



Psychotherapeutische Behandlung von Partydrogenkonsumenten

Von Andreas Gantner (a.gantner@therapieladen.de)

1 Einleitung

Aus der entwicklungspsychologischen Forschung (s. *Silbereisen* in diesem Band) ist bekannt, daß Drogenkonsum als jugendtypisches Risikoverhalten für die große Mehrheit der Konsumenten ein Übergangsphänomen darstellt und keine behandlungsrelevanten Störungen nach sich zieht. So ist es nicht verwunderlich, daß sich bisher die Auseinandersetzung mit dem Thema Ecstasy und Partydrogen neben der Grundlagenforschung überwiegend auf den Bereich der Prävention beschränkte. Während dabei zielgruppenspezifische Ansätze diskutiert und eingesetzt werden (*Rabes* 1997, *Neumeyer/Schmidt-Semisch* 1997) fällt auf, daß das Thema der psychotherapeutischen, bzw. suchtttherapeutischen Behandlung von Partydrogenkonsumenten auch in neueren Beiträgen aus der Suchtkranken- und Drogenhilfe keine Berücksichtigung findet. Es ist zu vermuten, daß diese Tatsache mit der fehlenden Erfahrung aufgrund mangelnder Therapienachfrage durch Partydrogenkonsumenten zu erklären ist. Dies wiederum steht im Zusammenhang mit dem Selbstverständnis der Konsumenten und den therapeutischen Konzepten in der Sucht- und Drogenhilfe. Ein starkes lebensstil-orientiertes Abgrenzungsbedürfnis der Partydrogenkonsumenten gegenüber Opiatkonsumenten und die konzeptionelle Ausrichtung der Drogenhilfe auf die Betreuung und Behandlung von Opiatabhängigen lassen sich im Hinblick auf ein angemessenes Hilfsangebot derzeit schlecht in Einklang bringen. Behandlungsbedürftige Partydrogenkonsumenten „landen“ in Krisensituationen zunächst eher im medizinisch-psychiatrischen Hilfssystem, als in der Drogenhilfe. Eine stärkere Vernetzung und Kooperation von Drogenhilfe und Psychiatrie wäre deshalb für diese Klienten von besonderer Relevanz. Für eine zukünftige bedarfsgerechte und klientenorientierte Behandlung dieser Zielgruppe ist eine Flexibilisierung und Differenzierung der suchtttherapeutischen Behandlungskonzepte wichtig. Ausgehend von den therapeutischen Erfahrungen im *Therapieladen* e.V. sollen im folgenden Beitrag einige wichtige Aspekte zum psychotherapeutischen Umgang mit diesen Klienten skizziert werden.

2 Institutioneller Hintergrund

Der *Therapieladen* ist eine ambulante Beratungs- und Therapieeinrichtung im Berliner Drogenhilfesystem. Er existiert seit 13 Jahren und hat sich als zielgruppenspezifische Beratungs- und Behandlungseinrichtung etabliert (Cannabis und Partydrogen). Neben der Beratung und dem ambulant-therapeutischen Angebot im Rahmen der „Ambulanten Rehabilitation Sucht“ ist der *Therapieladen* im Bereich der Suchtprävention tätig. Parallel zur Ausweitung der Techno-Party-Szene konnten mit zielgruppenspezifischen Präventionsprojekten durch den *Therapieladen* weitere wichtige Erkenntnisse gewonnen werden (Projekt „Ecstasy-Hotline“1996 und Projekt „Rave safe“ *Therapieladen* 1997).

Im *Therapieladen* wurden bis Anfang der neunziger Jahre überwiegend Personen mit Cannabismißbrauch und Cannabisabhängigkeit behandelt (*Tossmann* 1993, *Tossmann und Gantner* 1995). Mit der Verbreitung des Partydrogenkonsums im Kontext der Technoszene kommen seit 1993 zunehmend Klienten aus diesem Umfeld in die Einrichtung. Im Durchschnitt werden jährlich ca. 50 Klienten längerfristig psychotherapeutisch behandelt, die Hälfte davon sind Partydrogenkonsumenten, überwiegend aus der Techno-Party -Szene. Die therapeutische Arbeit im THERAPIELADEN e.V. erfolgt durch ein multiprofessionelles Team auf der Grundlage eines methodenintegrativen Therapieansatzes.

Literatur

Neumeyer J. Schmidt-Semisch H. (Hrsg.) (1997) Ecstasy - Design für die Seele ? Lambertus. Freiburg.
Rabes M, Harms W.(1997).XTC und XXL. Ecstasy. Rowohlt. Hamburg
Therapieladen e.V. (1996) Ecstasy-Hotline. Projektbericht.

3 Beschreibung der Klientel

Die Klienten im *Therapieladen* sind soziodemographisch unauffällig. Ihr Konsumverhalten ist polytoxikoman, jedoch ohne Opiatkonsum. Es liegen unterschiedliche Mißbrauchs und Abhängigkeitsmuster vor, die sich stoffspezifisch nicht eindeutig klassifizieren lassen. Häufig auftretende psychiatrische Störungsbilder sind einerseits substanzinduziert, werden aber auch im Zusammenhang psychodynamischer und persönlichkeitsstruktureller Bedingungen beschrieben.

3.1 Soziale Daten

Auffällig ist die Unauffälligkeit der Klienten hinsichtlich soziodemographischer Merkmale. Sie kommen aus allen Schichten und Milieus der Bevölkerung und sind relativ gut sozial integriert. In der Regel stehen sie in Ausbildungs- oder Arbeitsverhältnissen. Das Altersspektrum der Klienten bewegt sich zwischen 16 und 30 Jahren, der Durchschnitt liegt bei 25 Jahren. Bis auf sehr wenige Ausnahmen verfügen die Klienten über keine Therapieerfahrung. Das gleiche gilt für Erfahrungen mit Justiz bzw. Strafvollzug. Keiner der bisherigen Klienten hatte justizielle Auflagen (Jahresbericht 1996, *Therapieladen e.V.*).

