



Drogenkonsum und psychische Störungen

Erfahrungen aus der ambulanten Therapie mit Cannabis- und Partydrogenmißbrauchern und -abhängigen

Von Jeanine Bobbink und Birgit Spohr (j.bobbink@therapieladen.de b.spohr@therapieladen.de)

Einführung

Dieser Beitrag ist der Frage gewidmet, wie ein geeigneter Beratungs- und Behandlungsansatz aussehen kann, wenn Klienten neben schädlichem oder abhängigem Drogenkonsum auch an schweren psychischen Störungen leiden, was auf einen Großteil unserer Klientel zutrifft.

Die in unserer Praxis vorwiegend anzutreffenden Störungsbilder werden den sogenannten frühen Störungen zugeordnet. In erster Linie handelt es sich um narzißtische (Persönlichkeits)Störungen, Borderline-Störungen und Psychosen, meist prä- und postpsychotische Symptomatiken. Darüberhinaus sind wir mit depressiven und Angststörungen konfrontiert.

Der THERAPIELADEN e.V. existiert seit 15 Jahren als fester Bestandteil des Berliner Drogenhilfesystems und ist spezialisiert auf die Problematik jugendtypischer Drogen. Der drogenspezifische Schwerpunkt war lange Jahre Cannabis, seit Beginn der 90er Jahre befassen wir uns außerdem mit sogenannten Partydrogen (Speed, XTC, LSD und Kokain, meist im Mischkonsum). Unser Angebot beinhaltet Beratung von Konsumenten¹ und Angehörigen sowie die Durchführung von ambulanten Therapien (auch im Rahmen der Rehabilitation Sucht). Außerdem sind wir auf dem Gebiet der Suchtprävention tätig: Hierzu gehören die Fortbildung von Multiplikatoren, die Konzeption von Präventionsprojekten und die Entwicklung von Informationsmaterial.²

Im folgenden wird ein integratives Beratungs- und Behandlungskonzept vorgestellt, das sich in der ambulanten Arbeit mit Drogenkonsumenten bewährt hat.

Zur Einführung in das Thema möchten wir mit dem Beispiel eines Entwicklungsverlaufs beginnen, an dem verschiedene Hilfesysteme nacheinander beteiligt waren. Im Anschluß daran möchten wir anhand der Darstellung unserer Vorgehensweise die Notwendigkeit eines integrativen, fachübergreifenden Zugangs erläutern.

Eine Fallgeschichte

Vermittelt durch eine Lehrerin meldete sich ein 17-jähriger junger Mann zum Erstgespräch an. Er wirkte sympathisch und sah aufgrund seiner schwächtigen Gestalt eher jünger aus. Im Kontakt verhielt er sich zurückhaltend, nahm kaum Blickkontakt auf und sprach wenig. Das Gespräch bestand sowohl aus Phasen, in denen er sich eher ängstlich-verwirrt und ungeordnet in seinen Gedankengängen zeigte als auch aus Abschnitten, in denen er klar und stringent formulieren konnte. Seine Grundstimmung war von einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit bestimmt, das einzig Positive und Bestimmende in seinem Leben schien das Kiffen zu sein.

Er wohnte zu diesem Zeitpunkt bei seinen Eltern, die einen hohen Bildungsgrad hatten und in jeder Beziehung sehr anspruchsvoll waren.

¹ Wegen der leichteren Lesbarkeit haben wir im Text durchgängig die männliche Form gewählt.

² Die Autorinnen sind Diplom-Psychologinnen mit Zusatzausbildungen in Verhaltens- bzw. Gesprächspsychotherapie und seit 7 Jahren in allen Arbeitsbereichen der Einrichtung tätig.

Aus der Vorgeschichte ging hervor, daß er schon immer ein eher introvertierter, sensibler Mensch mit wenig sozialen Kontakten war, mit den Leistungsanforderungen der Schule jedoch gut zurecht gekommen war. Nach anfänglichem Probierkonsum im Alter von 13 Jahren, hatte Tobias ab 14 begonnen, regelmäßig, d.h. täglich zu kiffen, weil er sich bekifft deutlich besser fühlte als nüchtern. Nicht ganz 16 Jahre alt, hatte er bereits täglich mehrere Gramm Haschisch oder Marihuana, bevorzugt mittels Wasserpeife konsumiert. Seine Eltern hatten von dem Konsum erst erfahren, als er etwa 15 war, dies jedoch zunächst toleriert, da sie selbst in ihrer Jugend Erfahrungen mit Cannabis gesammelt hatten und sich nicht vorstellen konnten, daß Kiffen, insbesondere für Jugendliche, auch riskant sein könnte.

Als er mit 17 Jahren zum Erstgespräch in den Therapieladen kam, waren seine Lebenssituation und seine psychische Verfassung äußerst desolat: Er ging seit mehreren Monaten nicht mehr zur Schule, das Zusammenleben mit seinen Eltern war für alle Beteiligten unerträglich geworden. Er hatte bereits einen längeren stationären Aufenthalt auf einer psychiatrischen Station (Zwangsunterbringung) hinter sich. Dort war eine paranoid-halluzinatorische Psychose diagnostiziert worden und dort hatte Tobias auch einen Suizidversuch unternommen.

Nach Abklingen der Psychose unter neuroleptischer Medikation war er zu seiner Familie zurückgekehrt, wo sich die Konflikte jedoch erneut zugespitzt hatten. Trotz postpsychotischem Residualzustand kiffte er wieder nahezu täglich, die Medikamente nahm er unregelmäßig, den Schulbesuch erlebte er als ebenso qualvoll wie die Situation zuhause. Eine Lehrerin, bei der er Hilfe und Unterstützung gesucht hatte, schlug ihm vor, den Therapieladen aufzusuchen.

