

BASYS

Berichte des Arbeitskreises für Systemische Sozialarbeit, Beratung und Supervision

Inhalt

Worte der Redaktion	3
Protokoll der Generalversammlung	5
Probleme, nichts als Probleme	9
Bücher.....	29
Termine	31



Alles fließt – nur der Wasserhahn tropft.

Graf Fito

BASYS

Berichte des Arbeitskreises für Systemische Sozialarbeit, Beratung und Supervision
ISSN 2072-0416

Herausgeber und Eigentümer:

Arbeitskreis für Systemische Sozialarbeit, Beratung und Supervision

Paulinensteig 4a, A-1160 Wien

Redaktion:

Prof. Dr. Walter Milowiz

DSA Renate Fischer

Verleger und Vertrieb:

Prof. Dr. Walter Milowiz, Paulinensteig 4a, A-1160 Wien

Alle Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Übersetzungen, Nachdruck, Vervielfältigung jeder Art, Vortrag, Funk- und Fernsehsendungen sowie Speicherung in Datenverarbeitungssystemen, auch auszugsweise, nur mit Quellenangabe gestattet.

Worte der Redaktion

Liebe KollegInnen,

wir feiern heuer einen runden Geburtstag. ASYS wird zwanzig. 1996 wurde unser Verein gegründet.

1996? Hm, mal überlegen, da war meine ältere Tochter erst zwei Jahre alt und die jüngere grad mal ein Gedanke. 1996, da war ich nach zwei Jahren Karenzzeit grad wieder ins Arbeitsleben eingestiegen und hatte alle Hände voll zu tun, um Beruf und Familie unter einen Hut zu kriegen.

1996, da war systemische Sozialarbeit für mich lediglich ein Titel aus dem Fortbildungskatalog der Bundesakademie für Sozialarbeit. Zugegeben, eine Weiterbildung, mit der ich bereits liebäugelte. Immerhin hatte ich während des Studiums Watzlawick und Haley gelesen und schon ein wenig Blut geleckt.

1996 war ich nach einigen Jahren Sozialarbeit auf der Suche nach griffigerem, leichtgängigerem Handwerkszeug für meine damals noch so bunte, vielschichtige und so wenig in Norm und Zielgruppenbeschreibungen gepresste Arbeit. 1996 verband ich mit „Walter Milowiz“ lediglich die Erinnerung an einen Professor, der mich zehn Jahre zuvor an der SozAk unterrichtet hatte. Ein Mann, der zwar faszinierende und spannende Dinge gelehrt hatte, an dem man jedoch besser nicht aneckte, wollte man nicht ins Visier provokanter bzw. provokativer Interventionen geraten.

Hätte mir 1996 jemand erzählt, dass ich zwanzig Jahre später mit diesem Mann gemeinsam im Redaktionsteam von BASYS sitzen würde, so hätte ich das lediglich als weit hergeholtten Scherz abgetan. Hätte man mir damals prophezeit, dass ich mal im Vorstand „seines“ Vereins sitzen würde, ich hätte nur ungläubig den Kopf geschüttelt.

Nein, 1996 lag ASYS noch nicht auf meinem Lebensweg. Allerdings, rückblickend betrachtet, standen da durchaus schon ein paar kleine Wegweiser und Werbetafeln am Wegesrand, die gen ASYS wiesen. Und,

nochmals rückblickend betrachtet, bin ich absolut froh über meine Entscheidung, an diesen Hinweisschildern in den folgenden Jahren nicht einfach blind vorbeigegangen zu sein.

Zwanzig Jahre, das ist schon ein ganz schön langer Weg von damals bis heute. Darüber gäbe es wohl noch einiges zu sagen. 36 Mitglieder hat unser Verein zur Zeit. Wann und wie sind diese denn ASYS über den Weg gelaufen? Wo verknüpfen sich die Wege und wo trennen sie sich wieder? All diesen Fragen wollen wir in unserer nächsten Ausgabe nachgehen. Wer von Euch etwas dazu zu erzählen hat, fühle sich bitte hiermit aufgerufen, schon mal die ersten Entwürfe zu Papier zu bringen.

Zurück zur Gegenwart. Was sich so tut im Verein, könnt ihr im Protokoll zur Generalversammlung 2016 nachlesen.

Anschließend daran bieten Marion Herbert und Christian Reininger einen anschaulichen Einblick in die Arbeit mit Suchtkranken und stellen eine Frage, die im Grunde nicht nur in Therapien mit Suchtkranken, sondern auch ganz generell in der Sozialen Arbeit immer wieder gestellt werden sollte: Was tun, wenn die klassischen Hilfsangebote den Bedürfnissen der KlientInnen nicht gerecht werden? Formale Strukturen versus individueller Lösungsansätze. Ein Thema, aktueller denn je.

Weitere Anregungen und Gedankenanstöße kann man sich bei den Buchrezensionen von Klaus Wögerer holen. „Team-Flow“ als Chance, um sich gemeinsam weiterzuentwickeln und Herausforderungen zusammen besser zu meistern. Und „Beschleunigung und Entfremdung“, wohl auch ein brisantes Thema in der heutigen Zeit.

Nicht zu vergessen – last but not least – unser Terminkalender am Ende des Heftes. Ich hoffe sehr, ich sehe viele von Euch bei unserem diesjährigen Sommerfest.

Uns allen wünsche ich eine erholsame Urlaubszeit!

Renate Fischer

Liebe KollegInnen,

20 Jahre - das ist eine lange Zeit. Anfangs dachten wir oft, ob der Verein wohl ein paar Jahre überstehen wird: Bernhard Lehr, Ursula Mayer und ich. Die Anfangseuphorie hatte sich bald gelegt. Aber letzten Endes sind wir doch insgesamt immer weiter gewachsen. Nicht gerade viel, was die Mitgliederzahl angeht, aber um so mehr, was die Aktivitäten betrifft. Bis heute hat sich die Arbeitsgruppe Literatur gehalten, die sich seit damals ungefähr monatlich trifft. Wir haben europäische Projekte durchgeführt und bieten heute nicht nur einen systemischen Zusatzlehrgang für soziale Berufe, sondern auch einen Supervisionslehrgang an.

Ich war heuer selbst überrascht, wie viele unserer Mitglieder publizieren und wie viele von uns Lehraufträge für Systemische Sozialarbeit oder ähnliches haben.

Was uns nicht so gut gelungen ist, ist die Integration der PraktikerInnen. Es sind zwar auch die publizierenden und unterrichtenden KollegInnen praktisch tätig, aber für die, die einfach nur Sozialarbeit betreiben, haben wir offenbar bis heute nicht das rich-

tige Angebot gefunden. Vielleicht lesen ja alle Mitglieder mit Freude unsere Zeitschrift BASYS, aber zu sehen kriegen wir nur wenige. Dennoch halten eigentlich fast alle dem Verein die Treue bis zur Pensionierung - manche sogar darüber hinaus.

Ich habe mich 20 Jahre lang bemüht, auch die PraktikerInnen anzusprechen und ich werde es weiterhin tun - vielleicht gelingt es ja doch noch irgendwann.

Vielleicht sehen wir uns ja schon beim diesjährigen Sommerfest, das wieder einmal im Juni stattfindet (18.6.2015), ich würde mich freuen.

Ich möchte noch Klemens Fraunbaum, Sabine Maurer und Klaus Wögerer als neue ordentliche Mitglieder begrüßen und Michaela Schneider, Martina Kampichler und Karin Kornprobst als fördernde Mitglieder. Ich hoffe, sie können bei uns in einen allseits nützlichen und angenehmen Austausch treten.

Und Euch allen und mir wünsche ich noch eine schöne fruchtbare Zeit bis zum nächsten Mal!

Walter Milowiz

Protokoll der Generalversammlung

des Arbeitskreises für Systemische Sozialarbeit, Beratung und Supervision

Datum: 7. April 2016; 19:00 – 21:30

Ort: ASYS-Büro, Paulinensteig 4a, 1160 Wien

Eingeladen waren alle Mitglieder des Vereins. Stimmrecht (aktiv und passiv) hatten nur die ordentlichen Mitglieder.

Anwesend: Walter Milowiz, Michaela Judy, Bernhard Lehr, Klaus Wögerer, Renate Fischer

Tagesordnung

1. Anträge zur Tagesordnung
2. Letztes Protokoll
3. Bericht des Vorstandes
4. Bericht des Kassiers und der Rechnungsprüferin
5. Entlastung und Neuwahl des Vorstandes
6. Finanz- und Aktivitätenplanung 2016
7. 20-Jähriges ASYS-Jubiläum
8. BASYS Neugestaltung und Redaktion
9. Nächster Lehrgang
10. Watzlawick-Tagung an der FH Eisenstadt
11. Allfälliges
12. Buffet

1. Anträge zur Tagesordnung

Keine

2. Protokoll der letzten Generalversammlung

Keine Einwände zum letzten Protokoll

3. Bericht des Vorstandes – Aktivitäten des Vereins 2015

Aktuelle Mitgliederzahl: 36.

Als **neue ordentliche Mitglieder** begrüßen wir Klemens Fraunbaum, Sabine Maurer und Klaus Wögerer.

Dieses Jahr wird der Verein **20 Jahre alt** (Konstituierende Generalversammlung am 12.6.1996).

BASYS: die Vereinszeitung hat ein neues Format, das Layout wird noch weiterentwickelt. Renate Fischer arbeitet seit Herbst in der Redaktion mit.

Unser **Sommerfest** am 2.10.2015 mit Tagungsteil „Seminarr“ (Geleitet von Renate Fischer, Klaus Kimbacher und Christian Reiningger) hatte 15 TeilnehmerInnen und war sehr gelungen.

Die **Arbeitsgruppe Literatur** trifft sich seit 20 Jahren immer noch regelmäßig etwa monatlich und hat jedes Mal zwischen 6 und 10 TeilnehmerInnen. Hier wird alles Schriftliche besprochen, was den TeilnehmerInnen interessant erscheint.

Der **Lehrgang 2015** hat mit 15 bzw. 14 TeilnehmerInnen begonnen - viele wollen den Beratungs- und den Supervisionsabschluss machen.

Lehrgangsabschlüsse vom Lehrgang 2011: Martina Kampichler, Karin Kornprobst (LG Syst. SV)

Es gibt erste Gespräche mit der FH Eisenstadt über eine mögliche **Kooperation bei den Lehrgängen**.

Die ASYS-LehrtrainerInnen treffen sich regelmäßig zweimal pro Jahr für einen Tag zur **Team- und Theorieentwicklung**. Im Frühjahr 2015 wurden ausnahmsweise vier Tage anberaumt und ein externer Trainer zum Thema „Systemdynamik -Theorieentwicklung“ eingeladen.

Michaela Judy beendete das 3-jährige LEONARDO-Innovationsprojekt **„ECVision. Supervision und Coaching in Europa**. Konzepte und Kompetenzen“ mit einem Handbuch „ECVision“ und einer großen Tagung „Recognizing Competences. ECVision: Comparability and Validation of Supervisory and Coaching Competences“ am 24. und 25.9.2015 in Wien. Im Oktober 2015 endete das Projekt, in dem ASYS assoziierter Partner war. Das ASYS Curriculum wurde gemäß dem in diesem Projekt u.a. erarbeiteten Kompetenzprofil dargestellt und entspricht damit als erstes Curriculum innerhalb der ÖVS den mit Dezember 2015 beschlossenen neuen Ausbildungsstandards. Diese beinhalten die Lernergebnisse, die ÖVS akkreditierte Ausbildungen vermitteln sollen.

Klaus Wögerer referierte über unser Projekt STEP auf der **Tagung der European Brief Therapie Association** in Wien („Don't think, observe“, 11.-13.9.2015): Workshop mit Käthi Vögtli und Klaus

Wögerer mit dem Titel „A glance over the garden fence - Blick über den Gartenzaun - STEP - Systemic social work Throughout EuroPe - a Lifelong Learning Programme funded by the Leonardo-da-Vinci-Partnership-Project of the European Commission 2010 - 2014“.

Berufliches:

Walter Milowiz unterrichtet an der Donau-Universität Systemische Sozialarbeit.

Christian Reininger unterrichtet bei der ARGE Bildungsmanagement Systemische Sozialarbeit u.a.

Bernhard Lehr unterrichtet nach wie vor an der FH Campus Wien Systemische Sozialarbeit und mehr.

Klaus Wögerer hatte Lehraufträge an der FH St. Pölten (Selbstorganisiertes Lernen, Begleitung Masterarbeit) und der FH Linz (Sozialarbeit & Arbeitslosigkeit, Betriebliche Sozialarbeit).

Johannes Herwig-Lempp ist nach wie vor Professor für Sozialarbeitswissenschaften/ Systemische Sozialarbeit an der Hochschule Merseburg.

Klemens Fraunbaum hat sich als systemischer Supervisor selbstständig gemacht.