3.2 Drogenkonsummuster

Neuere Studien zum Konsumverhalten Jugendlicher in der Technoszene verweisen auf den Trend zu bestimmten Konsummustern (*Tossmann und Heckmann 1997, Flüßmeier und Rakete 1997*). Bereits in der Auswertung der Befragung von 250 Ecstasykonsumenten im Rahmen der „Ecstasy-Hotline“ (*Therapieladen e.V. 1996*) wurden Mischkonsumformen festgestellt und dokumentiert, die sich auch bei unserer Klientel widerspiegeln. Die Mehrzahl der Klienten des *Therapieladen* hat Erfahrungen mit **Cannabis, Ecstasy, Amphetaminen, LSD, Pilzen, und Kokain**, wobei die Formen des Mischkonsums heterogen sind. Ganz deutlich zeigt sich bei der Konsumententwicklung, daß dem Konsum von Ecstasy und anderen synthetischen Drogen je nach Alter, ein zum Teil mehrjähriger Gebrauch von Cannabis vorausging. Mit dem Einstieg und zunehmender Involviertheit in die Technoszene, begann für viele der regelmäßigeren Konsum von Ecstasy und Speed sowie sporadisch von LSD/Pilzen und Kokain. Heroinkonsum spielt bei den hier beschriebenen Klienten keine Rolle. Mit einer groben Klassifizierung lassen sich drei Typen von Konsummustern unserer Klienten unterscheiden:

Typ A:

- Der Konsum von Partydrogen (Cannabis, LSD, Ecstasy, Amphetaminen) findet regelmäßig am „Partywochenende“ statt und wird dort funktional für das Erleben und „Feiern“ in der Technoszene eingesetzt. Im Wochenalltag werden bis auf wenige Ausnahmen keine Drogen konsumiert.

Typ B:

- Der Konsum von Ecstasy, Amphetaminen oder LSD bleibt auf das Wochenende beschränkt, im Wochenalltag wird jedoch regelmäßig Cannabis und/oder Alkohol konsumiert.

Typ C

- Im Konsumverhalten zeigt sich keine Trennung zwischen Wochenende und Alltag, sondern es findet regelmäßig Konsum von Amphetaminen, Ecstasy und Cannabis/Alkohol statt.

3.3 Mißbrauchs- und Abhängigkeitsformen von Partydrogen

Die bisherigen Untersuchungen der Konsummuster ergeben noch wenige Anhaltspunkte über die Gewichtung und die Verbreitung von Probier-, Gelegenheits- und Dauerkonsum von Partydrogen. Die Übergänge von Gebrauch, Mißbrauch und Abhängigkeit sind bei diesen Konsummustern besonders fließend und diagnostisch nicht immer klar abzugrenzen. Nach den Ergebnissen der Studie von Rakete und Fließmeier (1997) wurden 70 % der Konsumenten bereits bei 10 - maliger Einnahme von Ecstasy als abhängig eingestuft. Diese Ergebnisse suggerieren eine an die kumulative Dosis gebundene Abhängigkeitsentwicklung. Aus unseren Erfahrungen mit den Konsumenten zeigt sich jedoch das bekannte Phänomen, daß Abhängigkeits- und Suchtentwicklungen sich nicht auf eine stoffliche Ebene reduzieren lassen, sondern auch von psychischen Prädispositionen sowie vom sozialen Kontext abhängig sind. Ähnlich wie bei Cannabiskonsumenten (Kleiber et. Al. 1997) scheint auch längerfristiger Gelegenheits- und Dauerkonsum von Partydrogen nicht zwangsläufig zu einer Abhängigkeitsentwicklung zu führen. Ob dabei der Ausschluß von Opiatkonsum und damit das fehlende körperliche Abhängigkeitspotential der konsumierten Drogen eine Rolle spielt ist nicht geklärt. Wichtige Faktoren für die Suchtentwicklung sind zum einen die Entkoppelung von Partydrogenkonsum und Partywochenende und zum anderen die Stärke des Mischkonsums. Es ist nämlich auffällig, daß im *Therapieladen* „Ecstasyabhängigkeit“ als isolierte drogenspezifische Suchtdiagnose (nach ICD -10 Diagnoseschlüssel) bei der bisherigen Arbeit mit Partydrogenkonsumenten nicht diagnostiziert werden konnte. Die meisten Konsumenten machen relativ schnell die Erfahrung, daß sich Steigerung der Leistungsfähigkeit und Erlebnisintensivierung mit der dauerhaften erneuten Einnahme von Ecstasy nicht mehr einstellen. Die entaktogene, tranceartige Wirkung von Ecstasy läßt sich nicht schnell wiederholen bzw. steigern und auch der rein stimulierende Effekt ist bei Ecstasykonsum begrenzt. Je nach Bedürfnislage wird deshalb der Ecstasykonsum mit Amphetaminen und /oder Halluzinogenen kombiniert. Vor dem Hintergrund der spezifischen neuropharmakologischen Effekte von Ecstasy (s. *Gouzoulis* in diesem Band) und den bisherigen Erfahrungen in der praktischen Arbeit mit Partydrogenkonsumenten scheint eine reine Ecstasyabhängigkeit kein empirisches Phänomen darzustellen. Herausragend im Konsumverhalten der Klienten ist das starke Ausmaß des Cannabiskonsums. In der Partydrogenszene hat sich Cannabis als „chill-out“-Droge und „downer“ etabliert. Die gewünschte Entspannung und Milderung depressiver Symptome durch Cannabis führt mit dem dauerhaften Konsum jedoch häufig zu zusätzlichen psychischen Problemen und zu Schwierigkeiten in der Alltagsbewältigung.

Bei der Beschreibung einer Mißbrauchs- und Suchtentwicklung mit diesen Konsummustern ist es generell fraglich, welchen Stellenwert isolierte stoffbezogene Abhängigkeitsdiagnosen haben. Die gezielte Funktionalisierung des Konsums der verschiedenen Partydrogen und ihre Einbettung in eine bestimmte Erlebniswelt relativieren eine „nur“ stoffbezogene Suchtentwicklung. Durch die Intensität des Erlebens in der Partyszene können Formen von Mißbrauch und Abhängigkeit entstehen, die mit üblichen Suchtdiagnosen nicht hinreichend zu beschreiben sind.

