

INTUITION

40 Jahre Best Practice
der Drogenberatung des Landes Steiermark



Das Land
Steiermark

INTUITION

Intuition: 40 Jahre Best Practice in der Drogenberatung in der Steiermark
Intuition als kreativer und erfahrungsbasierter Prozess des ahnenden
Erfassens der Bedürfnisse von Menschen im Suchtsystem spiegelt unsere
Arbeit der letzten 40 Jahre wider.

Impressum:

Amt der Steiermärkischen Landesregierung
Drogenberatung des Landes Steiermark
Friedrichgasse 7, 8010 Graz

Layout: Kommunikation Land Steiermark
Druck: Universitätsdruckerei Klampfer GmbH

INHALTSVERZEICHNIS

1.	40 Jahre Drogenberatung des Landes Steiermark	7
	Vorwort Landesrätin Kristina Edlinger-Ploder	
2.	Intuition - best practice - Lernen am Erfolg	9
	DSA ⁱⁿ Renate Hutter, MSc / Fachteamleiterin, Psychotherapeutin	
3.	Bedeutung der DB im Suchtsystem	13
	ÖAR Klaus Peter Ederer / Suchtkoordinator des Landes Steiermark	
4.	Reflektierte Intuition als therapeutische Ressource	17
	Dr. Eckhard Schiffer, Psychater	
5.	„Das Leben - ein Glücksspiel“?	29
	Univ. Prof. Dr. Peter Gasser-Steiner / Psychotherapeut	
6.	Vom Wünschen zum Handeln	35
	DSA ⁱⁿ Susanne Mohl / Sozialarbeiterin	
7.	Kairos oder der günstige Augenblick zur Veränderung	43
	Mag. Andreas Neuhold, MSc / Psychotherapeut	
8.	Psychosoziale Beratung und Begleitung in der Substitutionsbehandlung	53
	Mag. ^a (FH) Dagmar Frank-Elmer / Sozialarbeiterin, Psychotherapeutin	
9.	Individuelle Unterstützungsmodelle für suchtgefährdete Jugendliche	59
	DSA ⁱⁿ Ilse Schrammel / Sozialarbeiterin	
10.	Kinder suchtkranker Eltern - Theorie und Praxis	67
	Dipl. Psych. ⁱⁿ Stefanie Gruber / Klinische Psychologin und Gesundheitspsychologin	
11.	Männerspezifische Suchtarbeit	75
	Mag. (FH) Robert Gamel / Sozialarbeiter	
12.	Sozialpädagogische Diagnostik bei konsumierenden Jugendlichen	83
	Mag. Dr. Martin Riesenhuber / Sozialpädagoge, Suchtberater	
13.	Rückblick eines Users	93
	Daniel X.	
14.	MitarbeiterInnen	94

.....

Es ist kein Zufall, dass die Drogenberatung des Landes Steiermark 1973 gegründet wurde. Ihr Vorangegangen war die so genannte erste „Drogenwelle“, die in Gesamteuropa, nicht nur in Österreich, zu bewältigen war. Damit unmittelbar in Zusammenhang stehen zeithistorische Schlagworte wie die 68er Bewegung, Hippies, Flower-Power-Generation, der Kampf der Jugend gegen Autorität, Bürgertum und das Establishment. Wir sprechen von einer Zeit, in der junge Menschen sich positionieren wollten und dies auch mithilfe von Drogenexperimenten taten.

Die Drogenberatung ist die erste und somit älteste Beratungsstelle unseres Bundeslandes und hat in diesem Zusammenhang immer eine Vorreiterrolle übernommen. Deshalb freue ich mich ganz besonders, anlässlich des 40-Jahr-Jubiläums auf die ausgezeichnete und kontinuierliche Arbeit hinzuweisen.

In den letzten vier Dezennien ist viel geschehen: Die organisierte Kriminalität hat den Drogenmarkt entdeckt und hält ihn nach wie vor für lukrativ.

Missbrauch von Menschen und Substanzen treibt immer seltsamere Blüten. Kinder und Jugendliche sind als Konsumenten, aber auch als Angehörige von suchtkranken Eltern betroffen; ebenso wie Erwachsene, die den komplexen Anforderungen des Lebens nicht mehr gerecht werden können. Sie erkranken, flüchten und versuchen über Suchtmittelkonsum ihre Lebenssituationen zu verändern – ja scheinbar zu verbessern.

