

Summary

Komorbid-erkrankte Menschen (behinderte Personen, die gleichzeitig an einer Drogenabhängigkeit und einer psychischen Erkrankung – Persönlichkeits- oder affektive Störung, nicht-organische Psychose) leiden, fallen aus den systematischen Hilfen der traditionellen Hilfeangebote der Suchtkrankenhilfe (die psychische Erkrankungen nicht behandeln) und der psychiatrischen/psychotherapeutischen Angebote (die Abstinenz voraussetzen) heraus. Es gibt hohe Chronifizierungs- und Rückfall-, soziale- und medizinische Risiken sowie eine hohe stationäre Aufnahmehäufigkeit, begleitet von einer niedrigen Behandlungs-Compliance. Erforderlich ist ein integratives und störungsübergreifendes Hilfeangebot, das eine parallele Bearbeitung sozialer- und suchtspezifischer Probleme sowie von maladaptiven Bewältigungsstrategien ermöglicht. Das auf die Vermeidung kurzfristig wiederkehrender oder langfristiger stationärer Aufnahmen ausgerichtete ambulante Betreuungsangebot von „KOMO“ e.v. integriert sozialarbeiterische Elemente (Sicherung stabilisierender Umgebungsfaktoren), ein Krisen-Netzwerk in enger Kooperation mit spezialisierten Diensten und Trainingsmaßnahmen von nachhaltig-wirksamen Bewältigungsstrategien (Informationsvermittlung, Motivationsarbeit, Training von Streßbewältigungsstrategien, Kreativitätstraining, soziales Kompetenztraining) als abstinenz-vorbereitende Maßnahmen. Möglich ist dies durch eine enge Vernetzung multidisziplinärer Hilfeangebote.

1. Der Einrichtungsträger

Der Verein zur Förderung der Wiedereingliederung psychisch- und Sucht-Krankter (komorbid Erkrankter) in Stadt und Kreis Aachen „KOMO“ e.V. verfolgt satzungsgemäß das Ziel, Menschen mit Behinderung, die gleichzeitig an einer psychischen- und an einer Sucht-Erkrankung (Komorbidität) leiden, in ihrer beruflichen, sozialen und Persönlichkeitsentwicklung zu stärken.

Die rechtliche Grundlage der Wiedereingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung ist § 53 SGB XII.

Ziel ist es, dem benannten Personenkreis – in erster Linie Personen mit Persönlichkeitsstörungen oder nicht-organischen Psychosen und Drogenabhängigkeit, im Hinblick auf die immer größere Verbreitung politoxikomaner Abhängigkeitsmuster außerdem für Personen mit zusätzlicher, eventuell auch episodischer Alkoholabhängigkeit - Hilfeangebote zu unterbreiten, die ihn dazu befähigt, in Vermeidung oder Verkürzung stationärer Aufenthalte möglichst drogenfrei und psychisch stabilisiert seinen Alltag zu bewältigen.

Langjährige Erfahrungen haben gezeigt, dass traditionelle Hilfeangebote für Suchtkranke bei dem benannten Personenkreis mit seinen spezifischen Schwierigkeiten nicht greifen. Ebenso wenig greifen traditionelle Angebote für psychisch Kranke, weil diese eine Abstinenz voraussetzen, die

komorbid Erkrankte erst einmal nicht einhalten können, da der Suchtmittelgebrauch gezielt zur Selbstmedikation eingesetzt wird¹. Für niedrigschwellige Hilfeangebote gilt Abstinenz nicht als Voraussetzung, vielmehr wird beispielsweise eine Substitutionsbehandlung verstanden als eine Maßnahme mit der begründeten Erwartung einer Reduktion des Heroinkonsums sowie einer Stabilisierung des gesundheitlichen und sozialen Zustandes.

2. Zielgruppe

Zur Zielgruppe von „KOMO“ e.V. gehören behinderte Menschen - erwachsene Frauen und Männer aus dem Aachener Stadt- und Kreisgebiet, die gleichzeitig an einer psychischen- und an einer Sucht-Erkrankung leiden und daher bei ihrer Alltagsbewältigung auf intensive professionelle Unterstützung angewiesen sind. Es handelt sich um schwer Abhängige, die aufgrund fehlender langfristig-konstruktiver Bewältigungsstrategien chronisch abhängigkeiterzeugende Substanzen mißbrauchen, um unerträgliche psychische und emotionale Zustände zu mildern.

