

aus: N.Maack u.a. (Hrsg.): Ich und Du.
Kontakt - Begegnung - Beziehung.
Dokumentation der Münchner Gestalt-Tage '88.
Eurasburg 1989.

Propriety of the Erich Fromm Document Center. For personal use only. Citation or publication of material prohibited without express written permission of the copyright holder.
Eigentum des Erich Fromm Dokumentationszentrums. Nutzung nur für persönliche Zwecke.
Veröffentlichungen - auch von Teilen - bedürfen der schriftlichen Erlaubnis des Rechteinhabers.



Ich-Du-Beziehung in der Suchttherapie - Chancen und Grenzen

Helmut Johach

Vorbereitung

Das Rahmenthema der Tagung hat mich angesprochen; Erinnerungen an die vorjährige Tagung wurden wach und ließen den Wunsch in mir entstehen, wieder dabei zu sein. Was mich außerdem reizte, war die Ankündigung, daß die Anwendung von Gestalt in verschiedenen Arbeitsfeldern im Mittelpunkt stehen sollte - so kam ich im Gespräch mit Kollegen irgendwann im Frühjahr dieses Jahres zu meinem Thema.

Inzwischen habe ich ein Referat ausgearbeitet, in dem ich versuche, die therapeutische Beziehung in meinem Arbeitsgebiet - stationäre Alkoholiker-Therapie - in einen größeren gesellschaftlichen Zusammenhang zu stellen. Manchmal habe ich beim Niederschreiben gedacht: Schön blöd, sich damit ausgerechnet im Urlaub zu befassen! Aber es ging nicht anders, und irgendwie hat es auch Spaß gemacht, in der Distanz zum beruflichen Alltag über den "gesamtgesellschaftlichen Bezug" meines/unseres Tuns nachzudenken. Dieser Ansatz ist mir wohl aus der 68er-Bewegung geblieben, und von daher rührt auch eine gewisse Skepsis gegenüber allzu blauäugigen Therapieerwartungen - auch bei "Gestalt".

Was ist jetzt, während ich dies schreibe, sonst noch wichtig?

Ich bin erleichtert, daß ein Teil der Vorbereitung "geschafft" ist und hoffe, daß sich genügend Interessenten und Mit-Diskutanten finden werden, auch für die anschließende Arbeitsgruppe "Sucht- und Sozialtherapie". Im übrigen freue ich mich auf die Menschen, die Begegnungen, das Miteinander-reden und die Atmosphäre ... Mit einem Wort:

Ich bin gespannt!

Referat:

In den meisten stationären Therapieeinrichtungen für Alkohol-, Drogen- und

Medikamentenabhängige wird der Gruppentherapie gegenüber der Einzelarbeit insofern ein Vorrang eingeräumt, als der "normale" Ort, an dem der Klient sich und seine Probleme "einbringen" soll, die Gruppe ist, während Einzelgespräche einer besonderen Begründung bedürfen - sei es z.B., daß der Klient ein Problem hat, das er nur mit "seinem" Therapeuten besprechen möchte, oder sei es, daß er zusätzliche Einzelsitzungen benötigt, bis er in die Gruppe genügend integriert ist. Die Bevorzugung der Gruppen- gegenüber der Einzeltherapie resultiert aus der Erfahrung, daß Suchtprobleme in der Regel mit tiefgreifenden Kontaktstörungen verbunden sind, für deren Bearbeitung das soziale Beziehungsgeflecht einer Gruppe bzw. das erweiterte Interaktionsfeld einer therapeutischen Gemeinschaft günstigere Voraussetzungen zu bieten scheint als das klassische dyadische Modell der Therapeut-Klient-Beziehung. Auf die Erfahrung, daß der Abhängige in der realen Welt nicht mehr "zurechtkommt", wird also in der stationären Therapie mit der Installierung eines künstlichen Milieus von Kleingruppen und therapeutischer Gemeinschaft reagiert, das dem Klienten dazu verhelfen soll, wieder beziehungs- und -vielleicht - auch arbeitsfähiger zu werden. Ob und wie weit durch das künstliche Milieu - Klienten wie Mitarbeiter sprechen häufig von einem "Glasglocken"-Effekt - das gewünschte Ziel tatsächlich erreicht wird, zeigt sich jedoch erst nach der Entlassung, wenn der Klient wieder "in Freiheit" lebt und dabei mehr oder weniger auf sich selbst gestellt ist. Hier kommt ein Realitätstest auf ihn zu, in dem sich zeigt, was ihm die Therapie wirklich "gebracht" hat. Viele bestehen diesen Test nicht und werden wieder rückfällig. Es wäre jedoch verfehlt, wenn man dies nur ihrem subjektiven Versagen zuschreiben wollte. Von der institutionellen Seite her betrachtet, ist es vielmehr die Diskrepanz zwischen dem künstlichen therapeutischen Milieu und der real erlebten Wirklichkeit, an der Klienten scheitern. Besonders eklatant ist diese Diskrepanz in der Drogentherapie, weshalb in letzter Zeit zunehmend teilstationäre Therapieprogramme diskutiert wurden. Problematisch gestaltet sich der Übergang aber auch bei anderen Formen der Abhängigkeit, wenn das soziale Umfeld - Familie, Partnerbeziehung, Beruf und Freundeskreis - wenig intakt ist, und dies ist auch bei einer großen Anzahl von Alkoholikern der Fall.

