaften.
6. TherapeutInnen fördern dabei hilfreiche Einsichten und ermutigen zu neuen Praktiken. Sie sind Begleiter (ähnlich einem Bergführer), denn Regisseure. Sie bestimmen nicht den Weg, sondern sie verhandeln ihn mit der/dem PatientIn und ihrer/seiner Familie. Sie moderieren und manchmal haben sie die Funktion eines Notars, der die Vereinbarungen verlautbart und zu Bewusstsein bringt.

Lernen in einem kurzzeitigen stationären Kontext

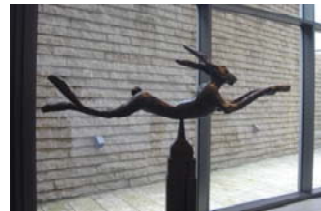
In über 18 Jahren haben wir in der Fachklinik Wilhelmsheim im Kurzzeit-Bereich einen Lernkontext etabliert, in dem mehrere TherapeutInnen gestaltende Verantwortung für dieselben PatientInnen tragen. Das BezugstherapeutInnen-Prinzip ist dabei nicht außer Kraft gesetzt, schimmert aber weniger dominant in diesem Projektionsfeld durch. Es handelt sich hier nicht nur um die gängige Team-Kooperation, sondern um ein geplantes Wechseln von Zuständigkeiten. Dies geschieht sowohl bei der gruppenübergreifenden Aufgabenstellung (z.B. bei TZG-Aufgaben) oder beim Erläutern von bestimmten Sachverhalten zu Beginn der Therapie als auch bei der Gestaltung gemeinsamer therapeutischer Settings (vom Forum über morgendliche Vorträge zu alltagsphilosophischen oder alltagspsychologischen Themen bis hin zu therapeutischen Großgruppen bezüglich bestimmter Schwerpunkt-Themen oder System- bzw. Familienaufstellungen).

Weil wir immer wieder mit außertherapeutischen Korrektiven interagieren und deren Ressourcen für den Therapie-Prozess nutzen, stehen wir mit unseren KlientInnen und ihren Hintergrundsystemen in einem dynamischen Gleichgewicht von Projektion und Ablösung und tun alles, dass diese Systeme ohne unsere Hilfe auskommen können oder sich zutrauen, zum Beispiel in der anschließenden ambulanten Phase solche in der nächsten Zeit gezielt anzufragen, um schließlich ganz ohne außen stehende Hilfe zurecht zu kommen. Wir leiten daraus zur Gestaltung des therapeutischen Kontrakt-Managements folgende Regeln ab:

1. Wir sehen die/den PatientIn eher als KlientIn (oder gar als KundIn).
2. Ihre/seine Krankheit ist nicht relevanter als seine Geschichte und seine Zukunft.
3. Wir achten ihre/seine Ebenbürtigkeit als Verhandlungspartner von Zielen.
4. Wir respektieren, dass sie/er zu einem Hintergrundsystem gehört, in das sie/er (spirituell in jedem Fall) zurückkehren wird. – Sie/er ist ein „Delegierter“.

Die Erweiterung der Resonanzfähigkeit: Spiegelneurone

Manchmal geschieht das Lernen im Stationären überraschend schnell.