Publikationen und Tagungen:

Ein Watzlawick-Symposium findet an der FH Eisenstadt am 24.11.2016 statt: geplant ist ein Vortrag von Walter Milowiz, sowie zwei Workshops (Renate Fischer und Walter Milowiz, Michaela Judy und Bernhard Lehr) Publikationen unserer Mitglieder im Jahr 2015:

Norbert Pauser: Mitherausgeber und Autor von zwei Artikeln („DPMM-Diversity performance Measurement & Management“ und „Leadership. Sowie: Diversity & Inclusion?“) des Buches: „Realisierung von Diversity & In-

clusion“ (Hrsg.: Marion Andrlík und Norbert Pauser), Wien 2015.

Michaela Judy und Walter Milowiz: „Diversity - Eine Überforderung? Auswirkungen kognitiver Dissonanzen im Managing Diversity“. Artikel im o.g. Buch von Andrlík & Pauser.

Christian Reiningger: Artikel „Probleme, nichts als Probleme!“, gemeinsam mit Marion Herbert im Buch: Sabine Klar, Lika Trinkl (Hg.): „Diagnose: Besonderheit. Systemische Psychotherapie an den Rändern der Norm“. Göttingen 2015.

Christian Reiningger: Buch „Das Fernbleiben in der ambulanten Drogentherapie: Eine Annäherung an ein weit verbreitetes Phänomen mittels quantitativer Analyse“. Wien 2015.

Johannes Herwig-Lempp: Artikel „Erfolge auswerten“ im Buch: Heidi Neumann-Wirsig (Hrsg.): „Lösungsorientierte Supervisionstools“. Bonn 2016.

Judy, M., Knopf, W. (Hrsg.): ECVision. Supervision und Coaching in Europa. Konzepte und Kompetenzen. www.anse.eu/ecvision.products.html

Ajdukovic, M., Cajvert, L., Judy, M., Knopf, W., Kuhn, H., Madai, K., Voogd, M.: Das ECVision Kompetenzprofil für Supervision und Coaching. www.anse.eu/ecvision.products.html

4. Bericht des Kassiers und der Rechnungsprüferin

Bericht von Bernhard Lehr über die finanzielle Situation des Vereins.

Michaela Judy hat die Kassaprüfung vorgenommen und sie für in Ordnung befunden. Dank an den Vorstand und die Rechnungsprüferin für die geleistete Arbeit.

Michaela Judy stellt den Antrag, das STEP-Konto mit 1.1.2016 aufzulösen. Dieser Antrag wird einstimmig angenommen.

5. Entlastung und Neuwahl des Vorstandes

Der Antrag auf Entlastung des Kassiers und des Vorstandes wird einstimmig angenommen. Der neue Wahlvorschlag (Walter Milowiz – Generalsekretär, Bernhard Lehr – Kassier, Renate Fischer – Schriftführerin) wird ebenfalls einstimmig angenommen. Der Vorstand dankt für das ausgesprochene Vertrauen.

6. Finanz- und Aktivitätenplanung 2016

Die Finanzplanung läuft in gleicher Weise wie 2015 ab. Sollten 2016 noch größere Vorhaben dazukommen, müssen diese in einer Extrasitzung besprochen werden.

Aktivitätenplanung 2016

7. 20-Jähriges ASYS-Jubiläum

Diskutiert wird, ob und in welcher Form eine Jubiläumsfeier gemacht werden könnte. Angedacht ist eine Feier im Rahmen des diesjährigen Sommerfestes, sowie die Vorstellung einer möglichen Schwerpunktsetzung für die kommenden Jahre. Eine Planungsgruppe wird ins Leben gerufen.

Termin fürs Sommerfest: Samstag, 18. Juni 2016

8. BASYS Neugestaltung und Redaktion

Das neue Layout der Vereinszeitung findet Anklang. Die Kosten dafür sind über das Vereinsbudget gedeckt. Ein paar Änderungen beim Layout sind noch in Planung. Artikel, Beiträge und Ideen der Mitglieder werden weiterhin gerne entgegengenommen. Veranstaltungstipps ebenso. Wer Institutionen kennt, die Interesse haben könnten, das BASYS zu abonnieren, bitte ebenfalls melden. Ein Jahresabo kostet € 18,- (ggfs. abz. Buchhändlerabbatt).

9. Nächster Lehrgang

Der Lehrgang 2017 ist in Planung. Das nächste Gespräch bezüglich einer Koope-

ration mit der FH Eisenstadt ab 2017 wird noch vor dem Sommer stattfinden. Zu klären ist, wie weit eine mögliche Kooperation gehen könnte. Der genaue Lehrgangsbeginn steht noch nicht fest.

Die Lehrgangsleitung agiert hier im Auftrag des Vereins. Etwaige Finanzpläne und Vorschläge werden dem Vorstand vorgelegt, der nach der Beschlussfassung die Verantwortung zur Durchführung an die Lehrgangsleitung zurückgibt.

Der Vorstand bedankt sich bei der Lehrgangsleitung für das Engagement.

10. Watzlawick-Tagung an der FH Eisenstadt

Alois Huber von der FH Eisenstadt hat Bernhard Lehr kontaktiert und eine Teilnahme des Vereins als Vertreter systemischer Sozialarbeit

F. d. P.: Renate Fischer

bei der geplanten Tagung angeregt. Dieses Angebot wurde gerne angenommen. ASYS wird mit einem Vortrag und zwei Workshops vertreten sein.

Tagungstermin zum Vormerken: Donnerstag, 24. November 2016

11. Allfälliges

Klaus Wögerer hat sein Interesse an verstärkter Mitarbeit im Verein ab dem kommenden Jahr kundgetan und wird Walter Milowiz voraussichtlich bei der Wartung der Internetseite und der Facebook-Seite des Vereins unterstützen.

Nächstes ASYS-Trainertreffen: 14.-15. Oktober 2016 in Echtsenbach

12. Buffet

Inoffizielles Palaver am Buffet.

Probleme, nichts als Probleme

Niederschwellige Psychotherapie für mehrfach belastete Menschen im Kontext der ambulanten Drogenhilfe¹

Marion Herbert, Christian Reiningger

„Probleme, ich sag´s Ihnen, nichts als Probleme!“ So beschreibt eine unserer Klient_innen ihren Alltag. Ähnlich erleben wir die Lebenssituation vieler Menschen, die eine ambulante Drogentherapieeinrichtung aufsuchen. In unserer Arbeit erkennen wir vier Belastungsfaktoren, die durchaus einzeln, aber vor allem in ihrer Wechselwirksamkeit eine große Herausforderung an eine Psychotherapie stellen: eine hochgradige Suchtmittelabhängigkeit, eine als psychiatrisch definierte Problematik, komplexe Traumataerfahrungen, sowie eine besonders prekäre soziale Lage.

Unserer Erfahrung nach ist die Kombination dieser vier Faktoren eine durchaus häufige Konstellation in der Arbeit mit Menschen im Kontext einer Drogenabhängigkeit. Zahlreiche Studien stärken diese Annahme. Paradoxerweise wird allerdings diesen besonders belasteten Klient_innen psychotherapeutische Behandlung zumeist vorenthalten. Und zwar deshalb, weil sie vorgebliche Mindestanforderungen nicht erfüllen können und somit als (noch) nicht therapiefähig gelten.

Mit dem vorliegenden Artikel wollen wir dieser – unserer Erfahrung nach weit verbreiteten – Haltung eine alternative Sichtweise entgegenstellen. Wir verstehen das Scheitern an klassischen Therapievorsetzungen als symptomimmanente und an sich schon behandlungswürdigen Aspekt der bestehenden Problematiken. Wir wollen aufzeigen, dass Psychotherapie gerade für diese Klient_innengruppe nicht nur dringend indiziert,

sondern auch möglich ist. Dazu braucht es Adaptierungen und einen Zugang, den wir „niederschwellige Psychotherapie“ nennen wollen. Wir möchten trotz aller Schwierigkeiten, auf die psychotherapeutische Arbeit in diesem Kontext stößt, dazu anregen, unkonventionelle Wege in der Behandlung dieser speziellen Klient_innengruppe einzuschlagen.

Spezielle Herausforderungen

Als besondere Herausforderung unserer Arbeit erleben wir, dass diese Klient_innen Schwierigkeiten haben, zu vertrauen und sich auf eine (therapeutische) Beziehung oder auf Herausforderungen einzulassen. Es lässt sich ein generell ängstlich vermeidendes Verhalten beschreiben, das sich vordergründig auch durch Aggressionen äußert. Aufgrund der vielfachen Belastungen kann selbst die Bewältigung des Alltags überfordern. Auch scheinbar nichtige Anlässe auf der sozialen, psychischen oder körperlichen Ebene können das fragile Gleichgewicht sehr verstören und teilweise massive krisenhafte Zustände auslösen. Uns begegnen häufig Impulsdurchbrüche, Übererregtheit, dissoziative Zustände und selbstschädigendes Verhalten (wie hochriskante Konsumformen bis hin zu lebensgefährlichen Überdosierungen, Suizidversuche, parasuizidale Handlungen, Ritzen, Schneiden und Beziehungsabbrüche). Längere Rückzugsphasen führen immer wieder zu unzureichender Versorgung mit Nahrung, Medikamenten und Drogenersatzstoffen, zu Arbeitsplatz- oder Wohnplatzverlust,

¹ Aus: Klar, S. und L. Trinkl (2016): „Diagnose: Besonderheit: Systemische Psychotherapie an den Rändern der Norm“. Göttingen. Mit freundlicher Genehmigung der AutorInnen

zu finanziellen Engpässen und zu steigendem sozialen Druck (beispielsweise von Seiten der Behörden). Es ist daher nicht verwunderlich, dass diese Klient_innengruppe mitunter sehr isoliert und unter Bedingungen lebt, die das Stressniveau sowohl körperlich, sozial und als psychisch chronisch hoch hält. Im Kontakt mit professionellen Helfer_innen werden diese Klient_innen deshalb oft als besonders anstrengend, mäßig sympathisch, unverlässlich, wenig Erfolg versprechend und als nicht „compliant“ erlebt. Die Potenziale dieser Menschen, wie z. B. eine außergewöhnliche Feingefühligkeit, werden oftmals erst im Laufe der Behandlung offenkundig.

Psychiatrische Diagnosen verstehen wir als Etikettierungen, die in einem in unserer Kultur traditionellen medizinischen Verständnis von Krankenbehandlung unerlässlich erscheinen, die die Kommunikation im fachlichen Diskurs erleichtern können und verwaltungstechnisch eine notwendige Vereinfachung darstellen. Psychotherapie (vor allem mit einem systemischen Hintergrund) sollte allerdings dieser Zuschreibung gegenüber kritisch distanziert bleiben. Auch wenn viele aktuelle Forschungsarbeiten die biologische Ebene in den Mittelpunkt ihres Interesses stellen, sollte nicht der soziale Kontext psychiatrischer Auffälligkeiten ausgeblendet werden. Keupp (2013) spricht in diesem Zusammenhang von der „Notwendigkeit einer psychotherapeutischen Gesellschaftsdiagnostik“ (S.6).

Da unsere Klient_innen meist „diagnostiziert“ wurden, sozusagen bereits psychiatrische Diagnosen „mitbringen“, möchten wir die am häufigsten nach ICD 10 (Dilling et al., 2000) vorkommenden dennoch anführen:

Alle Klient_innen werden mit einer und meistens mehreren Diagnosen aus der Gruppe „Psychische und Verhaltensstörungen durch

psychotrope Substanzen“ klassifiziert. In der Regel wird diagnostisch eine Abhängigkeit von Opiaten (F11) und zusätzlich die Abhängigkeit oder zumindest der schädliche Gebrauch weiterer Substanzen beschrieben (häufig Benzodiazepine F13, Alkohol F10, Cannabis F12 und Kokain F14). Gehäuft lassen sich zusätzliche Diagnosen aus folgenden Klassifizierungsgruppen finden: „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ (vor allem F60.3: Emotional instabile Persönlichkeitsstörung), „affektive Störungen“ (F32.1: mittelgradige depressive Episode) „neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ (F40: phobische Störungen oder F43.1: Posttraumatische Belastungsstörung). Seltenere vorkommend sind Störungen des Sozialverhaltens (F91), „Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren“ wie Essstörungen (F50) oder nichtorganische Schlafstörungen (F51), sowie „Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen“ (F20.0: paranoide Schizophrenie).

Es zeigt sich, dass die Klient_innengruppe, die wir hier beschreiben, im Hinblick auf ICD-Diagnosen sehr heterogen ist. Diese Klassifizierung erweist sich daher in unserer Arbeit als nicht besonders klärend. Feststellbar ist lediglich, dass Abhängigkeitsdiagnosen kombiniert mit psychiatrischen Diagnosen erstellt wurden und davon auszugehen ist, dass sich die meisten unserer Klient_innen in medikamentöser Behandlung befinden oder diese aus fachärztlicher Sicht zumindest angezeigt wäre.