Die gesellschaftlichen Bedingungen unserer Tage stellen uns vor gewaltige Herausforderungen! Die Arbeitswelt und Globalisierung wirken sich auf Krankheit und Gesundheit ebenso aus wie der Prozess der Individualisierung und der sozialen Vereinsamung. Die öffentliche Hand soll sparen und gleichzeitig Bedingungen schaffen, die Halt und Sicherheit geben! Es scheint, als müsse eine Quadratur des Kreises gelingen.

Die Aufgaben, die die Drogenberatung seit so vielen Jahren übernimmt und wahrnimmt und die sich im

Mag.^a Kristina Edlinger-Ploder
Landesrätin



40 JAHRE DROGENBERATUNG DES LANDES STEIERMARK

.....

Hinblick auf Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen stellen, sind sehr weit gefächert und erfordern auch eine sehr breite Palette an Maßnahmen, um den Bedürfnissen der Bevölkerung gerecht zu werden. Die Drogenberatung stellt in der Betreuung und Behandlung von Menschen mit Suchterkrankungen ein starkes und wichtiges Bindeglied zum Gesamtkonzept der Steirischen Suchthilfe dar. Sie ist aber auch Think-tank im Hinblick auf die Erarbeitung von therapeutischen Konzepten (diese Tagung steht daher unter dem Motto „Intuition und Best- Practice- Modelle“).

Die 40-Jahr-Feier der Drogenberatung Steiermark bietet mir Gelegenheit, ein ehrliches und aufrichtiges Danke allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu sagen, die sich seit Beginn oder vielleicht erst seit kurzem in dieser Einrichtung engagieren. Die Arbeit, die hier tagtäglich verrichtet wird, findet zumeist abseits der öffentlichen Wahrnehmung still und unaufgeregt statt. Und dennoch ist diese Tätigkeit von besonders großer Bedeutung, weil es um Menschen geht, die – aus welchen Gründen auch immer – durch das

allgemein-übliche soziale Netz gefallen sind und durch die Arbeit der Beratungsstelle aufgehoben werden! 40 Jahre Erfahrung verbinden sich mit Engagement, qualitativ hoher Aus-, Fort- und Weiterbildung und vor allem mit der Herzenswärme und der Liebe zu den Menschen, die diese Einrichtung aufsuchen. Die Drogenberatung des Landes Steiermark hat einen ausgezeichneten Ruf und ich meine, dass das Land stolz sein kann, eine derartige Einrichtung im Rahmen der öffentlichen Verwaltung als Anlaufstelle zur Verfügung stellen zu können.

Ich gratuliere zum 40. Geburtstag und wünsche der Drogenberatung des Landes Steiermark alles Gute!

**„SUCHT, ABHAENGIGKEIT, ALKOHOL, ZIGARETTEN,
VERZWEIFLUNG, VERSPRECHEN DIE NICHT GEHALTEN
WERDEN, AENGSTE, ANGST VOR SITUATIONEN DER
PARTNERSCHAFT, HILFE, BETREUUNG, VERTRAUEN,
FREUNDLICHE GESPRACHSPARTNER UND
BETREUER, KOMPETENTE BERATUNG, HOFFNUNG
AUF EINE VERAENDERUNG DER SITUATION UND DAS
VERHALTEN, POSITIVE STIMMUNG, ERLEICHTERUNG.
ICH DANKE ALLEN MITARBEITERN FUEER IHRE
TAETIGKEIT, DIE IST UNBEZAHLBAR.“**

Text oben: Rückmeldungen unser KlientInnen und KooperationspartnerInnen

Text unten: Auszug aus dem Leitbild der Drogenberatung

Wir sehen Suchtphänomene als Symptom und in weiterer Folge
als Lösungs- und Bewältigungsstrategie von Menschen, die von
krisenhaften Entwicklungen betroffen sind.

Wir begegnen Menschen in unserer Arbeit nachhaltig auf bio-psycho-
sozialer Ebene. Der hilfesuchende Mensch in seiner Vielfalt und
Individualität steht im Mittelpunkt unserer Arbeit.

DSAⁱⁿ Renate Hutter, MSc
Fachteamleiterin, Psychotherapeutin



INTUITION - BEST PRACTICE - LERNEN AM ERFOLG - EINE GESCHICHTE DER DROGENBERATUNG DES LANDES STEIERMARK

.....