Ich hoffe, es ist schon einiges von dem, was zum Thema "Chancen und Grenzen der Ich-Du-Beziehung in der Suchttherapie" zu sagen ist, deutlich geworden.

Im folgenden möchte ich so vorgehen, daß ich zunächst (1.) den Lebens- und Erfahrungshintergrund der Klienten, die zu uns (Fachklinik Weihermühle)

in stationäre Therapie kommen, in groben Umrissen skizzieren, um dann (2.) nach dem Stellenwert der Ich-Du-Beziehung in einem Gesamtkonzept, das dem Leitbild der therapeutischen Gemeinschaft verpflichtet ist, zu fragen; daran schließt sich (3.) eine Erörterung darüber an, welche therapeutischen Langzeiteffekte von der Ich-Du-Beziehung in der Suchttherapie realistischerweise erwartet werden können.

(1.)

Es gilt heutzutage als allgemein anerkannt, daß Suchterkrankung ein lebensgeschichtlicher Prozeß ist, der in hohem Maße vom jeweiligen sozialen Umfeld abhängt. Der diachronische Aspekt der Suchtentwicklung läßt sich anhand der Anamnesen unserer Klienten - überwiegend Alkoholiker bis zum Alter von 35 Jahren - in der Weise verfolgen, daß sich typische Verläufe herauskristallisieren, die bei aller Variationsbreite der einzelnen Lebensschicksale doch gewisse Gemeinsamkeiten erkennen lassen:

Auf den Erstkontakt mit Alkohol, der meist in die beginnende Pubertät, in Einzelfällen aber auch in die frühe Kindheit fällt, folgt meist mit der Lehrzeit eine Phase verstärkten, geselligen Trinkens, dessen "süchtiger" Charakter noch latent bleibt. Mit den Leistungsanforderungen in Schule und Berufsausbildung kommen die Jugendlichen nicht zurecht, und am Schluß steht die Erfahrung, versagt zu haben. Der Militärdienst, mit seinen Männlichkeitsritualen bringt in der Regel einen erneuten Schub nun schon als "exzessiv" erlebten Trinkens, dessen problematischer Charakter jedoch, da ja mehr oder weniger alle beim "Bund" davon betroffen sind, noch bagatellisiert werden kann, zumal wenn danach die Rückkehr in die Normalität wenigstens für eine gewisse Zeit gelingt. Problematisch und für therapeutische Behandlung zugänglich wird der Alkoholismus erst, wenn soziale Konsequenzen eingetreten sind: Infolge der chronisch werdenden Abhängigkeit wird es immer schwieriger, den Leistungsanforderungen gerecht zu werden (viele Arbeitgeber reagieren auf das Problem "Alkohol am Arbeitsplatz" inzwischen mit betriebsinternen Therapieauflagen); die Freundin oder Ehefrau spielt nicht mehr mit; Beziehungen gehen in die Brüche, Ehen werden geschieden, die Beziehung zu den Kindern reduziert sich auf monatliche Unterhaltszahlungen. Dies betrifft freilich nur einen Teil unserer Klienten: nicht alle versuchen eine Familie zu gründen und manche hatten noch nie eine feste Freundin. Ausschlaggebend für den Entschluß zur Therapie sind oft massive somatische Beschwerden.





Man sagt zu Recht, erst müsse auf körperlichem, psychischem und sozialem Gebiet ein gewisser Tiefpunkt mit entsprechendem Leidensdruck vorhanden sein; erst dann sei die Motivation für eine Therapie tragfähig genug.