Als er in dieser Krisensituation Kontakt zu unserer Einrichtung aufnahm, hatten er und seine Familie in einem Zeitraum von ca. zwei Jahren eine Vielzahl von Helfern verschiedener Fachdisziplinen konsultiert. Folgende Stationen hatte er hinter sich: Drogenberatungsstelle, Psychotherapeutin, Hausärztin, die zum Facharzt für Neurologie und Psychiatrie überwies, Jugendamt, psychiatrische Klinik.

Wir wollen uns die Entwicklung während dieser zwei Jahre und die verschiedenen Stationen genauer ansehen und die Hilfsangebote aus unserer Sicht kommentieren. Dabei geht es uns ausdrücklich nicht darum, die Arbeit der hier erwähnten Kollegen bzw. Institutionen zu entwerten, sondern darauf hinzuweisen, wo nach unserer Erfahrung Grenzen und Entwicklungschancen liegen. Unsere kritischen Anmerkungen sind als Plädoyer für eine fachübergreifende, integrative Sicht auf die komplexe Problematik Drogenkonsum und psychische Störungen zu verstehen.

1. Station: Drogenhilfe

Mit 15 hatten die Eltern ihren Sohn zunächst in eine Drogenberatungsstelle geschickt, weil es ihnen mit dem Kiffen zuviel wurde, Tobias sich zuhause zunehmend verweigerte und insgesamt in seinem Verhalten sehr verändert hatte. Bei dem Gespräch in der Drogenberatungsstelle stand das Thema Drogen bzw. Sucht im Mittelpunkt. Die bereits zu diesem Zeitpunkt bestehende schwere Ablöseproblematik und die psychischen Probleme von Tobias wurden dort nicht in die Bewertung des Konsumverhaltens miteinbezogen.

Da die Kollegen dort hauptsächlich mit Junkies zu tun haben, sehen sie Cannabis oft eher als "weiche" Droge an. Sie gehen davon aus, daß jugendliches Experimentieren mit Drogen normal ist und sehen das Problem eher bei den Eltern, die damit nicht zurechtkommen.

Nach dem Gespräch dort fühlten sich die Eltern nicht ernstgenommen und waren irritiert. Tobias hingegen war zufrieden und triumphierte: "Hab ich doch gleich gesagt, daß das mit dem Kiffen nicht so schlimm ist".

Um Mißverständnissen vorzubeugen, möchten wir an dieser Stelle ausdrücklich betonen, daß es sich bei jugendlichen Cannabiskonsumanten in vielen Fällen tatsächlich um ein normales jugendtypisches Experimentierverhalten handelt.

2. Station: Psychotherapeutin

Nach dieser Enttäuschung erhofften sich die Eltern Unterstützung von einer befreundeten niedergelassenen Psychotherapeutin. Tobias erklärte sich einverstanden, dort Gespräche zu führen, denn er fühlt sich oft leer und unzufrieden und litt ebenfalls unter der häuslichen Situation. Die Therapeutin fokussierte entsprechend ihrer fachlichen Ausrichtung die Persönlichkeit des jungen Mannes und sah die ausgeprägte Ich-Schwäche und die daraus resultierenden Probleme. Sie setzte sozusagen die klinisch-psychologische Brille auf. Die für den Jugendlichen subjektiv positiven Aspekte des Drogenkonsums beachtete sie nicht. Sie empfahl ihm, das Drogenthema doch in einer Drogenberatungsstelle anzusprechen.

Da sich der junge Mann in diesem für ihn so wichtigen Punkt nicht ernstgenommen und verstanden fühlte, brach er den Kontakt nach drei Gesprächen wieder ab.

3 Station: Facharzt für Neurologie und Psychiatrie

In den Augen der Eltern verhielt sich ihr Sohn im weiteren Verlauf so auffällig, daß die Familie gemeinsam die Hausärztin konsultierte. Tobias hatte Verfolgungsideen, aggressive Durchbrüche und starke Stimmungsschwankungen und konnte aus Angst vor dem Kontakt zu seinen Mitschülern die Schule nicht mehr besuchen. Der Facharzt für Neurologie/Psychiatrie, an den Tobias von dort aus überwiesen wurde, erwog eine aus psychiatrischer Sicht naheliegende Maßnahme, eine neuroleptische Medikation. Außerdem wies er auf die Gefährlichkeit des Kiffens in dieser Situation hin. Tobias erlebte diesen Arztbesuch nicht als hilfreich. Die Einnahme von Psychopharmaka lehnte er kategorisch als chemische Manipulation ab, diese Vorbehalte wurden von seinen Eltern geteilt.

4. Station: Jugendhilfe

Die Schwierigkeiten zuhause spitzten sich weiter zu: Es kam zu ersten gewalttätigen Angriffen gegenüber der Mutter. Tobias hatte nur noch den Wunsch, Kiffer zu sein und zuhause versorgt zu werden. Jegliche realistische Zukunftsperspektive hatte er verloren. Die Eltern nahmen daraufhin Kontakt zum Jugendamt auf in der Hoffnung, auf diesem Wege für ihren Sohn einen Platz in einer betreuten Wohngemeinschaft zu finden. Auf diese Initiative hin entspannte sich zunächst die Familiensituation.

Die Vermittlung über das Jugendamt scheiterte jedoch an den Konzepten der verschiedenen Wohngemeinschaften. Die Aufnahme in eine Jugend WG scheiterte an dem offengelegten Cannabismißbrauch und den psychiatrischen Auffälligkeiten, eine Betreuung in einer WG für psychisch Beeinträchtigte kam wegen des Drogenkonsums nicht zustande.

Für das Jugendamt stand aus pädagogischer Sicht die heftige Ablöseproblematik und die Schulverweigerung im Vordergrund. Der Drogenkonsum sowie die psychischen Auffälligkeiten wurden in ihrer Funktionalität nicht ausreichend berücksichtigt.