Seit 1976 ist es mir gegönnt – und habe ich die Herausforderung angenommen – in dieser Beratungsstelle mitzuarbeiten und diese auch im Rahmen von kollegialer Führung zu leiten, Höhen und Tiefen zu erleben und vor allem auch zum Erfolg und zur Weiterentwicklung dieser Einrichtung beizutragen.

Aus meiner persönlichen Sicht möchte ich die Frage stellen, wie sich diese Stelle entwickelt hat und vor allem welche Variablen zu dieser Entwicklungsgeschichte beigetragen haben könnten.

In den 70-iger Jahren des letzten Jahrhunderts war Graz – ebenso wie viele andere westeuropäischen Städte von diversen Entwicklungen der Jugendkultur betroffen und somit auch von der Tatsache, dass junge Menschen mit sogenannten „illegalen Substanzen“ experimentierten.

Der Wohlstand, die Studentenbewegung und die Reisefreudigkeit – vor allem in asiatische Länder – trugen ebenso dazu bei, wie die Auseinandersetzung mit östlichen Philosophien und die erste „Kapitalismuskümmigkeit“ junger Menschen, die suchten und oft nicht finden konnten... – oder etwas fanden, das ihnen eine Scheinlösung ermöglichte.

Der Kampf gegen das Establishment und die Normen und Werte der Elterngeneration trugen ebenso zum damaligen Drogenkonsum bei, wie seelische Problemlagen, die als solche bei Weitem nicht so thematisiert wurden wie heute.

Die MitarbeiterInnen und GründerInnen dieser Beratungsstelle waren in vielerlei Hinsicht auf sich gestellt; Vernetzungen mit anderen Einrichtungen waren lange nicht so üblich, wie dies heute der Fall ist. So entwickelten sich – auch aus einer gewissen Notwendigkeit heraus zu handeln – sogenannte „best practice Modelle“ – und wir lernten an unseren Misserfolgen, aber vor allem auch am Erfolg!

Was wirkte, wurde diskutiert, verfeinert, verbessert – und vieles auch wieder verworfen. Doch einiges blieb!

Die Beratungsstelle des Landes wuchs – sie war anfangs besetzt durch einen Mediziner und zuerst einem Sozialarbeiter; bald kam eine Sozialarbeitsstudentin als Mitarbeiterin hinzu.

Der Gedanke der *Multiprofessionalität* ergab sich quasi von selbst. Das Team wuchs und wurde erweitert und bald bereicherte uns die Anwesenheit

von PsychologInnen, weiteren SozialarbeiterInnen und auch erste SozialpädagogInnen kamen dazu.

Durch die weiteren Entwicklungen und das Psychotherapiegesetz in den 80-iger und 90-iger Jahren qualifizierten sich unsere KollegInnen mehr und mehr. Die psychotherapeutische Arbeit rückte in den Mittelpunkt unserer Betrachtungsweise und unseres Leistungsangebotes. Die Behandlung krankheitswertiger Störungen durch Psychotherapie wurde immer zentraler.

Unmerklich – fast von „selbst“ führten wir ein, was in der Zwischenzeit in der Fachwelt als Standard definiert wurde – den „*bio –psycho- sozialen Ansatz*“ in unserer Herangehensweise an unsere KlientInnen.

Doch fortwährend wurden wir gesteuert, durch etwas – was wir auch durchaus als *Intuition* bezeichnen können, wenn wir Intuition als etwas erkennen, das durch unser Unterbewusstes an die Oberfläche kommt, ohne, dass wir diese Entwicklungen durch bewusste Reflexion hervorgerufen haben.

Die *Reflexion* und *Analyse* erfolgte durch Diskussion im Team vielfach erst wesentlich später.

Meine heutige Bewertung dieser intuitiven Prozesse in uns – und damit meine ich alle MitarbeiterInnen, die im Laufe der Jahre gekommen – aber auch gegangen sind, beruht auf mehreren Faktoren, die ich immer wieder in diesen beschriebenen Arbeitsprozessen erlebe.