Eine weitere verbindende Gemeinsamkeit scheint unseres Erachtens zu sein, dass diese hochgradig drogenabhängigen Klient_innen sehr häufig mehrfache und komplexe Traumata überlebt haben. Auffallend viele Klient_innen berichten von massiven Gewalterfahrungen, sexuellen Übergriffen oder

Vernachlässigung – oft über viele Jahre hinweg. Die Vermutung liegt nahe, dass diese komplexen Traumata vielfach sowohl in der Suchtentwicklung als auch in Bezug auf die psychiatrischen Auffälligkeiten eine bedeutende Rolle spielen. Bestehende Symptome sind daher teilweise nicht eindeutig den einzelnen Belastungsfaktoren zuzuordnen. Sind nun beispielsweise massive Schlafstörungen oder eine Schwierigkeit im aktuellen Gespräch präsent zu sein, Folge eines Substanzkonsums, ein Hinweis auf eine psychiatrische Problematik oder eine Traumafolge? (Damit könnte übrigens mitunter zu tun haben, dass die Diagnose „Posttraumatische Belastungsstörung“ bei diesen Klient_innen unserer Erfahrung nach relativ selten vergeben wird, obwohl fast durchgängig komplexe Traumata zu finden sind und bestehende Symptome auch in diese Richtung interpretierbar wären.) Hinzu kommt zumeist eine äußerst prekäre soziale Lage, die bestehende Problematiken noch weiter verschärft.

Was die hier beschriebene Klient_innengruppe vereint, ist also keine spezifische Diagnose, sondern eine mehrschichtige Problematik, die sich dadurch auszeichnet, dass die Vielfalt der auftretenden Symptome eine Behandlung laufend selbst in Frage stellt.

Voraussetzungen und Hindernisse

Häufige Fehltermine, wiederkehrende Unterbrechungen und Abbrüche der Behandlung, extreme Schwankungen in der Therapiemotivation und der Arbeitsfähigkeit, Überforderung mit gewissen Therapiemethoden und Rahmenbedingungen (wie Einhaltung der Hausordnung und Öffnungszeiten, pünktliches Erscheinen zu den Behandlungseinheiten, Durchhaltefähigkeit für die vorgegebene Dauer der Einheiten,...), Schwierigkeiten in der Umsetzung therapierelevanter Schritte

im Alltag, usf. erscheinen uns aufgrund der beschriebenen Belastungen wenig überraschend. Sie begründen allerdings auch die Einschätzung vieler professioneller Helfer_innen unterschiedlichster Berufsgruppen: „Dieser Klient (diese Klientin) ist nicht therapiefähig!“ Unserer Erfahrung nach ist damit oft die Vorstellung verbunden, dass vor allem Motivation, Durchhaltevermögen, Verlässlichkeit, Konzentrations-, Merk- und Reflexionsfähigkeit, Impulskontrolle und Erlebnisfähigkeit unabdingbare Voraussetzungen für eine Psychotherapie darstellen. Substanzinduzierte Beeinträchtigungen werden generell sehr häufig als Kontraindikation für eine psychotherapeutische Behandlung gesehen. Natürlich gibt es sehr nachvollziehbare Gründe für diese verbreitete Sichtweise. Gleichzeitig bedeutet dies streng genommen, dass eine bestimmte Klient_innengruppe per se von psychotherapeutischer Behandlung ausgeschlossen ist - jene Gruppe nämlich, die besonders und mehrfach belastet ist. Die beschriebenen Belastungsfaktoren liegen der „Therapieunfähigkeit“ zu Grunde und nicht grundsätzlich Unwillen, Charakterschwäche oder gar bewusste Bösartigkeit der Betroffenen (wie unserer Erfahrung nach noch immer häufig - zumindest implizit - unterstellt). Die Mindestvoraussetzungen einer Therapie nicht erfüllen zu können ist in diesem Fall an sich schon ein behandlungswürdiges Symptom.

Wir möchten unseren Klient_innen nicht ihre Selbstverantwortung, Entscheidungsfreiheit und einen gewissen Gestaltungsspielraum absprechen. Dies wird individuell unterschiedlich zu bewerten sein. Wir möchten aber deutlich auf jene behandlungsrelevanten Aspekte hinweisen, die sich aus den beschriebenen Belastungsfaktoren ergeben. Die Konzepte „psychiatrische Störung“,

„Sucht“ und „traumabedingte Belastungsstörung“ bzw. „Stressverarbeitungsstörung“ machen aus unserer Sicht nur dann Sinn, wenn den Betroffenen – analog zu somatischen Dysfunktionen – zugestanden wird, die damit zusammenhängenden Symptome (noch) nicht oder nur bedingt beeinflussen zu können.

Der Definition des Abhängigkeitssyndroms der WHO folgend (ICD 10) spricht man erst dann von Sucht, wenn die Klient_innen nicht mehr in der Lage sind, ihren Konsum ausreichend zu kontrollieren. Bei Vorliegen einer schweren Suchtproblematik kann man also davon ausgehen, dass diese Klient_innen nahezu durchgängig aufgrund der Beeinträchtigung in Folge ihres Substanzkonsums oder dessen Nachwirkungen (wie etwa Entzugserscheinungen) die klassischen Voraussetzungen einer Therapie nicht erfüllen und dass sie diesen Umstand von sich aus aktuell nicht ändern können. Beim besten Willen wird es diesen Klient_innen beispielsweise nicht möglich sein, völlig nüchtern in der Therapiestunde zu erscheinen.

Die Symptome der weiteren diese Abhängigkeit begleitenden psychiatrischen Auffälligkeiten und einer komplexen Traumafolgestörung wirken ebenso negativ auf die Gestaltung sozialer Beziehungen und somit auf die therapeutische Arbeit. Oftmals ist es für Klient_innen beispielsweise schwierig, das Nähe- und Distanzverhältnis auszubalancieren oder sich überhaupt auf eine als bedrohlich erlebte Beziehung oder auf belastende Themen einzulassen. Therapeutische Angebote werden oftmals äußerst ambivalent erlebt. Stationäre Aufenthalte wären möglicherweise hilfreich, aber werden von dieser Klient_innengruppe oftmals kategorisch abgelehnt oder sehr schnell abgebrochen. Auch bei anfänglich sehr großer Ver-

änderungsmotivation können die vielfältigen Herausforderungen, die diesen Menschen im Zuge einer Therapie begegnen, Resignation und Fluchttendenzen auslösen. Auch hier macht ein Krankheitskonzept aus unserer Sicht nur dann Sinn, wenn man davon ausgeht, dass diese Klient_innen bestimmte psychische Zustände und ihr Sozialverhalten in speziellen Kontexten nur bedingt steuern können. Auch sozioökonomische Umweltbedingungen können den Handlungsspielraum einengen und dem Erfüllen der klassischen Therapievoraussetzungen entgegenstehen. Psychotherapie ist für mittellose Bürger_innen nur bedingt zugänglich und oftmals ausschließlich über zusätzliche Hürden erreichbar (lange Wartezeiten, erhöhter Bürokratieaufwand, Verbindung mit behördlicher Kontrolle und Steuerung, Notwendigkeit von Datenpreisgabe,...). Diese Hürden sind für Klient_innen, die Schwierigkeiten im Sozialkontakt und Impulskontrolle zeigen, ohne Unterstützung oftmals kaum zu nehmen. Da Armut durchaus auch „vererbt“ wird, leiden viele Klient_innen bereits von Kindheit an unter den Folgen existenzieller Not und gesellschaftlicher Exklusion. Manchen fällt es aufgrund massiver Deprivation schwer, soziale Bindungen einzugehen. Andere müssen erst an den für sie völlig ungewohnten Zugang von Psychotherapie herangeführt werden und diese Art der Problembearbeitung umfassend neu erlernen. Wenn die Sicherung der Existenz chronisch bedroht ist, leidet in weiterer Folge ebenso auch der Therapieverlauf. Ein Termin bei einer Behörde oder die Verhinderung einer Delogierung kann wohl kurzfristig wichtiger sein, als ein Psychotherapietermin oder die Bearbeitung grundlegender psychischer Dynamiken.

Wie sollen nun diese mehrfach belastete Klient_innen ihre massiven psychosozialen Be-

lastungen in den Griff bekommen und „therapiefähiger“ werden, wenn ihnen der Zugang zur Psychotherapie von vornherein verwehrt wird? In der Suchtbehandlung ist der Ansatz eines Stufenaufbaus weit verbreitet, wie z.B. bei der Zielhierarchie nach Degkwitz (1998). Durch sozialarbeiterische und/oder medizinische Interventionen soll jene Stabilisierung erreicht werden, die als Voraussetzung für die nächste Stufe – die Veränderung grundlegender destruktiver psychischer Muster und sozialer Verhaltensweisen – angesehen wird. Problematisch daran ist, dass die hier vorgestellte Klient_innengruppe aufgrund der multifaktoriellen Symptomatik mit rein medizinischen und sozialen Angeboten über die basale Stufe der Überlebenssicherung unserer Erfahrung nach nicht hinauskommt aber psychotherapeutische Unterstützung erst an späteren Stufen einsetzt.

Wir betrachten Psychotherapie selbstverständlich nicht als einzig wirksame Behandlungsform, sind jedoch davon überzeugt, dass sie Ansätze zur Verfügung stellt, die hilfreich sind, wenn es um eine Veränderung der psychischen Grundproblematiken und des Sozialverhaltens gehen soll. Wir finden es bedauerlich, wenn diese Ressourcen nicht genutzt werden und ausgerechnet einer Gruppe von Menschen unzugänglich bleiben, die besonders belastet und gefährdet ist. Als ärgerlich empfinden wir, dass diese Zugangsbarrieren vorrangig damit gerechtfertigt werden, dass Klient_innen über einen Mangel an Motivation, Fähigkeiten und „compliance“ verfügen sollen und erlauben uns daher, die Frage zu stellen, ob diese Klient_innen wirklich nicht therapiefähig sind oder die klassische Psychotherapie in diesem Fall nicht klient_innenfähig ist?

Gedanken zu Ab- und Ausgrenzungsdynamiken

Die beschriebenen Lebenssituationen führen unseren Klient_innen ihre eigene Ohnmacht, Überforderung und Begrenztheit vor Augen. Nicht selten resultieren daraus Hoffnungslosigkeit und Resignation. Davon sind allerdings nicht nur Klient_innen und deren Umfeld betroffen, sondern auch Therapeut_innen. Dies wirft die Frage auf, ob der Ausschluss dieser Klient_innengruppe von psychotherapeutischer Behandlung auch damit zu tun haben könnte, dass die Konfrontation mit chronischem Scheitern an den Ängsten, Ohnmachtsgefühlen und Grenzen der Therapeut_innen und deren Therapieschulen rührt. Die Schwere existentieller Bedrohungen kann auch professionelle Helfer_innen bedrücken. Selbstverständlich ist es notwendig, sich als Psychotherapeut_in konsequent vor destruktiven Dynamiken zu schützen. Eine zu rigide und generelle Abgrenzung verhindert allerdings ein in Kontaktkommen und –bleiben mit diesen Klient_innen und ihren Themen. Es sollte in diesem Fall zumindest nicht vorschnell damit argumentiert werden, dass bestimmte Klient_innen nicht „therapiefähig“ seien – ohne gleichzeitig die eigene Beteiligung an dieser Situation kritisch zu reflektieren.

Wenn sich Psychotherapie trendgemäß über Erfolg, Fortschritt und Effizienz definiert, können scheinbare Nichtveränderungen, chronische Verläufe mit Rückfällen oder gar teilweise auftretende Verschlechterungen irritieren. Medikamentöse Therapie, die sich im Kontext Drogenabhängigkeit über viele Jahre erstrecken oder lebenslang indiziert sein kann, ist mittlerweile durchaus als notwendig anerkannt, auch in jenen Fällen, wo sich dadurch an der Grundproblematik wenig oder auch gar nichts ändert. Eine mehrjäh-

rige psychotherapeutische Behandlung hingegen wird tendenziell noch immer in Frage gestellt, wenn nicht ähnliche Erfolge nachgewiesen werden können wie in der Arbeit mit anderen therapeutischen Zielgruppen. Hier sehen wir die Notwendigkeit, Zielsetzungen entsprechend anzupassen. Die Reduktion der Gefahr irreversibler psychischer, sozialer und körperlicher Schädigungen, die Verhinderung oder auch bloß Verzögerung einer fortschreitenden Verschlechterung, die Sicherung des Überlebens, der Rückgang selbst- und fremdgefährdenden Verhaltens und eine Steigerung subjektiv empfundener Lebensqualität sollte neben Abstinenz mittlerweile ebenso als berechtigte Zielsetzung psychotherapeutischer Behandlung anerkannt sein.