Die häufigsten komorbiden Störungen dieser Personengruppe sind dabei verschiedene Persönlichkeitsstörungen und verschiedene affektive Störungen; teilweise sind dies auch psychiatrische Doppeldiagnosen².

Diese Menschen haben viele und häufig auch viele negative Erfahrungen mit bestehenden Suchthilfeeinrichtungen oder Hilfeangeboten für psychisch Kranke gesammelt. Aufenthalte in psychiatrischen Einrichtungen beschränken sich auf Kriseninterventionen, weil keine Abstinenz vorliegt; Angebote der traditionellen niedrigschwelligen Suchtkrankenhilfe greifen nicht nachhaltig, da keine Behandlung der psychischen Erkrankung erfolgt.

Bei der Versorgung von behinderten Menschen mit Komorbidität stellen sich eine Reihe von Problemen, die das Versorgungssystem in ganz besonderer Weise fordern: Es gibt hohe Chronifizierungs- und hohe Rückfallrisiken in süchtige Konsummuster sowie eine hohe stationäre Aufnahmefrequenz; außerdem erhöhte Risiken für soziale Randständigkeit, soziales Störpotential und suchtspezifische Begleit- und Folgeerkrankungen. Begleitet werden diese Risiken von einer vielfach reduzierten Behandlungs-Compliance³.

Da sich außerdem in der Erlebniswirklichkeit eines Menschen mit dualer Störung oft die Aspekte beider Störungen miteinander vermischen, bedarf es eines integrativen und störungsübergreifenden Hilfeangebotes, in dem neben der Hilfe zur Bewältigung sozialer Probleme und einer

¹ Vgl. z.B. Khantzian, 1984; Zeller, 1990; Vgl. Krausz, M.; Müller-Thomsen, T. (1994): Komorbidität – Therapie von psychischen Störungen und Sucht – Konzepte für Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation, Lambertus, Freiburg im Breisgau.

² Vgl. Dr. Norbert Scherbaum und Carsten Meiering, 2001.

³ Vgl. Michael van Brederode, 2001.

verhaltenstherapeutisch orientierten Suchttherapie (Kontrolle des Konsums, Rückfallprophylaxe)⁴ eine Förderung des sinnvollen Umgangs mit der psychischen Problematik, das heißt eine Arbeit an alternativen Bewältigungsstrategien, stattfindet.

3. Zielsetzung des Hilfeangebotes

„KOMO“ e.V. verfolgt das Ziel, Menschen mit Behinderung, die an einer der oben beschriebenen dualen Störungen leiden, in ihrer beruflichen, sozialen und Persönlichkeitsentwicklung zu stärken mit dem Ziel einer stabilen Alltagsbewältigung jenseits von stationären Aufenthalten.

Dazu gehört die Sicherung stabilisierender Umgebungsfaktoren wie Wohnraum, finanzielle Grundversorgung, justizieller Beistand oder auch medizinische und psychiatrische beziehungsweise psycho-soziale oder psychotherapeutische Versorgung im Sinne eines Case-Managements.

Dazu gehört weiterhin die Schaffung von sozial-pädagogischen Angeboten, die sich einerseits beziehen auf eine Erweiterung von persönlichen Erlebnisweisen und eine Bearbeitung von maladaptiven affektiven Verarbeitungsprozessen; andererseits beziehen sie sich auf die Entwicklung von Strategien zum Aufbau und Erhalt zwischenmenschlicher Kontakte und deren Einüben im sozialen Kontext gruppenspezifischer Prozesse.

Unabdingbarer weiterer Bestandteil zur Erreichung des definierten Zieles für Menschen mit Behinderung ist eine enge Vernetzung der verschiedenen Hilfsangebote, das heißt eine enge Kooperation mit Institutsambulanzen und niedergelassenen (Fach-) Ärzten, psychiatrischen Krankenhäusern, Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe.