Diese sind vor allem:

- ein *humanistischer* Ansatz in der Begegnung mit den Menschen, die zu uns kommen- ein Menschen-

bild, das geprägt ist, von der Überzeugung, dass suchtkranke Menschen nicht diskriminiert werden dürfen und ein Recht auf Behandlung und Begleitung in ihrem Krankheitsprozess haben,

- großes Engagement und die Überzeugung, dass auch bei sehr beeinträchtigten, in der Lebensgeschichte benachteiligten und leidenden Menschen, deren Situation sehr aussichtslos erscheint, Veränderungsprozesse möglich sind.
- *Konflikt- und Konfrontationsfreudigkeit* wird als Möglichkeit der Veränderung gesehen und nicht als strafender Faktor!
- Systemische Ansätze sind essentiell, da wir im Laufe der Jahre erkannten, Suchterkrankungen und die Behandlung derselben nur mit systemischer Herangehensweise positiv beeinflussen zu können. Daraus ergeben haben sich vor allem auch die Leistungsangebote für Angehörige – Eltern und Kinder Betroffener.
- Die *Arbeit mit MultiplikatorInnen* hat uns gezeigt, dass Fortbildung, Supervision und Coaching, sowie der regelmäßige Austausch von HelferInnen in unseren „Kompetenzgruppen“ ein effektives Angebot unserer Stelle darstellen und
- Ein letzter und zentraler Punkt ist für uns die Überzeugung, dass *MitarbeiterInnen und KlientInnen* voneinander partizipieren; sie sind aber auch in ihrer Entwicklung voneinander abhängig. Erfolgreiche Arbeit wirkt in beide Richtungen! Selbstwert und Kompetenz bei KlientInnen wirken auch auf den Selbstwert und die Kompetenzerweiterung der MitarbeiterInnen.

Die genannten Prämissen in unserer Arbeit sind jedoch nur ein Teil des Gesamtkonzepts, die zum „Erfolgsmodell“ dieser Beratungsstelle führten.

Die wichtigsten BotschafterInnen sind die Menschen, die zu uns kommen und von ihrem Erleben dieser Beratungsstelle berichten und es sind jene Menschen, die diese Arbeit verrichten!

Mit viel Engagement, Kreativität und Herzenswärme.

In unserer Arbeit gibt es in der Zwischenzeit wenige Therapieabbrüche; Menschen haben das innere Bild, dass sie wiederkommen sollen und können, auch wenn es beim ersten Versuch nicht gelungen ist. „Der Weg ist das Ziel“ – ist eine Herangehensweise, die eher zu Nachhaltigkeit in den Beziehungen zu unseren PatientInnen und KlientInnen führt und Entwicklungen ermöglicht.

Diesen Prozess voranzutreiben und diese Praxis weiterzuentwickeln soll das Ziel in den nächsten Jahren sein – wir sind angewiesen auf die Unterstützung von Entscheidungsträgern, KollegInnen und Freunden und nicht zuletzt unterstützen diese Arbeit unsere eigenen Familien, die unsere Arbeit mittragen müssen.

Dafür darf ich im Namen unseres gesamten Teams herzlich danken!



**„KONFRONTATION MIT SICH UND DER SUCHT,
UNTERSTÜTZUNG IN SCHLECHTEN ZEITEN,
SELBSTERFAHRUNG, DEN MUT ZU HABEN SICH
EINZUGESTEHEN WER MAN IST, EIN SCHRITT NACH
VORNE, EIN NEUSTART!“**

Unser Angebot und unsere Antwort bei Suchtfragen lautet:
durch Beziehung und Information Entwicklung zu fördern. Dies
erfüllen wir, indem wir die Menschen, die sich uns anvertrauen,
halten, loslassen und in der Nähe bleiben, bis ein neuer
Entwicklungsschritt, eine Transformation des süchtigen Verhaltens
gelingen ist.

OAR Klaus Peter Ederer
Suchtkoordinator des Landes Steiermark



BEDEUTUNG DER DB IM SUCHTSYSTEM

... einen Menschen in meinem Leben der mich nicht hängen lässt ...

*antwortete ein Besucher einer Drogenberatung auf
die Frage „wen oder was brauchst Du“?*

Suchthilfe in Graz vor rund 40 Jahren 1973 fand anfangs vorzüglich in den Büros der Fachabteilung für Gesundheitswesen am Joanneumring, später in der San Dion in der Paulustorgasse und im Dunstkreis und in den Mauern des im Volksmund so genannten „Feldhof“ (Landesnervenklinikum Graz) statt, der heutigen LSF.