Wir finden, dass die bestehenden Rahmenbedingungen vieler psychosozialer Einrichtungen nach teilweise jahrzehntelanger Einsparungspolitik in vielen Bereichen zunehmend die (psychische) Gesundheit der Mitarbeiter_innen gefährden. Abgrenzungstendenzen könnten auch als eine Art Selbstschutz des häufig kapazitätsmäßig und emotionell überlasteten Personals gedeutet werden. Die Exklusion bestimmter Bevölkerungsgruppen reproduziert sich so auch auf institutioneller Ebene. Betriebswirtschaftliche Notwendigkeiten haben oftmals fachliche Überlegungen weitgehend an den Rand gedrängt. Als besonders problematisch erachten wir dabei, wie politische und ökonomische Interessen mit fachlicher Argumentation verschleiert werden (vgl. Reiningger 2006). Aufgabe einer Profession wie der Psychotherapie sollte es unserer Meinung nach sein, aufzuzeigen, was fachlich notwendig und umsetzbar wäre. Ob für dieses Angebot auch der finanziell notwendige Rahmen zu Verfügung gestellt wird, ist dann eine wirtschaftliche und poli-

tische Entscheidung. Es sollte aber deutlich benannt werden können, dass eine fachlich indizierte und mögliche Behandlung für eine bestimmte Bevölkerungsgruppe nicht an dieser Gruppe selbst (wie so oft unterstellt) scheitert, sondern am mangelnden Willen der politischen Entscheidungsträger_innen, eine adäquate Behandlung zu finanzieren.

Forschungsergebnisse

Zahlreiche Studien belegen die Korrelation von Sucht und psychiatrischen Diagnosen, von komplexen Traumata und Sucht, sowie von Armut und Sucht. Ebenso gut belegt sind besonders ungünstige Behandlungsprognosen beim Aufeinandertreffen mehrerer der genannten Belastungsfaktoren. Überblicksmäßig und daher stark vereinfacht dargestellt, könnte man diese Ergebnisse wie folgt zusammenfassen: Dabei beziehen wir uns vor allem auf Zusammenfassungen bei Lüdecke, Sachsse und Faure (2010) und Reiningger (2010).

Je nach Studie leiden 47 bis 97% der Personen mit einer Drogenabhängigkeit im Laufe ihres Lebens an mindestens einer weiteren psychiatrischen Störung (vgl. Regier, Farmer, Rae, Locke, Keith, Judd, u. Goodwin, 1990; Frei u. Rehm, 2002; Wittchen, Bühringer u. Rehm, 2011). 70–90% der drogenabhängigen Menschen haben schwere Traumatisierungen erlitten (vgl. Brown, 1994; Giakonia et al. 1995; Schäfer et al. 2000; Langenland, 2003; Driessen, 2008, zit. Nach Lüdecke et al., 2010) Bei 80% der Personen mit Diagnose „Borderline-Persönlichkeitsstörung“ konnten kindliche Traumatisierungen gefunden werden (vgl. Driessen, 2008, zit. Nach Lüdecke et al., 2010). Bei über einem Drittel der Personen mit Mehrfachabhängigkeit von Alkohol und Drogen des Opiattyps besteht zusätzlich zur Abhängigkeit aktuell nach wie vor eine posttraumatische Belastungsstörung

(vgl. Hellmer, 2009). Klient_innen, die eine Betreuung in Einrichtungen der öffentlichen Suchthilfe in Wien aufsuchen, zeigen bei gängigen Indizien für Armutsgefährdung durchgängig äußerst problematische Werte. Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung schneiden sie in den Bereichen Ausbildung, Erwerbsarbeit, Einkommenssituation, Schulden, Wohnsituation bzw. Obdachlosigkeit, gerichtlichen Verurteilungen oder gesundheitlichen Problemen eklatant schlechter ab (vgl. IFES, 2009). Menschen im unteren Einkommensviertel (und dazu zählt die hier beschriebene Klient_innengruppe) sind einem stärkeren Problemdruck (z.B.: Lebensmittel einzukaufen, die Wohnungsmiete zu bezahlen) ausgesetzt, haben ein erhöhtes Risiko für soziale Isolation, müssen häufig auf potentielle Hilfe im nahen Umfeld verzichten, leiden öfter unter dem Verfall ihres Wohnumfeldes und Ausgrenzungserfahrungen und sind generell mit ihrem Sozialleben unzufriedener (vgl. Gallie u. Paugam, 2002).

Eine planmäßige Beendigung einer Therapie und längere Therapiedauer dürfte die Wahrscheinlichkeit eines langfristigen Therapieerfolges erhöhen (vgl. Roch, Küfner, Arzt, Böhmmer u. Denis, 1992; Simpson, Joe u. Brown, 1997; Stark, 1992; Sonntag u. Künzel, 2000). Generell sind allerdings sehr hohe Abbruchsquoten und gehäuft frühe Zeitpunkte der Therapiebeendigung in der Drogentherapie beschrieben (vgl. Baekeland u. Lundwall, 1975; Roch et al., 1992; Sonntag, Hellwich u. Bauer, 2008). Ebenso kommt es im ambulanten Setting häufig zu Fehlterminen im Laufe der Behandlung, signifikant gehäuft in der Gruppe jener, die später der Betreuung gänzlich fernbleiben (vgl. Reiningger, 2010). Klient_innen mit einer oder mehreren psychischen Störungen sind in der ambulanten Substitutionsbehandlung öfter bei der

Gruppe der Abbrecher_innen zu finden (vgl. Günthner, Dedner, Schäfer, Berl, Kuder, Bader u. Dengler, 2000). Patient_innen mit der Doppeldiagnose „Posttraumatische Belastungsstörung und Sucht“ weisen weniger abstinente Zeiten und schwerere Suchtverläufe auf (vgl. Lüdecke et al, 2010). Besteht die Symptomatik einer posttraumatischen Belastungsstörung nach einer stationären Therapie weiterhin, hat dies vermehrt Rückfälle zur Folge (vgl. Read, Brown u. Kahler, 2004). Jener Teil dieser Klient_innen, der sich in einer besonders prekären sozialen Situation zu Beginn einer ambulanten Behandlung befindet, gelangt seltener zu planmäßigen Abschlüssen. Ähnliches lässt sich auch hinsichtlich besonders riskanter Konsummuster (etwa bei Mehrfachabhängigkeit und intravenösen Konsum) vermuten (vgl. Reiningger, 2010).

Diese Ergebnisse spiegeln die Erfahrungen in unserer Arbeit wieder. Es kann davon ausgegangen werden, dass bei einer zahlmäßig großen Gruppe von Drogenabhängigen, zusätzlich zu einer Mehrfachabhängigkeit, auch psychiatrische Problematiken und/oder Traumatisierungen vorliegen. Zumindest bei Personen, die von der öffentlichen Suchthilfe betreut werden, ist überwiegend von Armutsgefährdung oder sogar manifester Armut auszugehen. Die Arbeit mit substanz- und zusätzlich auch ökonomisch und sozial höchst abhängigen Menschen als apolitisch zu begreifen, erscheint uns daher denkunmöglich.

Studien, die belegen wie häufig alle vier Belastungsfaktoren bei einer Person gleichzeitig auftreten, sind uns nicht bekannt. Da die einzelnen Belastungsfaktoren an sich genommen schon jeweils negative Auswirkungen auf den Therapieerfolg zu haben scheinen, kann bei kombiniertem Auftreten eine besonders ungünstige Behandlungsprognose angenommen werden. Mit gängigen Ange-

boten scheint diese zahlenmäßig vermutlich nicht kleine Zielgruppe mehrfach belasteter Personen demnach nur unzulänglich erreichbar zu sein. Inwieweit könnten die Behandlungschancen für diese Klient_innen verbessert werden?

Niederschwellige Psychotherapie

Im Bereich der Sozialarbeit haben sich niederschwellige Angebote bereits etabliert, da erkannt wurde, dass die herkömmlichen Anspruchsvoraussetzungen für bestimmte Klient_innen eine zu große Barriere darstellen, und zwar vor allem für jene, die sozialer Unterstützung am dringendsten bedürfen. Hierzu war es notwendig, die gängige Praxis zu erweitern und Angebote zu schaffen, welche die Anforderungen an die Zielgruppe reduzieren. Daraus entwickelten sich die aufsuchende mobile Sozialarbeit und viele andere offene Angebote. Der Erfolg dieser Entwicklung scheint fachlich außer Frage zu stehen und zeigt sich auch anhand der fortschreitenden Erweiterung dieses Ansatzes in den vergangenen Jahrzehnten (vgl. Nydegger Lory, B., Meier Kressig, M., Schumacher, Ch., Uchtenhagen, A., 2000).

Mayrhofer (2012) unterscheidet folgende Dimensionen niederschwelliger Sozialarbeit:

Zeitliche Dimension: Möglichst wenig zeitliche Vorgaben und Anforderungen in Hinblick auf die Zeitdisziplin der Klient_innen (z.B.: 24-Stunden-Verfügbarkeit, keine Terminvereinbarung, flexible Dauer)

Räumliche Dimension: Keine oder sehr geringe Schwellen für den räumlichen Zutritt und Aufenthalt (z.B.: aufsuchende soziale Arbeit im Lebensumfeld der Zielgruppe, sogenannte „Straßenlokale“)

Inhaltliche bzw. sachliche Dimension: Keine hohen Erfolgs- und Zielerfordernisse, möglichst wenig inhaltliche Begrenzung auf

ausgewählte Problemlagen

Soziale Dimension: die Beziehung zwischen Klient_innen und Unterstützer_innen stehen im Mittelpunkt, vor allem der Kontakt- und Vertrauensaufbau; Veränderungsarbeit und Problembearbeitung erfolgen gegebenenfalls zu einem späteren Zeitpunkt, Freiwilligkeit und Anonymität sind wichtig.

Wir sind der Meinung, dass auch Psychotherapie die Anspruchsvoraussetzungen dementsprechend reduzieren kann, ohne ihre Wirksamkeit einzubüßen. Wie dies in der Praxis aussehen kann, werden wir an späterer Stelle anhand einiger Fallbeispiele konkretisieren.

Um die Idee niederschwelliger Psychotherapie zu illustrieren, lässt sich Meilis Zielpyramide der Suchtbehandlung heranziehen – an der Basis zuerst Überlebenssicherung, darüber Schadensminimierung, dann Stabilisierung und schließlich Ausbau von Fähigkeiten (vgl. Meili, 2004). Dem Verständnis eines Stufenaufbaus folgend, stellt sie die aufeinander aufbauenden Schritte in diesem Arbeitsfeld dar. Zunächst setzt die Behandlung im untersten Bereich an, um nach Erreichen dieses Zieles die Themen der nächsten Stufe zu bearbeiten. An der Spitze der Pyramide, die dem Behandlungsabschluss entspricht, muss allerdings nicht mehr zwangsläufig Abstinenz stehen.

In der Suchtarbeit sind in den basalen Behandlungsstufen Sozialarbeit und Medizin am stärksten vertreten. Klassische Psychotherapie wird nach unserer Erfahrung üblicherweise erst in der letzten Stufe angesiedelt und nur punktuell in den anderen eingesetzt. Bei manchen Klient_innen reichen medizinische Interventionen aus, um das Überleben zu sichern, Schaden zu minimieren und eine Stabilisierung zu erlangen. Die Aufnahme in

das Drogensetzprogramm, die Verschreibung von Psychopharmaka, Safer Use/Safer Sex- und Sprizentauschprogramme sind hier beispielhaft zu erwähnen. Anderen helfen konkrete soziale Maßnahmen bei der Überwindung der drei basalen Stufen. Hierzu gehören Angebote, die existentielle Bedürfnisse abzudecken versuchen (Schlafplatz, Duschmöglichkeit, Wärmestube, sicherer Rückzugsraum, Essen etc.), die Vermittlung einer Wohnung bzw. die Abwendung eines Wohnplatzverlustes oder die Organisation finanzieller Unterstützungen.

Medizin und Soziale Arbeit schließen die Psyche in ihrer Arbeit natürlich nicht aus. Dennoch kann Psychotherapie als eigenständiges Unterstützungsangebot von Anfang an wesentlich dazu beitragen, dass Klient_innen ihre Lebenssituation verbessern. Besonders für jene Klient_innengruppe, die aufgrund ihrer speziellen psychischen Dynamiken von medizinischen und sozialen Angeboten oft nicht ausreichend profitiert, um aus einer permanenten Gefährdungssituation und Labilität herauszufinden, kann sie eine notwendige Ergänzung darstellen. Bedeutende Vertreter_innen der Traumatherapie (z.B. Huber, 2003, 2011; Reddemann, 2001) betonen die zentrale Bedeutung einer Stabilisierung der Klient_innen und ihres Lebensumfeldes für die Behandlung: „Traumatherapie hat sechs Phasen: Stabilisierung, Stabilisierung, Stabilisierung, Stabilisierung, Traumakonfrontation sowie Trauern und Neubeginn.“ (Hofman, zit. nach Reddemann, 2001, S.23). Ein sicherer, verlässlicher therapeutischer Rahmen wären für viele eine wichtige Stütze, um das Überleben zu sichern und diese Lebensphase und Krisen möglichst unbeschadet zu überstehen.