3.4 Psychiatrische und psychodynamische Aspekte

Für die psychotherapeutische Arbeit mit hilfeschenden Partydrogenkonsumenten sind die Zusammenhänge und komplexen Wechselwirkungen von psychischen Störungen und Konsumverhalten von besonderem Interesse. Durch die psychoaktive Potenz vor allem der Entaktogene und Halluzinogene können bereits im frühen Stadium einer Suchtentwicklung (oder unabhängig davon) psychiatrische Symptome auftreten, die man auch vor dem Hintergrund vorhandener psychischer Dispositionen verstehen kann (*Thomasius* 1997). Etwa jeder dritte Klient im *Therapieladen* leidet unter psychiatrischen Komplikationen infolge des Partydrogenkonsums. Bei jedem Einzelfall stellt sich die Frage nach dem spezifischen, persönlichkeitsstrukturellen Hintergrund der Symptome und dem psychodynamischen Zusammenhang des Drogenkonsums. In der Psychoanalyse wird süchtiges Verhalten als „narzißtische Ersatzbefriedigung und als Kompensation eines strukturellen Mangels“ beschrieben und wird somit als möglicher Selbstheilungsversuch interpretiert (*Mentzos* 1984 S.238, *Heigl, Heigl-Evers* 1991, s. *Kraus* in diesem Band). Es können verschiedene Verarbeitungsformen dieses strukturellen Mangels unterschieden werden, mit jeweils anderen psychodynamischen Funktionen des Drogenkonsums. *Mentzos* unterscheidet in Bezug auf Suchtverhalten „regressive“ und „pseudoprogressive“ Verarbeitungsformen der narzißtischen Problematik (*Mentzos* 1984, S.240). Das Suchtverhalten von Partydrogenkonsumenten kann insofern als „pseudoprogressiv“ bezeichnet werden, indem versucht wird, mittels Gebrauch stimulierender Substanzen den eigenen internalisierten Ich-Idealen und den entsprechenden Werten und Anforderungen (Leistung, Perfektion, Harmonie) in der Szene bzw. Gesellschaft zu genügen. Je nach Stärke des strukturellen Mangels der Konsumenten entsteht eine

Suchtdynamik, in der versucht wird, durch dauerhaften Drogenkonsum und eventueller Dosissteigerung der latent drohenden Depression oder einem „Zerfall des Ich“ entgegenzuwirken. Bei entsprechender Ich-Schwäche kann es somit relativ schnell entweder zu einer psychotischen Dekompensation oder zu starken depressiven Krisen kommen, die den Anlaß für die Therapieaufnahme bilden.

Literatur

- Flüßmeier U, Rakete G.* (1997) Der Konsum von Ecstasy. Eine empirische Studie zu Mustern und psychosozialen Effekten des Ecstasykonsums. BzGA. Köln.
- Heigl F, Heigl-Evers A.* (1991) Basale Störungen bei Abhängigkeit und Sucht. In: Heigl-Evers et.al (Hrsg) Suchttherapie. Vandenhoeck & Ruprecht. Göttingen
- Kleiber D. et.al.* (1997) Cannabiskonsum in der Bundesrepublik Deutschland. Entwicklungstendenzen, Konsummuster, Einflußfaktoren. Bundesministerium für Gesundheit Bonn
- Mentzos S.* (1984, S.238-241). Neurotische Konfliktverarbeitung. Fischer. Frankfurt
- Thomasius R.*(1997) Ecstasy - MDMA. Aktueller Forschungsstand. In: Rabes, M. Harms W. : XTC und XXL. Ecstasy. Rowohlt. Hamburg
- Tossmann H.P, Heckmann W.* (1997) Drogenkonsum Jugendlicher in der Techno-Party-Szene. BzGA. Köln.

4 Spezifische Problemkonstellationen bei Partydrogenkonsumenten

Partydrogenkonsumenten unterscheiden sich in spezifischen Merkmalen von Opiatkonsumenten. Neben den drogenspezifischen Besonderheiten und Folgeproblemen, ist der unterschiedliche Lebensstil und lebensweltliche Hintergrund der Konsumenten von Relevanz. Kenntnisse von und Verständnis für diesen Lebensstil sind bedeutsam für die therapeutische Arbeit mit dem Klientel.

Bei der Frage nach den spezifischen Problemen von Partydrogenkonsumenten ist es sinnvoll, zunächst den Vergleich zu „klassischen“ Drogenabhängigen (polytoxikomaner Opiatkonsument) herzustellen. Anhand folgender Abgrenzungskriterien lassen sich spezifische Merkmale beschreiben.

- Bei Partydrogen gibt es keine körperliche Abhängigkeitsentwicklung. (Das Fehlen körperlicher Entzugserscheinungen ist auch für die Behandlung von Bedeutung: Entgiftung, bzw. körperliche Entzugsbehandlung sind kein notwendiger Bestandteil einer Drogentherapie.)
- Aufgrund der nicht intravenösen Konsumform verringert sich das Risiko einer H.I.V-Infektion bzw. anderer körperlicher Probleme. (Dennoch besteht die Gefahr eines riskanten Sexualverhaltens!)
- Überdosierungen mit Todesfolgen kommen bei Cannabisgebrauch gar nicht vor, bei Ecstasy und Amphetaminen sind es bisher Einzelfälle.
- Von der Kriminalisierungsproblematik (Beschaffungskriminalität, Strafverfolgung, Therapieauflagen) sind bisher nur sehr wenige betroffen.