In der sozialwissenschaftlichen Literatur wird die Umfeldabhängigkeit der Sucht meist in der Weise thematisiert, daß unter sozialem Umfeld primär die Familienbeziehungen verstanden werden. Dies ist insofern richtig, als Süchtige zumeist aus problembelasteten Familien stammen: Die Eltern sind geschieden oder leben getrennt; die Mutter ist Alleinerzieherin und gezwungen zu arbeiten; die Kinder wachsen bei den Großeltern auf oder verbringen Jahre ihres Lebens im Heim. Häufig kommt es vor, daß schon der Vater Alkoholiker ist oder daß auch die Mutter mit Abhängigkeitsproblemen zu tun hat; die Kinder müssen in solchen Fällen zu früh Verantwortung übernehmen, oder sie bleiben sich selbst überlassen und verwahrlosen. Demgegenüber sind Klienten aus einem überbehüteten Elternhaus bei uns eher in der Minderzahl. Häufig findet sich auch die Konstellation von autoritärem Vater und verwöhnender Mutter, bei der die Kinder frühzeitig lernen, die Erwachsenen gegeneinander auszuspielen.

Es wäre jedoch zu kurz gegriffen, wenn man das soziale Umfeld, verstanden als Familie, isoliert von den sonstigen gesellschaftlichen Strukturen und Prozessen sehen wollte. Eine wichtige zusätzliche Variante ist die Schichtzugehörigkeit, die sich über Ausbildung, Berufschancen, Einkommensniveau und Freizeitgewohnheiten direkt auf die Lebensführung unserer Klienten auswirkt. Der größte Teil unserer Klienten entstammt der Arbeiterschicht, d.h. es handelt sich z.T. um Facharbeiter mit abgeschlossener Berufsausbildung, z.T. aber auch um un- und angelernte Arbeiter ohne beruflichen Abschluß, die bei betrieblichen Rationalisierungen am ehesten von Entlassung bedroht sind und von den Arbeitsämtern schwer zu vermitteln sind. Infolge der anhaltenden Krise auf dem Arbeitsmarkt ist bei unserer Klientel der Anteil der Arbeitslosen- und Sozialhilfeempfänger vor einigen Jahren sprunghaft angestiegen. In Verbindung mit der ökonomisch ungesicherten Grundsituation stehen Besonderheiten der familialen Sozialisation, bis hin zum oft beschriebenen "autoritären" Erziehungsstil in Familien der sozialen Unterschicht. So findet sich die Verbindung von Kinderreichtum und materieller Entbehrung, die zu einem Grundgefühl des Zu-kurz-gekommen-seins disponiert, in den Familien unserer Klienten häufiger als in gutsituierten Mittelschicht-Familien, in denen höherer Wohlstand oft mit einem Mangel an psychischer Zuwendung korreliert.

Ferner wirkt sich die anhaltende Massenarbeitslosigkeit, von der vor allem Jugendliche ohne Lehre und weiterführenden Schulabschluß betroffen sind, auch auf die Freizeitgewohnheiten unserer Klienten aus. Es liegt auf der Hand, daß sie es angesichts der weiter bestehenden Probleme im sozialen Umfeld auch mit einer abgeschlossenen Therapie nicht leicht haben, trocken zu bleiben.

Ich habe die sozialen Faktoren erwähnt, weil ich der Meinung bin, daß das Thema "Beziehung" nicht ohne den gesamten Lebenshintergrund, der sich durch "Sprache, Arbeit und Herrschaft zumal" (Habermas) konstituiert, behandelt werden kann. Schärfer im Hinblick auf Therapie gefaßt, bedeutet dies, daß stationäre Maßnahmen, mit denen man meint, die Beziehungsfähigkeit verbessern zu können, ohne den realen Lebenshintergrund mit einzubeziehen, nicht viel ausrichten können. Wir machen uns therapeutische Illusionen, wenn wir "befriedigendere Beziehungen" an die Stelle von Abhängigkeit und süchtigem Verhalten setzen wollen, ohne uns über den Zusammenhang der kommunikativen Beziehungen mit den anderen Faktoren, die soziale Wirklichkeit konstituieren, Rechenschaft zu geben. Freilich stellt sich dann die Frage, wie dieser Zusammenhang in der Klinik hergestellt werden kann. Dieser Frage möchte ich zunächst bei der Erörterung unseres Konzeptes genauer nachgehen.

(2.)

Im Konzept unserer stationären Suchtbehandlung sind therapeutische Gespräche eingebunden in einen Gesamtzusammenhang, der auch die Bereiche Arbeit, Wohnen und Freizeit mit einschließt. Dies ist wichtig insofern, als damit eine Balance hergestellt wird zwischen der Künstlichkeit des therapeutischen Milieus, das Erfahrungen ermöglichen soll, die sich "draußen" nicht in gleicher Weise ergeben, und der Simulation von Lebenszusammenhängen, die der Realität außerhalb der Fachklinik weitgehend angenähert sind.