Niederschwellige Psychotherapie verlagert die Spitze der Zielpyramide bewusst in

Richtung Fundament. Der „Ausbau von Fähigkeiten“ kann sich so bereits auf die Zielsetzungen der grundlegenden Stufen, sowie auf die Therapiefähigkeit selbst beziehen. Voraussetzung dafür ist ein entsprechender Vertrauens- und Beziehungsaufbau. Bis eine tragfähige therapeutische Beziehung zustande kommen kann, braucht es mitunter viel Zeit und Geduld. Für manche Klient_innen stellt sie die erste stabile Beziehung in ihrem Leben dar. Mit Phasen des Rückzugs und der Abwehr ist daher zu rechnen. Hart, Nijenhuis und Steele (2006) betonen: „Eines der ersten und größten Probleme, die in einer Therapie mit chronisch Traumatisierten auftauchen, sind die großen und kaum überwundenen Schwierigkeiten solcher Menschen mit sozialem Kontakt und Bindung.“ (S.308).

Nach Lambert (1992) tragen vier bedeutsame Wirkfaktoren zu einem positiven Therapieergebnis bei: Klient_innen- bzw. extratherapeutische Faktoren (zu 40%), allgemeine Wirkfaktoren wie z. B. die therapeutische Beziehung (zu 30%), Placeboeffekte, Hoffnung und Erwartung (zu 15%) sowie Modell- oder Technikfaktoren (ebenfalls zu 15%). Da die beschriebene Klient_innengruppe meist über sehr begrenzte Ressourcen verfügt und externe Einflüsse immer wieder zu Belastungen oder Unterbrechungen des therapeutischen Prozesses führen, fällt es oft schwer, diesen Bereich zu fördern. Die Faktoren Hoffnung und positive Erwartungshaltung sind wohl ebenfalls nur in abgeschwächter Form wirksam, weil mehrfach belastete Klient_innen sich und ihr Umfeld oftmals als „chronisch scheiternd“ erleben. Andersort bewährte Techniken und Methoden lassen sich meist aufgrund der bestehenden Belastungen der Klient_innen nicht im herkömmlichen Sinne anwenden.

Niederschwellige Psychotherapie im Kon-

text Drogenabhängigkeit muss sich daher unserer Erfahrung nach zunächst auf den Faktor therapeutische Beziehung konzentrieren. Hier liegt für alle Beteiligten eine große Herausforderung (in Kontakt zu kommen und trotz Widrigkeiten auch zu bleiben), ein weites Arbeitsfeld (hier weisen Klient_innen mehrfache und teils sehr komplexe Schwierigkeiten auf), aber auch ein unmittelbar zugängliches und großes Veränderungspotential. Psychotherapie im herkömmlichen Setting genügt bei dieser ausgeprägten Form von Beziehungsarbeit nicht – es braucht mitunter ungewöhnliche Wege, um den erforderlichen Kontakt herstellen und aufrechterhalten zu können. Für die Stabilität der Beziehung sind in erster Linie die Therapeut_innen verantwortlich. Das bedeutet auch, sich von Misserfolgen, Rückschlägen, Nichtveränderung, Katastrophen, Fehlterminen etc. nicht verunsichern zu lassen.

Der Schwerpunkt niederschwelliger Psychotherapie liegt also zunächst in basalen Zielsetzungen – im Zentrum steht die Ermöglichung der Behandlung. Gemeinsam mit den Klient_innen wird laufend an den Voraussetzungen gearbeitet, damit sie überhaupt weitergeführt kann. Diese Arbeit dient nicht nur der Therapie als Selbstzweck, sondern stellt in vielen Fällen bereits eine hilfreiche erste Musterunterbrechung dar. Auf dieser Basis können im Laufe der Zeit andere therapeutische Interventionen wirksam werden. Destruktive Dynamiken können in der Folge benannt, reflektiert und schrittweise verändert werden. Ressourcen lassen sich (wieder-) entdecken und Hoffnung sowie eine positive Erwartungshaltung kann „wiederbelebt“ werden.

Niederschwellige Psychotherapie agiert demnach im nahen Umfeld sozialarbeiterischer Ansätze, fokussiert jedoch auf das

psychische System. Das spezielle Verständnis von psychischen Vorgängen, Erklärungsmodelle für Problemstehung und -aufrechterhaltung sowie sich daraus entwickelnde Veränderungsmöglichkeiten, die Methodik zur Anregung und Begleitung von Prozessen, Haltung und Techniken – all diese psychotherapeutischen Elemente können Sozialarbeit ergänzen und erleichtern. Aufgrund ihrer problematischen psychischen Dynamiken können diese Klient_innen oft nicht ausreichend von sozialarbeiterischen Angeboten profitieren. Klassische Psychotherapie wiederum stellt für viele dieser Klient_innen keine erreichbare Option dar. Niederschwellige Psychotherapie kann so gesehen eine bestehende Lücke schließen.

Klient_innen kommen auf diese Weise frühzeitig mit psychotherapeutischen Zugängen in Berührung und können beispielsweise Techniken zur Regulation belastender emotionaler Zustände erlernen, Notfallpläne erarbeiten oder ihre Handlungsmöglichkeiten zur Schadensminimierung erweitern. Sie erhalten intensive Unterstützung in der Überlebenssicherung, werden durch wiederkehrende suizidale Krisen begleitet, die dadurch weniger schädigend verlaufen können. Das gemeinsame Durchstehen dieser Phasen fördert auch den notwendigen Beziehungsaufbau. Die Klient_innen gewinnen somit wertvolle Zeit. Für die meisten ist dieser Zeitfaktor überlebenswichtig und beugt zumindest schweren Schädigungen vor. In der Substitutionsbehandlung gilt als eine inzwischen anerkannte Zielsetzung, dass Klient_innen im Sinne der Schadensminimierung und Stabilisierung möglichst frühzeitig in das Programm aufgenommen werden (vgl. Konsensus-Statement der Österreichischen Gesellschaft für arzneimittelgestützte

Behandlung von Haltmayr, Rechberger, Skriboth, Springer u. Werner, 2009). Es ist daher nicht einzusehen, weshalb – nahezu fahrlässig – viele Jahre vergehen müssen, bis eine notwendige und adäquate psychotherapeutische Behandlung beginnen kann.

Ideen zur Umsetzung in der therapeutischen Praxis

Wie bereits erläutert, wurden in der niederschweligen Sozialarbeit Konzepte entwickelt, die den Bedürfnissen besonders belasteter Klient_innengruppen gerecht werden, indem sie die Anforderungsdimensionen reduzieren. Wie lassen sich diese Ansätze für die Idee niederschwelliger Psychotherapie adaptieren? Wir möchten anhand einiger Fallbeispiele und unter Heranziehung der erwähnten Komponenten nach Mayerhofer (2012) darlegen, was in der Umsetzung niederschwelliger Psychotherapie für drogenabhängige Klient_innen notwendig ist, und von unseren Erfahrungen in dieser Arbeit berichten.

Flexibilität in der sozialen Dimension

Viele unserer Klient_innen berichten über Gewalterfahrungen, Vernachlässigungen, massive Grenzüberschreitungen durch wichtige Bezugspersonen und über Beziehungsabbrüche. Dies hat zur Folge, dass Beziehungen – auch die therapeutische – durchaus als potentiell gefährlich wahrgenommen werden.

„Ich habe viele Jahre gebraucht, um mich überhaupt in Psychotherapie zu trauen und ich merke, je besser wir uns kennen und umso wichtiger Sie für mich werden, desto mehr bekomme ich Angst und möchte abtauchen. Ich werte Sie dann massiv ab und schäme mich danach.“ So beschreibt eine polytox konsumierende, sehr reflektierte junge Erwachsene ihre Ambivalenz bezüglich

der therapeutischen Beziehung nach einhalb Jahren der Betreuung. Aber nicht alle Klient_innen haben schon Worte für ihr ambivalentes oder gar multivalentes Erleben der Helfer_innenbeziehung. Häufig werden Kontaktangebote seitens der Therapeut_innen von Klient_innen zunächst (verbal oder nonverbal) einfach abgelehnt. Diese „Ablehnung“ kann jedoch auch als eine wichtige Ressource verstanden werden, als ein eingehendes Prüfen, ob es sich lohnen könnte, sich auf das Angebot einzulassen. Therapeut_innen wiederum scheinen viel Geduld, Ausdauer und Zuversicht zu brauchen, da sich das Vertrauen nur sehr langsam entwickeln kann. Die Haltung des „sympathischen Lästigseins“ könnte helfen, Klient_innen zu vermitteln, dass sie wichtig sind und Therapeut_innen tatsächlich mit ihnen arbeiten möchten (vgl. Herbert, 2011).

Eine 22-jährige Klientin reflektiert nach sechs Jahren Begleitung über ihre anfängliche Vorsicht: „Nur dadurch, dass du dich so um mich bemüht hast – und das so lange – war es mir möglich, mich einzulassen. Ich habe gespürt, dass du dich wirklich für mich interessierst, nicht nur einfach deinen Job machst, aber gerade das hat mich auch irritiert, da ich selbst dachte, dass ich es eigentlich gar nicht wert bin, dass sich irgendjemand für mich interessiert. Zuhause war das nie so.“

Das Ermöglichen neuer Beziehungserfahrungen kann als Grundvoraussetzung erachtet werden, mit Psychotherapie überhaupt beginnen zu können. „Psychotherapie ist sowieso sinnlos! Was soll dieses Psycho-Blabla schon bringen?“ Dieses Statement bzw. diese Haltung behielt ein Klient auch nach Jahren der Therapie bei – einer Therapie, zu der er zuverlässig Woche für Woche freiwillig erschien. Hinter der vordergründigen Ent-

wertung waren stets seine Ambivalenzen zwischen Hoffnung und Resignation, zwischen Kontakt und Abwehr spürbar. Auch wenn wir im Laufe der Zeit gemeinsam darüber schmunzeln konnten, blieb die Artikulation der Skepsis weiterhin wichtig. Nachvollziehbar wurde sie erst, als sich herauskristalisierte, dass er sexuelle Gewalt (in Autoritätsverhältnissen und auch in einer Therapie) erleben musste. Aufgrund häufig extrem verletzender zwischenmenschlicher Erlebnisse ist es für Klient_innen besonders wichtig, nicht die Kontrolle über den Beziehungsprozess zu verlieren und die Würde zu bewahren. Dafür kann die Abwertung der Therapie bzw. der Therapeut_in durchaus nützlich sein.

Herr St., 24 Jahre alt, weist extrem viele Fehltermine auf und vermittelt widersprüchliche Botschaften. Mit ihm getroffene Vereinbarungen halten selten, obwohl er angibt, unbedingt in die Therapie kommen zu wollen. Erst nach jahrelanger Behandlung beginnt er offener über seine massiven Ängste und Zwänge zu sprechen und beschreibt, woran viele seiner Vorhaben (auch das, in die Therapie zu kommen) scheitern. Seither kann therapeutisch an diesen bis dahin tabuisierten Themen gearbeitet werden – obwohl nach wie vor Rückzugsphasen und Fehltermine den therapeutischen Prozess begleiten, weil er trotz großer Kraftanstrengung oftmals nicht in der Lage ist, seine Wohnung zu verlassen.

Es ist nicht immer einfach, sich von Unruhe und Krisenhaftigkeit, von Niedergeschlagenheit und Ohnmacht nicht anstecken zu lassen. Hoffnung und Mut zu vermitteln, hilft nicht nur Klient_innen, sondern auch Therapeut_innen dabei, schwierige Phasen zu bewältigen. Eine junge Erwachsene, die als Jugendliche hochriskant polytox konsumierte und zahlreiche suizidale Krisen durchlebte,

meinte nach sieben Jahren Betreuung und Stabilisierung: „Ich hatte leider sehr viele Höhen und Tiefen, aber du warst immer an meiner Seite und hast an mich geglaubt, sogar als ich es selbst nicht mehr tat, und wie du siehst, hat es sogar etwas gebracht und auch daraus habe ich etwas gelernt. Es gibt immer Hoffnung.“

Solange die Gefahr von (Re-)Traumatisierungen im Leben der Klient_innen (innerhalb der Familie oder der Drogenszene) weiterhin gegeben ist, scheint klassische Psychotherapie nicht möglich zu sein. Allerdings kann an den Voraussetzungen dafür gearbeitet werden. Die Kontinuität der Betreuung muss durch Psychotherapeut_innen gewährleistet werden – nicht von Klient_innen. Das bedeutet, dass in Absprache mit den Klient_innen nachgehend gearbeitet wird. Manche unserer Klient_innen schätzen es z.B. sehr, wenn sie vor ihrem Termin ein Erinnerungs-SMS erhalten.