Die bessere soziale Integration der Klienten ist nicht nur mit der unterschiedlichen sozialen Herkunft und anderen Folgeproblemen des Drogenkonsums zu erklären, sondern hat auch mit dem Lebensstil und der beschriebenen anderen Verarbeitungsform von psychosozialen Problemen der Konsumenten zu tun. Auch die Merkmale dieses Lebensstils unterscheiden sich von denen der Opiatkonsumenten. Für Partydrogenkonsumenten sind unter anderem folgende Aspekte bedeutsam:

- Leistungsbereitschaft und Anpassungsfähigkeit
- Streben nach Perfektion
- Streben nach Attraktivität und Schönheit
- Harmoniebedürftigkeit
- Betonung der Individualität und Einzigartigkeit

Für die psychotherapeutische Arbeit mit Partydrogenkonsumenten sind Kenntnisse über den lebensweltlichen Hintergrund der Technoszene eine wichtige Grundlage für ein klientenzentriertes Verstehen und Bearbeiten der spezifischen Problemlagen der Klienten. Zum sozialen und psychologischen Hintergrund der Technobewegung als Jugendkultur und Lebensstil gibt es mittlerweile zahlreiche Analysen (*Saunders 1994, Spohr 1996, Rabes 1997, Amendt und Walder*

1997,). Für die Mehrheit der Drogenkonsumenten in der Technoszene scheinen hedonistische Motive im Vordergrund zu stehen. Für andere sind Erkenntnisaspekt, und Bedürfnisse nach Grenzerfahrungen und Ekstase bedeutsamer (Krollpfeiffer 1995). In den Erfahrungen unserer Klienten zeigte sich, daß mit der Verbindung zur Technoszene mit ihren Regeln, Ritualen und Erlebnismustern, sich zunehmend das Verhältnis der Partygänger zu sich selbst und zu anderen veränderte. Aus der Besonderheit und Intensität der Party- und Drogenerfahrung ergibt sich für viele Konsumenten eine Aufteilung des Lebens in „zwei Welten“ (s.a. Domes 1997). Die schillernde Welt der Party steht häufig unvermittelt dem nüchternen grauen Alltag gegenüber. Der Anspruch vieler Partygänger an sich selbst besteht darin, diesen beiden (Erlebnis-) Welten möglichst lange gerecht zu werden. Man will im Partyleben entsprechend der dort vorherrschenden Motive und Werte „feiern“ können, und gleichzeitig den Alltagsanforderungen gerecht werden und funktionieren. Dies kann jedoch auf Dauer nur auf der Grundlage vorhandener psychischer Ressourcen und Bewältigungsstrategien gelingen. Klienten schildern häufig das Phänomen, daß sie weder in der Technoszene über ihre eigenen Alltagsprobleme sprechen konnten, noch im Alltag über die Möglichkeiten verfügten, das Erlebte und Erlittene mit anderen zu teilen. Mangelnde Bewältigungsstrategien und fehlende soziale Kompetenzen können somit zu einer zunehmenden Isolierung und Vereinsamung führen (bzw. diese verstärken), die häufig durch die vielen, meist oberflächlichen, Kontakte in der Partyszene überlagert werden. Aus diesem Dilemma heraus verändern oder verstärken sich die Suchtaspekte des Konsumverhaltens. Die Verdrängung und Abspaltung von Depressionen und Ängsten, die zunehmend wahrgenommene Kluft, den eigenen idealisierten Ansprüchen nicht gerecht zu werden, führt zu einer Verstärkung des Konsums und schließlich zur Krise und einem Behandlungsbedarf.

Literatur

- Amendt G, Walder P. (1997) Ecstasy & CO. Alles über Partydrogen. Rowohlt. Hamburg.
- Domes R. (1997) Zur Lebenswelt von XTC-Konsumenten in der Techno-Szene. In: Rabes M und Harms W.(Hrsg): XTC und XXL. Ecstasy. Rowohlt. Hamburg
- Krollpfeiffer K. (1995). Auf der Suche nach ekstatischer Erfahrung. Erfahrungen mit Ecstasy. Verlag für Wissenschaft und Bildung. Berlin.
- Saunders N., Walder P. (Hrsg.) (1994) Ecstasy. Rico Bilger. Zürich.
- Spoehr B. (1996). Techno, Party, Drogen. Attraktivität und Risiken. In: LJS Info Dienst Nr.2/96 Landesstelle Jugenschutz Niedersachsen.
- Rabes M, Harms W.(1997).XTC und XXL. Ecstasy. Rowohlt. Hamburg

5. Psychotherapeutischer Ansatz

Das therapeutische Konzept des *Therapieladen* basiert auf einem systemisch-psychoanalytischen Grundverständnis süchtigen Verhaltens und psychischer Störungen. Süchtiges Verhalten wird nicht als isoliertes Behandlungsproblem betrachtet, sondern immer im Gesamtkontext psychischer Entwicklung und sozialem Umfeld verstanden. Die konkrete therapeutische Praxis im *Therapieladen* ist von einer Methodenvielfalt geprägt, (klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie, Verhaltenstherapie, systemische Familientherapie, psychoanalytisch-interaktionelle Gruppentherapie) die im Rahmen der „Ambulanten Rehabilitation Sucht“ und der Psychotherapie mit Jugendlichen zur Anwendung kommt. Die kontinuierliche Zusammenarbeit mit einem Vertragsarzt, sowie mit niedergelassenen Psychiatern ist konzeptionell verankert. Prinzipiell wird zunächst Einzeltherapie angeboten, die nach einer bestimmten Kontaktphase mit Gruppentherapie kombiniert wird. Bei Bedarf und Möglichkeit werden zusätzlich Paargespräche oder Familientherapiesitzungen angeboten.

5.1 Ausgangslage und Vorbereitung der Therapie mit Partydrogenkonsumenten

Auf der Grundlage einer störungsspezifischen und prozeßorientierten Diagnostik wird die Veränderungsmotivation des Klienten überprüft und die Ziele der ambulanten Therapie vereinbart. Die Therapieziele orientieren sich an den spezifische Störungen und den Ressourcen des Klienten. Nach einer ersten Therapiephase mit Einzeltherapie, kann durch eine kombinierte interaktionelle Gruppentherapie sowohl die Abstinenzorientierung verstärkt werden, als auch Verständnis für die jeweiligen Beziehungsprobleme gefördert werden.