5. Station: Klinik

Nach einem aggressiven Durchbruch wurde Tobias zwangsweise in eine psychiatrische Klinik eingewiesen. Die medizinisch-psychiatrische Diagnostik lautete: paranoid-halluzinatorische Psychose. Es bestand allerdings Unklarheit darüber, inwiefern sie drogeninduziert war oder nicht. Es wurde eine langfristige medikamentöse Behandlung angesetzt, ohne daß weitere Perspektiven vorgeschlagen wurden.

6. Station: Therapieladen

Als Tobias alleine zum Erstgespräch kam, formulierte er den Wunsch, sich von seinen Ängsten und depressiven Stimmungen zu befreien und von seinen Eltern als Kiffer respektiert zu werden. Es wurde zunächst eine Vereinbarung über fünf Gespräche getroffen, an deren Ende über eine eventuelle Fortsetzung entschieden werden sollte. Wegen der labilen psychischen Verfassung des Klienten wurden zwei Gespräche pro Woche von 30 Minuten Dauer verabredet.

Einen Zusammenhang zwischen seinem Drogenkonsum und seinen psychischen/psychiatrischen Störungen sah Tobias zu diesem Zeitpunkt nicht. Daher wurde von ihm zunächst keine Abstinenz verlangt. Er mußte allerdings darauf verzichten, am Tag des Gesprächstermins zu konsumieren, was der junge Mann akzeptieren konnte. Über die Thematisierung der positiven Aspekte des Drogenkonsums entwickelte sich ein Kontakt, den Tobias schätzen lernte. Schritt für Schritt konnten Bedeutung und Funktion des Konsums und der Zusammenhang zu seinen psychischen Symptomen herausgearbeitet werden. Es wurde zunehmend deutlich, daß Tobias über das gemeinsame Kiffen mit Gleichaltrigen erstmals einen Ausweg aus seiner Einsamkeit gefunden hatte. Gleichzeitig bot ihm die Selbstetikettierung als „Kiffer“ eine Grundlage für die Entwicklung einer bis dahin für ihn nur diffus wahrnehmbaren eigenen Identität (keinerlei Kontinuität in Beziehungen und Interessen außerhalb der Familie). Dieser Versuch der Ich-Stabilisierung ermöglichte zugleich erste Abgrenzungsschritte gegenüber seinen Eltern, an die er sich sehr stark gebunden fühlte und die ihrerseits große Schwierigkeiten mit den Ablösungsbedürfnissen ihres Sohnes hatten.

Auf der Basis einer vertrauensvollen Beziehung stabilisierte sich Tobias und blieb monatelang mit kleineren Rückfällen abstinent. Parallel zu den Einzelgesprächen mit dem jungen Mann fanden Elterngespräche bei einem anderen Mitarbeiter des Therapieladen sowie Familiengespräche mit allen Beteiligten statt. Außerdem bestand ein kontinuierlicher Austausch mit dem behandelnden Psychiater.

Für die weiterhin offene Frage nach stärkerer Strukturierung seines Alltags, sozialer Integration und persönlicher Perspektive fand sich nach sieben Monaten eine Lösung: Mit seinem Einverständnis und

dem seiner Eltern wurde der junge Mann in eine pädagogisch/psychologisch-ausgerichtete stationäre Therapieeinrichtung für jugendliche Drogenmißbraucher vermittelt.

Tobias stabilisierte sich weiterhin, blieb abstinent, nahm alte Interessen und Hobbys wieder auf und begann, sich auf das Abitur vorzubereiten.

Warum dieses Fallbeispiel?

An der Geschichte dieses Jugendlichen werden viele für uns relevante Zusammenhänge deutlich:

1. Ein Verständnis, das Drogenkonsum bzw. Sucht als isoliertes Phänomen betrachtet, wird der tatsächlichen Komplexität des Geschehens in keiner Weise gerecht. Schädlicher oder abhängiger Drogengebrauch hat psychische (strukturelle) und entwicklungspsychologische (psycho-soziale) Ursachen und ebensolche Folgen. Ohne Einbezug dieser Faktoren kann das Phänomen nicht hinreichend verstanden werden, erst recht dann nicht, wenn neben dem Drogenkonsum offensichtliche psychische Störungen auftreten. Die Entwicklung der Konsummuster (Mißbrauch bzw. Abhängigkeit) und die Entwicklung psychischer Störungen bedingen sich gegenseitig.
2. Die unterschiedlichen fachspezifischen Blickwinkel sind jeweils für sich genommen durchaus wichtig und richtig. An diesem Beispiel zeigt sich jedoch, daß sie in der jeweiligen Definition des Problems nur einen Ausschnitt des Gesamtprozesses erfassen und die entsprechenden Interventionen sich ebenfalls nur auf diesen Teilaspekt beziehen können. Jede Disziplin setzt sozusagen ihre Brille auf. Übrigens gibt es hier häufig eine Entsprechung auf der Seite der Hilfesuchenden: Beispielsweise wird in einer Drogenberatung in erster Linie über den Drogenkonsum gesprochen, beim Psychiater steht das psychische Problem im Mittelpunkt, das Drogenthema wird oft gar nicht erwähnt.
3. Die Fallgeschichte macht außerdem die trotz vieler Bemühungen und Diskussionen weiterhin unzureichende Vernetzung der verschiedenen Institutionen und Fachdisziplinen sichtbar.

Der Beratungs- und Therapieansatz im Therapieladen

Bevor wir den Arbeitsansatz des Therapieladen beschreiben, möchten wir zunächst die Rahmenbedingungen unserer Arbeit skizzieren, die einige Besonderheiten aufweisen.

