

Sozialdienst
Katholischer
Männer e.V.
Köln



- 1. Drogen- und Aidshilfe im Verbund des SKM Köln**
- 2. Der Verbund als Antwort auf die Folgen des Drogenkonsums**
- 3. Theoretischer Hintergrund / wissenschaftliche Basis**
 - 3.1 Konzeptuelle Basis der Integrativen Therapie:
der Tree of Science**
 - 3.2 Persönlichkeitstheorie**
 - 3.3. Identitätskonzept**
 - 3.4 Suchttheoretischer Bezug zur Persönlichkeitstheorie**
 - 3.5 Suchttheoretischer Bezug zum Identitätskonzept**
 - 3.6 Gesundheits- und Krankheitslehre**
 - 3.7 Ursachen und Auswirkungen von Drogenabhängigkeit**
- 4. Ziele, Wege und Methoden des Hilfeverbundes**
 - 4.1 Die vier Grundfertigkeiten des Menschen**
 - 4.2 Die therapeutische Beziehung**
 - 4.3 Das tetradische Modell**
 - 4.4 Protektive Faktoren als Ziel der Behandlung**
 - 4.5 Die Wege der Heilung und Förderung**
 - 4.6 Heilungsprozesse als Planungs- und Konzeptgrundlagen**
 - 4.7 Die „Übertragung“ auf den Verbund**
 - 4.8 Der Verbund als soziales Netzwerk**
 - 4.9 Der Verbund im Netzwerk**
- 5. Die Arbeit in den Einrichtungen des Verbundes**
 - 5.1 Die niedrigschwelligen Hilfeeinrichtungen**
 - 5.1.1 Kontakt- und Notschlafstelle am Hauptbahnhof**
 - 5.1.2 Kontaktstelle „Dieselstraße“**
 - 5.1.3 Drogenkontakt- und Beratungsstelle Köln-Ehrenfeld**

- 5.1.4 Haus Schmalbeinstraße**
- 5.2 Ambulante und stationäre Rehabilitation**
 - 5.2.1 Drogenberatungs- und Behandlungsstelle**
 - 5.2.2 Die Drogenberatungsstelle Kalk**
 - 5.2.3 Fachstelle für Sucht- und AIDS-Prävention**
 - 5.2.4 Die Substitutionsambulanz MEREAM**
 - 5.2.5 Therapeutische Gemeinschaft TAUWETTER**
 - 5.2.6 Das Reha – Zentrum**
- 5.3 Angebote für HIV-Infizierte und AIDS-Kranke**
 - 5.3.1 AIDS-Beratungsstelle im „Haus Lukas“**
 - 5.3.2 Wohnhilfen im „Haus Lukas“**
- 6. Der Verbund als synergetische Organisation**
 - 6.1 Die formale Ebene**
 - 6.2 Die Rolle des Trägers**
 - 6.3 Die Beziehungsebene**
 - 6.4 Das Ko-respondenzmodell als Interaktionsmodell des Verbundes**

1. Drogen- und Aidshilfe im Verbund des SKM Köln

Der Sozialdienst Katholischer Männer e.V. Köln (SKM Köln) ist ein Fachverband des Deutschen Caritasverbandes mit Tätigkeitsfeldern im Bereich der Familien-, Jugend-, Sozial- und Gesundheitshilfe.

Er setzt sich mit seinen ehrenamtlichen und hauptamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern dafür ein^{*},

- „dass Menschen in Not Helfer und Hilfe finden,
- dass sich die Lebensbedingungen der Menschen in Not verbessern,
- dass Menschen zum sozial-karitativen Dienst in Kirche und Gesellschaft motiviert und befähigt werden.“

Ausrichtung und Selbstverständnis des Vereins sind im Evangelium begründet und orientieren sich an der katholischen Soziallehre, hier insbesondere an den Grundprinzipien

- der Personalität,
- der Solidarität und
- der Subsidiarität.

Eine Konkretisierung dessen findet sich in den Leitsätzen „der ehrenamtlichen und hauptberuflichen Mitarbeiter(innen)“^{**} des SKM Köln“.

Seit 01. Januar 1975 engagiert sich der Verein auch in der Drogenhilfe, die er im Laufe der Jahre zu einem umfassenden Verbund der Beratung, Hilfe und Therapie aufbauen konnte. Ab 1985 fügte er dem Verbund darüber hinaus besondere Hilfeangebote für HIV-Infizierte und an AIDS Erkrankte hinzu. Der Verbund gehört als Fachbereich „Drogen- und AIDS-Hilfe“ neben den Fachbereichen „Beratung und Hilfe“, „Soziale Brennpunkte I“, „Soziale Brennpunkte II“ und „Verwaltung zur Aufbauorganisation des Vereins.“

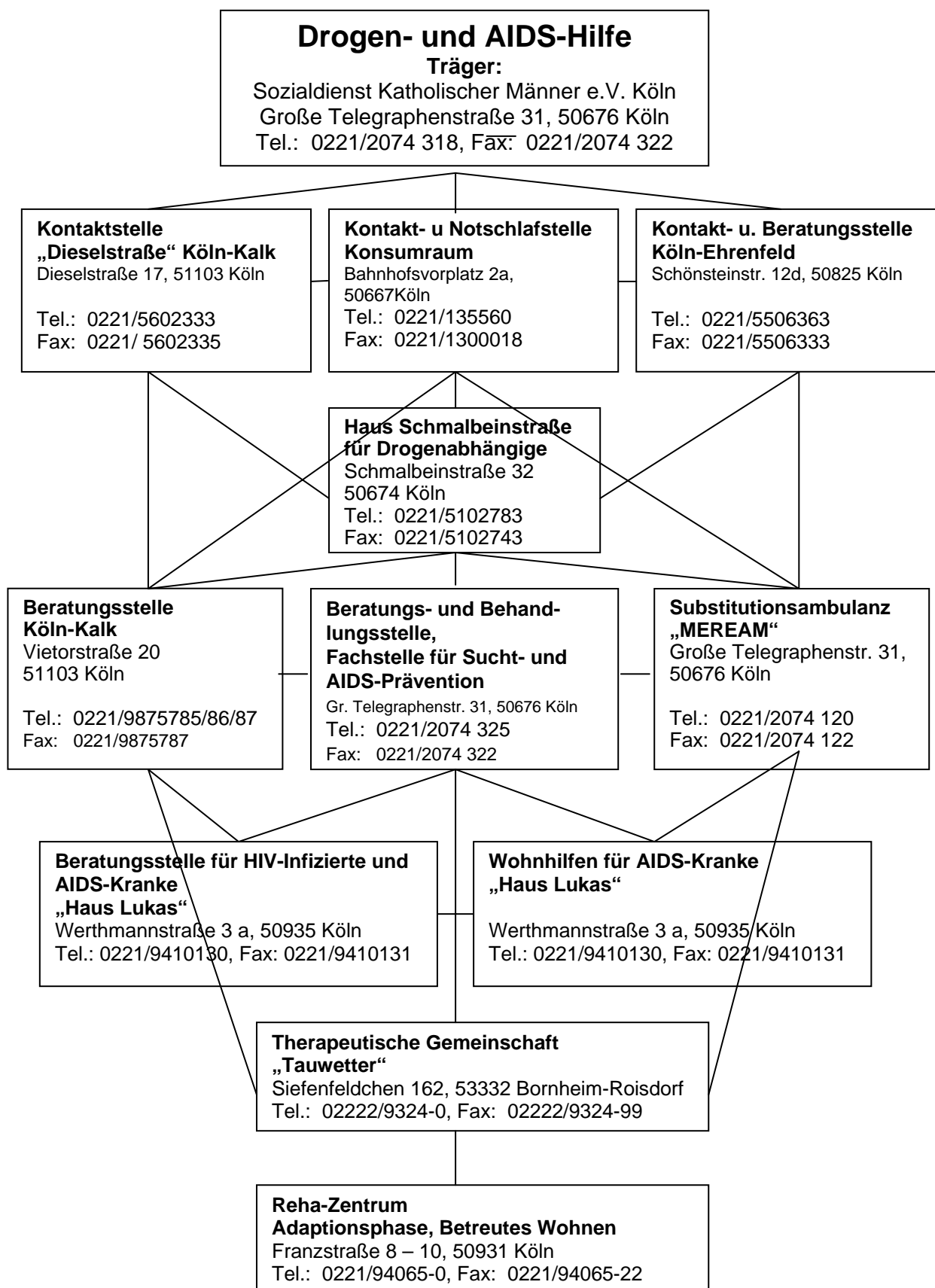
Zu den Aufgaben des Fachbereich „Drogen- und AIDS-Hilfe“ gehören:

- Präventive Maßnahmen (Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention)
- Niedrigschwellige Hilfen
- Strukturierte Substitution
- Beratung, Betreuung und Vermittlung
- Aufsuchende Arbeit
- Ambulante und stationäre Rehabilitationsmaßnahmen
- Maßnahmen der Adaption und der Eingliederung
- Betreutes Wohnen
- Förderung und Begleitung von Selbsthilfeaktivitäten

Auf der folgenden Seite ein Organigramm des Fachbereichs mit seinen unterschiedlichen Diensten und Einrichtungen:

^{*} Satzung, Stand 19.11.1997

^{**} Leitsätze; Stand Nov. 2001



2. Der Verbund als Antwort auf die Folgen des Drogenkonsums

Der Konsum von Drogen vom Missbrauch bis zur Abhängigkeit ist eine gesellschaftliche Realität, dem die Drogenhilfe mit verschiedenen Maßnahmen der Vorbeugung durch Frühinterventionen, Schulung von Lehrkräften, sowie Beratung von Betrieben und Institutionen begegnet. Neben die Forderung und Betonung der Konsumbeendigung (Abstinenzorientierung) sind Ansätze der Schadensreduzierung und des schrittweisen Ausstiegs aus dem Konsum getreten. Vom wahllosen, unkontrollierten und risikoreichen Konsum führt heute oft der Weg zum bewussten, dann zum reduzierten Konsum und im Idealfall zum Konsum-Ausstieg.

Suchtmittel sind insbesondere für junge Menschen ideale Möglichkeiten, ihre Gefühlszustände zu variieren, Unlustgefühle in Lust umzuwandeln und eine positive Gesamtbefindlichkeit zu erreichen. Ein Teil dieser Jugendlichen gerät dadurch in eine extreme Gefährdung, weil bei ihnen die Drogenwirkung wie eine Antwort auf ihre inneren und äußeren Konflikte erscheint; andere können den Konsum nach einer gewissen Zeit ohne große Mühe aufgeben.

Heute ist eine Vielzahl von unterschiedlichen Konsummustern zu beobachten und eine hohe Bereitschaft zum gleichzeitigen Konsum verschiedener Drogen zu beobachten. Das erschwert eine diagnostische Einordnung in „typische“ Konsummuster.

Ein Gefährdungsprozess, in dem sich viele Jugendliche und junge Erwachsene mit ihrem Drogenkonsum befinden, kann mit geeigneten Maßnahmen der Prävention und der Frühintervention eingedämmt, reduziert oder ganz vermieden werden. Dazu bedarf es spezieller Angebote. Als erfolgreich hat sich die stadtteilbezogene Prävention herausgestellt, die vor Ort alle Institutionen und Treffpunkte für junge Menschen einbezieht.

Werden die Prozesse des riskanten Konsums und der Dosissteigerung sowie des Umstiegs auf „härtere“ Drogen mit erhöhtem Suchtpotential nicht entschärft oder gestoppt, kommt es vielfach zur Abhängigkeit mit Krankheitswert. Der Konsum kann nicht mehr kontrolliert oder gar aufgegeben werden, die Dosis wird bis zur Grenze der Lebensgefahr erhöht; der Drogenabhängige kann nicht mehr ohne Drogen sein Gleichgewicht finden. Nach Scheerer ist die Abhängigkeit ein „bis zur Existenzgefährdung gesteigertes, verstandesmäßig unbeherrschtes und immer wiederkehrendes Verlangen nach einer (sinnlichen, gefühlsmäßigen) Erfahrung“.

Drogenabhängigkeit wird im Verbund als schwerwiegende Erkrankung mit einer Vielzahl von verursachenden Faktoren gesehen. Zur Abhängigkeit mit Krankheitswert können insbesondere folgende Faktoren führen:

- genetische und somatische Dispositionen und Einflüsse, eine verletzbare Konstitution mit prä- und perinatalen Störungen
- Entwicklungsschädigungen in den ersten Lebensjahren und in der Lebensspanne, schädigende Stimulierungen: Störungen, Defizite, Traumata und Konflikte
- adverse psychosoziale Einflüsse und Milieufaktoren wie schwacher sozioökonomischer Status, schwache soziale Netzwerke mit problematischen Beziehungskonstellationen und dysfunktionalen Kommunikationsstilen, Fehlen von Schutzfaktoren und ineffektive Unterstützungssysteme
- Negativkarriere im Lebenslauf, negative familiäre, freundschaftliche und kollegiale Begleitung, destruktive Berufssituation, Partnerschaft, Familie, erworbene Muster des Scheiterns an Entwicklungsaufgaben

- internalisierte Negativkonzepte, negative Bewertungen, negative Kompetenz- und Kontrollerwartungen, negative Selbstkonzepte, Lebensstile und Zukunftserwartungen, mangelnde Kreativität und Souveränität
- auslösende aktuelle Belastungsfaktoren, kritische Lebensereignisse, zeitliche ausgedehnte Belastung durch Entwicklungskrisen, Karriereknick, Ressourcenverlust, Über-Stress, physiologische Veränderungen

Diese Risikofaktoren können bei verletzlichem, sensiblen, unklar strukturierten Persönlichkeiten zu einem brüchigen Selbst, zu einem schwachen Ich und zu einer diffusen Identität in einem unterstützungsarmen Kontext führen.

Seit wenigen Jahren sind darüber hinaus die Erkenntnisse der Neurophysiologie zu berücksichtigen, die die Wirkmechanismen der einzelnen Drogen-Substanzen über die Neurotransmittersysteme nachgewiesen hat. So können wir uns heute – besser als je zuvor – die physiologischen Abläufe sowohl der Suchtentstehung als auch des Drogenentzuges erklären. Die Grenzen zwischen körperlicher und seelischer Abhängigkeit, die lange Jahre eine große Rolle in der Bewertung der Abhängigkeitsproblematik einnahmen, treten in den Hintergrund zu Gunsten einer neueren Sicht- und Erkenntnisweise des so genannten „Suchtgedächtnisses“, das aufgrund der dem Menschen eigenen neuronalen und damit „ganzheitlichen“ Wahrnehmung von Außen- und Inneneindrücken „neuronalen Bahnungen“ hervorruft, in denen die Wirkung eines Suchtmittels, die damit einhergehenden Emotionen und Kognitionen, die entsprechenden Szenen und Atmosphären als Gesamtwahrnehmung „gebahnt sind“, unterstützt durch eine Zunahme oder Abnahme der für das jeweilige Suchtmittel wichtigen Rezeptoren (z.B. bei Alkohol die GABA- und Glutamat-Rezeptoren). Diese Sichtweisen erlauben uns auch neue Einblicke in das Entzugssyndrom, in die Vorphase eines Rückfalls, in die Mechanismen des „Suchtdrucks“ (craving).

Der Verbund sieht Drogenabhängige als Erkrankte, denen angesichts der Vielzahl möglicher Risikofaktoren und „Mechanismen“ der Suchtentwicklung auf unterschiedlichen Ebenen und mit differenzierten Angeboten so geholfen werden muss, dass die Krankheit gelindert oder geheilt wird und ihre Folgen zumindest erträglich bleiben.

Es sind vielfältige und differenzierte Hilfen erforderlich, weil Drogenabhängigkeit eine komplexe somatische, psychische und soziale Erkrankung ist, die die ganze Person des Drogenabhängigen und sein soziales Netzwerk betrifft, beschädigt und - wenn sie lange genug wirkt - zerstört.

Drogenabhängige sind krank an Leib und Seele, ihre soziale Einbindung ist oftmals völlig zerstört; sie sind entfremdet und ohne Zukunftsperspektiven. Ihre Identität ist ge- oder zerstört. Diese Erkrankung führt zur Aufgabe sozialer Bindungen und zum Anschluss an die Drogenszene.

Das Leben in der Drogenszene bringt weitere schädliche, traumatische Erfahrungen und Erlebnisse mit sich. Viele Drogenabhängige haben keine Wohnung, leben in Notunterkünften oder bei Freunden aus der Szene; sie leben alltäglich mit dem Risiko einer HIV- oder Hepatitis-Infizierung oder einer Überdosierung. Die Geldbeschaffung, um Drogen kaufen zu können, macht sie zusätzlich zu Menschen mit krimineller Energie. Viele Drogenabhängige verdienen sich ihr Drogengeld durch Prostitution. Diese „social world“ der Drogenszene, z.T. auch im Rotlicht-Milieu und in den Gefängnissen beeinflusst Sprache, Verhalten, Gefühle, Denken und Erkennen. Die Hilfen des Verbundes setzen diesem Milieu eine andere „social world“ entgegen, verbunden mit der Möglichkeit des Milieuwechsels.

3. Theoretischer Hintergrund / wissenschaftliche Basis

Die „Integrative Therapie“: Methodenintegration nach Petzold

Der Verbund „Drogen- und Aidshilfe“ im SKM Köln arbeitet mit einer Vielzahl sozialarbeiterischer, sozialpädagogischer, psycho- und soziotherapeutischer Verfahren, Methoden und Techniken. Den theoretischen Hintergrund und die wissenschaftliche Basis liefert die „Integrative Therapie“, die sich nach Petzold als Methodenintegration versteht.

„[...] die theoretischen Modelle der einzelnen Richtungen (z.B. der Psychoanalyse, der Verhaltenstherapie, der Gestalttherapie) erweisen sich nur als Konstrukte, die Teile des Phänomens Drogenabhängigkeit zu explizieren versuchen, die in ihrer Einseitigkeit durchaus Nützliches bieten, ohne indes ausreichende Erklärungsvalenzen für Drogenabhängigkeit und ihre verschiedenen Formen zu besitzen. Niemand hat hier die Lösung, sondern wir brauchen diese unterschiedlichen, schulenspezifischen Menschenmodelle, Krankheitskonzepte, Therapiestrategien als komplementierende, ergänzende, ja sogar Einseitigkeiten korrigierenden Visionen vom Menschen“ (PETZOLD 1995).