Von den genannten drei Bereichen sind Arbeit und Wohnen durch die Struktur der Fachklinik und den Tagesplan hausintern geregelt, während Freizeit sich zu einem großen Teil außerhalb der Fachklinik abspielt; Grenzen zieht hier nur die Hausordnung, die in den ersten Wochen nach der Aufnahme stärkere Ausgangsbeschränkungen vorsieht. Nach unserem therapeutischen Konzept bietet sich Anlaß für Gespräche und kommunikatives Handeln einerseits in



den Arbeitsgruppen innerhalb des Hauses (in Küche, Gärtnerei, Töpferei usw.), andererseits in den Wohngruppen als den zentralen Untereinheiten der Fachklinik. Informelle Kontakte unter den Patienten – z.B. abendliche Gespräche oder gemeinsamer Ausgang an Wochenenden – kommen meist auf der Basis der Wohngruppen zustande. Die Therapeuten sind jeweils einer bestimmten Wohngruppe zugeordnet und nehmen an zwei von drei "offiziellen" Sitzungen pro Woche regelmäßig teil.

Eine Besonderheit unseres Konzeptes besteht darin, daß jeder Gruppentherapeut zusätzlich für 10 Patienten, die normalerweise nicht zu seiner Wohngruppe gehören, als Einzeltherapeut zuständig ist. Alle organisatorischen Befugnisse, wie z.B. Entscheidungen über Telefonerlaubnis oder zusätzlichen Ausgang, liegen beim Gruppentherapeuten, während die Einzeltherapie von organisatorischen Zwängen und Rücksichten möglichst frei sein soll.

Es scheint naheliegend, das Thema "Ich-Du-Beziehung in der Suchttherapie" in erster Linie mit dem Einzelgespräch zu verknüpfen. Ich möchte auch nicht bestreiten, daß sich die persönlichsten Beziehungen für mich und die Kollegen aus dem sog. "Gesprächsbereich" im Rahmen der Einzeltherapie ergeben. Trotzdem wäre es zu eng, wenn Ich-Du-Beziehungen in der Fachklinik nur auf die jeweiligen Einzelgespräche beschränkt gesehen würden; denn auch in der Arbeitstherapie und vor allem in den Wohngruppen können sich sehr intensive Beziehungen ergeben; so sind z.B. Freundschaften unter den Patienten nicht nur zugelassen, sondern erwünscht.

(Hier eine terminologiekritische Zwischenbemerkung: Ich schlage vor, den Terminus "Beziehung" nur für interpersonale Relationen zu verwenden, die Dauer, Konstanz und Entwicklung über eine längere Zeit hinweg aufweisen; "Kontakte" sind dagegen flüchtiger Natur, was sich funktional zur gesellschaftlichen Entwicklung verhält: Der allgemeine Trend scheint hin zu einem Abbau konstanter Beziehungen bei zunehmender Streuung der Kontakte zu gehen ...)

Etwas zugespitzt könnte man sagen: Einzeltherapie im Rahmen eines Konzeptes, das der Idee der therapeutischen Gemeinschaft verpflichtet ist, hat nur dann einen Sinn, wenn vielfältige Arbeits-, Wohn-, Freizeit- und Gesprächskontakte bestehen, aus denen der einzelne Klient/Patient sich sein persönliches Beziehungsnetz knüpfen kann. Die Einzeltherapie stellt also nur ein Element im therapeutischen Gesamtkonzept dar und nicht unbedingt das wichtigste.

Aus der institutionellen Trennung von Gruppen- und Einzeltherapie ergibt

sich, daß die Themen, die im Einzelgespräch und in der Wohngruppe behandelt werden, nicht deckungsgleich sind; dies kann gelegentlich so weit gehen, daß die besondere Vertrauensstellung zum Einzeltherapeuten von machen Patienten dazu mißbraucht wird, um in der Gruppe besser "dichtmachen" zu können. Trotz dieser Gefahr hat sich die Institutionalisierung der Einzeltherapie in Verbindung mit Arbeits- und Wohngruppen bewährt. Ein wesentlicher Vorteil liegt vor allem darin, daß auf diese Weise dem Patienten eine breitere Skala abgestufter Möglichkeiten, seine Probleme in den Beziehungen zu Therapeuten und Mitpatienten zu bearbeiten, angeboten werden kann, als im herkömmlichen therapeutischen Setting der meisten Suchtkliniken, das die geschlossen durchlaufende Aufnahmegruppe als zentrale Therapieeinheit ansetzt und Einzelgespräche nur als Ausnahme kennt.