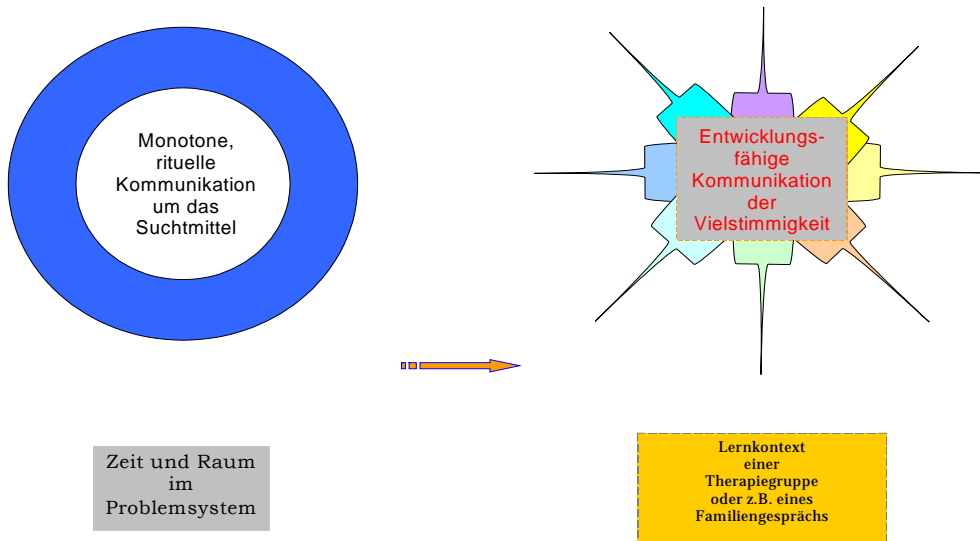


Obleich wir den Begriff der „Spiegelneurone“ im folgenden verwenden (im Sinn der neuronalen Fähigkeit eines Menschen, sich in den anderen versetzen zu können) und davon ausgehen, dass diese Fähigkeit zum Beispiel durch anhaltenden Substanzmissbrauch beeinträchtigt werden und durch vielgestaltige Kommunikation wieder entwickelt werden kann, definieren wir ihn nicht näher, sondern machen darauf aufmerksam, dass er im Feld der neurowissenschaftlichen Forschung seit nahezu 10 Jahren verwandt wird.

Als Psychotherapeuten kommen wir meines Erachtens nicht umhin, uns mit diesem Konzept zu beschäftigen, weil es das organische Korrelat dessen beschreibt, was wir anhand anderer Modelle seit über 100 Jahren aus unserer Profession wissen und ganz selbstverständlich als gegeben verwenden. In jüngster Zeit hat besonders das Buch des Freiburger Psychiaters, Joachim BAUER („Warum ich fühle, was Du fühlst.“ Hamburg, Hoffmann und Campe, 2005), eine breitere Leserschaft damit vertraut gemacht. Dieser Autor hat sich in einem anderen Buch („Das Gedächtnis des Körpers“, Frankfurt, Eichborn, 2002) mit dem interessanten Wechselspiel von genetischer Disposition und Lernen beschäftigt.

Es handelt sich also um eine Forschungsrichtung, die ebenfalls unsere Profession äußerst interessieren sollte, zumal sie uns mehr Hoffnung macht (als nimmt), dass unsere psychotherapeutischen Bemühungen von großem Nutzen sein können, um scheinbar ewig festgezurrte geirnhysiologische Barrieren bei Seite zu räumen. Darüber hinaus möchte ich noch auf einen Artikel zur Psychotherapie mit Angehörigen in der Psychiatrie von Thomas BOCK in der Zeitschrift *Psychotherapie im Dialog*, Sept. 2005, S. 283 – 288, hinweisen, in dem der Autor ebenfalls die Erkenntnisse um Spiegelneurone verwertet.

Verschlossene und offene Resonanz: Die Differenzierung der Interaktionsschemata



THAU, 9.05

Neuronale Netze werden in jeder Lern-Situation geknüpft und zwar, indem der Kontrast hinsichtlich dessen, was bereits bekannt ist, derart verwertet wird, ob das das Bekannte bestätigt, es günstig ergänzt oder in starkem Widerspruch steht. Geht die letzte Form der Überprüfung in Richtung „zu neu“, wird der Inhalt verworfen, es sei denn, er kann durch baldige Wiederholung gewissermaßen als „Einstieg“ in einen neuen Sinnzusammenhang dienen. Auf der Ebene der Spiegelneurone passiert meines Erachtens genau das, wenn ein Suchtkranker das Lernfeld „Familie“ vorübergehend verlässt und in das Lernfeld „Peersystem innerhalb eines therapeutischen Settings“ eintritt.