Herr M. wohnt trotz schwerer Traumatisierungen, die in der Vergangenheit stattgefunden haben, und einem höchst aggressiven Klima weiterhin mit seiner Herkunftsfamilie zusammen. Sein Leben ist geprägt von Gewalt, sozialem Rückzug, Überdosierungen, somatischen Problemen und psychotischen Zuständen. Konkrete Veränderungsschritte und Unterstützungsmöglichkeiten durch andere Einrichtungen verweigert er konsequent. Mit nachgehender Arbeit kann trotz besonders schwieriger Phasen zumindest der Kontakt gehalten werden. An seinen psychotischen Zuständen ändert sich trotz Medikation und Psychotherapie nichts. Der Drogenkonsum allerdings reduziert und stabilisiert sich.

Wie sollen Klient_innen die Hoffnung auf Veränderung nicht verlieren und sich selbst aushalten, wenn die professionelle Helfer_in sie und ihr eigenes professionelles Scheitern

nicht aushält?

„Das ist ´ein hoffnungsloser Fall` : Wer den Balken im eigenen Auge nicht sieht, kann den Splitter beim anderen Menschen für tödlich halten.“ (Huber, 2003b, S.286). Oft braucht es Jahre der Unterstützung, bis sich kleine Veränderungen oder Verbesserungen einstellen. Wir haben die Hypothese entwickelt, dass das (gemeinsame) Scheitern als König_innenweg für die Beziehung genutzt werden kann. Auf diesem Weg erkennen sich Therapeut_innen nicht als Expert_innen, sondern solidarisieren sich mit den Klient_innen über die Hilflosigkeit. Sich in der Hilflosigkeit zu solidarisieren meint jedoch keinesfalls, in eine resignative Haltung zu verfallen („Da kann man nichts machen!“), sondern vielmehr den Gedanken festzuhalten: „Wir haben zwar noch keine Lösung, aber wir bemühen uns weiter!“. Die eigene Ratlosigkeit transparent zu machen und sich damit von der eigenen Effizienz- und Zielorientierung zu entfernen, ohne aufzugeben, könnte (auf Klient_innen- und Therapeut_innenseite) von gesellschaftlich dominanten Leistungsdiskursen befreien und den therapeutischen Prozess fördern.

Flexibilität in der zeitlichen Dimension

Unserer Erfahrung nach fällt es vielen Klient_innen schwer, Termine verlässlich oder gar pünktlich wahrzunehmen. Daher „dürfen“ sie selbstverständlich zu spät (oder zu früh) kommen, und wir vermitteln unsere besondere Wertschätzung dafür, dass sie überhaupt da sind. Eine hilfreiche Haltung könnte sich z.B. durch folgende Worte ausdrücken: „Ich freue mich, dass Sie es hierher geschafft haben. Mit dem Termin ist etwas ein bisschen durcheinandergeraten, ich hatte mir etwas anderes notiert – aber schauen wir einmal, wie sich jetzt alles ausgehen wird, da bin ich auf Ihre Geduld angewiesen.“ Erfahrungsgemäß

sind Klient_innen durchaus bereit, gegebenenfalls zu warten, bis sich ein Zeitfenster auftut, wenn Ihnen etwas wichtig ist.

Jessica ist 15 Jahre alt und konsumiert Cannabis, Speed, Kokain und MMC. Ihre immer wieder auftretenden Schwierigkeiten mit der Impulskontrolle lösen enorme Schwierigkeiten in ihrem sozialen Umfeld aus. An einem Tag kommt sie 50 Minuten früher als vereinbart und läutet somit in die Stunde einer anderen Klientin hinein. Sie hätte gedacht, der Termin sei für 16 Uhr vereinbart (statt 17 Uhr). Jessica reagiert verärgert und dysphorisch und meint, dass sie „so a scheiss Warterei jetzt fix ned dazagt“ (nicht durchhält). Es gelingt, sie dennoch zum Warten zu überreden, ein Energydrink (aus dem Praxiskühlschrank) und ein Stück Kuchen, das ihr von der anwesenden Klientin angeboten wird, scheinen dabei zu helfen. Zusätzlich schlägt die terminkompetentere Klientin vor, einfach den Termin zu tauschen, ihr mache das Warten nichts aus und sie habe Zeit. Jessica beruhigt sich allmählich und ist schließlich doch bereit, bis 17 Uhr zu warten. Somit hat sie auch die positive Erfahrung der Impulskontrolle gemacht.

Zeitliche Flexibilität bedeutet auch, dass eine Therapieeinheit nicht immer 50 Minuten dauern muss. Es hat sich bewährt, mit Klient_innen, die bereits einigermaßen über ihr Erleben reflektieren können, zu Beginn der Stunde zu besprechen, wie sie „heute da sind“ bzw. ob sie denken, dass sie eine ganze Einheit „aushalten“, mehr Zeit brauchen oder einen kürzeren Kontakt bevorzugen. Selbst wenn sie ohne Termin kommen, finden sich zumindest fünf Minuten Zeit, um zu hören, was im Moment besonders wichtig ist. Im Rahmen einer Institution begegnen wir Klient_innen manchmal auch ungeplant, z. B. wenn sie Ärzt_innentermine wahrnehmen.

Diese informellen und wenig bedrohlichen Kurzkontakte außerhalb des Therapiezimmers sind oftmals sehr bedeutsam, um in Kontakt zu kommen und zu bleiben. Ebenso wichtig sind in dieser Hinsicht Telefon-, SMS- oder auch Maillkontakte. Phasenweise stellen diese Medien die einzige Möglichkeit dar, um die Kommunikation aufrechtzuerhalten.

Fehltermine und Kontaktabbrüche sind unserer Ansicht nach als Teil der Symptomatik zu verstehen, mit dem gearbeitet werden kann. Wie bereits ausgeführt, löst Nähe manchmal auch Angst aus (z. B. vor Kontrollverlust) oder wird als bedrohlich erlebt (weil sie z. B. Verlust- oder Übergriffserfahrungen reaktiviert). Manchmal sind aber auch die Alltagsbelastungen einfach zu groß, ist der Überlebenskampf zu beschwerlich, um Begnungen zuzulassen.

Eine Klientin beschreibt das folgendermaßen: „Manchmal kämpfe ich von Stunde zu Stunde, um durch den Tag zu kommen. Die anderen sagen dann, dass ich eh nichts mache und nicht mal meine wenigen Termine schaffe. Mir geht es in solchen Phasen aber so schlecht, dass ich nicht einmal absagen kann. Ich möchte mich dann nur noch in meiner Höhle verkriechen.“

Ein anderer Klient meint beim Abschlussgespräch einer langjährigen Therapie: „Es war für mich so wichtig, nach Phasen meines Rückzugs einfach wiederkommen zu dürfen. Das war mir sowieso schon so peinlich und unangenehm. Ich war so wütend auf mich selbst. Hätten Sie mich bestraft, dann wäre das das ideale Futter für meinen weiteren Kampf gegen die Welt gewesen. Genauso wichtig war es aber auch zu wissen, auch mal nicht kommen zu können.“

Wir haben sehr gute Erfahrungen damit gemacht, bereits zu Beginn der Therapie gemeinsam mit Klient_innen den Erlaubnis-

spielraum zu schaffen, in Phasen des Rückzuges nachgehend Kontakt halten zu dürfen. Denn oft verhindert die Scham, dass Klient_innen sich wieder melden:

„Ich weiß nicht, wie das bei Ihnen ist, manche beschreiben, dass sie sich immer wieder zurückziehen, eine Auszeit von der Betreuung brauchen oder einfach abtauchen wollen. Dürfte ich Ihnen dann z. B. einmal in der Woche ein SMS oder Mail schreiben, ohne aufdringlich zu wirken? Oder Sie anrufen? Oder ist einmal in der Woche zu viel, besser 14-tägig?“

Selbstverständlich führen unentschuldigte Fehltermine bei der niederschweligen Psychotherapie zu keiner Betreuungsbeendigung. Gelingt es, mit Klient_innen in Kontakt zu bleiben und nach einem temporären Abbruch wieder weiterzuarbeiten, kann dies bereits eine Musterunterbrechung auf der Beziehungsebene darstellen. Gemeinsam erarbeitete Metaphern – wie „Ich bin in der Höhle“ oder „im Bunker“, „ich mach auf Präsidentenerreichbarkeit“ – lassen sich gut für die therapeutische Arbeit nutzen. Fragen wie: „Was brauchen Sie in der Höhle?“, „Was gehört dort nicht hin?“, „Im Bunker ist es sicher, aber vielleicht auch manchmal einsam – möchten Sie daran etwas verändern oder ist das Risiko noch zu groß?“, „Ein Präsident hat viel Arbeit, hoffentlich auch genügend Zeit für Erholung?“ etc. können dazu beitragen, dass Klient_innen ihre Strategien auch als Ressource wahrnehmen und so den Fokus vom Gefühl permanenten Scheiterns auf ihre Handlungsfähigkeit verlagern.

Sylvia, 22 Jahre alt, konsumiert Alkohol, Cannabis, Kokain und Partydrogen und weist viele familiäre Belastungsfaktoren auf. „In einem Auszucker“ hat sie die Simkarte ihres Handys zerstört. „Weil mir die Leute alle am Arsch gehen und ich niemanden mehr

packe“, lautet ihre Antwort auf ein nachgehendes Email nach einem unentschuldigtem Fehlertermin. Wir bleiben in Mailkontakt. Nach zwei Monaten ist es Sylvia wieder möglich, persönlich zur Therapie zu kommen. Wir sprechen über ihre Verletzlichkeit („Ja, bei mir hat man schnell ausgeschissen!“) und über den Wunsch, Kontrolle in Beziehungen zu haben, allerdings um den Preis, dass sie sich nur schwer einlassen kann, weil sie Verletzungen vermeiden will. Wir sprechen auch darüber, dass es Zeit braucht, um zu vertrauen, denn ihre Vorsicht hat gute Gründe. Sylvia beschreibt, dass es immer wieder eine Herausforderung ist, sich bei Freund_innen nach längerer Zeit des Rückzuges wieder zu melden, da viele mit Unverständnis reagieren. Beim Verabschieden bedankt sich Sylvia „ganz nebenbei“ dafür, dass sie weiterhin kommen darf. Nach vier Jahren fällt es immer leichter, mit den temporären Rückzügen umzugehen. Wir „üben“ sozusagen Beziehung in einem geschützten therapeutischen Rahmen – Humor hilft uns dabei sehr.

Was brauchen Therapeut_innen, damit dieses flexible Arbeiten trotz des hohen Aufwands und des entstehenden Durcheinanders lustvoll bleibt? Um unsere Arbeitsfähigkeit zu prüfen, stellen wir uns regelmäßig folgende selbstreflexive Fragen:

Werde ich allmählich ärgerlich auf die Klientin/den Klienten aufgrund des Terminchaos oder der „Unverlässlichkeit“? Wenn ja, was ärgert/verletzt mich? Wie kann ich wieder in eine gelasseneren Haltung kommen? Fühle ich mich durch das Nicht-Einhalten der Vereinbarungen in meiner Arbeit abgewertet? Wie kann ich meine Zeitstruktur so gestalten, damit gilt: Die Klient_in kann nichts falsch machen. – Bei Erscheinen arbeite ich gerne, bei Fernbleiben nütze ich die Zeit für mich sinnvoll?

Flexibilität in der räumlichen Dimension

Für manche Klient_innen sind Haustiere, v. a. Hunde, oft die einzigen stabilen Bezugswesen. Eine Klientin beschreibt das sehr berührend: „Ohne meinen Hund hätte ich mich schon längst umgebracht. Er tröstet mich, wenn ich weine - arg, wie der alles spürt. Und wenn ich schon nicht für mich selbst sorgen kann, dann ist mir wichtig, dass es meinem Hund gut geht. Das lässt mich jeden Tag weiterkämpfen. Klingt vielleicht komisch, ist aber so.“ Es ist daher naheliegend, dass in den Therapiestunden auch mit dem Hund (dem etwa in Ambulanzen der Eintritt verwehrt ist) spazieren gegangen wird, falls Klient_innen in Hundebegleitung kommen.

Anderen erscheint das Face-to-Face-Setting zu bedrohlich. Spazieren gehen oder nebeneinander anstatt einander gegenüber zu sitzen sind praktikable Möglichkeiten, um den möglicherweise noch als unangenehm empfundenen Blickkontakt zu vermeiden. Für sehr empfindsame Menschen muss manchmal auch ein ungewöhnlicher, aber dafür besonders geschützter Rahmen für die Gespräche gefunden werden.