Ehe ich zur Frage nach dem Transfer und den Langzeitwirkungen komme, noch einige Bemerkungen zum Realitätsgehalt unserer Therapiekonzeption: Unser Konzept versucht, wie bereits angedeutet, die Simulation von Grundstrukturen der gesellschaftlichen Außenwelt mit den Bedingungen eines davon abgehobenen therapeutischen Milieus zu verknüpfen (1). Deshalb wird z.B. dem Faktor Arbeit ein ebenso hoher Stellenwert zugemessen wie der Gesprächstherapie. Bei unserer Arbeit handelt es sich allerdings nicht um ein rein leistungs- und marktbezogenes Produzieren von Gütern und Dienstleistungen, sondern um therapeutisch genutzte und reflektierte Arbeit. Dies wird deutlich in den regelmäßig stattfindenden Arbeitsgesprächen, in denen es hauptsächlich um das Verhalten des Einzelnen in der Gruppe und Schwierigkeiten, die sich am Arbeitsplatz zeigen, geht. In der Arbeitstherapie zeigt sich also exemplarisch der Doppelcharakter unseres Konzeptes, einerseits gesellschaftliche Realität zu simulieren, andererseits aber auch den im normalen Arbeitsleben unterdrückten Beziehungsanteilen gerecht zu werden. Im übrigen dienen Arbeits- und Dienstleistungen, die die Patienten erbringen (z.B. Treppenputzen, Telefondienst, Küchenarbeit etc.) fast ausschließlich dem Eigenbedarf des Hauses; daß keine extremen Leistungsforderungen gestellt werden, ist dafür ebenso typisch wie die fehlende Entlohnung. Eine vergleichbare Verschränkung des therapeutischen Systems mit der Realität außerhalb der Fachklinik läßt sich auch in den Gruppen- und Einzelgesprächen aufweisen. Hier geht es zwar zentral um das "Hier und Jetzt", d.h. um erlebte Konfliktsituationen, aktuelles Verhalten und damit verbundene Gefühle in den Beziehungen innerhalb der Hausgemeinschaft. Dies heißt jedoch



nicht, daß Situationen und Beziehungen von "draußen" ausgespart blieben. Vielmehr spiegeln sich im aktuell Erlebten immer wieder Vorerfahrungen, die der Patient mit früheren Bezugspersonen (Eltern, Geschwister, Lehrer usw.) gemacht hat, und seine Art zu reagieren ist weitgehend eine Wiederholung dessen, was er bereits lebensgeschichtlich eingeübt hat. Zugleich ergeben sich jedoch, da die beteiligten Personen nicht dieselben sind, neue Erfahrungsmöglichkeiten und Verhaltenweisen, und so kann sich aus dem Durcharbeiten wiedererlebter Konflikte und dem Ausprobieren anderer Reaktionsweisen eine neue "Gestalt" im Sinne einer befriedigenderen Konstellation herausbilden. Wichtig für das richtige Verständnis des "Hier-und-jetzt"-Prinzips ist also, daß aktuelle Beziehungen und Gefühle nicht in künstlicher Isolation, sondern im Zusammenhang mit ihrem Entstehungs- und Handlungskontext außerhalb der therapeutischen "Glasglocke" betrachtet werden.

Von besonderer Wichtigkeit im Hinblick auf den sozialen Faktor "Herrschaft" sind Hausordnung und Tagesplan in Verbindung mit unserem System der Patientenmitverantwortung. Wir betrachten die Hausordnung eher als ein Instrument gegenseitiger Selbstkontrolle durch die Patienten als der Fremdkontrolle durch die Mitarbeiter. Abgesehen von eng umschriebenen Handlungen, wie Rückfall mit Alkohol und verwandten Suchtmitteln, Schlägen und unerlaubter Entfernung von der Klinik, gibt es keine Hausordnungsverstöße, die unmittelbar zur Entlassung führen. Daneben finden sich in der Hausordnung eine Reihe von Bestimmungen, die dazu verhelfen sollen, den weiteren Umkreis des Suchtverhaltens "in Griff" zu bekommen (z.B. Einschränkungen bzgl. Rauchen, Ausgang und Verfügung über Geld), und schließlich gibt es noch den Tagesplan, der einen geregelten Ablauf (z.B. Beginn der Arbeit, gemeinsame Essenzeiten etc.) in der Hausgemeinschaft garantieren soll. Es ist nicht zu leugnen, daß die damit implizierten Normen wie Ordnung, Sauberkeit und Pünktlichkeit gesellschaftliche Wertungen widerspiegeln, die oft gerade von den Mitpatienten gegenüber den weniger gut "Angepaßten" mit einer gewissen Härte und Rigidität vertreten werden. Wir bemühen uns jedoch, zwischen übertriebener Ordnung und "zuviel Chaos" einen mittleren Kurs zu steuern, der sowohl der Notwendigkeit einer inneren wie äußeren Struktur als auch dem flexiblen Umgang mit den selbstgesetzten Normen gerecht zu werden. Daraus folgt, daß gesellschaftliche Normen nicht im Sinne blinder Anpassung unreflektiert weitergegeben werden; vielmehr bietet gerade das Nichteinhalten von Tagesplan und Hausordnung in unserem "Sanktions"-Verfahren Gelegenheit, sowohl über die Schwierigkeiten des Ein-