Die Planung und Zielformulierung für die Therapie basiert auf einer störungsbezogenen, prozeßorientierten Diagnostik und wird den jeweiligen Veränderungsmöglichkeiten und vorhandenen Ressourcen der Klienten angepaßt. Im Erstkontakt geht es um eine erste Einschätzung zum Behandlungsbedarf des Klienten, gleichzeitig wird dort versucht, dem Klienten für seine spezifische Problemsituation empathisches Verständnis zu zeigen, sowie Hoffnung auf Verbesserung seines

psychischen Zustandes zu vermitteln. Allein die Erwähnung der Tatsache, daß auch andere Personen mit ähnlichem Drogenkonsum und Problemen in Therapie sind kann entlastend wirken. (Ein zielgruppenspezifisches Angebot hat sich im *Therapieladen* seit Jahren für Cannabiskonsumenten bewährt und erleichtert auch für hilfeschuchende Partydrogenkonsumenten den Zugang zur Therapie.) Zur diagnostischen Einschätzung gehören auch Informationen über die Veränderungsmotivation der Klienten. Nach dem Prozeß- und Phasenmodell von *Prochaska und DiClemente* (1986) werden vier Phasen von Verhaltens- und Motivationsveränderungen beschrieben, die jeweils unterschiedliche Interventionen und Strategien des Therapeuten erfordern. Unterschieden wird in: Präreflexionsphase, Reflexionsphase, Entscheidungs- und Handlungsphase, Aufrechterhaltungsphase. Dieses Prozeßmodell läßt sich auf verschiedene Problembereiche von Klienten beziehen. Es ist für die therapeutische Arbeit deshalb von Bedeutung, weil es die Frage nach der Motivation von Klienten dynamisch betrachtet. Es gibt keine „unmotivierten“ Klienten, sondern verschiedene Stadien der Motivation zur Veränderung. In den ersten Therapiesitzungen gilt es, gemeinsam mit dem Klienten zu klären, in welchen Bereichen (nicht nur im Konsumverhalten!) Veränderungen erwünscht bzw. anzustreben sind. Zum Zeitpunkt der Therapieaufnahme befinden sich die meisten Klienten bereits in einer Entscheidungs- und Handlungsphase bezüglich ihres Drogenkonsums, die jedoch von großer Ambivalenz geprägt ist. In erster Linie sind es eher die sich zuspitzenden psychischen Krisen der Klienten und weniger äußere soziale Sanktionen, die die Grundlage dieser Veränderungsmotivation bilden. Diese auf den ersten Blick günstige Ausgangsposition darf nicht darüber hinwegtäuschen, daß der Aufbau einer therapeutischen Beziehung und die Arbeit mit den Klienten sich dennoch oft schwierig gestalten. Partydrogenkonsumenten kommen häufig nach oder während eines krisenhaften Zustandes in die Behandlung, den sie wie einen Unfall - der Szenebegriff „Absturz“ ist hier bezeichnend - oder ein äußeres Ereignis erleben (Dies gilt vor allem für Klienten mit substanzinduzierten psychotischen Episoden). Sie haben zwar erlebt, daß „etwas“ außer Kontrolle geraten ist, ob dies aber Ausdruck einer „richtigen“ Sucht ist, wird (zum Teil zu Recht) eher bezweifelt. Tatsache ist, daß bei einem Teil der Klienten nach den ICD-10 Diagnosekriterien kein „Abhängigkeitssyndrom“ vorliegt, sondern „schädlicher Gebrauch“, mit dem vorhandene psychische Störungen ausgelöst oder verstärkt wurden. Für manche Klienten ist es deshalb schwer, sich selbst als süchtig, bzw. drogenabhängig einzuschätzen, wobei hier auch Ängste vor einer Stigmatisierung eine Rolle spielen.

5.2 Therapiedurchführung

Nach den ersten diagnostischen Gesprächen verdeutlicht sich bereits, welche Möglichkeiten und Fähigkeiten zur Abstinenz oder zum kontrollierten Konsum bestimmter Substanzen gegeben sind und welche behandlungsrelevanten Symptome im Vordergrund stehen. Im ambulanten Setting ist es prinzipiell möglich, jeweils individuelle Zielvereinbarungen gemeinsam mit dem Klienten zu entwickeln. Aufgrund fehlender Indikationskriterien lassen sich nicht alle Klienten innerhalb der Rahmenbedingungen der „Ambulanten Rehabilitation Sucht“ behandeln (z.B. jugendliche Suchtgefährdete). Eine Diskussion dieser formalen und finanziellen Problematik kann an dieser Stelle jedoch nicht geführt werden.

Im *Therapieladen* wird bei allen ambulanten Therapieklienten nach einer Phase der Einzeltherapie die Möglichkeit einer Kombination von Gruppentherapie und Einzeltherapie angeboten. Wir arbeiten mit „geschlossenen“ oder „halboffenen“ gemischten Gruppen über einen durchschnittlichen Zeitraum von einem Jahr. Die Voraussetzung zur Teilnahme an der Gruppentherapie ist zum Einen die Bereitschaft und Fähigkeit zur Drogenabstinenz. Außerdem werden zusätzliche Indikationskriterien zur Gruppentherapie überprüft, die die Fähigkeit, sich auf einen längeren interaktionellen Prozeß mit den Gruppenteilnehmern einzulassen, betreffen. In der Gruppentherapie können die gemeinsamen und unterschiedlichen Erfahrungen der Klienten mit Partydrogen für ein tiefergehendes Verständnis der individuell unterschiedlichen Funktionen des Drogenkonsums genutzt werden. Darüber hinaus kommen im Gruppenprozeß die jeweiligen Kommunikationsstile und Beziehungsprobleme der Klienten stärker zum Ausdruck und können therapeutisch bearbeitet werden.

5.3 Faktoren der Therapiegestaltung

In der therapeutischen Beziehungsgestaltung werden verschiedene Aspekte der Klienten berücksichtigt. Neben der entwicklungspezifischen Besonderheit von jugendlichen Klienten, sind die Art und das Ausmaß der stoffgebundenen Abhängigkeit, sowie die Formen und Ausprägungen vorhandener psychischer Störungen wichtige Parameter für einen adäquaten therapeutischen Umgang. Das Beziehungsangebot und die Grundeinstellung des Therapeuten sollen prinzipiell von Respekt, Präsenz und Authentizität geprägt sein.