Die „Integrative Therapie“ führt zentrale Konzepte der unterschiedlichen Psychotherapieschulen zu einem allgemeingültigen, wissenschaftlich fundierten und praktisch anwendbaren Gesamtkonzept zusammen. Das Verfahren basiert in seinen Grundzügen auf den Konzepten der klassischen Gestalttherapie von Perls und Goodman, dem Psychodrama Morenos und der Psychoanalyse nach Ferenczi, Balint und Iljine.

Als humanistisches Verfahren vertritt es ein positives, ganzheitliches Menschenbild und sieht die Begegnung mit dem Gegenüber als zentrales Moment menschlicher Existenz an. „In meinem Ansatz geht es mir um Einheit in der Vielfalt, um Integration und Kreation, um die Verbindung von Individuellem und Gesellschaftlichem über das Konzept der Identität“ (PETZOLD 1982).

Der integrative Ansatz eröffnet die Möglichkeit sehr individueller therapeutischer Vorgehensweisen. Es kann patienten- und problemorientiert gehandelt werden (PETZOLD 1989). Dabei wird die gegenseitige Ausgrenzung verschiedener Verfahren untereinander zugunsten einer Kooperation zu überwinden versucht. Letztendliches Ziel ist es, daß die verschiedenen Verfahrensansätze miteinander ko-respondieren.

„Es gibt nicht die Wirklichkeit, und es gibt nicht die richtige Methode, sondern es gibt das Bemühen, pluriforme Realität mehrperspektivisch zu erfassen“ (PETZOLD 1971k, zit. nach PETZOLD 1993b)

3.1 Konzeptuelle Basis der Integrativen Therapie: der Tree of Science

Wissenschaftstheoretische Grundlage der Integrativen Therapie ist der „Tree of Science“. Er ist Fundament und Strukturgerüst der gesamten Theorie und umfasst eine Metatheorie, eine realexplikative Theorie und eine Praxeologie (PETZOLD, HEINERMANN 1991).

- Die Metatheorie dient dazu, ein allgemein gültiges Menschen- und Weltbild im Sinne des Paradigmas der Integration zu beschreiben.
- Die realexplikative Theorie beinhaltet eine Persönlichkeits- und Entwicklungstheorie sowie eine Krankheits- und Gesundheitslehre.

- Die Praxeologie schließlich gibt eine Übersicht über die unterschiedlichen Aufgabenfelder der Integrativen Therapie und befaßt sich zudem mit den vielfältigen Prozeßtheorien.

„Mit dem Modell des „Tree of Science“ soll versucht werden, das Individuum und seine Welt, also einen äußerst komplexen Zusammenhang, für die therapeutische Theoriebildung faßbar zu machen“ (PETZOLD 1993b).

Der „Tree of Science“ ist konzeptuelle Basis für einen gemeinsamen Konsens der verschiedenen Therapiemethoden, die in einem komplexen Verbundsystem zum Tragen kommen.

Er eröffnet dem jeweiligen Betreuer die Möglichkeit, einerseits individuell auf den Patienten einzugehen, sich aber gleichzeitig sowohl im konzeptionellen Rahmen des Systems wie auch in der eigenen Methode sicher zu bewegen.

„Der „Tree of Science“ ist als eine Metafolie zu verstehen, die Hilfen zur Klärung der eigenen Position und bei der Auswahl von kompatiblen theoretischen Konzepten und methodischen Vorgehensweisen geben will“ (PETZOLD 1993b).

3.2 Persönlichkeitstheorie

Die Integrative Therapie ist ein ganzheitlich orientiertes, tiefenpsychologisch fundiertes Verfahren der Psycho-, Sozio- und Leibtherapie. Die Behandlung findet im Dialog zwischen Therapeut und Patient statt. Ziel ist es, den Menschen in seinem Ganzen, in seinem Umfeld wie auch in seinem lebensgeschichtlichen Zusammenhang wahrzunehmen, zu verstehen und zu fördern.

Die Arbeit mit der gesamten Lebensspanne, das sog. life-span-development-approach, ist ein zentraler Aspekt therapeutischen Arbeitens und unterscheidet die Integrative Therapie insbesondere von der klassischen Gestalttherapie. Die unmittelbare Arbeit an aktuellen Konflikten im Hier und Jetzt steht dennoch im Vordergrund. Anhand von positiven Erfahrungen im aktuellen Prozess sollen Kompetenzen für die eigenständige Lösung weiterer Konflikte erlernt werden.

Entscheidend ist dabei, inwieweit der Klient oder Patient in der Lage ist, Vertrauen zu entwickeln und eine Übertragungsbeziehung zwischen sich und dem Betreuer entstehen zu lassen, um auf dieser Basis ungelöste Konflikte aufzuarbeiten.

„Der Mensch ist ein Körper-Seele-Geist-Organismus in einem sozialen und physikalischen (ökologischen) Kontext“ (PETZOLD 1982).

Diese Formel ist die zentrale anthropologische Aussage der Integrativen Therapie. Sie untermauert den mehrperspektivischen, ganzheitlichen Anspruch des Verfahrens. Die Psyche spielt im Prozeß eine ebenso bedeutende Rolle wie die Physis.

„Therapie muß den ganzen Menschen in allen Bereichen seiner Persönlichkeit zu erreichen versuchen und nicht nur als Psycho-Therapie auf seine seelischen Probleme gerichtet sein“ (PETZOLD 1988).

Der Mensch wird aber immer auch als ein Produkt seiner Umwelt gesehen, daher ist diese ebenfalls mit zu berücksichtigen.

„Persönlichkeit ist die physiologische und psychische Existenz des Menschen auf der „Bühne“ des sozialen und ökologischen Kontextes. Hier läuft die Entwicklungsgeschichte des Einzelnen mit allen ihren positiven wie negativen Ereignissen und Einflüssen über die gesamte Lebensspanne hinweg ab“ (PETZOLD 1993a).

Will man menschliche Existenz verstehen, muß man sich mit der Physiologie und der Psychologie ebenso auseinandersetzen wie mit dem Milieu, der sozialen und ökologischen Umwelt. Hier bewegt sich der „Organismus“, hier wird er entscheidend geprägt.

Das menschliche Leben existiert zunächst lediglich als „Selbst“. Es handelt sich dabei um die Existenz des Menschen in Form seines Leibes. Der Leib umfaßt sowohl den Körper selbst als biologischen Organismus, wie auch dessen Bewußtseinsfähigkeit. Er ist lebendig, nimmt wahr, speichert und reagiert (PETZOLD 1993a).

Im Laufe des Lebens entwickelt sich das Leib-Selbst von einem archaischen Ich, geprägt durch den Kontakt und die Konfluenz mit der Mutter, zu einem reflexiven, eigenständigen Ich.

Das Ich wird sich seiner eigenen Existenz bewußt, kann sich allmählich aus der mütterlichen Konfluenz lösen und selbständig intersubjektive und eigenverantwortliche Bindungen eingehen.

Das reflexive Ich nimmt bewußt wahr, fühlt, memoriert und handelt eigenständig. Dabei steht es in ständiger Interaktion mit seiner Umwelt und entwickelt Selbstbilder durch Eigen- und Fremdattribution. Durch diese vielfältigen Zuschreibungen entwickelt sich im Laufe der Zeit Identität (PETZOLD 1988).

Der gesamte Prozeß der Persönlichkeits- und Identitätsfindung verläuft in einem sozialen und ökologischen Kontext.

Die Humanökologie und -soziologie spielt eine tragende Rolle im anthropologischen Grundverständnis der Integrativen Therapie (TRETTNER 1992). Das Augenmerk gilt den konkreten Verhältnissen des Wohnens, der Arbeit, der Familie, der Freizeit und dem Milieu, in dem sich der Patient bewegt, das ihn direkt oder indirekt mit geprägt hat.

Das Milieu strukturiert sich in drei Betrachtungssphären unterschiedlicher Reichweite.

Auf der **Makroebene** ist jeder Mensch von Geburt an als ein Bestandteil des gesamtgesellschaftlichen Kontextes mit all seinen Werten und Normen zu sehen. Gesellschaftliche Mitgliedschaft wird bestimmt durch verschiedene Systeme, aber auch durch Schichtzugehörigkeiten, Zeitgeist, Religionen, etc. Alle diese Faktoren belegen eine Person mit Rollenmustern, die prägend für den weiteren Lebensverlauf sind. Die Einflussnahme des Einzelnen auf diese Systeme ist gering, es besteht kaum die Möglichkeit, sich diesen zu entziehen.

Die **Mesoebene** erfaßt die nähere 'Umgebung' des Einzelnen. Auf dieser Strukturstufe werden ökologische Determinanten mittlerer Reichweite betrachtet, wie z.B. Stadt/Dorf, Nachbarn, Schule. Sie prägen die Lebenswelt des Einzelnen unmittelbarer als die Makroebene; die Möglichkeit der eigenen Einflußnahme ist zwar größer, aber dennoch immer sehr begrenzt.

Die **Mikroebene** ist die konkrete Interaktion zwischen Menschen in einem für den Einzelnen überschaubaren Rahmen. Die Familie oder der Kontakt zu nahestehenden

anderen Menschen hat einen großen Einfluß auf die Lebenswelt des Einzelnen und wird in starkem Maße von ihm mitbestimmt. Gerade auf der Mikroebene spiegelt sich die soziale Eingebundenheit eines Menschen sehr deutlich wieder. Hier werden unmittelbare krankheits-, wie auch gesundheitsfördernde Aspekte der individuellen Lebenswelt gut sichtbar. Ko-Abhängigkeit hätte z.B. eine solche pathogene Wirkung zur Folge.

Die verschiedenen Einflüsse strukturieren die menschliche Existenz und bieten dem menschlichen Verhalten Werte und Normen (RAHM et. al. 1993), nach denen er sich richten kann. Aus den unterschiedlichen Zuschreibungen durch den jeweiligen Kontext entwickelt das Individuum ein Bild von sich selbst, seine Identität.

3.3. Identitätskonzept

Die Identität des Menschen entwickelt sich in der Interaktion des Leibes mit der sozialen und ökologischen Umwelt. Sie ist ein Produkt des Zusammenwirkens (PETZOLD 1993a) des Organismus mit seinen unterschiedlichen Milieus.

Um ein klares, eindeutiges Verständnis vom Menschen zu gewinnen, hat die Integrative Therapie die Identität in fünf Säulen strukturiert. Es handelt sich dabei um fünf Indikatoren, die die Identität determinieren, sie stabilisieren, stärken, aber auch schwächen können.

Sind mehrere Säulen geschwächt, gerät das gesamte Identitätsgebäude ins Wanken.

- Der Leib
Körperliches und Seelisches sind die beiden gleich gewichteten Teile eines Ganzen, der Persönlichkeit. Der Leib ist von zentraler Bedeutung für die Identität. In ihm wird Lebensgefühl ausgedrückt; ein bewußter Umgang mit dem Leib ist Grundlage eines positiven Körpergefühls, eines positiven Wohlbefindens an sich.
- Der soziale Kontext
Das Individuum lebt in der Gemeinschaft mit seinen Mitmenschen. Die Interaktion, der Austausch mit anderen Menschen ist die Grundlage des Sozialisationsprozesses und damit der Identitätsbildung.
- Arbeit und Leistung
Arbeit und Leistung haben eine sinngebende Funktion und gestatten es dem Menschen, sich selbst zu entfalten und Identität zu entwickeln. Sie sind aber auch Grundlage für Anerkennung und Wertschätzung durch das Gegenüber.
- Die materielle Sicherheit
Materielle Sicherheit ist die ökonomische Absicherung und Voraussetzung für eine unabhängige und gleichberechtigte, gesellschaftliche Existenz. Wohnung, Kleidung und Nahrung sind wesentliche identitätsstiftende Faktoren und tragen zum Wohlbefinden und zur Zufriedenheit des Menschen bei.
- Werte und Normen
Werte und Normen legen Grenzen und Rahmenbedingungen fest. Sie strukturieren das kulturelle und gesellschaftliche Zusammenleben und schaffen damit Orientierung im Umgang miteinander und definieren Erwartungen voneinander.

In der Beratung, Hilfe und Therapie findet eine Bestandsaufnahme der „fünf Säulen“ statt. Ziel ist es, den zu Behandelnden als „Organismus“ in seinem ökologischen Kontext, in seinem ihn prägenden Milieu und den damit verbundenen schädigenden wie

auch schützenden Einflüssen zu sehen. Versteht man die einzelnen Phänomene, gelangt man zwangsläufig zu einer Einsicht der Verhaltensstrukturen und damit zu einem Verständnis für den Patienten als Ganzes.

3.4 Suchttheoretischer Bezug zur Persönlichkeitstheorie

Persönlichkeitstheoretisch betrachtet tendiert der Drogenabhängige nach Petzolds Verständnis zu pathologischer Konfluenz. Der Ursprung liegt dabei im frühkindlichen Konfluenzerlebnis mit der Mutter und dem leidvollen Ablösungsprozeß von der Bezugsperson. Dieser wurde nicht vollständig und befriedigend vollzogen, das Selbst bleibt schwach und instabil (ROST 1987).

Die Folge ist einerseits ein schwaches positives Selbstbild, andererseits eine fehlende Konfrontationsfähigkeit mit der Umwelt. Die Trennung von der Mutter ist zwar vollzogen, jedoch ohne dass der Betroffene danach eigenverantwortlich auf eigenen Beinen steht.

Zurück bleibt ein traumatisches Erlebnis: das idealisierte Objekt (Mutter, Bezugsperson) hat das Kind verlassen. Diese Enttäuschung verhindert die Entwicklung und Stabilisierung des Ich bzw. der Ich-Identität. Das Kind haftet weiterhin an der Rolle des archaischen Ichs, die Persönlichkeit bleibt von bestimmten, beschützenden Objekten abhängig (ROST 1987).

Es muß daher ein neues Bezugsobjekt gesucht werden; der Abhängige benötigt einen Ersatz. Diesen findet er in Form der Droge. Der Abhängige glaubt, daß er diesen neuen „Beschützer“ unter Kontrolle hat. Die Droge ist das scheinbar perfekte Substitut. In dieser Annahme kann die Angst eines erneuten Verlustes des Schutzobjektes aufgegeben werden - die ersehnte Konfluenz wird wieder hergestellt.

Die Droge versagt und enttäuscht jedoch immer wieder, wie einst die Bezugsperson aus der Sicht des Kindes als ursprüngliches Objekt versagt hat (ROST 1992). Die Sehnsucht nach Konfluenz macht es dem Abhängigen langfristig nahezu unmöglich, zwischen sich selbst und seiner Innenwelt einerseits und den Einflüssen und Anforderungen der Außenwelt andererseits Grenzen zu erkennen. Die Grundfähigkeit der Exzentrität, der distanzierten Selbstbetrachtung, geht verloren, die Abgrenzung des Selbst zum Gegenüber, des Ich zum Du wird unmöglich.

Bei sehr frühen Schädigungen kann es zu einer Spaltung im Erleben kommen. Das eigene Empfinden schwankt zwischen Grandiosität und Großartigkeit einerseits und völliger Bedeutungslosigkeit andererseits. Im Kontakt zur Umwelt äußert sich dies in unverhältnismäßigen Idealisierungen und eben solchen Entwertungen, die sich von einem Extrem ins andere umwandeln können.

Drogenabhängige mit frühen Schädigungen stehen in der Gefahr, von ihren Gefühlen und den Inhalten ihres Primärprozesses überschwemmt zu werden. Das kann zu Ängsten der Selbstaflösung führen und nicht selten zum Suizid. Die Droge wird so zu einer Schutzmaßnahme und Anpassungsfunktion des kranken und labilen Ichs und soll damit vor vielleicht noch schlimmeren Folgen für die Lebensfähigkeit schützen (ROST 1992).

Die Pubertät und Adoleszenz ist bei vielen Drogenabhängigen ein sehr belastete Lebensphase. Verunsicherungen in körperlichen und seelischen Bereichen, Schwierigkeiten mit der Umwelt, Fragen nach dem Sinn des Lebens stehen bei vielen Jugendlichen gerade während dieser Entwicklungsphasen im Vordergrund. Sie sind in dieser Zeit oftmals besonders gefährdet und beginnen mit einer Suchtkarriere.

Gleichzeitig mit der pathologischen, organismischen Entwicklung muß man auch das schädigende Milieu, aus dem der Süchtige kommt, bzw. in dem er sich derzeit aufhält, in Betracht ziehen:

Viele Abhängige haben in sog. broken-home-Familien gelebt, die ihnen nicht den notwendigen Schutz für eine gesunde Persönlichkeitsentwicklung geben konnten. Emotionale wie materielle Geborgenheit waren ebenfalls oft nur sehr begrenzt vorhanden. Der Abhängige suchte sich in der Wirkung der Droge und in der Szene Zuflucht zu Wärme und Geborgenheit. Dieser neue „social world“ der Drogenszene war aber überwiegend geprägt durch Beschaffungskriminalität, Prostitution, Inhaftierung, schlechter Gesundheit und Gewalterfahrung.

Die dort erfahrenen Traumata und Defizite können viele junge Menschen psychisch nicht ohne weiteres verkraften. Die Droge bewirkt je nach Substanz, dass die Wahrnehmung der Realität so verändert wird, dass sie erträglich bleibt. Die Entwicklung zur Sucht geht einher mit Toleranzentwicklung und Dosissteigerung, die überwiegend neurophysiologisch erklärt werden können. Eine entscheidende Rolle hat dabei das so genannte dopaninerge Belohnungssystem. Im „Hunger“ nach positiven, angenehmen Gefühlszuständen wird die Droge eingesetzt, verliert aber zunehmend ihre Wirkkraft durch die Veränderung der Rezeptorenzahl und –funktion. Um diese nachlassende Wirkung auszugleichen, wird die Dosis gesteigert, was letztlich in einen Teufelskreis mündet, der häufig dazu führt, dass Drogenabhängige ihre Persönlichkeit und Identität zugunsten der Drogen und des dazugehörigen Kontextes aufgeben.

3.5 Suchttheoretischer Bezug zum Identitätskonzept

Von den fünf Säulen der Identität ausgehend handelt es sich bei Drogenabhängigen um Menschen, bei denen oftmals mehrere Säulen ernsthaft geschädigt sind:

- Der Leib
Die Physis ist, selbst für den Laien sichtbar, in vielfältiger Art und Weise beeinträchtigt.