zeln wie auch über den Sinn der Bestimmung, gegen die er verstoßen hat, zu reden. Dabei ist die Aufmerksamkeit und Zuwendung, die der einzelne erfährt, indem er in der Sitzung der Gruppensprecher mit den Mitarbeitern, in den Gesprächen der einzelnen Wohngruppen sowie schließlich in der Hausversammlung für eine gewisse Zeit im Mittelpunkt steht, ein wichtiges Therapeutikum, das die Gemeinschaft der Fachklinik von der Gesellschaft "draußen" unterscheidet.

Blickt man auf das Ganze, so ist zwar festzustellen, daß sich mit wachsender Anzahl der Mitarbeiter, größerer Differenziertheit des therapeutischen Angebots und stärkerem Legitimationsdruck von außen auch in unserer Fachklinik Tendenzen zur Zunahme von Organisation und Verwaltung bemerkbar machen. Trotzdem versuchen wir, in einem Netz vielfältiger Kontakte und persönlicher Beziehungen dem einzelnen Patienten mit seinen Fähigkeiten und Bedürfnissen individuell gerecht zu werden. Daß uns dies nicht immer gelingt, gehört vielleicht zu den Unzulänglichkeiten, die dem therapeutischen Bemühen unvermeidlicherweise anhaften.

(3.)

Im Hinblick auf mögliche Langzeiteffekte ist zunächst zu bedenken, daß eine 6-monatige Therapie – diese ist in Bayern bei den meisten Fachkliniken zur Alkoholikertherapie noch die Regel – angesichts einer lebenslangen Suchtkarriere nur eine relativ kurze Zeitspanne darstellt. Es kommt also darauf an, in dieser kurzen Zeit neue Erfahrungen und Einstellungen auf eine Weise zu vermitteln, die möglichst nachhaltig wirkt, aber auch das soziale Umfeld soweit mit einzubeziehen, daß der Klient bei seinem Versuch, künftig ohne Suchtmittel "zurechtzukommen", unterstützt wird.

Was die Intensität der Kontakte angeht, so erweist sich der gestalttherapeutische Ansatz als derjenige, der am tiefsten "berührt", ohne den anderen zu manipulieren oder in ein bestimmtes Schema zu pressen; die Gestalttherapie sucht ja ausdrücklich durch Auseinandersetzungen die Autonomie des Klienten zu fördern. Dazu ist freilich erforderlich, daß ihm genügend Freiraum und Entwicklungszeit zugestanden wird, um seine für ihn wichtigen Erfahrungen zu machen – auf die Gefahr hin, daß er manches nicht sieht, was die Therapeuten für wichtig erachten. Dem einzelnen Patienten diese Freiheit zu lassen, ist möglich, wenn zugleich durch die Vernetzung der einzelnen Bestand-

teile des Therapieprogrammes und gute Zusammenarbeit im Team eine "verdichtete" Atmosphäre geschaffen wird, in der ein Ausweichen in die von früher her gewohnten Verhaltensweisen nicht so leicht erfolgen kann wie außerhalb der Klinik. Der gestalttherapeutische Ansatz ist dabei nicht so sehr als eine bestimmte "Methode" zu verstehen – etwa in Konkurrenz zur Tiefenpsychologie oder Verhaltenstherapie-, sondern als eine Weise des mitmenschlichen Umgangs, die sich auf alle Gebiete erstreckt und nicht auf Gruppen- und Einzeltherapie beschränkt ist. Danach ist es z.B. erlaubt, seinen Ärger am Arbeitsplatz auszudrücken, ohne gleich befürchten zu müssen, vom Chef (hier: dem Arbeitstherapeuten) zusammengestaucht zu werden, und auch Tränen der Wut oder Trauer zuzulassen, wenn einem danach zumute ist. In einer Männergemeinschaft wie der unsrigen sind Körperkontakte und das Zeigen von Gefühlen weitgehend tabuisiert; hier kommt es darauf an, daß die Mitarbeiter selbst in ihrem Verhalten modellbildend wirken, ohne dabei die verinnerlichten Normen (z.B. "Ein junge weint nicht!") und Widerstände bei den Patienten mit Gewalt außer Kraft setzen zu wollen.