Die bisherige Resonanzgewohnheit der/des neu aufgenommenen PatientIn wird schlagartig erweitert: von einer als „verschlossen“ zu bezeichnenden zu einer „offenen Resonanz“, in deren Interaktionskontext das Prinzip der Vielstimmigkeit einen neuen „Attraktor“ (ein hier sehr metaphorisch verwandter Begriff aus der Chaostheorie) hervorbringt, der die neuronalen Gepflogenheiten auf ein höheres Niveau katapultiert. An dieser Stelle des Kontextwechsel passiert etwas, das wir auch als Anreicherung der Gruppen-Intelligenz bezeichnen könnten. Das Wissen der Einzelnen ist größer als die Summe seiner Teile. Das ist bei sich selbst organisierenden Systemen das ihnen wesentliche.

In Zukunft wird es immer bedeutender und Erfolg versprechender sein, neurowissenschaftliches Wissen zu berücksichtigen (vgl. hierzu auch das letzte Buch von Klaus GRAWE (2004) Neuropsychotherapie, Hogrefe)

- Wie verarbeiten neuronale Strukturen Traumata wie z. B. anhaltenden Suchtmittel-Konsum? – Und wie sind diese kompensierbar?
- Wie können Resonanzbereitschaften (wieder) entwickelt werden?
- Welche interaktionelle Unterstützung braucht es, um Resonanzmuster nachhaltig und eigenständig zu etablieren?

Diesen Fragen zu folgen bedeutet, therapeutisch prinzipiell keinen Unterschied mehr zwischen den Mikro-Reaktionen der neuronalen Netze und den interaktionellen Reaktionen in einem Beziehungsnetz mehrerer Individuen zu machen. Die lebendigen Prozesse in einem System oszillieren zwischen biochemischen Bewegungen im Innern des Organismus und motorischen Bewegungen im sozialen Raum. Dabei werden Stimmungen, Gefühle, Gedanken und Handlungen hervorgebracht, deren „Urheber“ nicht nur angesichts der Geschwindigkeit, in der dies alles geschieht, gewissermaßen anonym bleibt. Therapeutische Systeme haben die Aufgabe, dazu eine Andockstelle, ein „Interface“, zu finden und sich darauf einzustellen, dass die gewählte nur eine von vielen und dass der Einfluss wechselseitig ist.

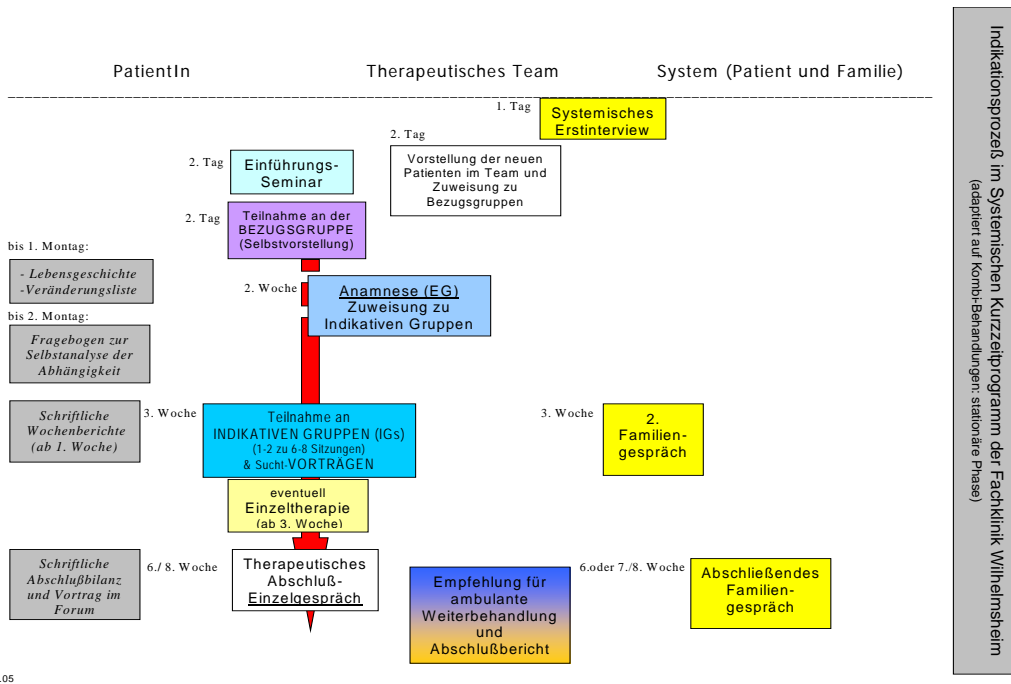
Therapeutisches Veränderungswissen bezieht sich auf verschiedene Kontexte und wählt dafür bestimmte Zugänge:

1. Wie wird baulich und sozial ein therapeutisches Setting geschaffen?
2. Wie wird ein Klient-System begegnet, dass es die Lernbedingungen dieses Settings für die Lösung seiner Probleme nutzen kann?
3. Wie wird ein Klient-System therapeutisch begleitet, um neue Interaktionsmuster in die Alltagswelt nachhaltig integrieren zu können?

Der Indikationsprozess innerhalb der kurzzeitigen stationären Phase

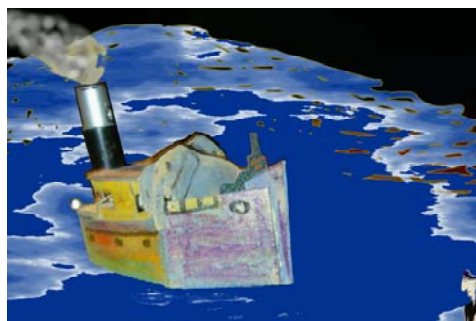
Im Jahr 2001 haben wir unser Kurzzeit-Konzept noch mal als kompakte Broschüre veröffentlicht. Dort ist einiges zu unserer Therapie-Philosophie ausführlicher als im Gesamt-Konzept nachlesbar. Um sich aber die Austauschbeziehungen der wichtigsten Beteiligten in ihrem Engagement während des Therapie-Prozesses (gewissermaßen anhand ihrer anteiligen Leistungen) besser vorstellen zu können, haben wir die wichtigsten Einzelleistungen oder Beteiligungen chronologisch aufgeführt.

Dieses Schema ist im Prinzip in unserer Broschüre „Kurzzeit-Behandlung“ veröffentlicht, wurde aber jetzt angesichts der Integration des Kombi-Moduls in die Kurzzeit-Behandlung überarbeitet und durch farbliche Hervorhebungen in seinen Leistungsebenen spezifiziert. Drei Leistungssphären sind im Schema künstlich getrennt – wohl wissend, dass sie entlang des Therapie-Prozesses verschränkt sind. Obwohl der Ablauf nahezu standardisiert ist, gilt die Erreichung der einzelnen Abschnitte als indikationssteuernd. Die so genannte Indikationsstellung ist also keine objektivistische, sondern eine dialogische.



Das Erstaunliche an dem Behandlungs-Setting, das wir seit fast 19 Jahren im Kurzzeit-Bereich und neuerdings mit den darin integrierten Kombi-Behandlungen erleben, ist, dass KlientInnen aus Hintergrund-Systemen, die vorher kaum therapeutische Hilfe in Anspruch genommen haben, relativ rasch bereit sind, ihr „Problemsystem“ zu hinterfragen.

Familien haben sich auf ein „PROBLEMSYSTEM“ verständigt.
Ihre Choreographie hat sich mit der Not arrangiert.