Die Gestaltung des Arbeitsbündnisses und die Zielsetzung in der ambulanten Therapie ist von verschiedenen Faktoren abhängig. Vom Therapeuten sind im Umgang mit dieser Klientel allgemeingültige Grundeinstellungen und Haltungen in besonderer Weise gefordert und immer wieder herzustellen: Respekt, Präsenz, Authentizität und Empathie (Heigl-Evers und Ott 1994). Im therapeutischen Prozeß können starke Gegenübertragungsphänomene auftreten, die eine regelmäßige Supervision erforderlich machen. Die Art und Weise der Beziehungsdynamik in der Therapie ist von verschiedenen Faktoren abhängig. Auf geschlechtsspezifische Unterschiede, sowie den Aspekt der sexuellen Orientierung (relativ hoher Anteil von Homosexuellen unter den Partydrogenkonsumenten) kann an dieser Stelle, trotz der Relevanz für die therapeutische Beziehung, nicht näher eingegangen werden. Allgemeinere Faktoren sind:

5.3.1 Alter der Konsumenten

Der therapeutische Umgang mit jugendlichen Klienten (im Alter zwischen 16 und 20 Jahren) erfordert aufgrund der entwicklungspezifischen Situation eine andere Grundhaltung und therapeutische Strategie als bei älteren Klienten. Hier ist zum einen im besonderen Maße Verständnis und Akzeptanz gegenüber der Ambivalenz des Jugendlichen bezüglich des Drogenkonsums und gegenüber einer Psychotherapie gefordert. Jugendliche befinden sich hinsichtlich der Veränderungsmotivation eher in der „Reflektionsphase“ und sind einem therapeutischen Hilfsangebot gegenüber kritisch eingestellt, denn in der Regel sind es bei den jüngeren Klienten Familienangehörige oder andere Bezugspersonen, die den Anstoß zur Therapie geben. Angehörige und Jugendliche befinden sich in dieser Phase häufig in einem akuten Ablösungskonflikt. Die vielfältigen beziehungsregulierenden Funktionen, die der Drogenkonsum im Kontext der Familie und bei der Entwicklungsaufgabe „Ablösung und Autonomieentwicklung“ haben kann, sind in systemisch-familientherapeutischen Ansätzen beschrieben (*Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren* 1993). Die Einbeziehung von Familienangehörigen in die therapeutische Arbeit kann förderlich und hilfreich sein, um mögliche Loyalitätskonflikte zwischen Therapeut, jugendlichem Klienten und Familie zu vermeiden bzw. zu verstehen und aufzulösen. Ein weiterer Aspekt bei der therapeutischen Arbeit mit jugendlichen Drogenmißbrauchern ist das Ausmaß der Bindung an die peer-group und die Technoszene (s. *Silbereisen* in diesem Band). Bei starker Involviertheit ist das identitätsstiftende Moment der peer-group („party-families“) im Kontext der adoleszenten Entwicklung zu berücksichtigen. Ein Kontaktabbruch zur drogenkonsumierenden Clique, bzw. das dauerhafte Fernbleiben von Technopartys ist für die jugendlichen Klienten zunächst schwer zu realisieren und sollte auch nicht von therapeutischer Seite zur Vorbedingung der Therapie gemacht werden. Notwendig für den therapeutischen Zugang zu jugendlichen Drogenmißbrauchern ist ein verstehendes Begleiten, in dem Empathie für die positiven Seiten ihrer Drogenerfahrung und Wissen um die Attraktivität von Technopartys zum Ausdruck kommt. Kontinuität, Verbindlichkeit und aktive Mitarbeit ist von Jugendlichen nicht von Anfang an zu erwarten. Die Rahmenbedingungen der Therapie, vor allem die Therapiefrequenz, müssen dementsprechend flexibel gestaltbar sein.

5.3.2 Schweregrad und Art der stoffgebundenen Abhängigkeit

Wie bereits beschrieben, unterscheiden sich auch die hilfeschuchenden Partydrogenkonsumenten hinsichtlich ihrer Konsummuster bzw. der stoffbezogenen Mißbrauchs- und Abhängigkeitsformen. Für den therapeutischen Umgang mit dem Klienten muß geklärt werden, wie stark eine Eigendynamik süchtigen Verhaltens entwickelt ist. Bei Klienten mit einem Konsummuster vom „Typ A“ (Wochenendkonsum) liegt in der Regel keine ausgeprägte Drogenabhängigkeit vor. Psychische Krisen und Störungen können bei entsprechender Vulnerabilität auch bei diesem Konsummuster auftreten. Klienten mit einem Konsummuster vom „Typ B“ haben häufig eine Cannabisabhängigkeit entwickelt, die auch im Zusammenhang mit dem Amphetamin- und Ecstasymißbrauch am Partywochenende zu verstehen ist. Bei Klienten mit regelmäßigem, meist täglichem Drogenkonsum („Typ C“) ist häufig eine Polytoxikomanie (ohne Opiate) zu diagnostizieren. Obwohl eine Entgiftungs- und Entzugsbehandlung aufgrund fehlender körperlicher Abhängigkeit keine notwendige Voraussetzung ist, ist grundsätzlich zu prüfen, ob eine ausreichende psychische Stabilität für eine ambulante Therapie vorhanden ist. Dies muß nach einer ersten Kontaktphase gemeinsam mit dem Klienten überprüft und besprochen werden. Bei Klienten mit schweren Abhängigkeitsformen (täglichem polytoxikomanen Konsum) kann bei entsprechender Motivation eine stationäre (Kurzzeit-) Therapie indiziert sein, in deren Anschluß eine ambulante Weiterbehandlung sinnvoll ist.