4. Angebote des „Betreuten Wohnens für komorbid Erkrankte“

Grundlage des ambulanten Betreuten Wohnens sind der individuelle Hilfebedarf des Klienten und seine Bedürfnisse sowie seine Möglichkeiten und Ressourcen. Die konkreten Hilfeleistungen werden in der Hilfeplanung zu Beginn einvernehmlich festgehalten und in einer Hilfe- und Betreuungsvereinbarung schriftlich niedergelegt. In regelmäßigen Abständen findet eine Überprüfung der angestrebten Ziele statt, die eine prozessuale Diagnostik ermöglicht, auf deren Basis der Hilfeplan eventuell fortgeschrieben wird. Voraussetzung für eine Aufnahme ins Betreute Wohnen sind neben dem Wunsch, an der Verbesserung der eigenen psycho-sozialen Situation zu arbeiten, ein Mindestmaß an praktischer Alltagsbewältigung und sozialer Kompetenz. Aufsuchende Sozialarbeit wird aufgrund der multiplen Problembelastung dieser Klientengruppe als integraler Bestandteil von Betreuung verstanden. Insgesamt sind die

⁴ Vgl. Prof.Dr. Michael Krausz, 2001.

einzelnen Bausteine von „KOMO“ e.V. als Bestandteile eines Hilfemodells zu verstehen, das integrative Beratungs- und Betreuungsformen zur Erhaltung von stabilen Lebensverhältnissen beinhaltet.

4.1. Sicherung stabilisierender Umgebungsfaktoren

Bei der Sicherung stabilisierender Umgebungsfaktoren für Menschen mit Behinderung geht es um die Schaffung beziehungsweise Erhaltung von basalen Notwendigkeiten des alltäglichen Überlebens durch Einzelfallhilfe. Dabei wird davon ausgegangen, dass das materielle Überleben die Voraussetzung ist für die Formulierung weiterer Ziele im Sinne einer Veränderung von Lebenskonzepten und der Möglichkeit, positive Erfahrungen mit anderen Menschen und mit Hilfesystemen zu machen⁵. Dies kann verschiedene Bereiche umfassen.

4.1.1. Beschaffung / Erhaltung von Wohnraum

Viele Personen aus der oben beschriebenen Klientengruppe brauchen Unterstützung bei der Beschaffung von Wohnraum beziehungsweise bei der Erhaltung des eigenen Wohnraums oder aber bei der Vermeidung von Heimunterbringung. Die Unterstützung reicht dabei von der konkreten Wohnungssuche über die Renovierung, Wohnungseinrichtung, das Einhalten hygienischer Mindeststandards sowie der Hausordnung bis hin zu klärenden und vermittelnden Gesprächen mit Vermietern. Dies macht regelmäßige Hausbesuche erforderlich. Ein nicht zu unterschätzender Punkt ist auch die Gestaltung des eigenen Wohnbereiches. Diesem kommt deshalb eine besondere Bedeutung zu, da sehr viele Klienten über einen langen Zeitraum aufgrund von Klinik- oder Aufenthalten in Obdachlosenunterkünften oder Inhaftierung ihr gestalterisches Potential erst neu entdecken müssen, bevor sie ihren eigenen Raum ‚ausfüllen‘, sich eine räumliche Heimat schaffen können.

4.1.2. Sicherung der finanziellen Grundversorgung

Ein wesentliches Hilfeangebot von „KOMO“ e.V. besteht in der Unterstützung, oftmals auch Begleitung bei Ämter- und Behördengängen mit dem Ziel, eine stabile Sicherung des Lebensunterhaltes zu erreichen. Das Empfinden einer hoffnungslosen Überforderung bei der Regelung behördlicher- und finanzieller Angelegenheiten in Verbindung mit den dafür zu bewältigenden Formalitäten und dem Vereinbaren und Einhalten von persönlichen Terminen ist eine typische Begleiterscheinung bei behinderten Menschen mit dualen Störungen. Gleichzeitig ist es in den meisten Fällen angezeigt, eine Schuldenregulierung einzuleiten und Freistellungen von Zahlungsverpflichtungen zu beantragen, damit die regelmäßig vorzufindenden Schuldenberge nicht in astronomische Höhen

⁵ Vgl. Elisabeth Hofmann, 2001.

wachsen. Viele Klienten greifen auch auf das Angebot einer Geldverwaltung zurück, weil sie erkennen, daß sie zu einer selbstverantwortlichen Finanz-Planung und -Einhaltung zumindest aktuell nicht in der Lage sind.