Krankheit, Gewalt und Missbrauchserfahrungen, aber auch direkt durch die Abhängigkeit bedingte Schädigungen, wie die Einnahme von Suchtmitteln und die damit verbundenen Risiken, die von Hepatitis bis hin zur AIDS-Erkrankung reichen können, beeinträchtigen das leibliche Wohlbefinden des Betroffenen in extremster Weise. Zusätzliche Schädigungen geschehen durch die mit der Sucht einhergehende Verelendung und die Kriminalisierung und das Leben in der Prostitution..
- Der soziale Kontext
Drogenabhängigkeit führt letztlich zur sozialen Isolation und Vereinsamung. Durch das „Abdriften“ in ein stigmatisierendes Milieu verliert der Abhängige seine schützenden, protektiven sozialen Anbindungen, die einen Ausstieg ermöglichen könnten. Die Kontakte in der Szene sind i.d.R. zwar vielfältig, letztendlich ist jedoch jeder auf sich selbst fixiert. Feste, tragfähige Beziehungen sind äußerst selten.
- Arbeit und Leistung
Drogenabhängigkeit ist mit Arbeit und Leistung nach allgemeingültigem Verständnis schwer vereinbar. Ein Leben, vielfach geprägt durch Schulabbrüche, nicht abgeschlossene Ausbildungen, nicht genutzte Chancen beruflicher Qualifizierung und Inhaftierungen, erschwert eine berufliche Einbindung. Eine positive Einstellung zu Arbeit und Leistung wird bei einem frühen Einstieg in die Abhängigkeits-

karriere oftmals erst gar nicht entwickelt. Die Leistungsbereitschaft und -fähigkeit sind vielfach gering oder gar nicht ausgeprägt.

- Materielle Sicherheit
Die Drogenbeschaffung übersteigt normale Maß materieller Ressourcen. Die Folge ist eine hohe Verschuldung und z.T. völliger Verlust ehemals vorhandener materieller Grundlagen. Die meisten Abhängigen leben von der Sozialhilfe und/oder finanzieren sich durch Beschaffungskriminalität.
- Werte und Normen
Für viele Abhängige ist die Droge ein Mittel gegen das Gefühl der Sinnlosigkeit in ihrem Leben. Die allgemein anerkannten Werte und Normen spielen eine untergeordnete Rolle. Das Ausleben der Abhängigkeit lässt sich mit unserem gültigen Werte- und Normenverständnis nicht vereinbaren. Das Leben in der Drogenszene ist verbunden mit der Internalisierung der Werte und Normen der Subkultur.

3.6 Gesundheits- und Krankheitslehre

„Gesundheit und Krankheit sind zwei Dimensionen menschlicher Existenz“
(PETZOLD 1993b).

Die Integrative Therapie wendet sich entschieden gegen einseitige Vorstellungen zum Menschenbild. Im Sinne des holistischen Ideals werden Gesundheit und Krankheit als miteinander korrespondierende Dimensionen gesehen, die das „gesunde Funktionieren“ (PETZOLD 1993b) eines Menschen und seiner Umwelt entscheidend determinieren.

Unter Gesundheit wird die positive, gesunde Verwirklichung der oben genannten „fünf Säulen der Identität“ verstanden. Sie wird als Fähigkeit verstanden, sowohl den eigenen Lebensprozess bewusst wahrzunehmen, als auch unter Berücksichtigung aller Risiko- und Schutzfaktoren die kritischen Lebensereignisse und Probleme psychischer, physischer und sozialer Art zufriedenstellend zu meistern (PETZOLD 1993b). Voraussetzung hierfür ist eine positive Einstellung zu sich selbst, Autonomie, konkrete Wahrnehmung der Realität und die Fähigkeit, Anforderungen zu bewältigen (PETZOLD 1993b).

In der Krankheitslehre wird unterschieden zwischen der anthropologischen und der klinischen Perspektive:

Erstere beschreibt die vielfältige Art der Entfremdung des Menschen zu sich selbst. Bezogen auf die fünf Dimensionen menschlicher Existenz, den Körper, die Seele, den Geist sowie die soziale und ökologische Umwelt, verliert der Betroffene den Bezug zu seinen identitäts- und persönlichkeitsstiftenden Faktoren. Dies kann sich in Form einer Abneigung gegen den eigenen Körper ebenso manifestieren, wie in der Abkehr vom sozialen Kontext, von der psychischen Realität oder gar von der Gesellschaft an sich.

„Entfremdung bedeutet Bedrohung oder Verlust des sinnlich-leiblichen Bezugs zu sich selbst, den Mitmenschen, der Lebenswelt, eine Versachlichung des Leibsobjektes, die durch Haben und Machen bestimmt ist“ (RAHM et. al. 1993).

Die klinische Theorie versteht die unterschiedlichen Arten schädigender Stimulierung als Krankheit auslösende Faktoren. Dabei wird unterschieden zwischen

- Defiziten,

- Traumata,
- Störungen und
- Konflikten.

Obwohl diese Schädigungen in aller Regel bereits in früher Lebenszeit ihren Anfang nehmen, können sie nicht nur vor dem Hintergrund der Eltern-Kind-Beziehung gesehen und bewertet werden. Oft sind diese Schädigungen auch Ausdruck eines nicht tragfähigen sozialen Netzwerkes; es fehlen unterstützende Personen (Tante, Großeltern, Geschwister), d.h. die Eltern-Kind-Beziehung ist nicht durch das soziale Netzwerk getragen. Oft sind Defizite so bereits vorgeburtlich angelegt durch mangelnde aufgehobenheit der Mutter in ihren Beziehungen. Sie stellen sich dann in der frühen Zeit des Kindes in schlechter „Passung“ im Blickkontakt und in der gestörten frühen Interaktion zwischen Mutter und Kind dar.

Besondere Beachtung müssen inzwischen die Phänomene der Über-Stress-Reaktionen bis hin zur „posttraumatischen Belastungsstörung“ erfahren. Die Konzepte resultieren aus der psychophysiologischen Traumaforschung. Sie sind von erheblicher Bedeutung und bisher im Suchtbereich weitgehend vernachlässigt. Diese Ergebnisse der Traumaforschung sehen zeitextendierten Stress als einen der wesentlichen Krankheitsauslöser im allgemeinen und der Sucht im speziellen. Betroffene sind z.B. Drogenabhängige, die in der Szene leben und unter Beschaffungsstress stehen. Stress und burn-out sind Ausdruck von länger andauernden oder übermäßigen Belastungen.

Beim zeitextendierten Stress und Über-Stress versagen die psychophysiologischen Regulationsmechanismen. Die Stressphysiologie geht einher mit hormonalen Auswirkungen (z.B. chronisch überhöhte Cortisonausschüttung). Sie ist gekennzeichnet durch ein „Zu-hoch-Drehen“ ohne Beruhigungsmöglichkeiten durch „Nicht-mehr-abschalten-Können“. Heroin und andere sedierende Mittel dienen hier als Möglichkeit der Stressreduzierung.

Während man als traumatischen Stress die Einwirkungen bezeichnet, die in einer Akutsituation die Bewältigungskapazität überfordern, was oft zu prolongiertem traumatischem Stress führt, kann ein nicht bewältigter traumatischer Stress zu einem PTS (posttraumatischem Stresssyndrom) führen, d.h. zu einer dauerhaften neurohormonalen Fehlsteuerung.

Die Erforschung der Hirnphysiologie hat das Resultat erbracht, dass in Über-Stress-Situationen die Hirnregion des Frontal lobe (FL), der für aktives Handeln zuständig ist und des Hypocampus als unser „Archiv“ von der Hirnregion der Amygdala (Mandelkern) „abgeschaltet“ werden können, während die Amygdala selbst übererregt ist. Die Amygdala hat die Funktion der Anreicherung unserer Sinneseindrücke mit emotionalen Inhalten. Die Blockierung zwischen FL und Hypocampus und Amygdala dient eigentlich dem Schutz des Hypocampus, hat aber zur Folge, dass die Informationen weder kognitiv noch mit Gedächtnisinhalten angereichert werden. Phänomenologisch ist dies die Situation, in der man nur noch von „namenlosem Grauen“ oder von „unaussprechlichem Erleben“ redet. Dieser Vorgang ist sogar durch die Abnahme der Immunparameter und die Erhöhung der Endorphinausschüttung meßbar.

Eine Dauerblockade zwischen FL / Hypocampus und Amygdala kann zu einer irreversiblen Gewichtsabnahme des Hypocampus führen und damit zu einer Reduzierung seines Leistungsvermögens, z.B. zur Abnahme der differenzierten Emotionalität und der funktionellen kognitiven Steuerung etc. Findet eine solche negative Stimulierung statt und hat die Person nicht die Ressourcen in Form von Konfliktlösungs- und Bewältigungsmöglichkeiten ausreichend zur Verfügung, können diese belastenden Erlebnisse krankmachende Folgen haben.

3.7 Ursachen und Auswirkungen von Drogenabhängigkeit

„Drogenabhängigkeit ist eine komplexe, somatische, psychische und soziale Erkrankung, die die Persönlichkeit des Drogenabhängigen und sein soziales Netzwerk betrifft, beschädigt und - wenn sie lange genug wirkt - zerstört. Drogenabhängigkeit geht weit über ein traditionelles medizinisches Krankheitsverständnis hinaus. Sie ist nicht nur eine Erkrankung der Person in und mit ihrem Netzwerk. Das Netzwerk ist auch krank und das Netzwerk gehört zur Person“ (Fachtagung des Vereins Therapiehilfe e.V., Vortrag H. PETZOLD, In: SCHEIBLICH(Hrsg.) 1995).

Im Sinne des mehrperspektivischen Ansatzes sieht Petzold die Ursachen für Sucht aus verschiedenen Blickwinkeln. Er versucht unterschiedliche Ausprägungen und Verlaufsformen der Krankheit miteinander zu verknüpfen.

Spezifische Vorschädigungen, z.B. in der frühen Kindheit, müssen ebenso in Betracht gezogen werden wie die psychosoziale Gesamtsituation von Entfremdungen und pathogenen Stimulierungen. Persönliche Ressourcen müssen evaluiert und in der suchttherapeutischen Intervention mit berücksichtigt werden. Eine Betrachtung der gesamten Lebenssituation des Betroffenen ist unabdingbar. Diese schließt eine Erarbeitung der Zukunftsperspektiven mit den persönlichen Hoffnungen, Wünschen, Sehnsüchten und Plänen mit ein.

Das daraus entstehende Persönlichkeitsschema spiegelt die ganz eigenen positiven wie auch negativen Erfahrungen sehr deutlich wider und kann so Orientierung für eine effektive Behandlung geben. Es bedarf dafür eines sehr vielschichtigen Hilfe-/Therapieangebotes, das individuell auf den Einzelnen eingeht.

Eine Behandlung, die ausschließlich an den psychischen Phänomenen orientiert wäre, wird der Problemstellung nicht gerecht. „Eine differenzielle Drogentherapie [...] wird erforderlich, die eine Vielfalt von Methoden einsetzt [...] und eine Vielfalt von Wegen beschreitet“ (PETZOLD 1995).

4. Ziele, Wege und Methoden des Hilfeverbundes

Therapie will dem Menschen in seiner Ganzheit begegnen und befasst sich sowohl mit den kranken wie auch mit den gesunden Anteilen des Betroffenen. Die eingeschränkte Begegnungsfähigkeit des Patienten mit sich selbst und seiner Umwelt wird gestärkt.

In der Arbeit zwischen Patient und Therapeut soll neues Vertrauen zu sich selbst und eine neue Intersubjektivität entwickelt werden. Die Modellerfahrung, vor allem im Therapieprozess, bewirkt und trägt dann den Heilungsprozeß (RAHM et. al. 1993).

4.1 Die vier Grundfertigkeiten des Menschen

Um die menschliche Entwicklung zu durchlaufen, bedarf es bestimmter Fähigkeiten, die es ermöglichen, Kontakt aufzunehmen und eine persönliche Reifung zu durchlaufen.

Nach dem Verständnis der Integrativen Therapie besitzt jeder Mensch vier Grundfähigkeiten (RAHM et. al. 1993). Sie sind der elementare Ansatzpunkt in der therapeu-

tischen Intervention. Es gilt, die Grundfähigkeiten und damit den Menschen an sich in seiner Persönlichkeit und Identität zu festigen.

- Ko-Respondenz
Gemeint ist damit die Fähigkeit zur Begegnung und Auseinandersetzung eines Menschen mit seiner sozialen und ökologischen Umwelt.
- Spontanes kreatives Potential
Jeder Mensch hat die Fähigkeit, die eigene Befindlichkeit, Ausdrucksweise und Lebensgestaltung wahrzunehmen. Zugleich ist er fähig, Ausdruck und Gestaltung zu verändern, Neues zu probieren.
- Exzentrizität
Es handelt sich dabei um die Fähigkeit, sich selbst und seine Umwelt bewusst zu erleben, zu reflektieren und zu relativieren und dadurch alternative Entwürfe zu entwickeln, ohne den Bezug zum Hier und Jetzt zu verlieren.
- Regression
Das Individuum ist in der Lage, in frühere Szenen oder Beziehungen, die sich im Leben abgespielt haben, zurückzugehen. Die Vergangenheit kann neu erlebt, erfahren werden. Einerseits kann die vormalige Situation besser zu verstanden werden, andererseits werden Zusammenhänge mit der Gegenwart hergestellt und bei Bedarf verändert.

„Diese vier Grundfähigkeiten spielen in jedem therapeutischen Prozeß in unterschiedlicher Zusammensetzung und Gewichtung eine Rolle. Die TherapeutIn wird je nach Bedürfnissen und Gewichtung der PatientIn ihr Vorgehen mehr auf die eine oder mehr auf die andere Grundfähigkeit stützen“ (RAHM et. al., 1993).

4.2 Die therapeutische Beziehung

„Kontakt ist die Grundlage von Ko-Respondenz“ (RAHM et. al. 1993).

Voraussetzung für die therapeutische Arbeit ist ein Minimum an Ko-Respondenz; sie ist die Basis für eine therapeutische Beziehung zwischen Patient und Therapeut.

Da jede seelische Erkrankung immer auch auf defizitäre Beziehungen zurückzuführen ist („Seelische Erkrankungen geschehen nicht **im** Menschen, sondern **zwischen** Menschen“, Fritz Buchholtz), können gute, fördernde Beziehungen seelische Erkrankungen mildern, lindern oder heilen. Positive Beziehungen können nur dann entstehen, wenn sich Therapeut und Patient aufeinander einlassen, sich auseinandersetzen und gegenseitiges Vertrauen entwickeln.

In Anlehnung an psychoanalytische Theorien haben wir es bei jedem therapeutischen Geschehen auch mit einem Übertragungsgeschehen zu tun. Wir differenzieren dieses Geschehen mit den Begriffen „Übertragung“, „Gegenübertragung“ und „Widerstand“. Ein wichtiges Ziel therapeutischer Arbeit ist die Auflösung dieser Phänomene zugunsten von unverstellten zwischenmenschlichen Beziehungen.

Die Arbeit mit Übertragungsbeziehungen geht in vier unterschiedlichen Vorgehensweisen vonstatten:

- Arbeit an der Beziehung: Die Beziehung zwischen Therapeut und Patient wird entwickelt.

- Arbeit an der Übertragung: Die konkrete Übertragung wird bearbeitet, nach Möglichkeit aufgelöst.
- Arbeit in der Übertragung: Die Übertragung wird bewußt genutzt; der Therapeut besetzt positive Aspekte in einer Rolle, die ihm vom Patienten angetragen werden.
- Arbeit in der Beziehung: In der Interaktion ist eine tragfähige Beziehung entstanden, die Grundlage des weiteren therapeutischen Prozesses ist (RAHM et. al. 1993).

Die Integrative Therapie versteht Widerstand als ein „**Sich-Wehren gegen Veränderungen der Identität**“ (**Veränderungswiderstand**). Damit erhält der Begriff keine vorwiegend negative pathologische Bedeutung wie in der Psychoanalyse, sondern wird gesehen als Widerstandsfähigkeit, als Zeichen von Kraft. Er gilt als kreatives Phänomen, als Konfliktlösungsversuch. Er kann sich allerdings auch erlebnisblockierend und krankmachend auswirken.

Objektbeziehungen (z.B. Übertragungen) sollen in der Therapie zu Subjektbeziehungen werden, intersubjektive Ko-Respondenz soll sich entwickeln. Im Laufe der Zeit lernen der Patient wie auch der Therapeut immer besser, die Phänomene und ihre damit verbundenen Ängste oder bisher unbewussten Verhaltensweisen wahrzunehmen, zu erfassen, zu verstehen und zu erklären. Dadurch ist es möglich, neue Verhaltensentwürfe zu entwickeln (PETZOLD 1986).

Die therapeutische Beziehung durchläuft unterschiedliche Phasen der Intensität, wie sie in den „Relationen der Bezogenheit“ zum Ausdruck kommen. Der Betreuer oder Therapeut muss jeweils anhand der Indikation entscheiden, welche „Ebene“ therapeutischer Beziehung angezeigt und angemessen ist.

- **Konfluenz:**
Konfluenz ist eine in der Entwicklung des Menschen frühe, unabgegrenzte Daseinsform in totaler Koexistenz, wie sie in ihrer originären Form die Embryonalzeit kennzeichnet, in der die Flut der verschiedenen Eindrücke noch nicht durch differenzierte Wahrnehmung strukturiert wird, die das eigene vom anderen scheidet, und wie sie auch in „Ganzheits“- und „Verschmelzungserfahrungen“ positiver und pathologischer Art von Erwachsenen erlebt werden kann.
- **Kontakt:**
Kontakt ist im wesentlichen ein Prozeß konkreter, differenzierender Wahrnehmung, der das Eigene von Fremdem scheidet, die Dinge der Welt unterscheidet und durch die Stabilisierung einer Innen-Außen-Differenz die Grundlage der Identität schafft.
- **Begegnung:**
Begegnung ist ein wechselseitiges empathisches Erfassen im Hier-und-Jetzt geteilter Gegenwart, bei dem sich die Begegnenden im frei entschiedenen Aufeinanderzugehen ganzheitlich und zeitübergreifend in einen leiblichen (d.h. körperlich-seelisch-geistigen) Austausch treten, eine Berührtheit, die ihre ganze Subjektivität einbezieht. Begegnung ist also ein Vorgang, in dem sich Intersubjektivität lebendig und leibhaftig realisiert.
- **Beziehung:**
Beziehung ist eine Kette von Begegnungen, die eine Zukunftsperspektive einschließt, weil mit ihr die frei entschiedene Bereitschaft verbunden ist, Lebenszeit miteinander in verlässlicher Bezogenheit zu leben.
- **Bindung:**

Bindung entsteht durch die Entscheidung, eine bestehende Beziehung mit der Qualität der Unverbrüchlichkeit auszustatten.