Klienten mit einem Konsummuster vom „Typ B“ sind entschlossen, zum Zeitpunkt der Therapieaufnahme den Ecstasy- und Amphetaminkonsum zu beenden, können oder wollen jedoch zunächst nichts an ihrem Cannabiskonsum verändern. Nach unserer Erfahrung ist eine schrittweise Veränderung im Konsumverhalten therapeutisch sinnvoll, so daß eine Reduktion bzw. das Absetzen der synthetischen Drogen als erstes Therapieziel unterstützt werden kann. Wenn dies erreicht ist, wird für den Klienten manchmal erst spürbar, welche Rolle und welchen Stellenwert der Cannabiskonsum

in seinem derzeitigen Leben hat. Für viele wird dann deutlich, daß ohne eine Reduzierung oder gänzliche Abstinenz von Cannabis keine weiteren Fortschritte in der Psychotherapie zu erzielen sind.

5.3.3 Comorbidität

Die Berücksichtigung der unterschiedlichen psychischen Störungsbilder der Klienten ist ein entscheidender Faktor für die Zielsetzung und Beziehungsgestaltung in der Therapie. Die Gestaltung eines therapeutischen Arbeitsbündnisses ist abhängig vom Niveau der Persönlichkeitsorganisation und der Ausprägungen der Persönlichkeitsmerkmale (Stile) der Klienten (*Kernberg 1989, Heigl/Heigl-Evers 1991, König 1991*). Auf der Ebene des Organisationsniveaus der Ich-Struktur werden psychotische, präpsychotische, Borderline, narzißtische und reifere Persönlichkeitsstrukturen unterschieden. Die Möglichkeiten und Ziele einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung orientieren sich zum einen an dem Schweregrad des strukturellen Mangels des „Ichs“ der Klienten. Zum anderen ist ein ressourcenorientierter Blickwinkel, der die vorhandenen Kompetenzen erkennt und Abwehr und Bewältigungsstrategien immer auch als Lösungsversuche der Klienten wertschätzt, von großer Bedeutung.

Klienten mit **(substanzinduzierten) psychotischen Störungsbildern** werden in der Regel (nach stationärer oder bei ambulant-psychiatrischer Behandlung) auf bestimmte Zeit mit Neuroleptika und/oder Antidepressiva behandelt. Bei Ausschluß einer psychotischen Primärerkrankung kann nach dem Abklingen der psychotischen Symptome die Medikation abgesetzt werden. Für den therapeutischen Kontakt mit diesen Klienten sind Kenntnisse des Therapeuten über postpsychotische Residualzustände sowie über Nebenwirkungen von Neuroleptika von Bedeutung. In der ersten Phase der Therapie steht hier die Verarbeitung der psychotischen Krise im Vordergrund (Wiederherstellung der Ich-Funktionen, Alltagsbewältigung). Die Mehrheit dieser Klienten hat aufgrund des „Horrorerlebnisses“ zunächst eine große Distanz zum Drogenkonsum entwickelt, die sich aber nach einer Phase der Stabilisierung wieder verändern kann. Bei entsprechender Stabilität ist deshalb ein konfliktorientiertes Aufarbeiten und Verstehen notwendig, um den Klienten auch längerfristig zu befähigen, auf den Drogenkonsum zu verzichten.

Auch **Klienten mit Borderline-Störungen** sind aufgrund ihrer labilen Ich-Struktur (Identitätsdiffusion) in Krisenphasen teilweise auf stationäre und/oder medikamentöse Behandlung angewiesen. Die Herstellung und Aufrechterhaltung eines ambulanten therapeutischen Arbeitsbündnisses gestaltet sich bei diesen Klienten aufgrund spezifischer Abwehrmechanismen besonders schwierig und ist von häufigen therapeutischen Krisen begleitet.

Stabiler im therapeutischen Kontakt sind dagegen **Klienten mit narzißtischen und depressiven Persönlichkeitsstrukturen** (*König 1991*) Während depressiv strukturierte Klienten sich relativ unproblematisch auf eine therapeutische Arbeitsbeziehung einlassen, ist bei der Beziehungsgestaltung zu narzißtischen Klienten das starke Autonomiebedürfnis und die starke Kränkbarkeit zu berücksichtigen. Das Bedürfnis nach Bestätigung, Anerkennung, bzw. Bewunderung des „Selbst“ steht bei narzißtisch-strukturierten Klienten im Vordergrund. Mangelnde Bestätigung oder frühzeitige Kritik und Konfrontation zu Beginn der Therapie kann schnell zur Abwertung des Therapeuten bzw. zum Abbruch der Therapie führen.

5.4 Themen und Ziele im Therapieprozeß

In Abhängigkeit von den genannten Faktoren variieren die inhaltlichen Schwerpunkte und Ziele der Therapie. Das erste Ziel betrifft die Veränderung des Konsumverhaltens bzw. die Drogenabstinenz. Während manche Klienten dauerhafte Abstinenz von allen Drogen anstreben, wollen andere nur den Konsum bestimmter Drogen beenden, den Konsum anderer Drogen (z.B. Alkohol und Cannabis) jedoch auf kontrollierte Art fortsetzen. In jedem Einzelfall werden gemeinsam mit dem Klienten Vereinbarungen und erste Entscheidungen über die Drogenabstinenz ausgehandelt. Diese Vereinbarungen werden im weiteren Prozeß überprüft (z.T. mit Urinkontrollen) und gegebenenfalls modifiziert. Die Auseinandersetzung mit dem Konsum- und Suchtverhalten (Verstehen und Erkennen der Funktion und Bedeutung des Drogenkonsums) steht zunächst im Vordergrund, ist jedoch nur ein Aspekt im Therapieprozeß. Auf einer allgemeineren Ebene lassen sich bestimmte inhaltliche Schwerpunkte der therapeutischen Arbeit beschreiben, die bei dieser Klientel von besonderer Bedeutung sind:

Stabilisierung der Selbstwertregulation

- Reduzierung von Grandiosität und Minderwertigkeit
- Realistische Einschätzung eigener Fähigkeiten und Grenzen
- Verbesserung der Frustrationstoleranz
- Akzeptanz von „Mittelmäßigkeit“ und Alltagsroutine

Störungen in der Selbstwertregulation zeigen sich bei diesen Klienten in besonderer Weise. Die Klienten leiden häufig unter starken Schwankungen im Selbstwertgefühl, und haben Probleme bei der Einschätzung eigener Fähigkeiten und Grenzen. Diese narzißtischen Themen prägen mitunter den gesamten therapeutischen Prozeß. Bei der Stabilisierung der Selbstwertregulation handelt es sich nicht um ein schnell erreichbares Ziel, sondern um eine kontinuierliche Entwicklung „von kleinen Schritten“ in der Therapie. Durch konstante respektvolle Beziehungsangebote des Therapeuten kann sich die Frustrationstoleranz verbessern und damit das Selbstwelterleben insgesamt stabilisieren.