4.1.3. Justizieller Beistand

Es liegt in der Natur der Abhängigkeit von illegalen Drogen als einem Störungsmerkmal bei Komorbid-Erkrankten, dass sie in aller Regel einhergeht mit vielfachen Kontakten mit dem Ordnungs- und Strafrecht. Dabei spielen neben der ‚normalen‘ Beschaffungskriminalität insbesondere auch aggressive Durchbrüche gegenüber sich selbst, anderen Personen oder deren Eigentum eine Rolle, was als Folge der hohen affektiven Instabilität dieser speziellen Klientengruppe verstanden wird.

Gerade im Hinblick auf rückfallbedingte Beschaffungsdelikte hat sich eine günstige Sozialprognose, erstellt auf der Grundlage eines professionellen Hilfeplanes, als hilfreich bei der Haftvermeidung erwiesen. Gleichzeitig wird die Auseinandersetzung mit spezifischen gerichtlichen Auflagen in die Betreuung des behinderten Menschen mit einbezogen, zum Beispiel bei einer ausgesprochenen Bewährungsstrafe oder bei einer in Sozialstunden umgewandelten Geldstrafe.

Weiterhin ist davon auszugehen, dass bei einer auf den jeweiligen Einzelfall zugeschnittenen, im Bedarfsfall auch variabel-engmaschigen Betreuung unter Einbeziehung der Bearbeitung von maladaptiven affektiven Verarbeitungsprozessen (s. Punkt 4.3.3.) und einer engen Kooperation mit dem psychiatrischen Hilfesystem sich entwickelnde Krisensituationen frühzeitig erkannt und schnell spezielle Kriseninterventionen eingeleitet werden können, so dass aggressive Durchbrüche auch ohne langfristige stationäre Aufenthalte verhindert oder begrenzt werden können.

4.1.4. Hilfen im Bereich der medizinischen- und psycho-sozialen Versorgung

Aufgrund der oben erwähnten reduzierten Behandlungs-Compliance (vgl. Punkt 2) bedürfen behinderte Personen aus der umschriebenen Zielgruppe in der Regel der Unterstützung im Bereich der Wahrnehmung medizinischer und weiterer psycho-sozialer Hilfen, sei es durch Informationsvermittlung, motivationale Interventionen oder auch kooperierende Maßnahmen. Hierzu gehören auch die Vermittlung und Koordination anderer ambulanter Hilfen. Wesentliche Voraussetzung dafür ist der engmaschige Kontakt zu den Hilfesuchenden bei „KOMO“ e.V., der eine zügigere (zum Beispiel telefonische), flexiblere (zum Beispiel sind für andere Institutionen die Klienten auch ohne vorausgehende Terminabsprache erreichbar) und durch die fachliche Vermittlung von

professionellen Mitarbeitern mit einer idealerweise engen Beziehung zu den Betreuten unter Umständen deeskalierende Umgangsweise mit Problemen ermöglicht (zum Beispiel durch die Möglichkeit von inhaltlichen Erläuterungen in konflikträchtigen Situationen).

4.2. Krisenintervention

Kriseninterventionen bei Personen mit einem dualen Störungsbild spielen sich dem Wesen der behinderungsbedingten Beeinträchtigungen nach entweder auf der Ebene eines substanz-typischen Rückfalls ab oder aber auf der Ebene der psychischen Erkrankung, das heißt beispielsweise auf der Ebene eines psychotischen Schubes, eines (auto-) aggressiven Durchbruchs, einer depressiven Verengung des Sichtfeldes oder auch suizidaler Tendenzen. Rückfälle auf beiden Ebenen werden verstanden als dem Krankheitsbild immanent zugehörig; außerdem werden sie verstanden als wesentlicher Indikator für den aktuellen Stand des individuellen Entwicklungsprozesses beziehungsweise als relativierender Faktor zwischen Veränderungswünschen einerseits und dem Entwicklungsstand der dazu notwendigen Bewältigungsstrategien andererseits.