4.3 Das tetradische Modell

Jeder Hilfeprozess hat einen inhaltlichen Verlauf. Die Integrative Therapie hat hierfür ein tetradisches (Verlaufs-) Modell entwickelt. Es befasst sich mit den Fragen, wie therapeutische Entwicklung verläuft und was diesen Prozess bewirkt (RAHM et. al. 1993).

Der therapeutische Prozess strukturiert sich über Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten, in dem auf das emotionale Erleben beim Wiederholen und die rationale Einsicht beim Durcharbeiten eine unmittelbare Konsequenz folgt.

Gleiche Themen können dabei mehrfach auftauchen, jedoch in einer erweiterten Form auf einer neuen Integrationsstufe. Veränderungen können in einem Wechsel von Erschütterungen und Konsolidierungen stattfinden. Dieser Prozeß ist nicht frei von Störungen und Blockierungen; sie sind jedoch wesentlicher Bestandteil von Veränderungsprozessen (RAHM et al. 1993).

In dem von Petzold entworfenen Modell findet ein charaktertypisch therapeutischer Prozeß in vier Phasen statt:

- Initialphase: Erinnern, Stimulieren, Kontext- und Prägnanzanalyse
In der Initialphase wird der Kontakt zwischen Therapeut und Patient aufgebaut; es wird Vertrauen entwickelt. Eine tragfähige Beziehung wird aufgebaut. Mit dieser Arbeit geht die Diagnose der Störungen und Probleme des Patienten einher. Problematisches Verhalten und Erleben (RAHM 1993) wird gesucht und verdeutlicht. „Anwärmen und Explorieren sind die Charakteristika der Initialphase einer Therapie, in der die alte Ordnung noch vorherrscht“ (RAHM 1993).
- Aktionsphase: Wiederholen und Explorieren
In der Aktionsphase arbeitet der Patient mit Gefühlen, Bildern und Gedanken, die für ihn relevant sind. Es geht um das Neu-Durchleben, Verarbeiten und Integrieren von Konflikten und Erlebnissen. „Alte Wunden werden aufgebrochen, Dramen erneut gespielt, erlebt und durchgearbeitet“ (RAHM 1993). Die Aktionsphase wird auch als Chaosphase bezeichnet.
Pathologisches Erleben mit den damit verbundenen traumatischen Erinnerungen soll sichtbar gemacht werden, ebenso wie ein Bewußtsein für die eigenen positiven, protektiven Ressourcen. Ziel der Aktionsphase ist das Abschließen unerledigter Situationen und die Öffnung für neue Erfahrungs- und Erlebnismöglichkeiten, für neue Denk- und Verhaltensmuster.
- Integrationsphase
In der Integrationsphase wird das in der Aktionsphase Erlebte in einer Rückschau durchgearbeitet, reflektiert, zusammengefaßt und in den Lebenskontext integriert. Ziel ist es, das Leben kognitiv besser zu erfassen, sich seines Verhaltens und seiner Emotionen bewußter zu werden.
- Konsolidierungs- und Neuorientierungsphase
Die Erfahrung und Erkenntnis, daß etwas verarbeitet, erledigt ist, bildet die Voraussetzung für eine Neuorientierung. In der vierten Phase wird gezielt neues Verhalten erprobt und eingeübt und dann in die Außenwelt, jenseits des therapeutischen Milieus, übertragen. Stößt es dort auf positive Resonanz, wächst neues Selbstvertrauen. Dies ist ein erster Schritt in Richtung eines neuen, eigenständigeren, reiferen Verhaltens (PETZOLD 1988).

4.4 **Protektive Faktoren als Ziel der Behandlung**

Im Tetradischen System wird der Therapieprozeß in vier Schritte strukturiert. Zu Beginn steht das

- Erinnern, es folgt das
- Wiederholen und Durcharbeiten mit dem letztlichem Ziel der rationalen
- Einsicht und der daraus resultierenden
- Verhaltensmodifikation.

Damit ist jedoch nicht die Frage beantwortet, warum sich ein Mensch überhaupt pathogen verhält, und was notwendig ist, damit er sein Verhalten positiv verändert.

Jeder Mensch hat in seinem Leben schwierige, kaum zu ertragende Erlebnisse zu bewältigen. Die einen erkranken daran, andere sind in der Lage, diese Situationen zu integrieren.

Nach Antonowsky's Modell der Salutogenese, also der Gesundheit stützenden oder erhaltenden Faktoren, bleibt ein Mensch trotz belastender Ereignisse gesund, wenn sein „Kohärenzgefühl“ nicht verloren geht, wenn also die „Sinnhaftigkeit“, die „Überschaubarkeit“ und die „Handhabbarkeit“ der Ereignisse und des eigenen Handelns erhalten bleiben, der Mensch sich als noch als Zusammenhang in sich und mit anderen Menschen erlebt, also das Gefühl der Kohärenz behält.

Die Integrative Therapie geht davon aus, daß protektive Faktoren, die in jeder Lebensbiographie existieren, eine zentrale Rolle für Verhaltensweisen darstellen. Es handelt sich dabei um persönliche Erfahrungen, Fähigkeiten, Talente und Ressourcen, auf die das Individuum in kritischen Situationen zurückgreifen kann, die als Schutzfaktoren dienen. Sie werden bereits von frühester Kindheit an erworben, z.B. erlebt im Idealfall ein Kind eine positive Konfluenz zur Mutter mit einer anschließend zufriedenstellenden Loslösung. Eine solche Erfahrung bildet ein positives Grundvertrauen des Menschen zu sich selbst und kann in der Folge Basis für weitere positive, protektive Erfahrungen in der Adoleszenz und im Erwachsenenalter sein.

Die Familie, die Interaktion mit Freunden und anderen wichtigen Bezugspersonen, Schule, Beruf, etc. sind wichtige Bezugspunkte und Kontexte von unterschiedlichsten Beziehungserfahrungen, die die Grundlage für das Erwerben von schützenden Faktoren bilden. Positive Erfahrungen können dabei sowohl mit eigenem Verhalten entwickelt werden wie auch in der Übernahme von fremden Verhaltensentwürfen. Andere Menschen können Vorbildcharakter für das weitere eigene Verhalten sein (PETZOLD 1993).

„Protektive Faktoren sind einerseits - internal - Persönlichkeitsmerkmale und verinnerlichte positive Erfahrungen, andererseits - external - spezifische und unspezifische Einflußgrößen des sozioökologischen Mikrokontextes (Familie, Freunde, significant caring adults, Wohnung), Mesokontextes (Subkultur, Schicht, Quartier, Region) und Makrokontextes (übergreifende politische und sozioökonomische Situation, Zeitgeist, Armut- bzw. Krisenregionen), die im Prozeß der Interaktion miteinander und mit vorhandenen Risikofaktoren Entwicklungsrisiken für das Individuum und sein soziales Netzwerk weitgehend vermindern. Sie verringern Gefühle der Ohnmacht und Wertlosigkeit und gleichen den Einfluß adversiver Ereignisse und Ereignisketten aus bzw. kompensieren ihn. Sie

fördern und verstärken aber auch als salutogene Einflußgrößen die Selbstwert- und Kompetenzgefühle und -kognitionen sowie die Ressourcenlage und supportive Valenz sozioökologischer Kontexte (Familie, Schule, Nachbarschaft, Arbeitssituation), so daß persönliche Gesundheit, Wohlbefinden und Entwicklungschancen über ein bloßes Überleben hinaus gewährleistet werden“ (PETZOLD 1993a).

Entscheidend ist, ob ein Individuum über die gesamte Lebensspanne hinweg genügend positive, persönlichkeitsstärkende Erlebnisse erfahren und verinnerlicht hat, um auftretende schädigende Ereignisse zufriedenstellend zu verarbeiten.

Therapie sucht protektive Faktoren auf und ruft sie ins Bewußtsein. Die Bedeutung des Konzeptes der Lebensspanne wird hier nochmals unterstrichen. Im Gegensatz zur klassischen Psychoanalyse nimmt die Integrative Therapie nicht vorrangig Störungen oder Schädigungen früher Entwicklungsstufen in den Blick, sondern weitet ihre Sichtweise auf die gesamte Lebenszeit, weil frühere Schädigungen oder Störungen durch Erleben und Erfahrung in späterer Zeit modifiziert und gelindert werden können oder durch eine positive Gegenwart nicht „geweckt“ werden.

Existenz, Bedeutung und Aufgabe von Bewältigungspotentialen werden dem Patienten in der gemeinsamen Arbeit verdeutlicht: der Betroffene wird sich seiner eigenen Fähigkeiten bewusst.

Sind diese Ressourcen nur schwach oder gar nicht entwickelt, hat Therapie die Aufgabe, schützende Faktoren zu entwickeln bzw. zu stärken (SCHEIBLICH 1995). Dies muß nicht ausschließlich in der Therapie geschehen. Ebenso können diese Erlebnisse z.B. in Gruppen oder in therapeutischen Wohngemeinschaften auf die verschiedenste Art und Weise gemacht werden. Grundvoraussetzung ist lediglich die Existenz eines gesundheitsfördernden Milieus, das erst die Möglichkeit einer positiven, Selbstvertrauen bildenden Erfahrung ermöglicht. Die Drogenszene mit ihrem extrem pathogenen Milieu und Klima ist dafür ein ungeeigneter Ort.

Letztlich sollen genügend Potentiale geschaffen werden die, wenn Risikosituationen virulent werden, zu ihrer Bewältigung genutzt werden können.

„Das positive, entwicklungs- und gesundheitsfördernde Moment protektiver, stützender und salutogener Elemente in menschlichen Lebensverläufen muß also - und hier liegt wohl die Lösung des Problems - in seiner Charakteristik als chain of positive und nourishing events gesehen werden. Dies sind salutogene Einflußgrößen in eigenem Recht, die zunächst keine Schutzfunktion haben, sondern als konstitutive Bestandteile positiver Sozialisationsverläufe betrachtet werden müssen, welche erst, wenn Risiken und adverse Ereignisse eintreten, eine Schutzfunktion erhalten [...] (PETZOLD 1993a)“.

Allerdings geht es um mehr, als nur darum, überlebenssichernde Stützsysteme zu entwickeln (PETZOLD 1993a). Dem Betroffenen wird ein Bewältigungshandwerkzeug zur Verfügung gestellt. Dadurch wird die Motivation aktiviert, ein neues Anspruchsdenken gegenüber sich selbst zu entwickeln. Neues Verhalten und die damit verbundenen Hoffnungen und Ziele werden wieder in Gang gebracht, das Leben soll wieder sinnhaft werden.

Es reicht nicht aus, daß der Patient zwar seinen momentanen Status Quo einigermaßen bewältigen kann, aber am Ende doch im pathogenen Milieu zurückbleibt. Viel-

mehr soll er die Kraft und Fähigkeit entwickeln, sich aus diesem Kontext zu lösen und in einem heilsamen Umfeld wirklich zu gesunden.

Die Gefahr einer verkürzten Sicht und einer Zielsetzung mit zu kurzer Reichweite, die lediglich die Erhaltung des Status Quo verfolgt, wird in der heutigen Drogenpolitik oftmals nur allzu deutlich. Dem Abhängigen werden protektive Faktoren zur Verfügung gestellt, wie beispielsweise Methadon, Gesundheitsräume, Notschlafstellen; letztendlich bleiben die Betroffenen jedoch oftmals im Milieu verhaftet, nur unter besseren Umständen. Es stellt sich hier allerdings die Frage, ob das Erträglichermachen einer Krankheit als Ziel ausreichend ist. Eigentlich sollte das Heilen Ziel von Therapie sein und das damit verbundene Eröffnen neuer Perspektiven.

„Protektive Faktoren sollten uneingeschränkt der Salutogenese zugute kommen, statt zur Kompensation oder beim buffering („Abpuffern“) pathogener Einflüsse verbraucht zu werden, womit sie für das Entwicklungspotential des Individuums verloren sind“ (PETZOLD 1993a). Protektive Faktoren stellen im Prinzip, sofern sie ausreichend vorhanden sind, den entscheidenden Motivationsfaktor für eine neue veränderte Lebensplanung dar.

4.5 Die Wege der Heilung und Förderung

„Integrative Therapie sieht den Begriff der Heilung und des Heilens deshalb immer kurativ, klinisch und evolutiv, agogisch als Heilen und Fördern“ (PETZOLD, SIEPER zit. nach PETZOLD 1989).

Ziel von Therapie ist die Entwicklung von Fähigkeiten, Kompetenzen und Fertigkeiten, die der Bewältigung des weiteren Lebensweges dienen soll. Die vier Wege der Heilung sind die umfassende Perspektive des „Pflegen, Fördern, Hegen und Heilen“ (PETZOLD 1989) auf einer theoretischen Grundlage. Sie spiegeln die Verlaufsformen des therapeutischen Prozesses wieder. Der Therapeut ist dabei in seiner Rolle als Arzt, aber auch als Pädagoge und Lehrer mit all seinen spezifischen Kompetenzen gefordert.

Diese Fähigkeiten werden als therapeutische Wirkfaktoren bezeichnet; sie spiegeln sowohl die unabdingbaren Fähigkeiten des Therapeuten für den Prozeß weder, sind aber gleichzeitig auch Zielorientierung bzgl. einer neu anzustrebenden Verhaltenskompetenz des Patienten.

Es wird unterschieden zwischen folgenden Wirkfaktoren:

- Therapeutische Beziehung
- Verstehen
- Problemaktualisierung
- Praktische Problembewältigung
- Ressourcenaktivierung
- Netzwerkarbeit
- Identitätsentwicklung
- Leibliche Wahrnehmung und Selbstregulation

Alle diese Faktoren finden in den unterschiedlichen Wegen der Heilung ihren Niederschlag.

Die vier Wege der Heilung und Förderung implizieren:

1. Weg: Bewußtseinsarbeit, Sinnfindung.

Primäres Ziel ist die Stärkung der Bewußtheit des Betroffenen. Anhand von lebenslaufbezogenen Instrumenten, wie z.B. Karrierediagrammen, Lebenslaufpanoramen und Lebensberichten sollen Strukturen in der Lebensgeschichte verdeutlicht werden. Sich wiederholende Verhaltensmuster, die sichernden, aber auch behindernden Charakter haben, sowie versteckte und unbewußte Störungen, Traumata, Defizite und Konflikte sollen durch die Einsicht in die Zusammenhänge erkennbar werden .

„Bisher unklare, quälende Gefühle und Symptome“ (RAHM et. Al. 1993) bekommen einen Sinn und führen einen Schritt weiter in Richtung eines besseren Verständnisses für sich selbst (PETZOLD 1989). Bezogen auf die vier Grundfähigkeiten des Menschen wird insbesondere die Regressionsfähigkeit und Exzentrizität angesprochen. Die Regression dient dazu, alte, belastende Szenen, z.B. im Rollenspiel, erneut zu durchleben und schließlich bewußter, mit einem veränderten Maß an Exzentrizität, wahrzunehmen (RAHM et. Al. 1993).

2. Weg: Nachsozialisation, Grundvertrauen.

Die Stärkung des Vertrauens ist der elementare Ansatzpunkt des zweiten Weges der Heilung. Vertrauen soll entwickelt und gefördert werden.

Die Regression spielt erneut eine bedeutende Rolle; im Vergleich zum ersten Weg der Heilung wird jedoch noch tiefergehender mit ihr gearbeitet: Der Therapeut übernimmt für einen gewissen Zeitraum die Rolle der Eltern. Das archaische Ich und die damit verbundenen Erlebnisse wie Konfluenz, Zugehörigkeit, Abhängigkeit, Sich-Anvertrauen und Leiblichkeit können neu erlebt werden, ebenso der anschließende Prozeß der allmählichen Ablösung in Richtung eines reiferen, reflexiven Ichs.

Der Patient wird in einem Übertragungprozess „nachbeelert“ (RAHM et. Al. 1993a), verschüttetes Grundvertrauen wird neu erfahren (PETZOLD 1989). Es findet eine Regression in der Rolle des Säuglings oder Kindes statt; allerdings ist die reale Rolle des Erwachsenen zwangsläufig weiterhin existent.

Die Defizite der frühen Kindheit können nicht vollständig revidiert werden, jedoch ist es möglich, korrigierende emotionale Erfahrungen zu machen. Es findet eine „Nachnahrung“ statt; ins Gedächtnis verankerte aggressive Atmosphären gegenüber den realen Eltern können abgeschwächt oder zumindest korrigiert werden (PETZOLD 1993a).

3. Weg: Erlebnisaktivierung, Persönlichkeitsentfaltung.

Die Aktivierung und Förderung des kreativen Potentials spielt in diesem Ansatz die zentrale Rolle. Gesucht wird nach neuen Ausdrucksmöglichkeiten; brachliegende Fähigkeiten werden reaktiviert. Der Patient soll lernen, sich selbst vielfältig darzustellen und dadurch sein Selbst neu zu erfahren. Ein erhöhtes Maß an Exzentrizität ist dafür Voraussetzung.

Daher handelt es sich beim dritten Weg der Heilung in der Regel um einen anspruchsvolleren, fortgeschrittenen Ansatz. Die Fähigkeit der reflexiven Selbstbetrachtung muß oftmals zunächst gezielt gefördert werden (RAHM et al. 1993). Aus der Erfahrung, sich selbst alternativ darstellen zu können, erwächst ein neues, gesteigertes Selbstvertrauen und damit der Mut, Alternatives, bisher Unbekanntes zu probieren. Es wird systematisch darauf hingear-

beitet, das Alltagsleben als Lern-, Experimentier- und Übungsfeld zu benutzen“ (PETZOLD 1989). Durch die neuen Möglichkeiten, sich anderen Menschen mitzuteilen, ihnen auf vielfältigerer Weise zu begegnen, wird die Ko-Respondenzfähigkeit gefördert.

4. Weg: Solidaritätserfahrung.

Im vierten und letzten Weg der Heilung wird mit dem sozialen und ökologischen Umfeld des Einzelnen gearbeitet. Gesundung wird in Erfahrungen wie „Solidarität, Mitmenschlichkeit, [und] Mitgefühl“ (RAHM et. Al. 1993) gesucht. „Solidarität in Akten der Hilfe und wechselseitigen Hilfeleistung“ (PETZOLD 1989) soll erfahren, aber auch selbst praktiziert werden.