Herr M., 27 Jahre alt, hat die Diagnose „paranoide Schizophrenie“ erhalten. Er bezieht die Geräusche im Wartebereich laufend auf sich und fühlt sich durch diese Stimmen persönlich massiv attackiert und bedroht. Die Verlagerung des Gespräches auf eine nahegelegene, abgeschiedene Parkbank macht es ihm möglich, sich etwas zu entspannen und sich besser auf unser Gespräch einzulassen. „Hier greifen mich die Stimmen nicht so an!“

Häufig auftretende Krisen gehören zum Alltag unserer Klient_innen, daher kommt der Krisenintervention ein sehr hoher Stellenwert zu. Unbürokratische interdisziplinäre Zusammenarbeit (Sozialarbeit, Suchtmedizin,

Psychiatrie, Psychologie etc.) erleichtern die Krisenbewältigung. Aber auch aufsuchende Psychotherapie mit der Möglichkeit, bei Bedarf auch im Lebensfeld der Klient_innen zu intervenieren, kann entlastend und heilsam wirken. Vielen Klient_innen fällt es schwer, auf Ämtern und Behörden ruhig und sympathisch vorzusprechen, wenn es um existenzielle Belange geht. Manchmal wird es daher auch nötig sein, Klient_innen vor Ort zu begleiten, um deeskalierend und unterstützend zu wirken.

Eine junge Erwachsene formuliert das folgendermaßen: „Könntest du mich bitte aufs Sozi begleiten? Die sind dort immer so von oben herab und wenn mir dann wieder irgend so ein Scheißzettel fehlt und die mich wegschicken, zuck ich aus.“ Die soziale Realität kann ein gutes Übungsfeld für die Aneignung sozialer Fertigkeiten darstellen, wenn diese nicht chronisch überfordern. Mit Unterstützung kann erlernt werden, wichtige Amtsgänge konstruktiver über die Bühne zu bringen (vgl. dazu auch Konzepte der Multifamilientherapie, Asen u. Scholz, 2009). Da es hier meistens um die Sicherung existenzieller Grundlagen geht, entscheiden manche Termine auch darüber, ob die Therapie fortgesetzt werden kann. Auch aus diesem Grund erscheint es uns sinnvoll, wenn Therapeut_innen hier unterstützend tätig sind.

Flexibilität in der inhaltlichen Dimension

Da es höchst unwahrscheinlich ist, dass drogenabhängige Klient_innen stets nüchtern zur Therapie erscheinen, scheint es uns zweckmäßig, trotz ihrer Beeinträchtigung mit ihnen zu arbeiten. Der Umgang mit der Beeinträchtigung kann so im Rahmen des Gesprächs thematisiert werden. „Ich weiß gar nicht mehr, was wir letzte Woche besprochen haben ... Mmh ... Vielleicht sollten wir die Termine etwas früher ansetzen, wenn ich

noch weniger intus habe!“

Erwartungen an Erfolge und Ziele der Therapie sollten nicht zu hoch angesetzt werden, da das Arbeiten an Veränderungen oft erst nach einer langen „Vorlaufzeit“, in der es um Stabilisierung, Krisenbewältigung und Vertrauen geht, möglich ist.

Dazu ein Beispiel aus dem institutionellen Kontext: Andrea, 16 Jahre alt, polytoxischer, hochriskanter Konsum (Opiate i.V., Benzodiazepine, Alkohol, Cannabis und Kokain) kam zwei bis drei Mal wöchentlich in hoch beeinträchtigtem Zustand, ohne konkrete Anliegen zu formulieren. Aufgrund des hochriskanten Konsummusters und der ständigen Beeinträchtigung war eine Substitutionsbehandlung zunächst nicht induziert. Die Jugendliche formulierte selbst: „Keine Ahnung, warum ich hergekommen bin, aber da bin ich jetzt.“ Wir setzten uns dann zusammen, manchmal wollte Andrea Tee trinken oder etwas essen, manchmal mit ihren Eltern telefonieren. Erst nach einem mehrmonatigen Haftaufenthalt stabilisierte sich allmählich ihr Konsum. Ab diesem Zeitpunkt waren wöchentliche Termine im klassischen Setting möglich. Wir reflektieren rückwirkend über ihre „High Risk Low Fun-Phase“, Andrea ist froh, dass sie sich stabilisiert und diese Zeit überlebt hat. Sie meint, dass es „damals gut war, einfach wohin kommen zu können, wo ich erwünscht war.“ Im klassischen Verständnis würden die anfänglichen niederschweligen Kontaktangebote wohl nicht als Psychotherapie bezeichnet werden, scheinen aber eine wichtige Intervention auf der Beziehungsebene zu sein, damit psychotherapeutisches Arbeiten überhaupt möglich ist.

Es hat sich bewährt, bei Bedarf Familienmitglieder, Partner_innen und andere wichtige Bezugspersonen miteinzubeziehen und somit das Setting zu erweitern (persönliche Mittei-

lung Mehta, vgl. auch Mehta, 2003). Dabei sollte transparent gemacht werden, dass es sich um eine Einzeltherapie unter Einbezug wichtiger Bezugspersonen handelt (und nicht um den Wechsel zwischen Paartherapie, Familientherapie und Einzeltherapie), um Missverständnissen und Unklarheiten hinsichtlich des Auftrags entgegenzuwirken.

Herr A., 30 Jahre alt, leidet sehr unter den bestehenden Paarkonflikten, die unter anderem auch daher rühren, dass seine Partnerin darauf besteht, er solle die Substitutionsbehandlung beenden, da diese ihrer Meinung nach nichts verbessere. Die Einladung der Partnerin zu einem Gespräch, in dem fehlende Informationen zur Substitution vermittelt werden, reduziert diesen Druck spürbar. Vor allem aber führt dieses Gespräch sehr rasch und intensiv zu neuen wichtigen Themen in der Psychotherapie (fehlendes Vertrauen, unrealistische Erwartungshaltung, Tabuisierung von Rückfällen, destruktiver Umgang mit Druck und Misserfolgserlebnissen, Kommunikationsmuster etc.).

Manchmal ist ein deklariertes Wechsel zu sozialarbeiterischen Interventionen zielführend, wenn diese akut notwendig sind.

Im Fall des Herrn S., 45 Jahre alt, sind schwerste Traumatisierungen bekannt. Kurze Phasen, in denen intensiv mit klassischen Psychotherapiemethoden im Sinne einer Stabilisierung gearbeitet werden kann, werden regelmäßig durch wiederkehrende psychosoziale Krisen unterbrochen (Trennung, Gewaltvorfälle, Wohnungsverlust, finanzielle Probleme, Rückzug, Verlust der Sozialversicherung etc.). Ein deklariertes Umstieg auf sozialarbeiterische Betreuung, in der er eine ausreichende sozioökonomische Stabilität wiedererlangen kann, unterstützt ihn sehr. Danach kann an der psychischen Stabilität weitergearbeitet und auch die vo-

rangegangene Phase im Hinblick auf die Psychodynamik reflektiert werden. Das chronische Wechselspiel zwischen Scheitern und Rückzug kann mit der Zeit von ihm benannt und verändert werden. „Ich fühl mich dann so scheiße. Mich drückt es regelrecht in die Couch. Ich komme nicht mehr hoch und schaffe gar nichts mehr. Wie ich das hasse! Und wie ich mich dann dafür hasse! So ein Versager. Ich sehe es schon kommen, aber ich kann gar nichts dagegen machen. Ich gehe nicht mehr aus dem Haus, obwohl ich genau weiß, dass das wieder in die Katastrophe führt. Auch hierher komme ich dann zu diesen Zeiten nicht mehr, obwohl es mir helfen würde.“ Manchmal muss die Wiederholung des Scheiterns zuerst einmal von außen unterbrochen und der aufgebaute Druck aus der Situation genommen werden, damit es von Klient_innen reflektiert und strukturell bearbeitet werden kann.

Aktive Selbstfürsorge der Psychotherapeut_innen

„Wenn's todernst wird, braucht's einen Mordsspaß.“

Da in der Arbeit mit der beschriebenen Klient_innengruppe der Beziehungsebene ein zentraler Stellenwert zukommt, scheint es vor allem wichtig zu sein, sich auf die Klient_innen und somit auf Leid und drohendes Scheitern einzulassen, aber nicht davon „angesteckt“ zu werden. Anders ausgedrückt: Hinsehen, aber auch wieder wegschauen können, um erfreuliche Dinge in den Blick zu bekommen. Therapeutisches Tun lässt sich also als eine Gratwanderung zwischen Mitfühlen und Distanznahme verstehen. Eine Überlebende jahrelanger sadistischer sexueller Gewalt mit hochdissoziativem Erleben hat im Rahmen eines Workshops, den sie gemeinsam mit ihrem Psychotherapeuten leitete und der sich an Traumatherapeut_innen

richtete, appelliert:

„Das Wichtigste ist, dass Sie auf sich selbst achten! Wie sollen wir (Anm.: Überlebende von Gewalt) es lernen, wenn Sie es uns nicht vormachen?“

Das wirkt verständlich, ist aber in der Praxis nicht immer so leicht umsetzbar. Zeitdruck und Stress sind im Allgemeinen keine förderlichen Faktoren, in der Arbeit mit der beschriebenen Klient_innengruppe sind sie allerdings höchst kontraindiziert. Pausen, genügend Zeit nach den Gesprächen, um das eigene Erleben zu reflektieren bzw. zu ordnen und regelmäßiger fachlicher Austausch mit Kolleg_innen (Teambesprechungen, Intervision, Supervision, Fortbildungen) sind unserer Erfahrung nach unerlässlich. Um inhaltlich, zeitlich und räumlich flexibel sowie kontinuierlich und zuverlässig arbeiten zu können, braucht es einen gesicherten Rahmen für Psychotherapeut_innen.

Psychotherapie erscheint uns in der Drogen-therapie auch mit dieser Zielgruppe als dringend indiziert und trotz bestehender Schwierigkeiten durchführbar. Dazu muss sich allerdings auch die Psychotherapie „bewegen“ und konventionelle Wege verlassen, um diese isolationsgefährdete Personengruppe überhaupt erreichen und mit ihr in Kontakt bleiben zu können. Flexibilität, Geduld und Kreativität sind gefordert und werden durch die Begegnung mit besonders feinfühligem Menschen und durch lebendige Therapieprozesse belohnt. Das Scheitern aller Akteur_innen muss enttabuisiert und als Symptom zur Kenntnis genommen werden, mit dem zu arbeiten ist. Verlässliche, aber auch flexible Rahmenbedingungen sind erforderlich, um den Anforderungen und Bedürfnissen dieser extrem belasteten Klient_innengruppe gerecht zu werden. Voraussetzung dafür ist allerdings der Grundsatz, dass auch

mittellose Mitglieder der Gesellschaft ein Recht auf adäquate Behandlung haben.

Literaturverzeichnis

- Asen, E., Scholz, M. (2009). Praxis der Multifamilientherapie. Heidelberg: Carl-Auer.
- Baekeland, F., Lundwall, L. (1975). Dropping out of treatment: A critical review. *Psychological Bulletin*, 82, 738-783.
- Degkwitz, P. (1998). Psychosoziale Betreuung Substituierter in Hamburg: Systematisierung ihrer Vorgaben, Praxis und Strukturen. Neumünster: Paranus.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. (Hrsg.) (2000). Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F). Bern u. a.: Hans Huber.
- Frei, A. und Rehm, J. (2002). Die Prävalenz psychischer Komorbidität unter Opiatabhängigen. Eine Metaanalyse bisheriger Studien. *Psychiatrische Praxis*, 29, 258-262.
- Gallie, D. und Paugam, S. (2002). Soziale Prekarität und soziale Integration. Bericht für die Europäische Kommission auf der Grundlage von Eurobarometer 56. Brüssel: 1 INRA.
- Günthner, A., Dedner, C., Schäfer, G., Berl, J., Kuder, T., Bader, T., Dengler, W. (2000). Komorbidität bei Drogenabhängigen. Empirische Ergebnisse und therapeutische Konsequenzen. *Suchttherapie*, 1, 16-20.
- Haltmayr, H., Rechberger, G., Skriboth, P., Springer, A., Werner, W. (2009). Konsensus-Statement „Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger“. *Suchtmed*, Band 11, 6, 281-297.
- Hart, O., Nijenhuis, E.R.S., Steele, K. (2006). Das verfolgte Selbst: Strukturelle Dissoziation und die Behandlung chronischer Traumati-