Um auch eine gegenläufige Tendenz zu nennen: In der Anpassung an unser therapeutisches System bringen es manche Patienten zu einer erstaunlichen Virtuosität. Es ist z.B. schon eine beachtliche Leistung, im Verlauf der 6-monatigen Therapie nicht gegen die Hausordnung zu verstoßen – oder wenn doch, dabei unentdeckt zu bleiben. Noch erstaunlicher ist jedoch, daß selbst solche Verstöße, die niemand bemerkt hat, von den "Delinquenten" selbst oft angezeigt werden – offensichtlich wirkt der Gruppendruck so stark, daß sie es nicht lange aushalten. Ich persönlich schätze diese Art der Selbstbeichtigung nicht sehr; mir ist ein klares Gegenüber in der Konfrontation, sei es von seiten der Mitarbeiter oder von seiten der übrigen Patienten, lieber.

Auch in der Gruppentherapie läßt sich bei manchen Patienten ein Mimikry-Effekt feststellen, d.h. sie suchen sich Erwartungen der Therapeuten oder dem herrschenden Trend in der Gruppe soweit anzupassen, daß sie dabei nach ihrer Einschätzung möglichst günstig abschneiden. Dies kann von der Übernahme einzelner Wendungen aus dem therapeutischen Jargon bis zur Verleugnung jeglicher eigenen Meinung gehen. Therapien mit solchen Patienten halten, was die Langzeitwirkung angeht, am wenigsten vor. Am längsten bleiben dagegen nach meinem Eindruck diejenigen trocken, die sich – von anderen Einflüssen einmal abgesehen – gegenüber den Erwartungen der Mitarbeiter eine gewisse Distanz bewahren und keineswegs auf alles "abfahren", was ihnen in der Therapie geboten wird. Es sind also nicht die Star-Patienten

und "Lieblinge" beim Team oder einzelnen Therapeuten, die am meisten profitieren, sondern diejenigen, die manchmal anecken, die nicht mit allem einverstanden sind, dabei aber klar zeigen, wo sie "stehen". Solche Patienten sind auch am ehesten in der Lage, nach der Therapie in ihrem jeweiligen Lebensbereich einen eigenen klaren Kurs zu steuern.

Eine Möglichkeit, daß soziale Umfeld mit einzubeziehen, bietet sich hauptsächlich beim Angehörigen-Seminar. Es wäre jedoch eine Illusion, wenn man sich von dieser 3-Tage-Veranstaltung mehr als etwas Nachdenklichkeit oder bestenfalls einige Impulse zur Veränderung versprechen wollte. Kontinuierliche Familientherapie ist im herkömmlichen Setting der Suchttherapie in Fachkliniken nicht eingeplant und wird auch in der Regel von den Angehörigen nicht als Bestandteil des Behandlungsvertrages gesehen. Gleichwohl läßt sich, zumindest bei Paaren, etwas mehr Kontinuität herstellen, wenn die Frau oder Freundin an Wochendenden zu Besuch kommt und bereit ist, an Paargesprächen teilzunehmen (dies macht meist der jeweilige Einzeltherapeut). Ansonsten ist es Sache der Beratungsstelle "vor Ort", Kontakte zu den Angehörigen herzustellen bzw. Partnerarbeit in die Wege zu leiten.

Wenn auch die Möglichkeiten, die realen Familien- und Partnerbeziehungen in die Therapie mit einzubeziehen, begrenzt sind, so ist doch von größter Wichtigkeit, ob dem Klienten ein Transfer von den Ich-Du-Beziehungen in der Klinik auf die realen Lebensbeziehungen "draußen" gelingt. Wenn er z.B. gelernt hat, nicht mehr so viel zu "schlucken", seine Wünsche und Bedürfnisse klar zu äußern, aber auch auf die Wünsche und Bedürfnisse anderer zu achten und Kompromisse zu schließen, wird sich dies in der Regel auf seine Lebensbeziehungen günstig auswirken – es sei denn, die Verunsicherung bei der Partnerin oder in der Familie ist so groß, daß diese alles daran setzen, das alte System aufrechtzuerhalten. Besonders in solchen Fällen braucht der Klient Rückenstärkung durch professionelle Helfer und durch Freunde und Bekannte, die ihn in seinem Bestreben, trocken zu bleiben, unterstützen. Solche Freunde kann er u.U. in seinem alten Bekanntenkreis finden, wenn er sich die Mühe macht, zwischen "Freunden" und "Saufkumpels" klar zu unterscheiden, oder wenn er sich – was wir jedem Patienten dringend raten – einer Selbsthilfegruppe anschließt. Die Beziehung zum Einzeltherapeuten und anderen Bezugspersonen in der Klinik geht also, abgesehen von gelegentlichen Brief- oder Telefonkontakten, im günstigsten Fall damit zu Ende, daß andere Personen im realen Lebensumfeld des Klienten die stützende Funktion übernehmen