Wahrnehmung und Differenzierung von Gefühlen und Bedürfnissen

- Erkennen und Tolerieren eigener Gefühle
- Verbesserung der Affektdifferenzierung
- Verbesserung der Kontrolle über impulsive Bedürfnisse

Ein zentraler Aspekt in der Therapie ist die Identifizierung von und der Umgang mit Affekten. Der Therapeut ist behilflich beim Wahrnehmen und Erkennen von Gefühlen und unterstützt den Klienten bei der Verbalisierung bzw. Symbolisierung von Affekten. Hierbei sind die Toleranzgrenzen der Klienten zu berücksichtigen.

Ein weiterer Aspekt ist die Impulskontrolle und die Steuerung von Affekten. Wenig differenzierte, archaische Affekte haben eine bedrohliche Qualität und sind häufig der Auslöser Rückfälle. Die Verbesserung und Unterstützung der Impulskontrolle durch neue Verarbeitungs- und Bewältigungsmöglichkeiten steht hier im Vordergrund.

Verbesserung der Kontakt- und Beziehungsfähigkeit

- Realistische und differenzierte Wahrnehmung von anderen
- Sich abgrenzen von den Bedürfnissen anderer
- Bindungsfähigkeit verbessern und Nähe aushalten
- Fähigkeit, auch „Allein-Sein“ zu können

Häufig verfügen die Klienten nicht über realistisch angemessene Bilder(im Sinne von ganzheitlich integrierten Selbst- und Objektrepräsentanzen) von sich und anderen (s. *Kraus* in diesem Band). Aus diesen strukturellen Defiziten resultieren Kontakt- und Beziehungsprobleme, die sich auch in der therapeutischen Beziehung widerspiegeln. Hier besteht die Chance und Notwendigkeit, durch das klare und abgegrenzte Beziehungsangebot des Therapeuten, dem Klienten seine spezifischen Beziehungs- und Kontaktprobleme zu verdeutlichen und längerfristig die Entwicklung „reiferer“ Beziehungsformen zu fördern.

Leben nach der „Partyzeit“

- Abstand von der Partyszene bekommen
- Überwindung der depressiven Krise nach dem „Absturz“
- Verständnis der „Krise als Chance“ und neuer Sinnfindung
- Veränderung und Neugestaltung von Freizeitverhalten

Insbesondere Klienten, die stark involviert in der Techno- und Partyszene waren, benötigen Unterstützung für eine alternative Erlebnis- und Freizeitgestaltung. Aufgrund der starken Verbindung von Partykultur und Drogenkonsum sind Abstandsgewinnung und Ausstieg aus der Partyszene für die meisten Klienten notwendig. Dies geht häufig mit einer Sinnkrise einher, denn dieser Ausstieg kann zugleich ein Abschied von einer ganzen Lebensphase bedeuten. In der Therapie sollten Umgangsweisen und mögliche Rituale von Abschied, Übergang und Neubeginn thematisiert und unterstützt werden. Eine Anbindung an bestehende Selbsthilfegruppen kann diesen Prozeß unterstützen.

6. Schlußbemerkung

Die Veränderungen im Drogenkonsumverhalten von Jugendlichen seit Beginn der neunziger Jahre stellt die Drogen- und Suchthilfe auch im Bereich der Therapie vor neue Aufgaben. Es stellt sich die Frage, ob sich behandlungsbedürftige Partydrogenkonsumenten in bisher bestehende therapeutische Angebote für Drogenabhängige integrieren lassen. Es zeichnet sich zwar ab, daß mit dem zunehmenden Trend einer Flexibilisierung und Individualisierung der suchtttherapeutischen Ansätze auch unterschiedliche Zielgruppen besser erreicht werden können. Ob sich jedoch innerhalb einer Drogentherapieeinrichtung die unterschiedlichen Zielgruppen (Opiatkonsumenten und Partydrogenkonsumenten) ohne weiteres mischen lassen, kann eher bezweifelt werden. Die Unterschiede im lebensweltlichen und subkulturellen Kontext der Klienten, sowie in den Folgeproblemen des Konsumverhaltens, werden eine Integration erheblich erschweren, bzw. sprechen für ein zielgruppenspezifisches Vorgehen. Eine Reduktion auf das Krankheitsbild „Sucht“ wird den Problemen der Partydrogenkonsumenten nicht gerecht. Es gibt für diese Zielgruppe keinen Bedarf nach einer spezifischen Suchttherapie, sondern den einer integrativen Psychotherapie, die den spezifischen Suchtaspekt berücksichtigt.

Literatur

- Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.) (1993).* Sucht und Familie. Lambertus. Freiburg.
- Heigl F, Heigl-Evers A. (1991)* Basale Störungen bei Abhängigkeit und Sucht. In: Heigl-Evers et.al (Hrsg) Suchttherapie. Vandenhoeck & Ruprecht. Göttingen
- Heigl-Evers A., Ott J (1994)* Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode. Vandenhoeck & Ruprecht. Göttingen.
- Kernberg O (1989)* Schwere Persönlichkeitsstörungen. Klett-Cotta. Stuttgart
- König K. (1991).* Vorbereitung und Einleitung der Therapie. In: Heigl-Evers A. et. al. (Hrsg.) Suchttherapie. Vandenhoeck & Ruprecht. Göttingen.

Dieser Beitrag wurde veröffentlicht in
Thomasius, Rainer (Hrsg):
Ecstasy - Wirkungen, Risiken, Interventionen.
Enke, Stuttgart