1. Wir bieten sowohl Beratung als auch Therapie an. Dies ermöglicht eine Kontinuität des Kontaktangebots, wodurch insbesondere Jugendlichen und psychisch instabilen Klienten die Belastung eines Kontaktabbruchs erspart bleibt, den eine Vermittlung von einer Beratungsstelle in eine Therapieeinrichtung üblicherweise mit sich bringt.
2. Das Team im Therapieladen hat für eine Suchteinrichtung einen eher untypischen Ausbildungshintergrund (4 klinische Psychologen, ein Sozialpädagoge und stundenweise ein Facharzt für Psychiatrie mit unterschiedlichen Therapieausbildungen).
3. Durch den Ausschluß von Opiatabhängigen sind unsere Klienten in der Regel nicht sozial verelendet, die Folgeprobleme des mißbräuchlichen oder abhängigen Konsums von Cannabis und sog. Partydrogen zeigen sich kaum in Form von schweren körperlichen Beeinträchtigungen. Die Probleme liegen stattdessen vor allem auf der psychosozialen Ebene und sind daher diagnostisch leichter zugänglich, als wenn körperliche und materiell-soziale Verwahrlosung im Vordergrund stehen. Die Lebenswelten, in denen Cannabis und Partydrogen konsumiert werden, unterscheiden sich nach unserer Erfahrung erheblich von der von Opiatkonsumenten. Die meisten unserer Klienten haben keine suchtherapeutische Vorerfahrung, das Durchschnittsalter ist daher relativ niedrig und viele – ausgenommen sehr junge Klienten - sind selbstmotiviert, etwas zu verändern.

Das oben Gesagte könnte den Eindruck erwecken, es handle sich bei unserer Klientel um eine homogene Gruppe von Menschen, die Probleme im Zusammenhang mit dem Konsum von Cannabis bzw. Partydrogen haben. Dies ist jedoch keineswegs der Fall: Wir sind mit einer großen Altersspanne und einem breiten Spektrum von Konsummustern und persönlichen Problemlagen konfrontiert.

Um dieser Unterschiedlichkeit gerecht zu werden, entwickelten wir im Verlauf von nunmehr 15 Jahren Erfahrung mit Beratung und Therapie diagnostische Leitlinien, die sich als nützlich erwiesen haben für die Frage, welche Art von Unterstützung für einen Klienten in seiner jetzigen Situation hilfreich ist.

Diagnostische Leitlinien

Unser diagnostischer Zugang ergibt sich aus einem integrativen Verständnis von Sucht als einem SYMPTOM vor dem Hintergrund einer multifaktoriell bedingten Entwicklungsstörung und vereint entwicklungspsychologische, psychoanalytische und systemische Perspektiven.

Anhand folgender Dimensionen strukturieren wir die beratende und therapeutische Arbeit mit den Klienten:

- 1. Psychische Symptomatik und deren Schweregrad**
- 2. Konsummuster und Abhängigkeitsentwicklung**
- 3. Aktuelle Lebenssituation und persönlicher Entwicklungsstand**
- 4. Ich-Stabilität/Persönlichkeitsstruktur**
- 5. Ressourcen**

Zu den einzelnen Dimensionen:

1. Psychische Symptomatik und deren Schweregrad

Das, was Klienten schildern, wenn sie zum ersten Mal in unsere Einrichtung kommen, sind psychische und/oder soziale Schwierigkeiten, deren Zusammenhang mit dem Drogenkonsum sie mehr oder weniger deutlich erkennen. Im folgenden gehen wir auf die psychische Symptomatik ein, die sozialen Problemlagen werden weiter unten behandelt.

Wir orientieren uns immer zunächst am konkret formulierten Anliegen des Klienten.

Viele berichten von depressiven Störungen oder von Gefühlsschwankungen, andere leiden unter Ängsten und Wahrnehmungsstörungen oder körperlichen Symptomen.

Da unsere Klientel Drogen aus dem Spektrum Stimulantien und Halluzinogene konsumiert, sind wir sehr häufig mit psychiatrischen Symptomen konfrontiert. Je nach Schweregrad der Symptomatik sind unterschiedliche Zugänge erforderlich. So ist bei ausgeprägt präpsychotischem Erleben zunächst eine psychiatrische Abklärung und eventuell eine vorübergehende Medikation angezeigt, damit der Klient das psychotherapeutische Angebot überhaupt nutzen kann. Bei akut-psychotischer Problematik ohnehin.

Wenn es sich hingegen z.B. um einen Klienten handelt, der viel Speed bzw. Kokain konsumiert hat und über starke Depressionen klagt, ist die Schwere der Symptomatik zumindest teilweise als vorübergehende Folgewirkung des Drogenkonsums zu beurteilen und bedarf nur in seltenen Fällen einer psychiatrischen Abklärung. Dieser Zusammenhang ist den Klienten häufig nicht bekannt und der Hinweis darauf hat oftmals deutlich entlastende Funktion. Selbstverständlich erfordert diese „Nach-Depression“, die lange nach Absetzen der Droge anhalten kann, sorgfältige psychotherapeutische Behandlung. Bei dieser Klientengruppe besteht oft unabhängig vom Stimulantienkonsum eine narzißisch-depressive Grundproblematik, die erst nach Abklingen der „Entzugsdepression“ deutlich und bearbeitbar wird.

Die Frage, in welchem Maße die Symptomatik durch den Konsum von Drogen induziert ist, ist hier immer zentral und deren Beantwortung erfahrungsgemäß ein längerer Prozeß.

2. Drogenkonsummuster und Abhängigkeitsentwicklung

Dieses Kriterium betrifft die Fragen nach dem Konsummuster, seiner Entwicklung sowie dem Grad des Mißbrauchs bzw. der Abhängigkeit. Unsere Klienten unterschieden sich erheblich hinsichtlich der Dauer und Intensität ihrer Drogenerfahrungen und der Funktion und Bedeutung, die der Konsum in ihrem Alltag erlangt hat. Während manche immer wieder längere drogenfreie Phasen erlebt haben, was günstig für die Aufdeckung vorhandener Ressourcen ist, können sich andere einen Alltag ganz ohne Rauschmittel kaum mehr vorstellen. Manche unserer Klienten haben zu Beginn der Behandlung bereits den Drogenkonsum ganz eingestellt, andere suchen Unterstützung für das geplante Aufhören.

