

Roland Helsper

Supervision ‚in der illegalen Sucht‘ – Arbeit in der Sphäre von Autonomie und Abhängigkeit, Leben und Sterben

Zusammenfassung: Der Beitrag umreißt die Entwicklung der professionellen Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen seit Beginn der 80er Jahre, hier bezogen auf den Konsum illegaler Suchtmittel. Er beschreibt stark fokussiert die dem Arbeitsfeld innewohnende Dynamik von Angst, Hoffnung und Enttäuschung, geprägt vom Wunsch nach Sicherheit, Struktur und der gleichzeitigen Tendenz, selbige zu unterlaufen: die Dynamik, wie sie auf Seiten der Abhängigen zu beobachten ist und wie sie ihre Abbildung in den (Überlebens-) Strategien der Mitarbeitenden findet. Der Autor benennt im Folgenden als hauptberuflicher Leiter einer Adaptionseinrichtung aus der Kundenperspektive, was er für Supervidierende und für Supervision in Bezug auf sein Arbeitsfeld als wesentlich erachtet.

Geschichte und Gegenwart

Der Begriff „Illegale Süchte“ bezeichnet die Konsumabhängigkeit von durch das Betäubungsmittelgesetz (BtmG) erfassten Stoffen, die im allgemeinen Sprachgebrauch überwiegend mit dem Sammelbegriff „Drogen“ belegt sind. Die Behandlung illegaler Süchte war bis zu Beginn der 80er Jahre ein klassisches Feld der Sozialarbeit, das häufig aus der Selbsthilfebewegung (Release Heidelberg) oder aus strengen amerikanischen Behandlungskonzepten (z.B. Daytop, Synanon) entstanden ist. Die Ärzte taten sich schwer mit der rebellischen Aussteigergeneration der Hippie- und Späthippieära. Kein Krankenhaus wollte diese schwierige Klientel zur Entgiftungs- und Entwöhnungsbehandlung aufnehmen. Der therapeutische Ansatz war tendenziell autoritär und straff strukturiert, man sprach vom „Brechen der Persönlichkeit“ und ließ in stationären Behandlungskonzepten (gerne?) den Patienten auch hin und wieder mit der Zahnbürste den Boden schrubben.

Mitte der 80er Jahre entdeckte die Suchtmedizin mit Beginn der Methadonsubstitution und der aufkommenden HIV-Problematik den illegalen Suchtbereich. Die 90er Jahre waren geprägt von Projektentwicklungen. Die Träger bewarben sich um alle möglichen Fördermittel, um der Klientel entsprechende Angebote machen zu können, aber auch um die eigene Existenz mit der Erschließung des neuen Marktes zu sichern oder auszubauen. Die Angebote, die sich etabliert haben, reichen von niederschweligen Projekten wie dem öffentlich zugänglichen Drogenkonsumraum, Kontaktcafes für warme Mahlzeiten, Wundversorgung und Duschen, Präventionsprogrammen, Behandlungsangeboten für abhängige Migranten, geschlechtsbezo-

genen Behandlungskonzepten, Behandlung ohne Wartezeiten, Beratungs- und Vermittlungsstellen, ambulanter und stationärer Rehabilitation, ambulant betreutem Wohnen bis hin zu Arbeits- und Beschäftigungsprojekten für Suchtkranke. Die Finanzierung der jeweiligen Bereiche war und ist unterschiedlich. Die Leistungsträger hatten und haben bestimmenden Einfluss auf die inhaltliche Ausrichtung der Arbeit. Adaption als Bestandteil der ‚Versorgungslandschaft‘ war bis 1993 klassische stationäre Nachsorge zu Lasten der überörtlichen Sozialhilfe mit dem Ziel, Kranke in die Gesellschaft zu reintegrieren. Mit dem 1993 vollzogenen Wechsel zur Rentenversicherung als Kostenträger wurde dieser Bereich Bestandteil der medizinischen Rehabilitation mit dem Ziel der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit.

Die neue Form der Adaption erforderte neue Behandlungskonzepte und damit die Nutzung unterschiedlicher Professionen. Es galt die Unterschiedlichkeit der Professionen als eine Spannung zwischen wechselseitig Fremdem auszuhalten und dies als qualitative Bereicherung zu begreifen. Heute umfasst dieses professionelle Spektrum Suchttherapeuten, Sozialarbeiter/-pädagogen mit suchttherapeutischer Zusatzqualifikation, die auf die Abstinenz ihrer Patienten fokussiert sind, Mediziner, die neben der Suchterkrankung psychiatrische Auffälligkeiten und evtl. eingegrenzte Leistungsfähigkeit diagnostizieren, sowie Arbeits- und Ergotherapeuten, deren Arbeitsauftrag sich auf die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit konzentrieren soll.