und daß der Klient im übrigen genügend stabilisiert ist, um selbst auf eigenen Füßen zu stehen.

Leider läßt sich das konventionelle Reintegrationsmodell, das noch halbwegs intakte, wenn auch korrekturbedürftige soziale Beziehungen voraussetzt, auf eine wachsende Anzahl unserer Klienten nicht mehr anwenden. Dabei handelt es sich teils um "Umsteiger", die im Verlauf ihrer früheren Drogenkarriere bereits alle Sozialbindungen – außer zur Szene – abgebrochen haben, teils aber auch um solche Klienten, die von Anfang an wenig positive Entwicklungschancen hatten (je nach therapeutischem Schuljargon handelt es sich um: Verwahrloste, Frühgestörte, Borderliner, völlig Ausgeflippte etc.). Die Auffangmöglichkeiten, die wir diesen jungen Menschen in unserer therapeutischen Gemeinschaft, die ja mit Hausordnung und Patientenmitverantwortung nicht geringe Anforderungen stellt, anbieten können, sind nicht sehr zahlreich. Wir können etwa versuchen, ihnen im Einzelfall gewisse Sonderkonditionen zu verschaffen, wenn sich zeigt, daß sie den durchschnittlichen Anforderungen nicht gewachsen sind; dies setzt allerdings voraus, daß die übrigen Patienten diese Sonderkonditionen mittragen und unterstützen. Nicht alle Betroffenen halten jedoch trotz unserer Versuche die 6 Monate durch; viele brechen ab und werden rückfällig. Für die Zeit nach der Therapie bleiben, wenn die Familie als Auffangstation ausfällt, entweder andere stationäre Einrichtungen – oft ist dies freilich nur ein Weiterreichen in die nächste Institution – oder aber im günstigeren Fall therapeutische Wohngemeinschaften und Übergangsheime, mit deren Unterstützung sie vielleicht den Schritt in ein selbständiges Leben trotz aller psychosozialen Behinderung doch noch "packen" können.

Was wir durch unser therapeutisches System noch am wenigsten mit einbeziehen und beeinflussen können, sind die Verhältnisse auf dem Arbeitsmarkt. Dabei gehen wir davon aus, daß soziale Rehabilitation nicht nur eine Verbesserung der Beziehungsfähigkeit im privaten Lebensbereich, sondern auch die Integration in Arbeit und Beruf impliziert. Trotz unseres gut ausgebauten Arbeitstherapiebereichs betreiben wir keine berufliche Rehabilitation im engeren Sinn. Entsprechende Maßnahmen müssen die Klienten vielmehr bei Arbeitsämtern und Versicherungsträgern selbst beantragen und in die Wege leiten, wobei wir sie bei der Kontaktaufnahme und Antragstellung unterstützen. Obwohl dies sicher nicht das Maximum dessen ist, was zur Förderung der beruflichen Integration getan werden könnte, stellt sich in unseren Kammern bei längerem Abstand zur Therapie eine positive Korrelation zwi-

schen Abtinent- und Beschäftigtsein heraus, wobei der Zusammenhang vermutlich ein wechselseitiger ist: Wer trocken bleibt, hat größere Chancen, eine Arbeit zu finden, und wer eine Arbeit hat, bleibt eher trocken. Hierbei ist freilich einschränkend zu bedenken, daß diese Korrelation nur auf einen Teil unserer Klienten zutrifft und daß insgesamt diejenigen, die sich einer Therapie unterziehen, nur einen Bruchteil der Abhängigkeitserkrankten überhaupt ausmachen.

Anmerkungen

- 1) Diese Verknüpfung wird neuerdings als "mimetische Therapie" bezeichnet. Vgl. Fritz Buchholtz u.a.: Konzeption des Fachkrankenhauses Weihermühle (Nov. 1988), S. 5f.