Unabhängig davon, auf welcher Ebene die Krise ausgelebt wird, ist schnelles und gezieltes Handeln seitens des Hilfesystems notwendig. Dabei ist das vorrangige Ziel immer, Krisen ambulant in einem Netz von professionellen- und Selbsthilfeunterstützern zu bewältigen. Gleichzeitig beinhaltet jede Krise auch die Chance zur Veränderung. Dies entspricht dem ressourcen-orientierten Ansatz von „KOMO“ e.V., der die Überzeugung beinhaltet: „ Es handelt sich bei diesen Patienten nicht um eine Gruppe von vorneherein Verlorenen, sondern das sind Menschen mit Ressourcen“⁶. Behinderte Menschen bringen als Experten ihrer persönlichen Problemkonstellation ihre Position zum Ausdruck. Diese ist ausschlaggebend für die Planung jeder weiteren Hilfemaßnahme.

4.3. Training von nachhaltig-wirksamen Bewältigungsstrategien / Erweiterung des individuellen Erlebnisraumes

Unabhängig davon, ob die psychische- oder die Sucht-Erkrankung als Ursache oder Folge der sich regelmäßig manifestierenden Defizite dieser Klienten zu betrachten ist, gilt es, diese zu bearbeiten und so eine langfristige Stabilisierung der Persönlichkeit zu ermöglichen.

⁶ Prof.Dr. Michael Krausz: „Stand der Entwicklung der Komorbiditätsforschung“ in: „Suchtkrank und psychisch krank – zwischen allen Stühlen? – Perspektiven der Versorgung bei Komorbidität“, Dokumentation der Fachtagung am 27. Juni 2001 in Köln, Landschaftsverband Rheinland, Amt 84, Koordinationsstelle Sucht, S. 28.

Dies geschieht auf den verschiedenen Ebenen menschlicher Lebensrealität: Der kognitiven, der leiblichen und der affektiv-emotionalen. Die Arbeit an den persönlichen Defiziten wird je nach den Bedürfnissen des Klienten sowohl im Einzel- als auch im Gruppensetting angeboten, wobei die gemeinsame Lernsituation in der Gruppe für verschiedene Kompetenzbereiche gleichzeitig als soziales Übungsfeld dient.

4.3.1 Informationsvermittlung über Substanzkonsum und psychische Erkrankung

In aller Regel besteht bei behinderten Personen mit komorbider Störung kein oder nur ein sehr geringes Verständnis für ihr Krankheitsbild. Hierbei ist davon auszugehen, daß bereits ein kognitives Verstehen der eigenen Erkrankung heilsame Wirkprozesse in Gang setzen und so zu einem adäquateren Umgang mit der eigenen Problematik führen kann.

In einer gemeinsamen Aufklärungsreihe geben Mitarbeiter der kooperierenden Einrichtungen verschiedener Spezialgebiete Hintergrundinformationen zur Erkrankung. Hierzu gehören zum Beispiel Erkenntnisse über Art und Ausprägung der Suchterkrankung, Art und Ausprägung der psychischen Erkrankung, über das Zusammenwirken von Sucht- und psychischer Erkrankung, über die starke Dynamik zwischen Sucht- und psychischer Struktur. Hierzu gehören weiterhin durchaus auch Abwägungen zwischen den Vor- und Nachteilen von Selbstmedikation auf der einen und Medikation auf der anderen Seite⁷.

4.3.2. Motivationsarbeit

Als wichtig in der Arbeit mit komorbid Erkrankten hat sich erwiesen, daß das Setzen globaler Ziele wie Abstinenz, Gesundheit oder Einstieg in den ersten Arbeitsmarkt eher kontraproduktiv wirkt. Sinnvoller ist die Identifizierung mehrerer kleiner, persönlicher und realisierbarer Teilziele, auf die innerhalb eines überschaubaren Zeitraumes hingearbeitet werden kann. Ein solches Ziel kann durchaus auch die langfristige Stabilisierung der aktuellen Situation sein, um eine Verschlechterung oder Einengung der Lebensbedingungen des behinderten Menschen zu vermeiden.

Auf dem „Weg der kleinen Schritte“ können tatsächlich Erfolgserlebnisse als persönliche Kompetenzerfahrung verbucht werden; gleichzeitig bleibt das Erleben von Frustrationen auf einen klar umrissenen Rahmen beschränkt und muß so nicht bodenlos werden.

Sowohl bei der Suche nach Teilzielen als auch bei der Entwicklung von Strategien zur Realisierung derselben zeigt sich die Einzel- wie auch die

⁷ Vgl. Prof.Dr. Michael Krausz, 2001.