- sierung. Tübingen: Junfermann.
- Hellmer, I. (2009). Trauma, Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) und Substanzabhängigkeit. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, Jg. 32 (2), 5-12.
- Herbert, M. (2011). Das VIP-Konzept. Brauchen unkonventionelle Jugendliche unkonventionelle TherapeutInnen? *Zeitschrift für Systemische Therapie und Beratung*, Jg. 2/2011, 73-80.
- Huber, M. (2003). Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung, Teil 1. Tübingen: Junfermann.
- Huber, M. (2003). Wege der Traumabehandlung. Trauma und Traumabehandlung, Teil 2. Tübingen: Junfermann.
- Huber, M. (2011). Viele sein. Ein Handbuch. Komplextrauma und dissoziative Identität – verstehen, verändern, behandeln. Tübingen: Junfermann.
- Institut für empirische Sozialforschung (2009). Basisdokumentation. KlientInnenjahrgang 2008. Wien: IFES.
- Keupp, H. (2013). Wider die soziale Amnesie der Psychotherapie und zur (Wieder-)Gewinnung ihres politischen Mandats. *Zeitschrift des Wiener Landesverband für Psychotherapie*, 2, 5-10.
- Lambert, M.J. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. In J.C. Norcross, M.R. Goldfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 94-129). New York: Basic.
- Lüdecke, C., Sachsse, U., Faure, H. (2010). Sucht – Bindung – Trauma. Psychotherapie von Sucht und Traumafolgen im neurobiologischen Kontext. Stuttgart: Schattauer.
- Mehta, G. und Rückert, K. (2003). Mächtigung mit Mediation im Zwangskontext. In G. Mehta, K. Rückert (Hrsg.), *Mediation und Demokratie. Neue Wege des Konfliktmanagements in größeren Organisationen* (S.334-352). Heidelberg: Carl-Auer.
- Meili, D. (2004). Jenseits des Abstinenzparadigmas – Ziele in der Suchttherapie. *Suchttherapie*, 5, 2-9.
- Nydegger Lory, B., Meier Kressig, M., Schumacher, Ch., Uchtenhagen, A. (2000). Nutzen niedrigschwelliger Drogenarbeit am Beispiel der Stadt Zürich. In Bundesamt für Gesundheit (Hg.), *Suchtforschung des BAG 1996-98. Band1/4: Grundlagenforschung* (S.115 – 122). Bern: Institut für Suchtforschung (ISF).
- Mayerhofer H. (2012). *Niederschwelligkeit in der sozialen Arbeit: Funktionen und Formen aus soziologischer Perspektive*. Wiesbaden: Springer VS.
- Regier, D., Farmer, M., Rae, D., Locke, B., Keith, S., Judd, L., Goodwin, F. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area Study. *Journal of the American Medical Association*, 264, 2511-2518.
- Read, J., Brown, P., Kahler, C. (2004). Substance use and posttraumatic stress disorders: Symptom interplay and effects on outcome. *Addictive Behaviors*, 29, 1665-1672.
- Reddemann, L. (2001). *Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Reiningger, C. (2006). Jeder ist seines Glückes Konstrukteur! – Oder war da noch mehr? Ein Plädoyer für den Blick auf die Systemumwelt. In G. Mehta, E. Zika (Hrsg.), *Systemische Grenzgänge. Wirksames und Wirkendes im Zwischenmenschlichen* (S.311-324). Wien: Krammer.
- Reiningger, C. (2010). *Die Betreuungsbeendigung durch Fernbleiben in der ambulanten*

Drogentherapie. Eine empirische Untersuchung über Häufigkeit, durchschnittliche Betreuungsdauer, Abschlusszeitpunkte, sowie prozess- und personenbezogene Merkmale durchgeführt in der Wiener Suchthilfeinstitution „Dialog“. Wien: Unveröffentlichte Masterarbeit, ARGE Bildungsmanagement.

Roch, I., Küfner, H., Arzt, J., Böhmer, M., Dennis, A. (1992). Empirische Ergebnisse zum Therapieabbruch bei Drogenabhängigen: Ein Literaturüberblick. *Sucht*, 38, 304-322.

Simpson, D., Joe, G., Brown, B. (1997). Treatment retention and follow-up outcomes in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors*, 11, 294-307.

Sonntag, D., Künzel, J. (2000). Hat die Therapiedauer bei alkohol- und drogenabhängigen Patienten einen positiven Einfluss auf den Therapieerfolg? *Sucht*, 46, S 89-176.

Stark, S. (1992). Dropping out of substance abuse treatment. A clinically oriented review. *Clinical Psychology Review*, 11, 93-116.

Sonntag, D., Hellwich, K., Bauer, C. (2008). Jahresstatistik der professionellen Suchtkrankenhilfe 2006. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 2008* (S. 184-204). Geesthacht: Neuland.

Wittchen, H., Bühringer, G., Rehm, J. (2011). Ergebnisse und Schlussfolgerungen der PRE-MOS-Studie. *Suchtmedizin in Forschung und Praxis*, Band 13 (5), 197-300.

Bücher

Olaf-Axel Burow: Team-Flow. Gemeinsam wachsen im kreativen Feld. Beltz Verlag (Weinheim, Basel) 2015. 220 Seiten. ISBN 978-3-407-36569-9. D: 24,95 EUR, A: 25,60 EUR, CH: 34,60 sFr.

Kennen Sie die Comedian Harmonists? Die Band war eine Ungewöhnliche. Nur mit den eigenen Stimmen wurde musiziert. Aber sie war auch ungewöhnlich von der Zusammensetzung der Teammitglieder.



Olaf-Axel Burow, Professor für All-

gemeine Pädagogik an der Universität Kassel, hat in seinem Buch Team-Flow anhand der Erfahrungen von Teams die Kreativitätsentwicklung untersucht.

Sie kennen sicher auch die beiden Apple-Gründer - Jobs und Wozniak, jeweils Steve. An diesen Geschichten entlang liefert er einen Beleg für die Abschaffung des „Einzel-Genie-Kults“ und bringt kreative Teams und Bedingungen von Kooperation in den Vordergrund.

Dass kreative Prozesse in Gruppen und Team möglich werden bzw. sogar aktiv gestaltet werden können benötigt „Substrat“, aber auch Glück und Zufall – zur richtigen Zeit am richtigen Ort ...

Diesem „Substrat“ geht Burow nach und bringt dabei neben seinen eigenen Theorien insbesondere auch jene von Lewin und Csikszentmihály. In Burows Theorie der kreativen Felder sind für die Freisetzung des eigenen kreativen Potenzials folgende Faktoren

entscheidend:

- Das frühzeitige Erkennen der eigenen Berufung.
- Das Formulieren einer anziehenden Vision auch gegen Widerstände.
- Das Schaffen eines geeigneten Synergiefeldes, das Team-Flow ermöglicht.
- Die Intuition und das richtige Gespür.

Um das Eigene in ein Team zu bringen hat Burow sieben Schlüsselfunktionen erarbeitet, die das Freisetzen des kreativen Potenzials begünstigen:

- Innovationen entwickeln sich Schritt für Schritt aus einer Kette oft unscheinbarer Beiträge.
- Erfolgreiche Teams praktizieren „tiefes Zuhören“. Trainierte Spieler im Impro-Theater hören auf die Idee der anderen während sie eigene Ideen entwickeln.
- Die Teammitglieder greifen die Ideen der anderen auf.
- Erst im Nachhinein wird die Bedeutung jeder einzelnen Idee deutlich.
- Im Prozess tauchen überraschende Fragen auf.
- Innovation alleine durch Improvisation ist ineffizient.
- Innovationen entwickeln sich „bottom up“.

Abschließend werden im Buch Bedingungen diskutiert die das Auftreten von Flow – also Team-Flow - fördern. Beispielsweise durch Selbstbestimmtheit und Beteiligung, Reflexion und Entspannung. Die Erzeugung von kreativen Feldern ist ein experimenteller Vorgang, der vielfältige Bedingtheiten in sich trägt und m.E. dem Team auch in der Phase des Tuns nicht bewusst ist. Die Schaffung von Orten der Kreativität und das Gestalten von

Arrangements können solch beschriebene Felder fördern durch:

Dialog, Vision und Produktorientierung, Vielfalt, Personenzentrierung, Synergieprozess, Partizipation und Nachhaltigkeit wie der Autor beschreibt.

Das Buch ist ein Plädoyer für gemeinsames Arbeiten in Teams und gibt erste Auskünfte über günstige Kombination für die Schaffung eines kreativen Umfelds. Diese Belege sind eine gute Basis für die Eigenreflexion: In welchen Teams und Gruppen bin ich verwoben und welche kreativen Entwicklungen sind bereits passiert? Positiv hervorzuheben sind die

am Ende der jeweiligen Kapitel angesiedelten Transferangebote und Fragestellungen für die Eigenarbeit.

Offen bleiben jedoch Fragestellungen tiefgreifender Entstehungsfaktoren sowie Fragen der Sichtweise und Dynamik von Kreativität. Auch der Diskurs von Gruppen- bzw. Systemdynamik wurde hier nicht geführt. Die Frage von Anpassung von Kreativität gilt es m.E. auch zu klären, da es eine Frage der Eigen- und Fremdwahrnehmung ist, was als Kreativ „durchgeht“. Dadurch bleiben doch wesentliche Aspekte offen.

Klaus Wögerer

Rosa, Hartmut: Beschleunigung und Entfremdung. Suhrkamp Verlag (Berlin) 2013

Supervisionsthema: Beschleunigte Arbeitswelt



Als Supervisor/-innen und Coaches sind wir mittlerweile häufig mit Beschleunigungstendenzen in der Arbeitswelt der Supervisand/-innen konfrontiert. Daher sind Kompetenzen und Reflexionsfähigkeit bei dieser Form von Dynamik in

Organisationen und Teams maßgeblich für die Praxis.

Rosa erläutert im ersten Teil die Unterschiedlichkeiten von sozialen Beschleunigungsformen, setzt diese in Bezug zueinander und beschreibt einen „Beschleunigungszirkel“.

Er unterscheidet zwischen technischer Beschleunigung, der Beschleunigung des sozialen Wandels und der Beschleunigung des Lebenstempos. Diese setzt er in Verbindung mit Motoren der Beschleunigung: Wettbewerb als „sozialer“ und die Verheißung der Ewigkeit als „kultureller“ Motor und Treiber. Zudem beschreibt er Entschleunigungsphänomene, die z.B. durch physikalische Grenzen oder Dysfunktionalitäten von Beschleunigung entstehen.

In den beiden weiteren Teilen erarbeitet Rosa eine gesellschaftliche „Kritische Theorie“ der sozialen Beschleunigung in der Spätmodernen, die er aus unterschiedlichen Zugängen diskutiert und ableitet.

Das Buch hilft Supervisor/-innen und Coaches Sensibilität und Differenziertheit zu gewinnen beim Thema Beschleunigungstendenzen in der Arbeitswelt. Gerade der erste Teil des Buches ermöglicht aufgrund der konkreten Differenzierungen und Ausarbeitungen die Erarbeitungen von Fragestellungen für die Bearbeitung in Supervision und Coaching.

Klaus Wögerer

Termine

19.05.2016	Diskussionsrunde: Wie politisch ist Systemische Therapie? offener Jour-fixe der ÖAS Wien ÖAS • Gonzagagasse 11/19 • 1010 Wien, 19.00 Uhr http://www.oemas.at/termine/oemas-jour-fixe/region-wien.html
25.05. - 28.05.2016	Organisation 2. 8.Seminar der ASYS-Lehrgänge 2015
10.06. - 11.06.2016	Supervision und ihr soziales Feld - Theorie und Theorien 1. 9. Seminar der ASYS-Lehrgänge 2015
16.06.2016	Ronnie Rocket - Wie das ADHS siegt und wie es scheitert - eine DVD-Präsentation offener Jour-fixe der ÖAS Wien ÖAS • Gonzagagasse 11/19 • 1010 Wien, 19.00 Uhr http://www.oemas.at/termine/oemas-jour-fixe/region-wien.html
18.06.2016	ASYS Sommerfest - 20 Jahre ASYS in Wien
14.09. - 17.09.2016	Was tun? 10. Seminar der ASYS-Lehrgänge 2015
16.09. - 18.09.2016	Kindheitserfahrungen und das innere Kind Workshop mit Sabine Klar http://www.oemas.at/ausbildung/offene-workshops/workshop-detailansicht/workshop/kindheitserfahrungen-und-das-innere-2.html
14.10.-15.10.2016	ASYS TrainerInnen treffen in Echtsenbach
19.10 - 22. 10. 2016	Mit den Zielen der KlientInnen arbeiten. Beginn des Praxis-Lehrganges 2016/17 des Netzwerk O.S.T. http://admin.weiterbildung.at/Preview/Default.aspx?id=708515
03.11.-05.11.2016	Was tun, wenn...? - Konflikte, Fallen und andere Stichworte. 11. Seminar der ASYS-Lehrgänge 2015
24.11.2016	Paul WATZLAWICK & Soziale Arbeit et.al. Symposium an der FH Burgenland http://www.fh-burgenland.at/news-presse/termine/termine-detail/termine/symposium-paul-watzlawick-soziale-arbeit-et-al/
25.11. - 26.11.2016	Supervision und ihr soziales Feld - Theorie und Theorien 2. 12. Seminar der ASYS-Lehrgänge 2015
12.-13.12.2016	Systemische Strukturaufstellungen in Coaching, Teamentwicklung u. OE mit Insa Sparrer http://www.green-field.at/weiterbildung/kursprogramm.html



Quelle unbekannt

ISSN 2072-0416