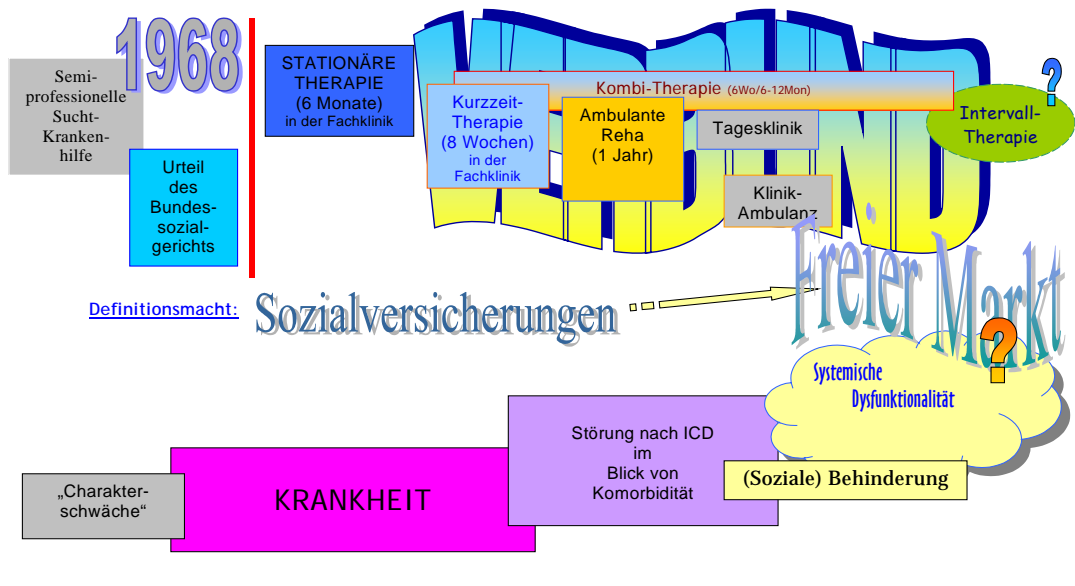


Die Systeme lassen es dennoch als ganzes zu, dass ein „Lotse“ an Bord geht. Sie lassen sich von seinen Auffassungen inspirieren, wengleich dabei nicht die vollständige Navigation neu ausgerichtet und alle Lasten in ein konstruktives Gleichgewicht gebracht werden können.

Schon am Ende der stationären Phase weitet sich oft der Blick des/der „PatientIn“ und manchmal „entwischt“ er/sie seiner Familie. Und nicht selten entwickelt sich hier ein Prozess von Rückfälligkeit im gesamten System. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass der/die so genannte IP hier oft seiner Familie einen Gefallen erbringt, indem er/sie zuerst seine Rückfälligkeit zeigt. Wir beobachten dies an der Stelle, wo es dem System zu schnell geht, was es an Veränderungen zu verkraften gilt. Und gerade deshalb ist die therapeutische Begleitung im ambulanten Setting über 6 – 12 Monate so wichtig, um das Gelernte in den Alltag des Klient-Systems zu verweben. – Aber letztlich kann ein System nicht mehr hinter die Erfahrung des erweiterten Blicks zurück.

Was immer die Vernetzung von Settings in der Suchtkrankenhilfe uns noch bringen sollte, wir können dann auch nicht mehr zurück (... zu stationären Halbjahresbehandlungen, zur Trennung von ambulanter und stationärer Rehabilitation, zu geschlossenen Gruppen, zur Marginalisierung der Angehörigenarbeit und vieles, vieles mehr...). Als Ausblick soll in Erweiterung von Bild 1 das Bild 9 dienen:

Suchtkrankenhilfe als Auffassungssache entlang des historischen Kontexts ihrer Setting-Gestaltungen



THAU, 9.05

Ich wünsche uns allen eine gute Kooperation und einen erweiterten Blick.



Vierwaldstätter See im Juni 2005

Wilhelmsheim im Oktober 2005