Sehr junge Klienten sehen häufig zunächst gar nicht die Notwendigkeit, den Konsum einzustellen, möchten aber andere Schwierigkeiten, z.B. mit Schule oder Elternhaus loswerden.

Dementsprechend unterscheidet sich unser Vorgehen. Während manche Klienten sehr schnell die Notwendigkeit erkennen, den Konsum einzustellen, um das Therapieangebot sinnvoll nutzen zu können, brauchen andere deutlich mehr „Druck“ oder geduldiges Hinarbeiten auf die Erkenntnis, daß bei fortgesetztem oder auch reduziertem Konsum die gewünschten Veränderungen in ihrem Alltag nicht erreichbar sind.

3. Aktuelle Lebenssituation und persönlicher Entwicklungsstand

Unsere Klientel umfaßt das Altersspektrum von 14 bis ca. 40 Jahren. Dementsprechend befinden sie sich in sehr unterschiedlichen Lebenssituationen und sind mit unterschiedlichen Entwicklungsaufgaben konfrontiert.

Während sich ein 15-jähriger drogenkonsumierender Schüler z.B. materiell abgesichert und sozial integriert in der Situation beginnender Ablösung von seiner Familie befindet, steht ein Student mit 28 Jahren beispielsweise vor dem Problem, sein Studium abzuschließen, eine berufliche Perspektive zu entwickeln, am Ende einer gescheiterten Beziehung zu stehen etc.

Die Fragen hier lauten: Welche Entwicklungsschritte stehen als nächstes an? Und: Welche Funktion hat der Drogenkonsum in diesem Zusammenhang?

Entsprechend der zunehmenden Individualisierung von Biographien sind diese Fragen für jeden Klienten spezifisch zu klären. Viele unserer Klienten sind trotz eines langfristigen Konsums von Drogen wie Cannabis auf den ersten Blick „sozial unauffällig“, d.h. besuchen die Schule, studieren oder gehen einer Berufstätigkeit nach. Bei näherer Betrachtung zeigen sich jedoch oftmals erhebliche Leistungs- und Motivationsprobleme und eine persönliche Entwicklung, die auch in anderen Aspekten „steckengeblieben“ ist (Interessen, emotionales Erleben, Beziehungen). Dies beschreibt zugleich unser Verständnis von mißbräuchlichem Drogenkonsum als ein langfristig die Entwicklung behinderndes Verhalten. Übereinstimmend stellen dann auch viele Klienten fest, daß sie in gewissen Bereichen immer noch da stehen, wo sie mit Beginn des Drogenmißbrauchs (!) standen. Und das liegt manchmal 5, manchmal 15 Jahre zurück.

Zwischen diesen anstehenden oder aufgeschobenen Entwicklungsaufgaben besteht oftmals Wechselwirkung: So wurden vielleicht in der Adoleszenz bestehende Ängste und Unsicherheiten bezüglich Partnerschaft durch den Konsum von Drogen anfangs gemildert. Langfristig wurden entsprechende Wünsche durch fortgesetzten Drogenkonsum weniger dringlich, rückten in den Hintergrund und blieben „unerledigt“. Dies wird jedoch häufig erst nach Einstellung des Drogenkonsums deutlich.

Die genaue Abklärung der jeweiligen Entwicklungssituation ist daher unverzichtbar, um gemeinsam mit dem Klienten festzulegen, welche Veränderungswünsche, d.h. welche Ziele bestehen und in welcher Richtung der Hilfesuchende Unterstützung braucht („Nachreifung“).

4. Ich-Stabilität/Persönlichkeitsstruktur

In der psychoanalytischen Ich-Psychologie und Objektbeziehungstheorie sind differenzierte Konzepte zur Einschätzung des psychischen Organisationsniveaus entwickelt worden. Hier ist nicht der Ort, diese Konzepte nochmals ausführlich zu erläutern. Es sei auch verwiesen auf den Beitrag von Schütze/Schütze und Rittweger in diesem Band.

Für unsere Arbeit sind folgende Fragen besonders relevant:

Inwieweit sind die Klienten in der Lage, ihre Affekte zu differenzieren und zu kontrollieren, Bedürfnisaufschub zu leisten, widersprüchliche Anteile bei sich und anderen Personen wahrzunehmen und auszuhalten, wie ausgeprägt ist ihre Frustrationstoleranz etc. Diese psychischen Funktionen werden in der psychoanalytischen Theorie dem ICH zugeschrieben und deren Fehlen bzw. Vorhandensein als Ich-Schwäche bzw. Ich-Stärke interpretiert.

Diese Fragen sind insofern bedeutsam, als der Gebrauch von Drogen hier oftmals kompensatorische Funktion erlangt und sowohl stabilisierende als auch labilisierende Effekte haben kann. Wir haben

beispielsweise beobachtet, daß Klienten mit ausgeprägter Ich-Schwäche, deren Persönlichkeitsorganisation diagnostisch der Borderline-Struktur entspricht, Cannabis immer wieder benutzen, um Phasen unerträglicher Spannung erträglich zu machen und mit der vorübergehend beruhigenden, von Emotionen distanzierenden Wirkung der Droge subjektiv Schlimmeres zu verhindern wie Wutausbrüche, Selbstverletzungen etc. Ein therapeutischer Ansatz, der hier auf der strikten Einhaltung von Abstinenz besteht, muß unter dem Aspekt eines allmählichen Aufbaus einer vertrauenswürdigen Beziehung scheitern. Stattdessen ist es wichtig, mit dem Klienten diese Zusammenhänge zu besprechen, die Funktion des Konsums transparent zu machen, derartige Notfallsituationen von anderen Situationen zu unterscheiden, in denen der Konsum anders motiviert ist. Es gilt hier, Alternativen zur Spannungsreduktion zu erarbeiten und den Klienten dafür zu sensibilisieren, daß er sich mit dieser Selbstmedikation zwar kurzfristig Erleichterung verschafft, langfristig jedoch weiter labilisiert. Denn die halluzinogene Wirkung der Drogen ist für das Ziel, mehr Kontrolle über sich, über Fantasien und Emotionen zu erlangen, eindeutig kontraindiziert.