Ansprüche der Leistungsträger hinsichtlich des Konzeptes und der primären Zielsetzung der Behandlung müssen zur Verhandlung gebracht werden, weil sie mit den Zielsetzungen, die die Behandlungseinrichtung für fachlich vertretbar hält und verfolgt, nicht immer übereinstimmen. Der Leistungsträger hat primär die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit im Sinn, der Patient sollte nach abgeschlossener Behandlung maximal noch einen Resttherapiebedarf haben. Der Suchttherapeut soll, selbst wenn er es fachlich für notwendig hält, nicht aufdeckend (biografisch-konfliktzentriert) arbeiten. Aus diesem Konfliktfeld wird deutlich, dass ein latentes bis offenes Thema von Supervision die Wertschätzung der verschiedenen Professionen sowohl untereinander als auch von außen ist. Damit verbunden ist das Thema, wie und was von der Summe der geleisteten Arbeit sichtbar werden darf. Die Patienten haben neben ihrer Suchterkrankung häufig sekundäre Diagnosen wie: Posttraumatische Belastungsstörungen, Traumafolgestörungen, Angststörungen, Depressionen und emotional instabile Persönlichkeiten. Hinzu kommen chronische Erkrankungen wie Hepatitis C oder HIV. Die Mitarbeitenden haben sich im Laufe der Jahre ständig weitergebildet und kommen zu immer differenzierteren Diagnosen, die in die Behandlungsplanungen einfließen.

Die supervisorische Arbeit in der stationären Suchtbehandlung bedeutet somit Reflexion von Fällen im Sinne der prozessualen Diagnostik und Interventionsplanung, bezogen auf die Behandlung einzelner Klienten. Damit untrennbar verbunden sind die Reflexion der Rolle der Einzeltherapeuten und die Funktion des Gesamtteams. Als zweiter Schwerpunkt supervisorischer Arbeit steht die Entwicklung

des therapeutischen Teams, d.h. die Methode des Findens von Problemlösungskonzepten, die Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit und die konstruktive Gestaltung organisationsbezogener Strukturveränderungen.

Bindung durch Verbindung von Struktur und Beziehung

Soll in relativ knappem Umfang fokussiert dargestellt werden, womit Supervidierende im beschriebenen Arbeitsfeld konfrontiert werden, so bietet sich eine Standard-Thematik besonders an. Todesfälle von Klienten während oder nach erfolgter Behandlung gehören in der stationären Behandlung illegaler Süchte zum beruflichen Geschehen, auch wenn sie nicht alltäglich sind. Wird ein Team damit konfrontiert, ist es ‚typisch‘, dass während der stationären Behandlung verstärkt intrapsychische, interpersonelle und institutionelle Konflikte in der Mitarbeiterschaft zu Tage treten, wenn es um die Entscheidungsfindungen bezüglich vorzeitiger Entlassung aus disziplinarischen Gründen kommt. Das Regelwerk ist für Patient und Mitarbeiter klar geordnet. Allerdings gibt es unter der Überschrift „Individuelle Behandlung“ Ausnahmeregelungen. Das kann in Krisenphasen bedeuten, dass die Einzeltherapeuten sich besonders stark für die Nicht-Entlassung ihrer Patienten einsetzen. Es kommt vermehrt zu individuellen Entscheidungen zu Gunsten des einzelnen Klienten mit der Folge vermehrter Krisen in der Patientengruppe („Der hat sich nicht an die Regeln gehalten und darf doch bleiben – was ist denn das?!“) oder in der Gruppe der Mitarbeitenden („Die Patienten decken sich gegenseitig, wir haben keine Chance mehr gegen die Gruppe...“).