Es wird primär sozialtherapeutisch gearbeitet; der Gruppenprozeß steht im Vordergrund. Der Patient soll die Kompetenz erwerben, die Gruppe und damit sich selbst aus einer neuen, einer Metaperspektive, erfassen zu können. Es soll eine Bewußtheit für Beziehungsnetzwerke entstehen; eigene Lebenszusammenhänge sollen deutlicher erfassbar sein. „Ursachen hinter den Ursachen“ (PETZOLD 1989) werden mehrperspektivisch erfaßt; die eigene Pathologie wird verständlicher. Der Patient wird zu einem erweiterten Rollenbewußtsein befähigt, er kann seine eigenen Entfremdungen, u.U. befremdende Rollenzuweisungen, besser nachvollziehen. Aus der Erkenntnis heraus ergibt sich die Option der Loslösung und Veränderung (PETZOLD 1989).

5. Weg: Ausstiegsorientierung.

Zielsetzung der Arbeit des Verbundes ist die Überwindung oder Verbesserung der jeweiligen somatischen, psychischen und sozialen Situation. Die dauerhafte und stabilisierte Drogenfreiheit ist dabei ein erreichbares ideales Ziel. Zwischenlösungen, Übergänge, Erreichung von individuellen Teilzielen sind im Sinne der Ausstiegsorientierung wichtige Schritte, z.B. die geregelte Substitution oder der zunächst bewusstere, der risikoverminderte und dann reduzierte Konsum, der manchmal auch zum Ausstieg führen kann.

6. Weg: Arbeitsfähigkeit und -motivation

Arbeitsfähigkeit und Arbeitsmotivation sind Grundlagen materieller Sicherheit. Arbeitsfreude und die Sinnhaftigkeit der Arbeit stützen das Selbstwertgefühl, nicht mehr am Rand, sondern Teil des gesellschaftlichen Zusammenhangs zu sein.

7. Weg: Stärkung protektiver Faktoren und Einleitung protektiver Prozesse

Mit seinen vielfältigen Möglichkeiten reduziert der Verbund die vorhandenen Risikofaktoren der Klienten und hilft, Schutzfaktoren aufzubauen. Mit seinen Diensten und Einrichtungen bietet er den Betroffenen einen alternativen, positiven und korrigierenden Lebens- und Erfahrungsraum. Die Erlebnisse und Erfahrungen, die Klienten in den Einrichtungen machen, sollen den Aufenthalt in oder den Kontakt zu der jeweiligen Einrichtung überdauern. Positive Erfahrungen, vor allem mit den Menschen in diesen Einrichtungen, sollen wie innere Beistände im Sinne von Selbstrepräsentanzen werden. Die Instanzen des „Über-Ich“ sind bei Drogenabhängigen durchweg negativ besetzt und erfahren im günstigen Fall eine positive Korrektur.

Die Einrichtungen des Verbundes bietet für eine individuelle Lebensstrecke eine (Nach-) „Sozialisation im Konvoi“, d.h. eine das Leben begleitende Stüt-

zung, Stärkung, Anlehnung, Korrektur und Beachtung. Auf diese Weise findet Nachsozialisation multilateral statt und ist nur im Verbund der Einrichtungen zu denken.

4.6 Heilungsprozesse als Planungs- und Konzeptgrundlagen

Um der umfassenden und vielschichtigen Erkrankung „Drogenabhängigkeit“ in Beratung, Hilfe und Therapie begegnen zu können, ist eine differenzierte, multimodale und ganzheitliche Therapie notwendig. Sie ist sowohl Somato-therapie, also Therapie des Körpers und des Leibes, als auch Psychotherapie, also Therapie der Seele. Sie ist aber auch Nootherapie, also Erarbeitung von Sinn, von Werten und Normen und Soziotherapie, d.h. Therapie des sozialen Netzwerkes, denn der Mensch ist immer auch ein soziales Wesen und kann ohne die soziale Perspektive keine gesunde Identität erlangen.

Heilungsprozesse, so auch die von drogenabhängigen Menschen, verlaufen nicht linear. Hilfesysteme für Drogenabhängige wurden in der Vergangenheit überwiegend nach linearen Verlaufsvorstellungen von Heilungsprozessen konzipiert. Kaum berücksichtigt blieb lange Zeit die Tatsache, daß auch Rückfälle, Motivationsschwankungen, Regressionen zum Heilungsverlauf hinzugehören können. Wer aus der überwiegend linear gedachten und konzipierten Behandlungskette herausfiel, mußte entweder „draußen“ allein klar kommen oder die Kette von vorne neu durchlaufen. Die Reaktion vieler Hilfeinrichtungen auf den Rückfall ist bis heute der Ausschluß aus dem Hilfeangebot. Nur Beratungsstellen und die niedrighschwelligten Einrichtungen arbeiten mit dem Rückfall. Kliniken gehen zunehmend dazu über, nach erfolgtem Rückfall und einer notwendigen Entlassung eine schnelle Wiederaufnahme zu ermöglichen.

So berechtigt die Reaktionsweise vieler stationärer Einrichtungen auch sein mag: vielen Drogenabhängigen wird diese Vorgehensweise nicht gerecht. Die Zusammenarbeit mit ambulanten, teilstationären und niedrighschwelligten Einrichtungen hat hier schon in den letzten Jahren eine erhebliche Verbesserung gebracht: rückfällig gewordene, aus Therapieprozessen herausgefallene Klienten konnten von anderen Einrichtungen aufgefangen werden.

Der Verbund versucht auch in dieser Hinsicht neue Antworten zu finden:

Heilungsprozesse verlaufen zirkulär - oder exakter: spiralförmig. Phasen der Drogenbindung und Versuche, drogenfrei zu leben, wechseln. Schulische und berufliche Eingliederungsversuche werden unterbrochen von Phasen der Verzweiflung und Resignation. Das heißt aber nicht, daß alle bisherigen Integrationsversuche mit einem Rückfall wertlos geworden sind, daß alle therapeutischen Schritte fragwürdig geworden sind angesichts schwankender Motivation.

Entsprechend den zirkulären und spiralförmigen Heilungsprozessen müssen auch die Hilfesysteme konzipiert sein. Während die Vorstellung einer Therapie-„Kette“ bedeuten kann, daß die einzelnen Elemente wie Kettenglieder aneinanderhängen und der Klient diese einzelnen Glieder in einer fest vorgeschriebenen Reihenfolge durchläuft, ist der „Verbund“ offener, flexibler, dem Heilungsverlauf angemessener. Rückschläge, Rückfälle, Regressionen werden aufgefangen, wenn nicht durch die gleiche Einrichtung oder Person, so doch durch eine andere Einrichtung oder Person des gleichen Verbundes, und zwar nicht zufällig, sondern geplant, konzeptionell abgestimmt. Es bleibt die gleiche gemeinsame Zielsetzung erhalten, nämlich letztlich die Drogenbindung zu überwinden, Abstinenz anzustreben und ein integriertes, d.h. in gesunde Zusammenhänge eingebundenes Leben zu führen.

4.7 Die „Übertragung“ auf den Verbund

Der Verbund mit seinen unterschiedlichen Diensten, Einrichtungen, Aufgaben und Methoden stellt in vielen Lebenssituationen der Klienten einen Ort der Ruhe, des Schutzes, der Förderung, der Unterstützung und Begleitung dar. Er repräsentiert damit in seiner Gesamtheit positive Instanzen, die für die weitere Entwicklung der Klienten hilfreich sein sollen. Für den Erfolg der Hilfe ist eine positive Übertragung des Klienten auf den Verbund notwendig, denn die Wege, die Klienten und Patienten im Laufe ihrer Versuche, sich aus der Abhängigkeit zu lösen, im Verbundsystem gehen, bringen sie oft mit vier oder fünf Einrichtungen des Verbundes in Berührung. Sie werden von der einen in die andere Einrichtung vermittelt.

Diese Übergabe von der einen in die andere Einrichtung ist immer auch mit Abschied und Trennung von den Mitarbeitern, von Mit-Klienten, von Einrichtungen, manchmal auch mit einem Bruch personaler Beziehungen verbunden – ein Problem, das letztlich nie befriedigend gelöst werden kann.

Eine gute Möglichkeit, diese „Brüche“ abzufedern oder ihnen gar einen den Entwicklungsprozess fördernden Aspekt zu verleihen, besteht darin, Klienten und Patienten nicht nur auf einzelne Mitarbeiter oder nur auf eine einzelne Einrichtung hin zu orientieren, sondern insgesamt auf den Verbund als „Übertragungsgröße“. Dies wird dadurch erreicht, dass sich jede einzelne Einrichtung als Teil des Verbundes nach innen und nach außen definiert und dass sozusagen der Verbund in jeder einzelnen Einrichtung präsent ist, dass es ein von allen getragenes Bild des Verbundes gibt. Dieses „Bild“ kann den Klienten vermittelt werden.

Die Übertragung auf den Verbund wird einen fördernden Charakter haben, wenn das Verbundkonzept gut einsozialisiert ist, die „Philosophie“ des Verbundes durch alle getragen wird, Stimmigkeit der Theorien gegeben und die auch auf der Handlungsebene für die Patienten erfahrbar wird. Ist die Arbeit nicht durch Konsens, Kohärenz und Kontinuität getragen, wiederholen die Klienten und Patienten ihre malignen Prozesse.

Daher werden alle Mitarbeiter befähigt, die verschiedenen Konzepte zu verstehen, damit sie sich dafür verantwortlich sehen und entsprechend handeln können. Ein Weg dorthin ist die gegenseitige verbindliche Hospitation.

4.8 Der Verbund als soziales Netzwerk

Die meisten Klienten des Verbundes kommen aus Milieus und Lebensverhältnissen, die nicht nur mangelnde Tragkraft, sondern häufig darüber hinaus pathogene Wirkungen hatten. So handelt es sich überwiegend um Netzwerke,

- in denen Normen und Werte herrschten, die den Klienten in ein strukturelles Spannungsverhältnis mit der Gesellschaft versetzten (z.B. Gewaltanwendung, Drogenkonsum) usw.
- in denen Klienten an ihrer freien Entfaltung gehindert wurden: dies war durch eine zu hohe Dichte mit entsprechend hoher sozialer Kontrolle, durch Mangel an Alternativen in den Sozialbeziehungen usw. bedingt,
- in denen Werte sich als ambivalent oder verändernd erwiesen (z.B. in der Eltern-Kind-Beziehung: Aussagen der Eltern widersprachen sich, angekündigte Versprechungen oder Sanktionen wurden nicht gehalten oder durchgesetzt usw.)

- die eine sehr geringe Zahl sozialer Beziehungen aufwiesen, z.B. wenn weggebrochene Beziehungen (z.B. durch Tod, Trennung usw.) nicht kompensiert werden konnten.
- In denen Beziehungen vorherrschten, die sich durch fehlende Gegenseitigkeit auszeichneten, was zu teilweiser oder vollkommener Abhängigkeit von einzelnen Person führen konnte,
- In denen Randpositionen so geartet waren, dass Kontakt nur über *eine* Person zum weiteren Netzwerk bestand, was ebenfalls zu einer erhöhten Abhängigkeit von einer Person führte.

Mit seinen Diensten und Einrichtungen und den darin tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, aber auch in seinem klientenzentrierten, theoriegeleiteten Handeln versteht sich der Verbund für die Klienten als ein tragfähiges soziales Netz, das Sicherheit und Stabilität, Unterstützung und Begleitung bietet durch

- Emotionale Unterstützung (Bündel konkreter Verhaltensweisen, die darauf gerichtet sind, ein Gefühl zu vermitteln, geachtet zu werden und auf diese Weise eine emotionale Stabilisierung des Klienten zu erreichen, z.B. durch aufmerksames Zuhören, Spenden von Trost, Sympathiekundgebungen, Anteilnahme usw.)
- instrumentelle Unterstützung (Bereitstellung von Dienstleistungen, finanzielle Hilfen und das Spektrum praktischer Hilfen im Alltag)
- Unterstützung durch Informationen (alle Formen der Kommunikation, die der Information, Beratung oder Vermittlung dienen)
- Unterstützung durch Anerkennung (Wertschätzung, Anerkennung und Bestätigung des Klienten)

Damit ist es Identität-stiftend und Ressourcen-fördernd. Drogenabhängige können konkret die Erfahrung der anthropologischen Aussagen machen, dass sie Menschen unter Mitmenschen sind, dass sie als Mensch ein soziales Wesen sind und deshalb den anderen brauchen, dass sie „Ko-existierende“ sind und den Mitmenschen brauchen, um Mensch zu sein (Marcel), dass sie als Ich das DU brauchen (Buber), und dass Identität immer eine soziale ist (Erikson).

4.9 Der Verbund im Netzwerk

Der Verbund der Dienste und Einrichtungen versteht sich wiederum zusammen mit anderen Trägern sowie mit den Kosten- und Leistungsträgern als Teil übergeordneter Netzwerke im Sinne einer Vernetzung von Hilfeansätzen, Zuständigkeiten, finanziellen und juristischen Regelungen und Vorgaben.

Die Verbindungen, die zwischen dem Therapieverbund und anderen Diensten, Einrichtungen, Ämtern, Firmen, Gruppen bestehen, kommen den Verbund-Klienten direkt zugute. Sie helfen kurz- und langfristig, eigene Stabilität, Zuversicht und Zukunftshoffnung zu entwickeln und sind damit ein ganz entscheidender protektiver Faktor für die nächsten Lebensjahre.

5. Die Arbeit in den Einrichtungen des Verbundes

Entsprechend den nicht-linearen, vielmehr zirkulären oder spiralförmigen Heilungsprozessen der Klienten müssen die Hilfesysteme und die Bezogenheiten der Einrichtungen untereinander konzipiert sein. Während die Vorstellung einer Therapie – „Kette“ bedeuten kann, dass die einzelnen Elemente wie Kettenglieder aneinander hängen und die Klienten diese einzelnen Glieder in einer fest vorgeschriebenen Reihenfolge

ge durchlaufen, ist der Verbundgedanke offener, flexibler, dem Heilungsverlauf angemessener. Rückschläge, Rückfälle, Regressionen werden aufgefangen, wenn nicht immer durch die gleiche Einrichtung oder Person, so doch durch eine andere Einrichtung oder Person des gleichen Verbundes, und zwar nicht zufällig, sondern geplant, konzeptionell abgestimmt und gewollt.

Um diese Zielsetzungen zu erreichen, wird es notwendig sein, die Behandlungs- und Hilfepläne der einzelnen Dienste und Einrichtungen mit Anamnesen, Befunden und Diagnosen, Zielfindungen und Indikationen immer wieder aufeinander abzustimmen. Die einzelne Einrichtung und die Einrichtungen insgesamt arbeiten mit den Klienten „von Fokus zu Fokus“, nehmen aber auch die ganze Wegstrecke der Hilfe in den Blick. Für eine koordinierte Behandlung, Begleitung oder Therapie ist diese Sichtweise wesentlich, um die Effekte der verschiedenen Hilfen dem Klienten und sich selbst zugänglich zu machen und wertzuschätzen.

Die Rückfallbehandlung ist heute stärker in den Mittelpunkt der Behandlung gerückt und ist inzwischen ebenso Standard wie die Interventionen zur Rückfallprophylaxe.

5.1 Die niedrigschwelligen Hilfeinrichtungen

Die niedrigschwelligen Einrichtungen im Verbund wenden sich an eine Klientel, deren Lebenslage neben der Drogenabhängigkeit mit allen negativen Begleiterscheinungen, besonders durch ihre Randständigkeit, gekennzeichnet ist.

Die Angebote der niedrigschwelligen Einrichtungen ist das Ergebnis einer sorgfältigen Auseinandersetzung mit der Lebenswelt der Klientel. Diese Lebenswelt ist geprägt von Kriminalität, Gewalt, Ausbeutung, Verrohung und Hetze des Drogenalltags. Um auf der Straße zu überleben, erlernen die Betroffenen die dort herrschenden Gesetze und erkennen sie an. Viele von ihnen haben sich in einem bedenklichen Maße von den Werten der geltenden Rechts- und Kulturnorm entfernt. Auch ist nicht zu übersehen, dass ein Teil der Betroffenen diese Eigengesetzlichkeiten nicht erst als Drogenabhängige entwickelt haben; in Einzelfällen ist Wissensbildung nur sehr schwach oder fast gar nicht ausgeprägt.

Zur Zielgruppe gehören Menschen, die in höchstem Maße Merkmale persönlicher und gesundheitlicher, sozialer und kultureller Verwahrlosung aufweisen. Es ist anzunehmen, dass ein nicht unerheblicher Anteil der Betroffenen auch ohne das Faktum Drogenabhängigkeit von schwersten persönlichen und sozialen Problemen betroffen wäre.

Eine zentrale Idee der Hilfen ist die Zurückstellung des sofortigen Veränderungs- und Behandlungsanspruches zugunsten der Zielhierarchie: Lindern – Bessern – Heilen. Die Angebote reagieren auf die akute Notlage der Betroffenen und wollen mit einer Verbesserung der Lebensumstände Platz für weiterführende (Lebens-) Fragen schaffen, d.h. wenn existentielle Nöte wie Geldmangel, Hunger, Vernachlässigung der Hygiene, juristische Probleme behoben oder zumindest gelindert sind, kann der Blick frei werden für weitere, Fragen und Planungen, die die konkrete Lebensführung betreffen.

Die niedrigschwelligen Hilfen verfolgen eine karrierebegleitende Langzeitstrategie mit dem Ziel, nach Möglichkeit ein drogenfreies Leben zu erreichen. Sie sollen vor den schlimmsten Schäden bewahren und durch sozialarbeiterische Maßnahmen, vor allem durch persönliche Hilfe und Begleitung, Anknüpfungspunkte zum Ausstieg bieten.

Die Aufgaben der niedrigschwelligen Einrichtungen ergeben sich aus der Herausforderung, differenzierte Antworten auf die komplexe Problem- und Lebenslage der Betroffenen zu geben. Der Hilfeauftrag besteht aus fünf Säulen:

Bereitstellung eines geregelten Ruhe-, Schutz- und Kulturraumes:

Das niedrigschwellige Setting bietet neben Ruhe- und Rückzugsmöglichkeiten eine beschützende Atmosphäre. Die Szene wird für die Dauer des Aufenthaltes in der Einrichtung zurück gelassen zugunsten einer Atmosphäre, die durch Achtung, Respekt und Wertschätzung geprägt ist. Diese Atmosphäre dient dazu, den Betroffenen die Erfahrung eines menschenwürdigen Daseins zu ermöglichen, an frühere positive Erfahrungen zu erinnern und menschliche Werte alternativ zur Szene erfahrbar zu machen. Von den Mitarbeitern ist eine entsprechende freundliche, annehmende, gleichzeitig aber auch begrenzende und strukturierende Haltung gefordert. Klare Regeln, vor allem in Bezug auf Drogen, Gewalt und Hehlerei, geben einen festen Rahmen vor. Fall nötig, setzen die Mitarbeiter diese Regeln konsequent durch.