Dies gilt in noch stärkerem Maße für Klienten, die manifeste Psychosen ausgebildet haben. Es fällt ihnen oft sehr schwer, auf den Konsum zu verzichten, da sie auf diesem Weg die häufig einer Psychose oder einem Psychriaufenthalt folgenden Belastungen wie soziale Isolation, Depressionen oder auch Nebenwirkungen von Neuroleptika zu lindern versuchen. Häufig führt erst die wiederholte Erfahrung, durch den Konsum psychoseähnliche Zustände auszulösen zu der Einsicht, daß der Konsum eingestellt werden muß.

Eine sorgfältige Prüfung des Einzelfalles ist hier unverzichtbar, da wir ebenfalls mehrfach erfahren haben, daß Klienten relativ unauffällig waren und erst nach dem Absetzen der Droge eine Psychose ausgebildet haben. Hier hatte der Konsum offenbar in erster Linie abschirmende Funktion für eine in hohem Maße vulnerable Persönlichkeitsorganisation.

5. Ressourcen

Die oben beschriebenen Strukturaspekte der Persönlichkeit sind ein wesentlicher Bestandteil der Frage nach den Ressourcen unserer Klienten. Ganz allgemein betrifft diese Dimension die Frage: Welche Mittel stehen dem Klienten zur Verfügung, die Veränderungswünsche und Ziele zu realisieren. Dies beinhaltet auch die Frage, inwieweit die Klienten ihre Ressourcen erkennen und nutzen können.

Aus dieser Blickrichtung zeigt sich z.B., daß manches, was in persönlichkeitsstruktureller Hinsicht als „Defizit“ erscheint, gleichzeitig Gabe und Reichtum bedeutet. Die hohe Sensibilität z.B. von Borderline-Klienten ist zugleich als hochdifferenzierte Wahrnehmungsfähigkeit zu betrachten und oftmals mit kreativen Begabungen verbunden. In der Therapie sollen diese Gaben auch als solche bewußt und nutzbar gemacht werden.

Weitere Bereiche für die Erschließung von Ressourcen sind:

- soziale Kompetenzen
- intellektuelle Fähigkeiten
- Begabungen und Interessen
- vorhandene Bewältigungsstrategien

Neben diesen personalen sind die materiellen Ressourcen (Finanzen, Arbeit, Ausbildung, Wohnen) ebenso wichtig wie das Ausmaß und die Qualität des sozialen Netzes.

Zusammenfassend bleibt festzuhalten: Die Arbeit mit den erläuterten diagnostischen Dimensionen dient dem Ziel, eine Einschätzung der jeweiligen aktuellen Situation unserer Klienten zu erlangen, ihre Veränderungswünsche und -möglichkeiten zu erkennen, um ihnen eine hilfreiche Unterstützung anbieten zu können.

Diese Fragen begleiten uns während des gesamten Prozesses vom Erstgespräch bis zur Entlassung des Klienten:

1. Welche psychischen Symptome liegen aktuell vor? Ist unser Behandlungsangebot ausreichend oder sind zusätzliche Maßnahmen erforderlich (psychiatrische Abklärung, Medikation, somatische Behandlungen, stationäre Therapie?)
2. Wie ist das Konsummuster, Funktion und Bedeutung des Drogenkonsums (aktueller, vergangener und wiederkehrender Konsum?)
3. Welche Entwicklungsaufgaben stehen an bzw. sind unerledigt geblieben?
4. Wie sieht die Persönlichkeitsstruktur aus?
5. Welche Ressourcen sind vorhanden, bisher genutzt, noch zu erschließen?
6. Wie hängen diese Aspekte zusammen?
7. Welche Interventionen sind in dieser spezifischen Situation erforderlich und hilfreich?

Unsere Leitlinie für den diagnostischen und therapeutischen Prozeß lautet in Kurzform:

Orientierung an der Funktion und Bedeutung des Drogenkonsums vor dem Hintergrund der aktuellen Entwicklungssituation und der Persönlichkeitsstruktur des je individuellen Klienten.

Aus der Anwendung dieser Leitlinie ergibt sich eine für die suchttherapeutische Landschaft eher untypische Arbeitsweise, gekennzeichnet durch ein je individuelles therapeutisches Angebot, das verschiedene fachspezifische Blickwinkel zu integrieren versucht.

Wie sieht das in der Praxis aus?

Neben dem Anliegen, ein individuell sinnvolles therapeutisches Angebot zu machen, gibt es grundlegende therapeutische Vorgehensweisen und Haltungen:

Grundlegende Voraussetzung ist, daß seitens des Klienten ein Veränderungswunsch besteht, der sich zunächst nicht ausdrücklich auf den Drogenkonsum beziehen muß. Nichtsdestotrotz halten wir eine Veränderung des Konsummusters in Richtung Abstinenz für eine zentrale Bedingung, die gewünschten Veränderungen zu erreichen und machen dies in den Gesprächen auch deutlich.

Ein kontinuierliches Beziehungsangebot und der Respekt gegenüber den Klienten mit seinen Ressourcen und Defiziten sind wichtige therapeutische Grundhaltungen. Übrigens setzen wir die Klienten, ein eher ungewöhnliches Vorgehen in der Drogenhilfe.