Supervision bearbeitet hier verschiedene Aspekte. Neben der Aufarbeitung eigener Ängste und Hilflosigkeit geht es im Wesentlichen um die Unterstützung des Mitarbeiterteams, entscheidungsfähig zu bleiben bzw. wieder zu werden; d.h., z.B. eine klare Prioritätenfindung vorzunehmen und die Arbeitsfähigkeit der Patientengruppe i. S. der Suchtbehandlung über das Interesse des Einzelklienten zu stellen, weiter im Schutz der Adaptionseinrichtung zu bleiben (und sich z.B. bei Therapiebehandlungen nach § 35 BtmG nicht unplanmäßig der Staatsanwaltschaft stellen zu müssen). Dieser Konflikt ist immanent und nimmt situationsbedingt (s.o.) ‚Fahrt auf‘, um dann auch wieder für eine Zeit lang in den Hintergrund zu treten. Ausgelöst durch den Intimitätscharakter der einzeltherapeutischen Behandlungssituation kommt es immer wieder zu uneindeutigem Entscheidungsverhalten der behandelnden Therapeuten – oder in Abspaltung des Ambivalenzkonfliktes zu uneindeutiger Haltung bei anderen Teammitgliedern. Bei klarer Indikation für vorzeitige Entlassung (aus disziplinarischen Gründen) tauchen bei den Therapeuten die ‚üblichen verdächtigen‘ Fragen auf: „Habe ich etwas nicht gesehen? Hätte ich es verhindern können? Habe ich mit meiner Behandlung versagt?“.

Besonders drängend werden diese Fragen meist, wenn es sich um Patienten handelt, die ‚richtig ans Herz gewachsen sind‘ z.B. weil sie in ihrem Leben stark vernachlässigt wurden, weil sie sich subtil hoch bedürftig präsentieren, oder weil

sie für die Mitarbeitenden Hoffnungsträger sind bzw. waren, bei denen man eine gute Behandlungsprognose gestellt hatte. Dem rückfallbedingten Erleben des Patienten, es doch trotz des Engagements der Therapeuten nicht geschafft zu haben und die wohlmeinenden Betreuungskräfte auch noch enttäuscht zu haben, bis hin zur Wut auf die Einrichtung, nicht gut genug ‚am mir‘ gearbeitet zu haben, kann spiegelbildlich das Erleben der Therapeuten gegenüberstehen: Versagensgefühl, Selbstzweifel, Enttäuschung über und Wut auf den Klienten, entwertender Sarkasmus bis hin zu resignativer beruflicher Bilanz, es selbst bei diesem aussichtsreichen Fall nicht geschafft zu haben.

Fragen nach der eigenen Rolle, nach eventueller Co-Abhängigkeit oder nach der Bedeutung eigener narzisstischer Bedürfnisse stehen im Fokus der Fallsupervision. Zugespitzt gefragt: Arbeite ich zum Wohl des Patienten oder zum eigenen Wohl? In den meisten Fällen ist dies glücklicherweise deckungsgleich, bedarf jedoch gerade bei Entscheidungsfindung der (supervisorisch geleiteten) Reflexion.

In einem Behandlungskonzept, welches Bindung und therapeutische Beziehung als wesentliches Behandlungselement sieht, ist für die Professionellen die Gefahr gegeben, selbst das neue, „substituierende Suchtmittel“ für den Abhängigen zu werden. Dies ist sorgfältig zu unterscheiden von einer professionellen emotionalen Versorgung i.S. von mütterlich und väterlich geprägter Zugewandtheit (auch „Nachfütterung“ genannt). Diese ist in vielen Fällen neben struktureller und emotionaler Begrenzung fester Bestandteil der Behandlung. Mit dem Wachstum einer Organisation verbunden sind unterschiedliche konzeptionelle Ausrichtungen und Aufgaben. Somit entstehen Konkurrenzsituationen im Gesamtteam: hier die Alten, da die Neuen, hier dieses Ziel, dort jenes, hier die Aufrechterhaltung der Hausordnung, dort das Auffangen der Rückfälle. Diese Spannungen kommen häufig im Gewand persönlicher Empfindsamkeiten einzelner Mitarbeitender daher und werden als solche Thema in Supervisionssitzungen. Supervision hat im Sinne beruflicher Qualifizierung die Aufgabe, die Hintergründe dieser emotionalen Bewegtheiten aufzudecken, Neues verständlich werden zu lassen, mit Bewährtem zu verbinden, Entscheidungen transparent und nachvollziehbar werden zu lassen.