Grundversorgung:

Je nach Ausstattung der Einrichtung erhalten die Betroffenen Basishilfen wie Speisen, Getränke, Möglichkeiten zur Körperpflege, Wäschereinigung, gute gebrauchte Kleidung, neue sterile Spritzen gegen gebrauchte, Kondome, medizinische Versorgung u.a.m. Notschlafplätze bieten eine direkte Antwort auf die bestehende Obdachlosigkeit.

Kenntnis voneinander:

In den Einrichtungen erhalten die Betroffenen Kenntnis von den Angeboten der Drogenhilfe, auch wenn sie zunächst nur die Grundversorgung und die schützende Atmosphäre der Einrichtung suchen. Jeder kann diese Angebote nutzen, ohne sofort einen Betreuungskontrakt eingehen zu müssen. Der Hilfebedarf – im weiterführenden Sinne – wird demnach nicht einseitig von den Mitarbeitern festgestellt, sondern ist das Ergebnis eines gemeinsam geführten Diskurses mit den Betroffenen.

Bei entstehenden Veränderungs- oder Ausstiegswünschen können die weiterführenden Angebote ohne Hemmnisse (wie z.B. persönliche oder institutionelle Fremdheit) wahrgenommen oder genutzt werden.

Information und Beratung:

Die Sozialarbeiter in den Einrichtungen verstehen sich als Ansprechpartner für die alltäglichen Sorgen und Nöte der Klientel. Sie geben persönliche Unterstützung in allen Lebensfragen und stehen als Begleitung in Krisen und zur Konfliktbewältigung zur Verfügung. Bei besserer persönlicher Kenntnis und Vertrautheit geben sie Anregungen und Impulse, machen Mut und konfrontieren die Betroffenen mit deren Lebensweise und der Realisierbarkeit ihrer Wünsche, Ziele und Lebensentwürfe. Sie informieren und helfen bei sozialrechtlichen und behördlichen Fragen ebenso wie bei Fragen nach Ausstiegsmöglichkeiten. Sie vermitteln in Wohnhilfen, in Substitutionsambulanzen, in Entgiftungskliniken und in Drogenberatungsstellen mit dem Ziel einer stationären oder ambulanten Therapie.

Spezielle Angebote wie Beratungsangebote zur HIV- und Hepatitis-Problematik und Rechtsberatung durch Juristen ergänzen den Auftrag der Einrichtungen.

5.1.1 Kontakt- und Notschlafstelle am Hauptbahnhof

Die Kontakt- und Notschlafstelle ist eine solche niedrigschwellige Einrichtung. Sie ist direkt am Kölner Hauptbahnhof gelegen und täglich geöffnet. 20 Besucher gleichzei-

tig können die Einrichtung aufsuchen. Bis zu 10 Besucher können in der Notschlafstelle übernachten.

Die dargestellten Hilfen werden ergänzt durch einen **Drogenkonsumraum**, in dem unter Beachtung der gesetzlichen und rechtlichen Vorgaben und unter ausreichender Aufsicht und Begleitung durch fachlich qualifiziertes Personal selbst mitgebrachte Drogen konsumiert werden dürfen. Der Konsumraum ist ein indirektes Mittel zur Überwindung der Sucht; er unterstützt die Möglichkeit des Konsums bei vermindertem Risiko und hilft, die neben der Sucht entstehenden weiteren gesundheitlichen Risiken und dauerhafte Schäden zu verhindern oder zu mindern, die durch die Art und Umstände des Konsums hervorgerufen oder begünstigt werden.

Das Aufsuchen der Kontaktstelle ist zeitlich unbegrenzt möglich. Übernachten können Klienten bis zu drei Wochen.

5.1.2 Kontaktstelle „Dieselstraße“

Die Kontaktstelle „Dieselstraße“ in Köln-Kalk wendet sich an Drogenabhängige des Stadtbezirks mit den Stadtteilen Kalk, Höhenberg, Vingst, Gremberg und Buchforst.

Bei diesem Stadtbezirk handelt es sich um ein Sanierungsgebiet mit besonders hoher Belastung durch Arbeitslosigkeit, Sozialhilfeaufkommen u.a.m. Die Betroffenen verfügen zwar eher über Wohnraum, ihre Problemlage verlangt etwas weniger nach sofortiger Linderung akuter Not, allerdings häufen sich auch hier Probleme existentieller Art.

Das Angebot der Kontaktstelle Dieselstraße fußt deshalb auf den gleichen Grundsätzen wie die Einrichtungen am Hauptbahnhof:

Die Angebote werden speziell nach den Problemlagen im Stadtteil ausgerichtet. Die Klienten in Kalk sind nicht wie in der Innenstadt obdachlos, sondern verfügen über Wohnraum meist niedriger Qualität. Von der hohen Arbeitslosenquote in Kalk auf Grund der Schließung der großen Chemiefabrik bleiben auch Drogenabhängige nicht verschont. Um ihre täglichen Kontakte zu pflegen, treffen sich die Kalker Drogenabhängige an der zentral gelegenen „Kalker Post“, die damit aber auch zum Teil Drogenumschlagplatz wird. Die Mitarbeiter der Kontaktstelle Dieselstraße suchen die Klienten dort auf.

Da die Kontaktstelle weniger Massenansturm bewältigen muss, können einzelne Fragestellungen (z.B. Kontakte zu Angehörigen, Arbeitgebern, Vermietern, anderen Hilfeinrichtungen im Stadtbezirk, Behörden, Polizei usw. sowie Schuldnerberatung) intensiver angegangen werden.

Weil eine wachsende Zahl von Drogenabhängigen inzwischen Eltern von meist kleinen Kindern sind, wenden sich die Hilfen auch an diese Drogenabhängigen, vor allem an die Kinder der Betroffenen. Das Ziel besteht darin, die betroffenen Eltern und deren Kinder zu erreichen, Misstrauen abzubauen und sie zu ermutigen, die Einrichtung aufzusuchen und die konkreten angebotenen Hilfen in Anspruch zu nehmen.

Mit den drogenabhängigen Eltern, deren Kinder momentan oder auf Dauer fremd untergebracht sind, soll im Gespräch die aktuelle Lage problematisiert und Perspektiven im Hinblick auf ein (Wieder-) Zusammenleben mit Kind entwickelt werden.

Insgesamt zielt die Hilfe darauf ab, beide – sowohl die Kinder als auch die Eltern – zu entlasten und auf die Bewältigung und Verbesserung der durch die Sucht ohnehin erschwerten Lebensbedingungen hinzuwirken.

5.1.3 Drogenkontakt- und Beratungsstelle Köln-Ehrenfeld

1994 wurde in enger Kooperation mit dem Förderverein „Drogenkontaktstelle Köln-Ehrenfeld e.V.“ die Drogenkontakt- und Beratungsstelle in Köln-Ehrenfeld gegründet. Wurde zunächst von dem Konzept der Kontaktstelle am Kölner Hauptbahnhof ausgegangen, so entwickelte sich im Laufe der Jahre ein spezifisches stadtteilorientiertes Hilfeangebot.

Arbeitsschwerpunkte der Einrichtung sind die **Kontaktladenarbeit** (s. Cafebetrieb), **Einzelfallhilfe, Gruppenarbeit, Freizeitpädagogik und Arbeit im Gemeinwesen**. Die Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen, sowohl stadtteilorientiert wie auch darüber hinaus wird im Interesse der gemeinsamen Sache sehr gepflegt. *Dieses Hilfeangebot ist vor allem zur sozialen und beruflichen Wiedereingliederung des Klientels und zur Stabilisierung von Familien hilfreich und förderlich.*

Der **Cafébetrieb** ist an 4 Tagen in der Woche (Mi., Do., Fr. und Sa.) 3 bzw. 4 Stunden geöffnet und richtet sich vor allem an KlientInnen aus den Stadtteilen. Während der Öffnungszeiten werden die Basisangebote wie Duschen, Wäschewaschen, Getränke und Speisenangebote, Kondomausgabe und Sprizentausch im Rahmen der Aids-Prophylaxe von den BesucherInnen genutzt. Bei Anfragen nach Secondhand-Kleidung wird auf die große Kleiderkammer des nahegelegenen Caritasverbandes verwiesen. Positiv hat sich herausgestellt, dass es viele StammbesucherInnen gibt, und hier vor allem die Frauen mit ihren Kindern regen Kontakt untereinander aufnehmen. Durch gezielte Interventionen der MitarbeiterInnen kann das Selbsthilfepotential geweckt und gefördert werden. Die vielschichtigen Beratungen und Betreuungen finden vor allem außerhalb der Öffnungszeiten statt. Die meisten KlientInnen verfügen über eigenen Wohnraum und soziale Kontakte im Stadtviertel (Herkunftsfamilie, eigene Familie, Hausarzt, Kindergärten etc.). Gemäß dem stadtteilbezogenen Arbeitsansatz kommt dieser sozialen Komponente gerade bei substitutionsgestützten Betreuungen eine besondere Bedeutung zu. Viele KlientInnen werden in unterschiedlicher Intensität über sehr lange Jahre begleitet, beraten und betreut und kehren auch nach stationären Maßnahmen wieder in ihren Stadtteil und somit auch häufig in die Einrichtung zurück.

Bei den **Betreuungen** handelt es sich meistens um psychosoziale Begleitbetreuungen von Substituierten mit ihren spezifischen Problemstellungen. Hierbei wird eine zeitliche Begrenzung und eine Verringerung des Betreuungsaufwandes im Laufe des Prozesses angestrebt, um Selbständigkeit und Eigeninitiative zu fördern. Es wird ständig überprüft, ob die bestehende Ressourcenlage zur Führung eines selbständigen Lebens ausreicht oder die Vermittlung in stationäre Drogenlangzeittherapie erforderlich ist.

Bei KlientInnen, die sich stabilisieren, besteht eine enge Zusammenarbeit mit Institutionen wie Beratungsstellen, Arbeitsvermittlungen und Nachsorgeeinrichtungen. Hierunter fällt auch die Förderung eines drogenfreien Umfeldes durch Integration der Betroffenen in Vereine und Gruppierungen ohne Suchtproblematik, z.T. unter Einbeziehung des Familiensystems. Es besteht eine offene und enge Kooperation mit den Substitutionsambulanzen, den Ärzten und anderen Hilfeinstitutionen (z.B. Wohnungs-, Sozial-, Arbeits- und Jugendämtern, Krankenhäusern, Beratungsstellen etc.). Ein besonderer Ansatz besteht in der Arbeit mit Substituierten, die eigene Kinder haben

und in unterschiedlicher Weise diese Verantwortung tragen oder wieder übernehmen möchten.

Im Rahmen der **ambulanten Drogenhilfe** ist es möglich, Prozesse wie z.B. den Verbleib der Kinder bei den Eltern zu unterstützen. Die Drogenberatung sieht sich hier in einer Mittlerfunktion zwischen KlientInnen in ihrer Elternrolle und anderen Institutionen. Ziel ist es, das institutionelle Hilfesystem für Eltern und Kinder nutzbar und als konkrete Unterstützung erlebbar zu machen.

Im Rahmen der **aufsuchenden Hilfen** finden Hausbesuche sowie Kontakte in Haftanstalten, Entgiftungseinrichtungen, Krankenhäusern, Wohnhilfeprojekt etc. statt. Soweit möglich werden auch Gänge zu Ämtern und sonstigen schwierigen Außenaktivitäten (z.B. Zahnarztbesuche etc.) begleitet.

Im Rahmen der **Gruppenarbeit** werden vor allem Freizeitmaßnahmen (mehrtägige Ferienfahrten, Kanutouren, Grillnachmittage, Zoobesuche, Kulturveranstaltungen etc.) durchgeführt. Die Organisation findet stets unter Beteiligung der TeilnehmerInnen statt. Ziele dieser Gruppenaktivitäten sind u.a. Förderung der sozialen Fähigkeiten, Freude am eigenen Tun und am Miteinander, Entdecken oder Wiederentdecken von alten oder neuen Interessen und Förderung des Selbsthilfepotentials durch Vernetzung untereinander.

Die **Arbeit im Gemeinwesen des Stadtteils** bezieht sich vor allem auf die Teilnahme an Arbeitskreisen und die Rekrutierung von Hilfeangeboten anderer sozialer Einrichtungen. Die KlientInnen und ihre Familien können sich auf Grund der bestehenden Kontakte häufig nach einer krisenhaften Lebensphase wieder neu orientieren und in der Nachbarschaft integrieren, z.B. Integration in Kindertagesstätten usw.)

5.1.4 Haus Schmalbeinstraße

Bei der Einrichtung handelt es sich um eine ambulante betreute Wohnhilfe für Drogenabhängige gemäß § 72 Bundessozialhilfegesetz (BSHG). Die Einrichtung verfügt über 30 Plätze (8 Plätze für Frauen, 22 für Männer). Die Einrichtung liegt zentral am Rande des so genannten „Belgischen Viertels“ verfügt über ein großes Gelände mit verschiedenen Aufbauten zur Unterbringung von 4 Wohngruppen und den Büros der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Aufgenommen werden akut drogenabhängige und substituierte, volljährige, wohnungslose Männer, Frauen und Paare, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Kölner Stadtgebiet haben. Als Kontraindikationen gelten: schwere und dauerhafte Pflegebedürftigkeit; dekompenzierte psychotische Erkrankungen und aktuelle Suizidalität; Mütter und Väter mit Kindern und geistig behinderte Personen.

Während des ca. einjährigen Aufenthaltes werde ein geschützter Rahmen, aber auch die Möglichkeit für Orientierungs- und Entwicklungsprozesse angeboten. Als Ergebnis soll ein emotionaler, praktisch - konstruktiver Umgang mit den eigenen Problemfeldern erreicht werden. Jede/r BewohnerIn wird soweit gefördert, dass ihr/ihm im Rahmen ihrer/seiner individuellen Möglichkeiten und Ressourcen eine weitgehend selbständige und eigenverantwortliche Lebensführung ermöglicht wird.

In der Einrichtung können die Menschen im geschützten Raum zur Ruhe kommen – im Sinne der psychischen, physischen und geistigen Erholung – um neue Kraft und Mut für eine drogen- und kriminalitätsferne Lebensperspektive zu finden. Insbesondere geht es um die Klärung der aktuellen Lebenssituation, um gesundheitliche Fragen, um „Bilanzierung“ des bisherigen Lebensverlaufes und Klärung der wirtschaftlichen

Verhältnisse (juristische -, schulische - sowie Arbeits- und finanzielle Situation) und um die Erarbeitung einer realistischen Lebensperspektive auf Zukunft hin.

Rund um die Uhr stehen Mitarbeiterinnen (SozialarbeiterInnen, StudentInnen, Zivildienstleistende, Verwaltungskraft, PraktikantInnen) zur Verfügung, um einerseits eine geordnete Struktur aufrecht zu erhalten und zum anderen Gesprächs- und Freizeitangebote vorzuhalten.

Als gezielte Betreuungselemente werden Einzelgespräche, Wohngruppenversammlungen, Hausversammlung, Frühstücksgruppen, Freizeitgruppen (Sport, Kreativangebote und Stadterkundung) und eine angeleitete Selbsthilfegruppe angeboten.

Ein besonderes Angebot für Frauen ist die Frauenwohngruppe, die den besonderen Problemen der Bewohnerinnen (Gewalterfahrung, Prostitution, Esssüchten etc.) im geschützten Raum gerecht werden soll.

Die substituierten Klientinnen (ca. 80 %) bedürfen neben dem bestehenden Angeboten noch weiterer tagesstrukturierender Beschäftigungs- und Arbeitsangebote. Viele von ihnen wissen mit der durch die Substitution gewonnenen Zeit nichts konstruktives zu beginnen und bleiben häufig im Drogen- und Kriminalitätsmilieu verhaftet. (Die Neueinrichtung eines Beschäftigungsangebots für die Klienten von Haus Schmalbeinstraße ist für das Jahr 2002 geplant)

Zunehmend wird deutlich, dass viele BewohnerInnen aufgrund ihres bisherigen Lebensverlaufes nur noch über sehr rudimentäre Ressourcen verfügen und ein zeitlich unbefristetes, beschütztes und betreutes Wohnangebot zur Führung eines menschenwürdigen Lebens benötigen. (Der Ausbau des Betreuten Wohnens sowie Überlegungen und Planungen für eine Einrichtung nach § 39 BSHG stehen für das Jahr 2002 an)

5.2 Ambulante und stationäre Rehabilitation

5.2.1 Drogenberatungs- und Behandlungsstelle

Die Drogenberatungsstelle ist in der Geschäftsstelle der Vereins untergebracht.

Die wesentlichen Ansätze der Arbeit bestehen aus

- Kontakt,
- Beratung,
- Betreuung gemäß §39 und §72 BSHG,
- ambulanter Reha und
- aufsuchender Arbeit

Mit dem Wunsch nach **Beratung** beginnt häufig die Kontaktaufnahme von Betroffenen oder Angehörigen. Mitarbeiter der Beratungsstelle stehen für telefonische und persönliche Gespräche im Rahmen der „Offenen Sprechstunde“ und der „Angehörigen-Sprechstunde“ zur Verfügung, informieren über Hilfeangebote wie Entgiftung, Therapie, Substitution, Wohnmöglichkeiten und alle Betreuungsformen. Dem Erstgespräch können sich weitere Klärungs- und Krisengespräche anschließen.

Im Rahmen einer längerfristigen **Betreuung** wird ein gemeinsamer Hilfeplan erstellt zur Verbesserung oder Wiederherstellung der körperlichen, psychischen und sozialen

Gesundheit. Um dieses Ziel zu erreichen, kann es eine Vermittlung in die Entgiftung oder in eine stationäre Langzeittherapie geben. Ist eine Substitution angezeigt, hilft der Drogenberater bei der Antragsstellung und übernimmt die **psychosoziale Begleitbetreuung**.

Die Behandlung von Drogenabhängigen ist ein weiterer Arbeitsschwerpunkt. Als anerkannte Einrichtung führt die Beratungsstelle seit 1992 **ambulante medizinische Rehabilitation** in Einzel- und Gruppengesprächen durch. Besondere Beachtung finden hier die Themen der Suchtentwicklung, der Suchtdynamik, der Rückfallprophylaxe und der Freizeit- und Kontaktgestaltung.

Mit dem Angebot der **Soforthilfe** werden darüber hinaus Drogenabhängige zur Annahme von Hilfe motiviert, die bislang keinen Kontakt zum Hilfesystem haben. Diese **aufsuchende Maßnahme** findet in der Kontaktstelle am Kölner Hauptbahnhof und auf den Entgiftungsstationen hiesiger Kliniken statt.