Ein kontinuierliches Beziehungsangebot in der ambulanten Arbeit mit der hier relevanten Klientengruppe beinhaltet aus unserer Sicht, Krisenintervention so weit als möglich selbst anzubieten bzw. erforderliche Vermittlungen/Überweisungen zu initiieren und zu begleiten.

In begrenztem Umfang stellen wir auch Ansprechmöglichkeiten nach Therapieabschluß zur Verfügung.

Neben diesen Grundsätzen ist für das individuelle Hilfsangebot ein hohes Maß an Flexibilität erforderlich.

1. Flexibilität der Therapieziele

Aus der Heterogenität unserer Klientel und ihrer Anliegen ergeben sich in hohem Maße unterschiedliche Therapieziele: Was den Drogenkonsum angeht reicht das Zielspektrum von Abstinenz über Reduzierung bis hin zu kontrolliertem Konsum. Auf der Ebene der persönlichen Entwicklung sind die Ziele so vielfältig wie die Problemlagen: Für einen Borderline-Klienten kann die Herstellung und Aufrechterhaltung von Beziehungskontinuität das wichtigste Therapieziel sein. Für manche Klienten steht die Verselbständigung im Vordergrund, für andere die Bewältigung traumatischer Erfahrungen die Überwindung sozialer Kontaktschwierigkeiten etc..

2. Flexibilität im Einsatz von Therapiemethoden und Interventionen.

In unserem Team ist dank unterschiedlicher Zusatzausbildungen der Therapeuten ein breites Spektrum an Therapiemethoden und –techniken vorhanden. Intensiver Austausch und enge Zusammenarbeit, häufig in Form von Cotherapie (Gruppen, Familien) ermöglichen uns eine schulübergreifende therapeutische Arbeit, die sich zwar einerseits an den Vorlieben und Spezialisierungen der Therapeuten, aber andererseits auch an den Besonderheiten der Klienten orientiert. Angesichts der Vielfalt der Problemlagen kann dieser Aspekt hier nur andeutungsweise skizziert werden.

So erfordert beispielsweise die Arbeit mit einem drogenmißbrauchenden Jugendlichen im Ablösungskonflikt andere therapeutische Haltungen und Interventionen als die mit einem erwachsenen Klienten, der sich mit Depressionen, Sinnlosigkeits- und Leeregefühlen nach dem Absetzen der Drogen quält.

Während es für den Jugendlichen erforderlich ist, sich als konkretes Gegenüber zur Verfügung zu stellen und u.U. auch pädagogische Anteile in die Therapie einzubeziehen, ist im zweiten Falle mehr Zurückhaltung und i. e. S. psychotherapeutisches Vorgehen angezeigt.

Ein Klient nach einer Psychose braucht oft. in erster Linie konkrete Hilfen bei der Strukturierung seines Alltags, bei einem Borderline-Klienten steht hingegen über lange Phasen der Therapie immer wieder der Aufbau und die Qualität der therapeutischen Beziehung im Vordergrund.

3. Flexibilität im Umgang mit den Themen Abstinenz und Rückfall

Die Arbeit mit Klienten, die neben einer Drogenproblematik auch schwere psychische Störungen aufweisen, erfordert einen sorgfältig vorbereiteten „Einstieg in den Ausstieg“.

Ein unreflektiertes, zu schnelles "Wegnehmen" der Drogensubstanz kann z.B im Falle einer vorliegenden Selbstmedikation fatale Folgen haben. Es kann zu Dekompensierungen kommen wie etwa zu stark ausgeprägtem autoaggressivem Verhalten oder aber zu psychotischen Entwicklungen. Weitaus häufiger ist die Situation, daß Klienten noch kein ausreichendes Vertrauen in die therapeutische Beziehung und/oder noch keine Alternativen zum Konsum entwickeln konnten, um sich von der Droge zu verabschieden.

Wir arbeiten deshalb auch mit Klienten, die noch nicht abstinent sind. Nach Aufbau einer tragfähigen Arbeitsbündnisses kann dann gemeinsam ein begrenzter Zeitraum des Ausstiegs erarbeitet werden. In einigen Fällen ist eine vorübergehende unterstützende Medikation durch den kooperierenden Psychiater angezeigt.

Rückfälle werden von uns sehr differenziert behandelt. Die Hintergründe und die auslösenden Faktoren des Rückfallgeschehens werden in jedem Falle mit dem Klienten bearbeitet. Diese Problematik konfrontiert uns immer wieder mit einer Gratwanderung: Ist unsere Toleranz suchstabilisierend oder nicht? Wann ist ein Rückfall im Sinne einer kurzfristigen Selbstmedikation zu bewerten, mit der Schlimmeres verhindert wird? Wann hingegen sind andere Bewältigungsstrategien verfügbar und der Rückfall ist im Rahmen des Suchtgeschehens zu interpretieren? Wenn letzteres zutrifft, steht erneut die Entscheidung für oder gegen die ambulante Therapie und die vereinbarten Ziele im Mittelpunkt des therapeutischen Prozesses. Wiederholt sich das Rückfallgeschehen ohne erkennbare Veränderung, kündigen wir eine Beendigung des Therapieangebot von unserer Seite aus an und führen sie ggf. auch durch.