Gruppenarbeit als sinnvoll. Zur Klärung der motivationalen Aspekte werden spezifische Techniken eingesetzt.

4.3.3. Training von Streßbewältigungsstrategien

Eine der wichtigsten Voraussetzungen zur Reduzierung der Belastung eines Komorbid-Erkrankten ist das Kennenlernen und Einüben von suchtmittel-freien Strategien zur Streßbewältigung / Affektregulation.

An erster Stelle besteht dabei die Notwendigkeit, regelmäßig bei dieser Klientengruppe unbewußt wirksame Affekte in den Bereich bewußter Wahrnehmung zu transportieren.⁸ Entscheidend ist dies deshalb, weil Affekte eine wichtige adaptive Funktion als Signal haben sowie bei der Vorbereitung einer adäquaten Antwort des Individuums auf seine äußere und innere Umwelt; außerdem haben sie eine wichtige Funktion als vermittelnde Elemente, um anderen den eigenen inneren Zustand mitzuteilen und entsprechende Reaktionen hervorzurufen⁹.

Behinderte Personen mit komorbider Störung stehen in der ständigen Gefahr, durch starke Affekte wie zum Beispiel Furcht oder Verzweiflung überwältigt zu werden. Die Gefahr einer derartigen Überwältigung ist umso größer, je mehr auch kleinere Signale einer affektiven Involvierung nicht bewußt wahrgenommen werden. In aller Regel sind die als negativ erlebten Affekte im Körpergedächtnis verankert und mit leiblichen (Miß-)Empfindungen verbunden.¹⁰

Aus diesem Grunde stehen bei den Trainingsmaßnahmen von „KOMO“ e.V. für nachhaltig-wirksame Bewältigungsstrategien körper- beziehungsweise leiborientierte Übungsangebote zentral, die die Aufmerksamkeit auf das eigene (körperliche) Erleben lenken und die Sensibilität für die eigenen Empfindungen schulen.

Dabei ist es unabdingbar, die Schulung der Selbstaufmerksamkeit an das Einüben von Techniken zu koppeln, die eine selbst-wirksame Affektregulierung ermöglichen. Dadurch können Ressourcen zu deren Bewältigung geschaffen oder wiederbelebt werden. Eine solche Neuerfahrung von Selbst-Wirksamkeit als persönliches Potential kann sich mit der Zeit zu einer Kompetenz-Struktur verdichten, auf die in neuen und unbekanntem Situationen zurückgegriffen werden kann.

⁸ Vgl. Voigtel, Roland (2001): Rausch und Unglück – Die psychischen und gesellschaftlichen Bedingungen der Sucht, Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau.

⁹ Vgl. Aucter, Th. Und Strauss, L.V. (1999): Kleines Wörterbuch der Psychoanalyse, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.

¹⁰ Vgl. Petzold, H. (Hrsg.), 1986: Leiblichkeit – Philosophische, gesellschaftliche und therapeutische Perspektiven, Jungfermann-Verlag, Paderborn. Vgl. Maaser, M.; Besuden, F.; Bleichner, F.; Schütz, R. (1994): Theorie und Methode der körperbezogenen Psychotherapie – Ein Leitfaden für die klinische Praxis, W. Kohlhammer Verlag, Stuttgart/Berlin/Köln.

Möglichkeiten zur Hinwendung auf persönliche Empfindungen und zur Wahrnehmungsförderung bieten zahlreiche Techniken wie zum Beispiel Phantasiereisen¹¹ oder Techniken zur gestalttherapeutischen „awareness-Schulung“¹². Übungen zum Umgang mit Affekten können auf der Grundlage von unterschiedlichen körper-orientierten oder meditativen Techniken angeboten werden¹³.

4.3.4. Kreativitätstraining

Wie unter Punkt 4.3.3. beschrieben, ist für beide Störungsbilder bei Komorbid-Erkrankten das Leben mit einem Konstrukt von Wirklichkeit symptomatisch, das sich in der eigenen Opferrolle und dem ohnmächtigen Gefühl, dem Leben hilflos und ohne Einwirkungsmöglichkeiten ausgeliefert zu sein, erschöpft¹⁴.