Ein Schwerpunkt ist die **aufsuchende Arbeit in der JVA**. Klienten mit dem Wunsch nach stationärer Therapie erhalten Unterstützung bei der Antragsstellung und Vermittlung.

Betroffene **Angehörige** werden bei Bedarf an andere Institutionen oder an den in der Beratungsstelle fest verankerten **Selbsthilfe-Elternkreis** weitervermittelt oder in Form von Partner-, Paar- und Familiengesprächen beraten.

Wohnprojekt „Hotel Eulenbaum“ (in Köln-Longerich)

In Kooperation mit dem Sozialamt der Stadt Köln ist das Wohnprojekt „Hotel Eulenbaum“ ein Angebot für Kölner Drogenabhängige (6 Plätze), die durch eine krisenhafte Situation ihren Wohnraum verloren haben, sich stabilisieren wollen und nachweislich frei von Drogen sind.

Die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner erfolgt durch den SKM auf der Grundlage der Richtlinie nach § 72 BSHG, d. h., der SKM erhält für jeden einzelnen Bewohner einen Betreuungsauftrag durch das Sozialamt.

Die für die Betreuung zuständigen Mitarbeiter sind eingebunden in die organisatorischen und inhaltlichen Strukturen der zentralen Drogenberatungsstelle und des Fachbereiches. Der gemeinsame Betreuungsprozess wird in Fallbesprechungen reflektiert. Bei Bedarf stehen weitere Hilfen (ärztliche Diagnostik, Reha-Beratung, Selbsthilfegruppe ProVita) zur Verfügung.

Das Wohnprojekt ist ein drogenfreier Raum, der es den Bewohnern ermöglichen soll, sich sozial und beruflich in Köln zu integrieren. Um diesen Prozess zu unterstützen, finden regelmäßig Gruppen- und Einzelgespräche statt.

Vor dem Übergang in eine eigene Wohnung sollten drogenfreie Kontakte, Arbeits- oder Ausbildungsplatz und eine Anbindung an eine Behandlungs- oder Selbsthilfegruppe gegeben sein. Bei Rückfälligkeit erfolgt eine Weitervermittlung zu anderen Einrichtungen der Drogenhilfe.

5.2.2 Die Drogenberatungsstelle Kalk

liegt szenenah bei der „Kalker Post“ und leistet Drogenberatung, Begleitung und Behandlung in Anlehnung an die zentrale Drogenberatungsstelle in der SKM-Geschäftsstelle.

Zusätzlich wird hier das Hilfeangebot **Migration und Sucht** von einem türkischen Mitarbeiter vorgehalten. Betroffene und Angehörige können in ihrer Muttersprache beraten und betreut und in ihrem sozio-kulturellen Kontext verstanden werden.

Fragen zur Indikation und Diagnose werden in einem multidisziplinären Team besprochen. Zur Qualitätssicherung werden regelmäßig Fallbesprechungen durchgeführt. Bei Bedarf wird weitere Hilfestellung (Schuldnerberatung, berufliche Reha u.a.) in die Wege geleitet.

5.2.3 Fachstelle für Sucht- und AIDS-Prävention

Die Fachstelle für Sucht- und AIDS-Prävention ist zuständig für Maßnahmen der Vorbeugung und Begleitung gefährdeter Menschen. Die Fachstelle arbeitet in enger inhaltlicher und personeller Kooperation der beiden Bereiche Sucht- und AIDS-Prävention.

Primärpräventive Projekte sind insbesondere **Grundlagenschulungen für Mitarbeiter** aus Kindertagesstätten, Horten, Schulen und Jugendeinrichtungen, die auch der Qualifizierung im Hinblick auf Früherkennung und Frühintervention in suchtbelasteten Systemen dienen. Die Entwicklung von **Netzwerken** zwischen Beratungsdiensten, städtischen Diensten wie dem „ASD“ und anderen Institutionen und Personen auf lokaler Bezirksebene ist eine weitere Maßnahme, um **Kindern aus suchtbelasteten Lebensgemeinschaften** frühzeitig und wirkungsvoll zu helfen.

Eltern und Lehrer, die auf den Suchtmittelkonsum an der Schule mit Verunsicherung reagieren, werden **Elternabende** und **Lehrerfortbildungen** durch Mitarbeiter der Fachstelle angeboten.

Ein sexualpädagogisches Angebot stellt das Projekt **Peer-Education** dar. Bei der Schulung von Jugendlichen geht es um die Förderung sozialer und sexueller Rollenkompetenz und die Entwicklung protektiver Faktoren zur Sucht- und AIDS-Vorbeugung.

Stadtteilorientierte Suchtprävention kann sich erlebnispädagogischer Methoden zur Freizeitgestaltung bedienen, wie dies im Kölner Stadtteil Kalk mit American Football und Cheerleading oder anderswo mit Methoden der konstruktiven Konfliktgestaltung an Schulen und Jugendeinrichtungen (so genannte Streitschlichterprogramme) geschieht. Die Angebote dienen der Vernetzung der Institutionen vor Ort.

Der Arbeitsschwerpunkt der **Sekundärprävention** richtet sich an suchtgefährdete Jugendliche, die in sozialen Brennpunkten leben und in ihrer Freizeitgestaltung zu einem verantwortungsvollen Umgang mit Suchtmitteln befähigt werden sollen. Ein besonderer Ansatz der Sekundärprävention findet in den „Offenen Türen“ des Vereins statt.

Präventive Projekte für **Betriebe** können **Schulungen für Ausbilder**, Unterstützung bei Ausstellungen und Podiumsdiskussionen sein oder fachliche Begleitung zur Erarbeitung einer **betrieblichen Suchtvereinbarung**.

Im Rahmen der **Öffentlichkeitsarbeit** geht es um Information und Sensibilisierung der Bevölkerung für Sucht- und AIDS-relevante Themen.

5.2.4 Die Substitutionsambulanz MEREAM

Die Substitutionsambulanz begann ihre Arbeit im Jahre 1998 und trägt den Namen **MEREAM**. Er steht für das Programm der Einrichtung: **ME**thadon-gestützte **RE**habilitation-**A**mbulanz. Sie hat ihre Behandlungsräume in der Geschäftsstelle des Vereins in der Großen Telegraphenstraße.

Zielgruppe der Substitutionsbehandlung bei MEREAM sind volljährige Opiatabhängige, bei denen vorrangige Behandlungsformen nicht, noch nicht oder zurzeit nicht umsetzbar sind. Die PatientInnen kommen entweder aus eigener Initiative zu MEREAM oder werden z.B. durch die niederschweligen Drogenhilfeeinrichtungen des Verbundes oder andere Hilfeagenturen im Stadtgebiet von Köln, wie z.B. Drogenberatungsstellen und Kontaktläden anderer Träger, Bewährungshilfe, Jugendgerichtshilfe und das Gesundheitsamt in die Ambulanz vermittelt. Die PatientInnen müssen in der Stadt Köln polizeilich gemeldet sein.

Ziel der Behandlung bei MEREAM ist die Herauslösung der opiatabhängigen Patienten aus ihrer drogengebundenen Lebensform, die Herstellung ihrer Behandlungsfähigkeit und -bereitschaft für weiterführende Hilfen, die Wiederherstellung oder zumindest Verbesserung des körperlichen und seelischen Gesundheitszustandes, die Verbesserung ihrer Chancen zur sozialen Integration und individuellen Entwicklung, die Vermittlung menschenwürdiger Lebensperspektiven sowie die Behandlung bereits eingetretener Schädigungen und Verhinderung weiterer sozialer Randständigkeit. Es handelt sich um eine nachrangige Behandlung für bis zu 100 PatientInnen. Die Behandlung ist grundsätzlich auf 6 Monate befristet und kann je nach Indikation in mehreren Schritten bis maximal 18 Monate verlängert werden.

Die Behandlung bei MEREAM geschieht durch ein multidisziplinär besetztes **Team** aus (Fach)-ÄrztInnen, SozialarbeiterInnen und -pädagogInnen mit suchttherapeutischer Zusatzausbildung sowie Krankenschwestern und -pflegern. Dem Team obliegt die Verantwortung für die Therapieplanung einschließlich der Entscheidung über eine Indikation zur Substitution. Die im Team von MEREAM vertretenen Berufsgruppen wirken grundsätzlich gleichberechtigt zusammen und sind darauf angewiesen, Konsensentscheidungen herbeizuführen.

Das Team von MEREAM stellt die Indikation zur Substitutionsbehandlung möglicher PatientInnen fest, wozu soziale und medizinische Anamnese und Diagnostik erforderlich sind. Zu den täglichen **Aufgaben** gehören die individuelle und persönliche Vergabe von Methadon sowie die akutmedizinische Versorgung. Beratung bei psychischen und sozialen Problemen, Anleitung zur und Unterstützung bei der Entwicklung einer einem drogenfreien Lebensstil förderlichen Tagesstruktur, die Vermittlung in Arbeitsintegrationsmaßnahmen, ggf. Haus- und Krankenbesuche sowie Familienberatung korrelieren mit einer suchttherapeutisch fundierten psychosozialen Betreuung in Einzel- und Gruppentherapie. Die Vorbereitung und Vermittlung in stationäre Rehabilitationsmaßnahmen geschieht durch Motivationsarbeit, Erledigung der notwendigen Formalien und gezielte Heranführung an die therapeutische Behandlung durch Therapievorbereitungsgruppen. Nicht zuletzt umfasst der Aufgabenkatalog auch die ggf. notfallmäßige Vermittlung in stationäre (Teil-) Entgiftungsbehandlung bei fortgesetztem gefährlichem Beikonsum psychotroper Substanzen und vor Antritt einer stationären Therapie.

5.2.5 Therapeutische Gemeinschaft TAUWETTER

Die Therapeutische Gemeinschaft TAUWETTER ist eine Einrichtung zur medizinischen Rehabilitation Drogenabhängiger in Bornheim - Roisdorf. Sie wurde 1982 eröffnet und verfügt heute über 38 Behandlungsplätze; 12 für Frauen und 26 für Männer.

Ziele der stationären Behandlung sind die Entwöhnung von psychotropen Substanzen, die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und die Entwicklung einer befriedigenden beruflichen Perspektive. Es geht um die Regeneration, Stabilisierung und Entwicklung der Persönlichkeit.

Die **Behandlungszeit** orientiert sich an der Ressourcenlage der Patientinnen und Patienten. Sie wird zwischen der zweiten und vierten Therapiewoche vereinbart. Fehlt ein fester Wohnsitz, liegt keine stabile Erwerbs- bzw. Berufsperspektive vor und hat sich die Abhängigkeit chronifiziert, ist bei einer Erstbehandlung von einer Therapiezeit von 6 Monaten Entwöhnungsbehandlung und 4 Monaten Adaptionsbehandlung (berufliche und soziale Wiedereingliederung) auszugehen. Bei Wiederholungsbehandlungen und ausreichenden Ressourcen verkürzt sich die Behandlungszeit.

Die Behandlung konkretisiert sich in einem mit den Patientinnen und Patienten entwickelten differenzierten, prozessorientierten **Behandlungsplan** und schriftlich vereinbarten Therapiekontrakt.

Der **theoretische und konzeptionelle Hintergrund** basiert auf der Integrativen Therapie mit ihren vielfältigen methodischen und technischen Zugängen (Körper-, Bewegungs-, Tanz-, Drama-, Kunst- und Kreativitätstherapie). Einbezogen werden Elemente tiefenpsychologisch fundierter Verfahren wie Gestalttherapie, Psychodrama, Psychoanalyse und systemischer Ansätze. Die konzeptionelle Entwicklung im Rahmen eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses berücksichtigt auch neue Ergebnisse der Suchtforschung.

Das **Behandlungsangebot** strukturiert sich wie folgt:

Bezugstherapie

In der Einzel- und Gruppentherapie steht die Auseinandersetzung mit der Funktion der Drogen und den Entstehungsbedingungen und Folgen der Sucht im Mittelpunkt. Die sozialen und psychischen Schädigungen werden im Kontakt- und Beziehungsverhalten sowie Übertragungs- und Widerstandsgeschehen durch persönliche Hilfe, d.h. durch die Person des Therapeuten geklärt und bearbeitet. Die Bezugstherapeuten sind darüber hinaus Ansprechpartner in juristischen und verwaltungstechnischen Angelegenheiten.

Ärztliche Behandlung

Sie beinhaltet fachärztliche Behandlungen, insbesondere die sozialmedizinische Diagnostik und pharmakounterstützte Therapie bei akuten oder chronischen körperlichen und psychischen Störungen / Schädigungen

Sozio- und Milieuthherapie

Das Leben in der Therapeutischen Gemeinschaft konfrontiert die Patientinnen und Patienten mit der Philosophie, der Organisationskultur, den Strukturen, den Abläufen, den Regelungen und Zuständigkeiten innerhalb der Institution TAUWETTER. Die Bewältigung und Gestaltung des Alltags, der Aufgaben und des Zusammenlebens sollen Zuversicht, Selbstvertrauen und Autonomie fördern.

Indikative Gruppen

Neben den für jeden Patienten gleichermaßen vorgesehenen Gruppen werden darüber hinaus indikative Gruppen angeboten, die den Patienten je nach zu bearbeitenden

der Themenstellung „verschrieben werden“ Zum kontinuierlichen Angebot gehören eine Frauen- und eine Männergruppe, eine milieuthérapeutische und eine Rückfallpräventionsgruppe.

Arbeitstherapie

Sie zielt auf die Entwicklung eines angemessenen Arbeits- und Leistungsverhaltens, Teamgeist, Frustrationstoleranz und Durchhaltevermögen ab. In den verschiedenen Arbeitsbereichen (Küche und Bäckerei, Haus- und Wäschepflege, Garten- und Landschaftsbau, Schreinerei, Töpferei und Verwaltung) können vorhandene Potentiale aktiviert und neu entdeckt werden.

Sport- und Kreativitätstherapie

Sie dient dem körperlichen Wohlbefinden, der Fitness, fördert Lebensfreude und die aktive Freizeitgestaltung (Jogging, Mountainbike, Fußball, Volleyball, Basketball, Badminton, Kraftsport und Fitneßtraining, Chor-, Theater-, Musik- und kunsthandwerkliche Projekte).

Paar- und Familienberatung

Partner, Kinder, Eltern und Geschwister sowie Freunde werden in Absprache mit den Patientinnen und Patienten in den Therapieprozeß mit einbezogen. Es geht um die Überwindung von Sprachlosigkeit, den Mut, einen Neuanfang zu wagen, die Trauer um verlorene Jahre und vertane Chancen, Ablösung von den Eltern und die Überwindung von co- abhängigem Verhalten.

Angehörigenseminare

In monatlich stattfindenden Angehörigenseminaren informiert TAUWETTER Angehörige und Freunde über das Therapiekonzept und die Behandlungsordnung. Ziele sind die gute Zusammenarbeit auf der Grundlage differenzierter Informationen, der Erfahrungsaustausch der Teilnehmerinnen und Teilnehmer untereinander und der Abbau von Schwellenängsten.

5.2.6 Das Reha – Zentrum

Das Reha-Zentrum befindet sich in Köln-Lindenthal und bietet mit seiner Innenstadt-nähe und seiner Einbettung in die Möglichkeiten sozialer und beruflicher Integration optimale Voraussetzungen, die eigenen Wünsche und Vorstellungen über die berufliche, persönliche und soziale Zukunft umsetzen zu können.

- Stationäre Adaption, verschiedene Formen des
- „Betreuten Wohnens“,
- ambulante Therapien und Beratung und insbesondere die unterschiedlichen
- Gruppenangebote der Selbsthilfe „ProVita“ sind dabei wichtige und aufeinander abgestimmte Angebote und Hilfestellungen.

Das Reha-Zentrum bietet cleanen Drogenabhängigen, die im Regelfall eine Entwöhnungsbehandlung erfolgreich abgeschlossen haben, Hilfen und Unterstützung auf ihrem langwierigen und oft mühevollen Weg aus der Abhängigkeit.

Die Adaption

Die Adaptionsphase ist die intensivste Form der Hilfe und wendet sich in erster Linie an Klienten aus Entwöhnungsbehandlungen und Drogenlangzeittherapien, die entschlossen sind, nicht mehr in das alte drogengeprägte Umfeld zurückzukehren und in Köln einen Neuanfang für ein cleanes Leben versuchen wollen.

Bis zu 4 Monate bleiben Zeit, die Vorstellungen und Wünsche für die eigene Zukunft auf die mögliche Realisierbarkeit hin zu überprüfen.

Berufliche Fragestellungen nehmen den Schwerpunkt der Bemühungen ein. Themen wie „Schule und Berufsausbildung, Umschulung und berufliche Weiterqualifizierung“ werden vor dem Hintergrund der Möglichkeiten der Stadt Köln geklärt.

Die jahrelang gewachsenen Kontakte des Reha-Zentrums zu Ämtern, Ausbildungsinstitutionen und Betrieben in der Stadt Köln ermöglichen es nahezu jedem, seinen individuellen beruflichen Weg zu finden.

Das riesige Freizeit- und Kulturangebot der Stadt Köln hilft darüber hinaus, sich im Freizeitbereich neu zu orientieren.

Die Adaptionsphase findet statt in 3 Wohngruppen mit jeweils 5 – 6 Plätzen in Einzelzimmern. Ist nach etwa 4 Monaten die berufliche und weitere persönliche Perspektive gefunden, so steht die Entscheidung am Ende der Adaptionsphase an, sich eine eigene Wohnung zu suchen oder sich um einen Platz im „Betreuten Wohnen“ zu bewerben.

„Betreutes Wohnen“

Viele Absolventen einer Entwöhnungsbehandlung oder Adaptionsphase können noch nicht in eine eigene Wohnung ziehen. Für viele Mitglieder des Reha-Zentrums besteht die Notwendigkeit, weiter in der Gemeinschaft mit Gleichgesinnten zu leben und sich zu stabilisieren, bevor die große Herausforderung der eigenen Wohnung mit Aussicht auf Erfolg angegangen und bewältigt werden kann.