Dort waren initiative Fachkräfte die Menschen mit Drogenproblemen nicht hängen lassen wollten. In Erinnerung sind u. a. Namen wie Fasching Erwin, Prim. Jaklitsch, OA Fischer, „Berti“ Joachim Berthold und viele andere mehr.

Als Studierender der Sozialakademie des Landes verschlug es mich zum Praktikum dort hin in die Fänge der Suchtarbeit, die ich mit Hilfe der Kollegin-

nen auch von innen kennenlernen konnte. So wurde z.B. auch die Teilnahme an den Elternkreisen, die bereits von der Drogenberatung in den Räumlichkeiten der Paulustorgasse 4 angeboten wurden, möglich.

Also war die DB (Drogenberatung des Landes Steiermark) bereits verlässlicher Begleiter während der Ausbildungszeit zum Diplomsozialarbeiter in Graz. 40 Jahre lang konnte ich die Entwicklung von einer beherzten Initiative für drogenkranke, junge Menschen zu einer serviceorientierten, fachkompetenten und innovativen Beratungs-, Begleitungs- und Therapieeinrichtung für Menschen mit Suchtproblemen miterleben und in den letzten 11 Jahren als Suchtkoordinator des Landes Steiermark mit begleiten.

Umgekehrt wurde ich durch den Kontakt mit den unzähligen KollegInnen der Drogenberatung ebenfalls begleitet und bereichert. Nebenbei bemerkt sind wir auch miteinander langsam bereits ein wenig ergraut, was nicht heißt, dass der gemeinsame Elan nicht noch stärker geworden, ja gewachsen ist.

Die DB, oder wie wir sie auch über einen Zeitraum nannten die „Leonhardstraße“, war immer ein wesentlicher Bestandteil der Landschaft der

Suchtkrankenhilfe im Großraum Graz und mit den anderen Einrichtungen in Graz wie dem b.a.s., dem SMZ, den Kliniken und natürlich der LSF in einem Netzwerk stark verbunden. Das Aufgabengebiet der Drogenberatung ist über die Jahrzehnte entsprechend vieler Entwicklungen auf Behandlungs- und Therapieebene, aber auch im Bereich der Prävention immens gewachsen.

So konnte die Drogenberatung aus sich heraus unter Einbeziehung fachkompetenter KollegInnen, 1997 die Fachstelle für Suchtprävention (VIVID) als wesentlichen Meilenstein in der Landschaft der Suchtkrankenhilfe in der Steiermark entwickeln.

Es ist natürlich nicht verborgen geblieben, dass Prävention neben Beratung, Therapie, Begleitung und Gruppenangeboten auch ein Teil des Selbstverständnisses dieser Beratungsstelle bedeutete. So wurde spezielles Know How durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Drogenberatung entwickelt, dass vor allem Familien mit Kindern, Jugendlichen und Jungerwachsenen im weiten Feld der Suchtgefährdung und Suchtbehandlung Stütze, Hilfe und Ausweg sind, ganz im Sinne der Leitlinien der neuen steirischen Suchtpolitik, wo ja „Jugendschutz“ ein bedeutender Bereich suchtpolitischen Handelns darstellt und konsequent verfolgt wird. Die Drogenberatung richtet ihre Möglichkeiten jedoch auf alle Alters- und Zielgruppen aus, stimmt ihre Maßnahmenbündel auch mit den Partnereinrichtungen ab und versucht immer die individuelle, soziale und ökonomische Situation ihrer Zielgruppen zu berücksichtigen.

Und so wie die neue steirische Suchtpolitik auch eine inhaltliche Ausweitung auf legale Substanzen,

substanzungebundene Süchte und Verhaltensweisen, psychoaktive Medikamente (auch zur Leistungsoptimierung) als Ziel sieht, hat die Drogenberatung auch in diesen Bereichen ihr Angebotsfeld zunehmend differenziert und spezifiziert.

Lebensweltorientierte Begleitung (LO), eine differenzierte Diagnostik von problematischen Substanzgebrauch / Konsum von Jugendlichen sind ebenfalls Früchte der Erfahrung und der persönlichen tiefen Auseinandersetzung der MitarbeiterInnen mit den Einzelschicksalen hilfesuchender Menschen.