Eine Neubewertung dieser passiven, ohnmächtigen Wirklichkeitskonstruktion ist unabdingbare Voraussetzung für alle weiteren persönlichen Entwicklungsschritte. Neben dem gezielten Einüben von Techniken zur Affektregulation ist dabei die Förderung von Kreativität, von schöpferischen Bewältigungsmöglichkeiten, zentral. Insofern wird Kreativität als therapeutischer Wirkfaktor per se verstanden. Kreativität wird begünstigt durch einen möglichst freien Umgang mit Phantasien und Spielen¹⁵. Aus diesem Grund bietet „KOMO“ e.V. den Umgang mit künstlerisch-kreativen Techniken an.

Deren Einsatz korrespondiert unmittelbar mit der Aufgabe einer Neubewertung der oben beschriebenen passiven, ohnmächtigen Wirklichkeitskonstruktion: Bereits in dem Moment, in dem seelische Belastungen wie beispielsweise ein Gefühl von Ohnmacht bildnerisch oder plastisch zum Ausdruck gebracht werden, verläßt der behinderte Mensch die Rolle des passiv-Erduldenden und erfährt sich als Gestaltender innerhalb seiner eigenen Lebenspraxis. Über den Einsatz künstlerisch-kreativer Medien ist eine konstruktive, tätige Auseinandersetzung mit Gefühlen, Verhaltensmustern und Rollen, Lebensplänen und Erfahrungen und also auch eine schöpferische Bewältigung von Alltagsherausforderungen möglich.

Für diese Auseinandersetzung wird ein möglichst offener „Spielraum“ zur Verfügung gestellt, in dem der behinderte Teilnehmer sich selbst eine Aufgabe stellt und sich handelnd damit auseinandersetzt. Dabei ist davon auszugehen, dass die Wahrnehmung der Realität und ihre Gestaltung

¹¹ Vgl. Gudjons, Herbert (1997): Spielbuch Interaktionserziehung – Schriften zur Beratung und Therapie im Raum der Schule und Erziehung, Bd.1, Klinkhardt-Verlag, Regensburg.

¹² Vgl. Fuhr, Reinhard u.a. (Hrsg.), 2001: Handbuch der Gestalttherapie, Hogrefe-Verlag, Rosdorf/Göttingen.

¹³ Z.B. Yoga, Autogenes Training, Tai-Chi, Chi-Gong.

¹⁴ Vgl. Lammers, K. (1998): Verkörpern und Gestalten, Psychodrama und Kunsttherapie in der psychosozialen Arbeit, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.

¹⁵ Vgl. Aucher, T. und Strauss, L.V., a.a.o.

Hand in Hand gehen. Veränderungen werden erleichtert dadurch, dass der Klient mit sich selbst, seinen Gedanken, Ansichten und Verhaltensweisen konkret und auf symbolischer Ebene spielt. Das kann für Heilungsprozesse förderlich sein¹⁶.

4.3.5. Soziales Kompetenztraining

Insofern die unter Punkt 4.3. benannten Trainingseinheiten zur Entwicklung nachhaltig wirksamer Bewältigungsstrategien in einem Gruppensetting durchgeführt werden, beinhalten sie per se gleichzeitig ein soziales Kompetenztraining, da die Kommunikation mit anderen durch die Gruppenstruktur des Angebotes unausweichlich ist: Persönliche (Neu-)Erfahrungen werden innerhalb einer Gruppe gemacht, von anderen Gruppenmitgliedern in der einen oder anderen Form geteilt, kommentiert oder auch angezweifelt. Auf diesem Weg stellen sie gleichsam nebenher einen Raum zum Erwerb sozialorientierter Techniken bereit, die langfristig zu einer Gruppenfähigkeit führen können über die Entwicklung einer gemeinsamen Zielorientierung, das Einhalten von Regeln und Verbindlichkeiten, die gegenseitige Unterstützung und das Einüben von Konfliktlösungsstrategien. Auf der Handlungsebene wird eine kooperative und verantwortliche Nutzung der zur Verfügung stehenden Ressourcen wie Gruppenräume, Arbeitszeiten oder Materialien eingeübt.