Der Druck von Außen nimmt zu – Autonomie in Abhängigkeitsverhältnissen

‚Von Außen‘ gestellte Veränderungswünsche und -anforderungen waren immer Gegenstand von Bildungs- und Beratungsprozessen. Sie beanspruchen jedoch in der jüngeren Vergangenheit als Supervisionsthemen zunehmend Raum, vermutlich aufgrund des Umfangs und der immer kürzer werdenden Intervalle zwischen einer gerade vollzogenen Wandlung und der nächsten sich angekündigten Veränderungsanforderung. Veränderte Ressourcen und Krankheitsbilder der Klientel, kürzer angesetzte Behandlungszeiten, Budgetierung der Behandlung, Einsparungsforderungen trotz schon bestehender Kostendeckungslücken in den Vergütungssätzen –

die damit verbundenen Nöte, Verzweiflungen, Proteste und vorübergehenden Ohnmachtsgefühle können durch externe Bildung und Beratung im Sinne der Erhaltung der Arbeitsfähigkeit aufgefangen werden. Es wäre vermessen und nicht zielführend, hier von lösungsorientierter Beratung zu sprechen. Damit würde verdeckt, dass keine wirkliche Lösung in Sicht ist im Konflikt zwischen dem Finanzbedarf für eine gesellschaftliche Integration von Abhängigkeitserkrankten und Straftätern einerseits und dem Interesse von Politik und Beitragszahlenden andererseits, diesem unansehnlichen gesellschaftlichen Phänomen bzw. für die zu einer nachhaltigen Gesundung erforderlichen medizinischen, sozialen, und psychotherapeutischen Dienstleistungen möglichst wenig Geld zur Verfügung stellen zu müssen. Beratung und Supervision können jedoch dazu beitragen, in der aus eigener Kraft nicht lösbaren Situation persönliche Autonomie zu wahren und einen konstruktiven Umgang mit den Klientinnen und Klienten, mit den Kolleginnen und Kollegen und mit sich selbst zu finden.

Anschrift des Autors:

Roland Helsper, Am Gerstkamp 20, 44789 Bochum

Friedhelm Kitzig

Streiflichter – (Gegenwarts-) Zustände in der Psychiatrie

Zusammenfassung: Der folgende Artikel zeichnet die Geschichte der Psychiatrie in Deutschland seit der Psychiatrie-Enquete in ihren konzeptionellen, institutionellen und ökonomischen Dimensionen nach. Er beschreibt die damit verbundenen Veränderungsanforderungen an die Organisationen und an die in ihnen tätigen Mitarbeitenden, schwerpunktmäßig bezogen auf den Bereich der stationären psychiatrischen Versorgung. Der Autor zeigt abschließend Perspektiven auf, wie der Konflikt zwischen gestiegenen Qualitätsanforderungen einerseits und Qualität verhinderndem Aufwand zum Qualitätsnachweis andererseits eine Wendung zu wirklich besseren Versorgungs- und Arbeitsbedingungen für die Klientel bzw. das Personal nehmen kann.

Entwicklungslinien – Die Psychiatriereform

Vergleicht man den Zustand der heutigen Psychiatrie mit dem zur Zeit der Psychiatrie-Enquete 1975, so wird man feststellen, dass die Psychiatrie sich zu einem sehr differenzierten, wenn auch nicht einheitlichen System der Versorgung psychisch Kranker entwickelt hat. Der versorgungspolitische Wandel hat fast überall in der BRD mit dem Ausbau ambulanter und komplementärer Betreuungs- und Behandlungsstrukturen ein breit gefächertes Hilfesystem hervorgebracht.

Die Modernisierung und Verkleinerung der ehemaligen Großkrankenhäuser, die Dezentralisierung der Versorgungsangebote, der Aufbau von Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, von Tageskliniken und Institutsambulanzen führte zu mehr Gemeindenähe und einer besseren Behandlung von akut erkrankten Menschen. Zugleich hat die Phase der Deinstitutionalisierung die Versorgung von chronisch psychisch kranken und behinderten Menschen aus dem Medizinsystem und den Großkrankenhäusern verlagert in die Gemeinden mit einer veränderten Versorgungsstruktur mit Wohnheimen, ambulant betreuten Wohnangeboten und einer Fülle von institutionellen Hilfen der Eingliederung in Arbeit und Beschäftigung, Kontakt und Freizeit, insgesamt zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, so wie es der Gesetzgeber mit dem Bundessozialhilfegesetz beabsichtigt hatte.

Mit dieser Entwicklung trat zugleich das System der bis dahin nur marginal mit Psychiatrie betrauten Wohlfahrtspflege mit den ihr eigenen Traditionen und ideellen, organisatorischen und professionellen Mustern in die psychiatrische Versorgung ein und damit dem anderen traditionellen System der Medizin gegenüber. Mit der institutionellen Vielfalt ging einher eine Erweiterung des Spektrums der in der psychiatrischen Praxis tätigen Berufe. Ergebnisse und Erkenntnisse aus den