In diesen Fällen bietet das Reha-Zentrum unterschiedliche Formen des „Betreuten Wohnens“ an:

Im Nachsorgehaus in Köln-Mülheim (12 Plätze) besteht die Möglichkeit, sich in einem Zeitraum von 3 – 6 Monaten auf ein selbständiges Leben außerhalb einer Institution vorzubereiten. Normalerweise wird eine eigene Wohnung angestrebt. Das Haus bietet wegen seiner Raumaufteilung die Möglichkeit, unterschiedliche Formen von Wohngemeinschaft zu erproben, aber auch auf ein Leben in einem Einzel-Appartement vorzubereiten

Tagsüber gehen die Bewohner ihren beruflichen und schulischen Aktivitäten nach; der Abend dient der Freizeitgestaltung, der wöchentlichen Gruppenzusammenkunft und der Teilnahme an weiteren freiwilligen Therapie- und Freizeitprogrammen sowie Selbsthilfeaktivitäten.

Neben dem Nachsorgehaus in Köln-Mülheim gibt es noch weitere Formen des „Betreuten Wohnens“, zum einen das „**Familienhaus**“ in Köln-Brück, in dem Mütter mit Kindern bis zu einem Zeitraum von 2 Jahren in einer Wohngemeinschaft bis zu 6 Plätzen leben können wie auch 12 Plätze des „Betreuten Einzelwohnens“ für Absolventen der Adaption, die unmittelbar im Anschluss in die eigene Wohnung wechseln können und wollen.

Ambulante Hilfeangebote

Einzel- und Gruppentherapie, medizinische Betreuung, Reha- und Schuldnerberatung, Freizeitgruppen und generell Hilfe in persönlichen und sozialen Fragestellungen

gen, haben in der Adaptionsphase und im „Betreuten Wohnen“ begonnen und können nach Auszug in die eigene Wohnung weiterhin in Anspruch genommen werden. Das gewachsene Vertrauen zum Reha-Zentrum, seinen Mitarbeitern und Mitgliedern erleichtern nicht nur den Schritt in die eigene Wohnung, sondern in die immer größer werdende Eigenverantwortung.

Jeder ehemalige Klient weiß, dass er sich auch in dieser neuen Situation jederzeit an das Reha-Zentrum wenden kann. Die ambulanten Hilfen des Reha-Zentrums stehen allerdings nicht nur den Absolventen der Adaptionsphase oder des „Betreuten Wohnens“ zur Verfügung, sondern prinzipiell allen Drogenabhängigen, die in Köln leben und den cleanen Weg gewählt haben. Die ambulanten Hilfen können in persönlichen Krisensituationen auch dann noch in Anspruch genommen werden, wenn bereits vor Monaten oder gar Jahren die Ablösung vom Reha-Zentrum erfolgt ist.

Auch in Rückfallkrisen wird so schnell wie möglich in gemeinsamer Zusammenarbeit alles unternommen, um dem Klienten den Weg zur Abstinenz zu erleichtern oder zu ermöglichen.

Selbsthilfe ProVita

Die Selbsthilfegruppe ProVita im Reha-Zentrum ist der Zusammenschluss ehemaliger Abhängiger, die sich gegenseitig auf dem cleanen Weg unterstützen.

In unterschiedlichen Formen und Themenstellungen finden sich die Mitglieder des Reha-Zentrums in den Selbsthilfegruppen zusammen. Die Mitglieder der Selbsthilfegruppen arbeiten an konkreten Projekten, sei es in der Selbsthilfegruppe „Prävention“, in unterschiedlichen Freizeit- und Urlaubsprojekten, in Sportgruppen, Musikgruppen, Gesprächskreisen oder in Arbeits- und Beschäftigungsprojekten.

Die Selbsthilfe „ProVita“ ermöglicht in guter Weise die Ablösung von professioneller Hilfe, schafft Selbstvertrauen und Selbstachtung und ist wichtiger Meilenstein im Prozess der endgültigen Ablösung vom Drogenhilfesystem in ein eigenständiges Leben.

5.3 Angebote für HIV-Infizierte und AIDS-Kranke

5.3.1 AIDS-Beratungsstelle im „Haus Lukas“

1985 hat der Verbund eine Aids-**Beratungsstelle** eröffnet, da zu diesem Zeitpunkt Drogenabhängige eine Hauptbetroffenengruppe für HIV und AIDS darstellten. Dieses Beratungs- und Betreuungsangebot richtet sich heute an alle, die von HIV und AIDS betroffen sind, unabhängig von Nationalität, Religion, Geschlecht und sexueller Lebensweise.

Die AIDS-Beratungsstelle berät zu HIV, AIDS, medizinischen und sozialrechtlichen Fragen.

Um die Klienten besser zu erreichen, die sich aus unterschiedlichen Gründen scheuen, eine Beratungsstelle aufzusuchen, bietet die Beratungsstelle folgende Beratungsangebote:

- 1 x pro Woche in der Spezialambulanz der Uniklinik Köln,
- 2 x pro Woche in der Kontaktstelle für Drogenabhängige am Bahnhof und
- 1 x pro Woche ein offenes Beratungsangebot für Migranten an.

Da eine Vielzahl der Betroffenen zusätzlich mit sehr problematischen Lebensumständen zurecht kommen muss, die eine kontinuierliche **Betreuung** notwendig machen, wird im erforderlichen Umfang eine Psychosoziale Begleitung durchgeführt. Hier werden zunächst die primären Lebensbedürfnisse kurz- und langfristig sichergestellt. Das Spektrum der Hilfe umfasst die persönliche Problematik wie Kontaktmangel, Verzweiflung, Schwinden der Zukunftshoffnung, Einengung der persönlichen Lebenswünsche, die Sicherung von Wohnraum, die Zuführung zu medizinischer Versorgung, die Geldverwaltung und Geldeinteilung einschließlich der Sicherung der sozialrechtlichen Ansprüche und Vermittlung zu weiterführenden Maßnahmen durch persönliche Hilfe.

5.3.2 Wohnhilfen im „Haus Lukas“

Betroffenen, die wegen ihrer AIDS-Erkrankung und weiterer gravierender psychosozialer Probleme nicht alleine in einer eigenen Wohnung leben können, wird eine von 9 Wohnungen im „Haus Lukas“ angeboten. Durch die räumliche Nähe zur Beratungsstelle ist ein intensiveres Maß an Betreuung möglich. Hauswirtschaftliche Unterstützung kann bei Bedarf durch Zivildienstleistende sichergestellt werden. Die pflegerische Versorgung übernimmt die Caritas-Sozialstation, die sich ebenfalls im Haus befindet.

Dieses **Wohn- und Betreuungsangebot** ist zeitlich unbegrenzt. Im Haus befindet sich auch ein Gemeinschaftsbereich, der den Hausbewohnern und Besuchern sowie den anderen Betreuten zur Verfügung steht. Hier wird zusammen gekocht, gegessen, gespielt, ferngesehen oder einfach „nur“ geredet.

Außerhalb der Öffnungszeiten befindet sich für die Bewohner ein Ansprechpartner im Haus. Für die Teilnahme am kulturellen Leben in Köln sorgen Ehrenamtler. Sie bieten monatlich eine Freizeitaktivität. Es ist eine weitere Möglichkeit, in Kontakt zu kommen und sich kennen zu lernen.

6. Der Verbund als synergetische Organisation

Der Verbund „funktioniert“ nach Gesetzmäßigkeiten, die einerseits durch den Träger vorgegeben sind, andererseits aus der konkreten Arbeit heraus neu entwickelt werden.

Der Verbund als synergetische Organisation ist ein in seiner Entwicklung offenes dynamisches System. Jede Beschreibung des Systems oder seiner Teile ist eine statische Momentaufnahme in einem dynamischen Prozess.

Jeder Teil des Verbundes und der Verbund insgesamt sind ständiger Veränderung unterworfen, sei es durch neue Aufgabenstellungen, durch neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit neuen Ideen und Impulsen, durch neue Aufgabensetzungen des Trägers oder durch neue gesetzliche Regelungen und Verfahren.

Gleichzeitig – sozusagen als Gegenpol – bilden der Träger, der Verbund und jede zum Verbund hinzu gehörende Einrichtung ihre Traditionen, Überzeugungen, Werte, an denen sie – da sie sich bewährt haben – festhalten wollen.

Der Begriff der synergetischen Organisation (Petzold, Rahm) wurde für die Beschreibung des Verbundes gewählt, weil diese Begrifflichkeit des evolutionstheoretischen Denkens am ehesten die Entwicklung und den Prozess des Verbundes verdeutlichen kann.

Vor diesem Hintergrund meint das Verbundsystem nicht nur eine irgendwie abgesprochene Zusammenarbeit zum Wohle des Klienten, es meint auch nicht eine Aneinanderreihung einzelner Drogenhilfeangebote, die in idealtypischer Weise vom Klienten im Sinne einer Therapiekette durchlaufen werden soll. Unter dem Verbundsystem wird vielmehr verstanden

- eine geplante Organisation mit gemeinsamen Zielen, Regeln und Kommunikationsstrukturen
- die Zugehörigkeit und Bezogenheit unterschiedlicher Dienste und Einrichtungen als Subsystem zu einem großen Ganzen. Dabei ist der Verbund als Ganzes mehr als die Summe seiner Teile. Er ist die übergeordnete Bezugsgröße.

6.1 Die formale Ebene

Zunächst bedeutet Zugehörigkeit des Subsysteme formal, dass eine bestimmte Einrichtung einer Abteilung (Fachbereich) einer fachlichen Zuständigkeit und Kontrolle (Dienst- und Fachaufsicht) zugeordnet ist, wie es der Träger der Einrichtung und des Verbundes definiert. Vorgegeben ist eine hierarchische Struktur, die die Verantwortungen vom Geschäftsführer über die Fachbereichsleiter zu den Einrichtungsleitern und den Mitarbeitern der Einrichtungen regelt.

Es gibt eine klare Aufgaben- und Arbeitsteilung. Jede Einrichtung, aber auch jede Mitarbeiterin und jeder Mitarbeiter wissen, was ihre und seine Aufgaben sind. Für diese Aufgaben- und Arbeitsteilung besteht eine für den gesamten Verein und seine Fachbereiche geltende „Stellen- und Funktionsbeschreibung“, die jeweils aktuellen Entwicklungen angepasst wird. Diese Vorgänge der Veränderung und Anpassung sind Kennzeichen einer im Grund dynamischen, entwicklungsfähigen Organisation, bei der die Tätigkeiten und Aufgaben nicht geordnet sind, sondern geordnet verlaufen.

6.2 Die Rolle des Trägers

Der SKM Köln ist nicht nur Rechtsträger der zum Verbund gehörenden Dienste und Einrichtungen, nicht nur Dienstgeber der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, er sichert auch die Arbeit in Verhandlungen mit den Kosten- und Leistungsträgern ab. Außerdem hat er für einen inneren Zusammenhang der zum Verbund gehörenden Dienste und Einrichtungen zu sorgen durch konzeptionelle Arbeit oder Vorgaben, durch regelmäßigen fachlichen Austausch zwischen den Einrichtungen und durch sein Eingreifen bei notwendigen Klärungsprozessen.

6.3 Die Beziehungsebene

Neben der formalen Ebene ist die Beziehungsebene im Verbund von zentraler Bedeutung, kann doch kein Teil des Verbundes der Beziehung zu einem anderen Teil des Verbundes ausweichen oder sie gar ablehnen. Es besteht eine Verpflichtung zur Zusammenarbeit im Sinne des gemeinsamen Konzepts und des gemeinsamen Arbeitsauftrags. Dies ist ein wesentlicher Unterschied zu Versorgungssystemen oder Kooperationssystemen, deren Teile nicht einem gemeinsamen Träger angehören. Kooperation ist dort eine Sache des guten Willens, vielleicht auch – um der Klienten willen – eine Sache rationaler Aufgabenteilung oder ideeller Überzeugungen.

Gleiches gilt zwar auch für den Verbund. Die zum Verbund gehörenden Einrichtungen sind aber außerdem durch den Träger zur Kooperation verpflichtet; die Beziehung ist also unausweichlich und muss gestaltet werden.

6.4 Das Ko-respondenzmodell als Interaktionsmodell des Verbundes

Für die notwendigen Interaktionen im Verbund ist ein Modell von Kommunikation und Kooperation entwickelt worden, das tragfähig ist. Für diesen Verbund eignet sich besonders das „Ko-respondenzmodell“ von Petzold:

„Ko-respondenz ist ein synergetischer Prozeß direkter und ganzheitlicher Begegnung und Auseinandersetzung zwischen Subjekten auf der Leib-, Gefühls- und Vernunftebene über ein Thema unter Einbeziehung des jeweiligen Kontextes. Voraussetzung für Ko-respondenz ist die in der prinzipiellen Koexistenz alles Lebendigen gründende, wechselseitige Anerkennung subjektiver Integrität, die durch Konsens bezeugt wird, und sei es nur der Konsens darüber, miteinander auf der Subjektebene in den Prozeß der Ko-respondenz einzutreten. Ziel von Ko-respondenz ist die Konstituierung von Konsens, der in Konzepten Niederschlag finden kann, die von Konsensgemeinschaften getragen und für diese zur Grundlage von Kooperation werden“.

Konsens ist einer der zentralen Begriffe in dieser Definition. Die Dienste und Einrichtungen, die im Sinne des Verbundes zusammenarbeiten, sind sehr differenziert, in ihrer Aufgabenstellung sehr unterschiedlich und heterogen. Daher ist der Dissens per se gegeben. Je unterschiedlicher die Dienste und Einrichtungen sind, desto komplexer ist der Umfang des Auseinandersetzungsprozesses, um Konsens zu erreichen.

Aber gerade die Vielfalt von Diensten und Einrichtungen, die unterschiedlichen Sichtweisen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter führen zu Diskurs und Dialog über die zentralen Themen der Arbeit im Sinne einer Konsensbildung.

So ergibt sich für den Verbund insgesamt,

- Sucht mehrperspektivisch zu sehen mit dem Vorteil des wechselseitigen Lernens und des Austauschs der dort tätigen Kolleginnen und Kollegen,
- bei den Zieldefinitionen des Verbundes einen Wertepluralismus anzuerkennen, nämlich von der Suchtbegleitung bis zur Abstinenz, aber dennoch
- gemeinsame Ziele für die Arbeit zu definieren, z.B. Entwicklung, Entfaltung, Wachstum und Sinnfindung für die Klienten und Patienten.

Dieser Prozeß der Auseinandersetzung vom Dissens zum Konsens ist ein Prozeß ständiger Integration und Neuorientierung in dem Bewußtsein ständiger Veränderbarkeit. Der erarbeitete

- **Konsens** ist Grundlage der
- **Konzepte**; diese wiederum sind Grundlage von
- **Kooperation**.

Nicht umgekehrt.

Voraussetzung aber - folgt man der Definition von Petzold - ist die **Intersubjektivität**, d.h. die prinzipielle gleichrangige Koexistenz sehr unterschiedlicher Einrichtungen und die wechselseitige Anerkennung ihrer Integrität.

Wir haben mit der Zusammenarbeit im Verbund die riesige Chance, den Klienten oder Patienten einen neuen und alternativen Lebens- und Erfahrungsraum bereitzustellen. Die Klienten sollen im Sinne der Nachsozialisation am Modell des Verbundes lernen können und sich in ihm beheimatet fühlen.

- Text: Angelika Dünnwald, Kurt Funk, Andreas Hecht, Klaus Hombach, Marlis Hungar, Fritz Papenbrock, Bärbel Rönicke, Wolfgang Scheiblich, Albert Würtz
- Literatur: Antonovsky, A.: Zur Entmystifizierung der Gesundheit, 1997
 Bullinger, H., Nowak, J.: Soziale Netzwerkarbeit, 1998
 Gastpar, Mann, Rommelspacher: Lehrbuch der Suchterkrankungen 1999
 Grawe, K, Donati, R., Bernauer, F.: Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. 1994
 Hass, W. und Petzold, G.: „Die Bedeutung der Forschung über soziale Netzwerke, Netzwerktherapie und soziale Unterstützung für die Psychotherapie – diagnostische und therapeutische Perspektiven“ in: Petzold, H., Märten, M.: Wege zu effektiven Psychotherapien 1999
 Petzold, H. (Hrsg.): Wege zum Menschen. Methoden und Persönlichkeiten moderner Psychotherapie. Ein Handbuch, 2 Bde. 1984
 Petzold, h.; Goffin, J.J.M., Oudhoff, J.: Protektive Faktoren und Prozesse - die „positive“ Perspektive in der longitudinalen, „klinischen Entwicklungspsychologie“ und ihre Umsetzung in die Praxis der Integrativen Therapie. In: Petzold, H., Sieper, J. (Hrsg.): Integration und Kreation. Modelle und Konzepte der Integrativen Therapie, Agogik und Arbeit mit kreativen Medien. 2 Bde. 1993
 Petzold, H.: Die „vier Wege der Heilung“ in der Integrativen Therapie. In: Integrative Therapie. Zeitschrift für vergleichende Psychotherapie und Methodenintegration. 4/1988 und I/1989.
 Petzold, H.: Integrative fokale Kurzzeittherapie und Fokaldiagnostik. Prinzipien, Methoden, Techniken. In: Petzold, H., Sieper, J. (Hrsg.): Integration und Kreation. Modelle und Konzepte der Integrativen Therapie, Agogik und Arbeit mit kreativen Medien. 2 Bde. 1993
 Petzold, H. und Steffan, A.: „Gesundheit, Krankheit, Diagnose- und Therapieverständnis in der „Integrativen Therapie““ in „Integrative Therapie“ – Das „biopsychosoziale“ Modell kritischer Humantherapie und Kulturarbeit, 2001
 Rahm, D., Otte, H., Bosse, S., Ruhe-Hollenbach, H.: Einführung in die Integrative Therapie. Grundlagen und Praxis. 1993.
 Reinecker, H. und Zauner, H.: „Kritische Lebensereignisse als Risikofaktoren des Alkoholismus“ in: Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten 1983
 Röhrle, B., Sommer, G & Nestmann, F.: Netzwerkinterventionen 1998
 Rost, W.D.: Psychoanalyse des Alkoholismus. 1987
 Rutter, M.: „Wege von der Kindheit zum Erwachsenenalter“ in: Petzold, H. (Hrsg.), Frühe Schädigungen – späte Folgen?, 1993
 Scheerer, S., Sucht 1995
 Scheiblich, W.: Sucht aus der Sicht psychotherapeutischer Schulen. 1994
 Spitzer, M.: Geist im Netz, 1996
 Uchtenhagen, Zieglgänsberger: Suchtmedizin. 2000
 Van der Kolk, Traumatic Stress, 2000



Sozialdienst
Katholischer
Männer e.V.
Köln

Sozialdienst Katholischer Männer e.V. Köln
Große Telegraphenstraße 31 · 50676 Köln
Telefon: 0221/20 74-0 · Telefax: 0221/20 74-303
E-Mail: info@skm-koeln.de · www.skm-koeln.de