4. Flexibilität in Fragen des Settings

Unser therapeutisches Angebot umfaßt Einzel- und Gruppentherapie, Familien- und Paargespräche sowie Kriseninterventionen. Es gibt bei uns kein obligatorisches Übergewicht des gruppentherapeutischen Angebotes. Grundsätzlich gehen wir von wöchentlicher Teilnahme an Einzelgesprächen über den gesamten Therapiezeitraum aus, ergänzt durch ein einjähriges, ebenfalls wöchentlich stattfindendes Gruppenangebot. Dieser Rahmen wird individuell variiert, wenn wir dies für notwendig halten. Nahezu alle Klienten haben sich erst in der Einzeltherapie stabilisiert und institutionell angebunden, bevor ein Einstieg in die Gruppe ansteht. Manche Klienten bleiben ausschließlich im Einzelkontakt, wenn wir erwarten, daß eine Teilnahme sowohl für die anderen aktuellen Gruppenmitglieder als auch für den betreffenden Klienten mehr Belastung als Gewinn erbringen würde. Vorsichtig sind wir z.B. bei ausgeprägten narzistischen Persönlichkeitsstörungen oder präpsychotischen Klienten. Wenn wir in unserer diesbezüglichen Einschätzung unsicher sind, sprechen wir uns für eine Gruppenteilnahme aus. Im einzeltherapeutischen Prozeß werden auftretende Schwierigkeiten bearbeitet, um gemeinsam mit dem Klienten und in Rücksprache mit dem Team zu einer Entscheidung zu gelangen. Oftmals wird ein erneuter Einstieg in eine Gruppe zu einem späteren Zeitpunkt möglich.

Besonders wichtig ist hier eine enge Kooperation zwischen Einzel- und Gruppentherapeuten. Je nach Einzelfall ist zu berücksichtigen, inwiefern Einzel- und Gruppentherapie von ein- und derselben oder verschiedenen Personen durchgeführt werden sollten, um mit Spaltungs- und Übertragungsprozessen in möglichst konstruktiver Weise umzugehen.

Ähnlich flexibel verfahren wir mit anderen Fragen Settings:

- Bei Krisen in der einzeltherapeutischen Beziehung zu Borderline Klienten hat sich der vorübergehende Einbezug von einem der Gruppentherapeuten bewährt (Cootherapie, Triangulation).
- Ebenfalls hilfreich ist eine begrenzte Ausweitung des Gesprächsangebotes auf relevante Bezugspersonen. Dies kann in Form von Paar-, Familien- oder Elterngesprächen stattfinden. Auch hier ist im Einzelfall zu entscheiden, wer von den Mitarbeitern diese Gespräche führen sollte. Gerade bei Jugendlichen im Ablösungsprozeß haben sich getrennte Ansprechpartner für Eltern einerseits und den Jugendlichen andererseits als nützlich erwiesen.
- In Einzelfällen weichen wir von der üblichen Frequenz und Dauer der therapeutischen Gespräche ab: 50 Minuten sind für Klienten kurz nach Abklingen einer Psychose zu lang, sie kommen stattdessen 2x 30 Minuten. Borderline-Klienten brauchen manchmal telefonische Kurzinterventionen.
- Bei drohenden oder unerklärlichen Kontaktabbrüchen von Klienten werden wir schriftlich oder telefonisch aktiv mit dem Ziel, dem betreffenden Klienten eine Tür für die Rückkehr offenzuhalten.

Schlußbemerkungen

Dieser integrative, flexible Behandlungsansatz hat sich bewährt. Unsere Arbeit erfordert allerdings ein großes Maß an Austausch und Reflexion über die Therapieverläufe im therapeutischen Team. Grundlage dafür ist die hohe personelle Kontinuität und das gewachsene Vertrauen der fünf therapeutischen Kollegen und Kolleginnen.

Es gibt jedoch auch immer wieder Phasen, wo es mühsam erscheint, jeden Einzelfall in seiner Individualität zu behandeln und wir uns ein stärker standardisiertes Therapieschema wünschen.

Es läßt sich mit Recht fragen, ob es sich hier noch um Suchttherapie oder nicht vielmehr um Psychotherapie mit suchtspezifischer Ausprägung handelt. Unabhängig vom Etikett bleibt festzustellen: Klienten, die wegen einer Suchtproblematik um Hilfe nachsuchen, leiden zu einem großen Teil auch an massiven psychischen Störungen.

Die Entwicklung der letzten Jahre hat gezeigt, daß das alte Bild des „typischen Abhängigen“ (Alkohol oder Heroin) und die darauf zugeschnittenen Hilfsangebote der heutigen Vielfalt von Problemlagen der unterschiedlichsten Konsumenten in ihren jeweiligen Lebenswelten nicht mehr gerecht wird.

Viele Konsumenten von illegalen Drogen sind nicht im klassischen Sinne als abhängig zu bezeichnen, leiden jedoch unter massiven psychischen und neurologischen Störungen. Sie brauchen eine Behandlung, die weder ausschließlich psychiatrisch noch rein suchttherapeutisch oder psychotherapeutisch sein kann, sondern ein Angebot, das all diese aus unserer Sicht relevanten Zugänge integriert.

Dazu gehört außerdem u.E. eine Anpassung der Konzepte auf Seiten der Kostenträger. Gerade in der ambulanten Suchtbehandlung, wo in der Empfehlungsvereinbarung für Rehabilitationsbehandlungen viele Bedingungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich einfach übertragen wurden, wäre dies sinnvoll und nützlich. So ließe z.B. die Kostenzusage von Therapieeinheiten ohne vorgeschriebenen Zeitrahmen mehr Spielraum in der therapeutischen Arbeit zu.

Aus unserer Sicht ist eine Flexibilisierung und Individualisierung der bestehenden Konzepte notwendig in Richtung von integrativen Behandlungsansätzen, die die Erkenntnisse und Erfahrungen verschiedener Fachdisziplinen zusammenführen. Erforderlich hierfür ist die Bereitschaft, fachliche und institutionelle Grenzen und Berührungängste zu überwinden, z.B. im Rahmen von disziplinübergreifenden Fortbildungen oder wie hier auf dieser Fachtagung.

Dieser Beitrag wurde veröffentlicht in

Psychiatrie und Drogensucht,

K. Peter, T. Bader (Hrsg.),

Pabst Verlag 2002