Je nach dem individuellen Entwicklungsstand einzelner behinderter Betreuer bietet sich ein gezieltes, thematisch-orientiertes und im wesentlichen verbales Sozialkompetenztraining an: In Gesprächsgruppen, die sich an drängenden Problemkonstellationen der jeweiligen Teilnehmer orientieren wie zum Beispiel Zwangseinweisungen, Knast-, Prostitutionserfahrungen oder dem Verlust von nahestehenden Personen können die persönlichen Erfahrungen in Bezug auf ein soziales Umfeld formuliert und ihre Handhabung innerhalb eines geschützten gruppenspezifischen Kontextes erprobt werden. Aktuelle Konflikte in den sozialen Beziehungen des behinderten Menschen werden unausweichlich innerhalb der Gruppensituation reinszeniert und damit einer weiteren Bearbeitung zugänglich. So entstehen neue Chancen zur konstruktiven Gestaltung zwischenmenschlicher Kontakte.

Geübt wird hier gezielt und im Unterschied zu den anderen unter Punkt 4.3. beschriebenen Trainingsmöglichkeiten, sich von eigenen Erlebnissen und Verarbeitungsprozessen in gewissem Maße wieder zu distanzieren, um in einen sozialen Diskurs eintreten zu können. Dies wird als eine wesentliche Fähigkeit für die Bewältigung des gesellschaftlichen Alltags verstanden.

5. Vernetzung der Hilfeangebote

¹⁶ Vgl. Lammers, K. (1998), a.a.O.

Nur ein gut vernetztes Hilfesystem kann behinderten Menschen mit komorbider Störung so weit Unterstützung bieten, dass sie unabhängig von stationären Aufenthalten in der Lage sind, ihr Leben so zu organisieren, dass sich ihre individuelle Lebenssituation stabilisiert.

„KOMO“ e.V. bietet durch das Vorhalten alltagsstabilisierender Maßnahmen unter Einbeziehung soziotherapeutisch orientierter Techniken und Elementen einer verhaltenstherapeutisch orientierten Suchttherapie (vgl. Punkt 2) die Möglichkeit, eine Basis zu schaffen, auf deren Grundlage die Inanspruchnahme höherschwelliger, weil abstinenz-orientierter Hilfeangebote wie beispielsweise Psychotherapie vom behinderten Menschen irgendwann angedacht und tatsächlich realisiert werden kann.

Aufgrund der multiplen Problembelastung von behinderten Menschen mit komorbider Störung arbeitet „KOMO“ e.V. eng vernetzt mit anderen Hilfeinstitutionen beziehungsweise spezialisierten Hilfeangeboten zusammen. Dies können sein Kontakt- und Beratungsstellen, integrative Fachdienste, sozial-psychiatrische Zentren, niedergelassene Psychiater und Therapeuten, Fachärzte und –ambulanzen, Ämter und Behörden, Obdachlosenunterkünfte oder auch Justizvollzugsanstalten.

Als wesentliche Elemente des vernetzten Hilfesystems für behinderte Personen mit komorbider Störung und den bei diesem Personenkreis zu erwartenden akuten Krisensituationen werden stationäre Einrichtungen verstanden. In dem Moment, wo die Krise ambulant nicht mehr sicher genug zu bewältigen ist (vgl. Punkt 4.2.), ist eine gute Kooperation mit stationären psychiatrischen- und Entgiftungseinrichtungen unabdingbar. Nur eine solche kann gewährleisten, dass durch eine fachlich-kompetente und durch den Austausch von Hintergrundinformationen sachlich fundierte Einschätzung das Ausmaß der Krisensituation adäquat beurteilt wird und umgehend notwendige Schritte zum Schutz des behinderten Menschen veranlaßt werden können. Dazu können durchaus – möglichst kurzfristige – stationäre Aufnahmen gehören.

Durch die enge Zusammenarbeit zwischen stationären Einrichtungen und dem ambulanten betreuten Wohnen von „KOMO“ e.V. ist es möglich, in der stationären Krisenintervention ergriffene Maßnahmen in das ambulante Setting zu übertragen, so lange diese zur Stützung des behinderten Menschen erforderlich sind. Eine eventuell vor dem Hintergrund der Krise anstehende Korrektur des Hilfeplanes des betroffenen Klienten kann wiederum unter Einbeziehung der Fachkompetenz eines multiprofessionellen Teams erfolgen. Diese interdisziplinäre Herangehensweise ist Voraussetzung für die Fortschreibung des integrativen Hilfeplans bei „KOMO“ e.V. (vgl. Punkt 2.).