Seit einigen Jahren ist sie nun eine operative Einheit im Amt der Steiermärkischen Landesregierung. Unter den Eindrücken der notwendigen und uns alle betreffenden Reformen in der steirischen Landesverwaltung, die natürlich auch Einschränkungen zur Folge haben, versucht die Drogenberatung das individuelle Recht auf die bestmögliche, den wissenschaftlichen Standards entsprechende therapeutische, medizinische und psychosoziale Hilfe für Abhängigkeitserkrankte auch weiterhin und im Sinne der Umsetzung der Leitlinien 3, 4, 6 und 7 des steirischen Suchtkonzeptes zu gewährleisten. In den Landtagsbeschlüssen Nummer 319 und 320 vom 13. Dezember 2011 bekennt sich das Land Steiermark zur Umsetzung der neuen steirischen Suchtpolitik und fordert der Landtag die Regierung auf, für den Abbau der Unterversorgung von Suchtkranken in der medizinischen Grundversorgung und der sozialen Arbeit sowie bei psychosozialer Betreuung, Psychotherapie und insbesondere für Jugendliche und Jungerwachsene zu sorgen.

So sehr also Reformbemühungen auch Chancen darstellen, neue Wege zu beschreiten, um den

Schaden für die Menschen und für die Gesellschaft zu verringern, der durch Sucht entstehen kann, muss sich gerade in diesem Bereich, den die Drogenberatung des Landes ausfüllt, Reform und Veränderung adäquat dem Leistungsprofil dieser Hilfseinrichtung entsprechend anpassen.

Die Drogenberatung des Landes ist eine der Leiteinrichtungen der ambulanten Suchtkrankenhilfe in der Steiermark, deren bestechendste Merkmale das hohe

berufliche Ethos und die Verantwortung für die ihr anvertrauten Menschen sind, die hohe Qualität der Kooperation und Vernetzung der MitarbeiterInnen mit dem System der Suchtkrankenhilfe der Steiermark und die Bereitschaft neue Wege zu beschreiten, allerdings nicht auf Kosten der Qualität der Behandlung von Suchtkranken.

**„DIE DROGENBERATUNG IST EINE EINRICHTUNG,
DIE ALLE KLIENTINNEN INDIVIDUELL IN BEZUG AUF
DAS JEWEILIGE PROBLEM BETREUT. MAN WIRD
OFFEN UND OHNE VORURTEILE AUFGENOMMEN UND
MAN WIRD EINFACH SO AKZEPTIERT WIE MAN
IST, EGAL WIE SCHNELL ODER LANGSAM SICH DER
THERAPIEERFOLG EINSTELLT.“**

Die Angebotspalette reicht von kurzfristigen Beratungen bis hin zu langfristigen Begleitprozessen.

Dr. Eckhard Schiffer
Facharzt für Nervenheilkunde,
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie



REFLEKTIERTE INTUITION ALS THERAPEUTISCHE RESSOURCE

GEKÜRZTE FASSUNG DES REFERATES AM 27. 09. 2013 IN GRAZ
ZUM 40-JÄHRIGEN BESTEHEN DER DROGENBERATUNG STEIERMARK

Sehr geehrte Geburtstagskinder, meine Damen und Herren, gewissermaßen als Aperitif eine kleine Episode zur Intuition aus dem Alltagsleben, bevor ich Ihnen die gelegentlich etwas schwerer verdaulichen wissenschaftstheoretischen Brocken serviere. Das soll Sie aber nicht erschrecken, es wird immer wieder auch leichter verdauliche Passagen in meinem Referat geben.

Eine kleine Alltagsepisode:

Der kleine Jörg ist mit seinen Eltern über zehn Tage zu Besuch bei den Großeltern. Zum Gutenachtritral gehört, dass der Opa abends die Lieder, die Jörg sonst von seinen Eltern vorgesungen bekommt, jetzt auch auf der Flöte vorspielt. Jörg hört stets andächtig zu. Eines Abends signalisiert er nach dem Flötenspiel jedoch nicht – wie sonst zu erwarten gewesen wäre – sein Einverständnis, jetzt ins Bett gebracht zu werden. Vielmehr zerlegt er in Windeseile seine Kugelbahn, fügt mehrere kleine Rohre zu einem längeren Rohr zusammen und stellt sich damit vor den Notenständer. Dann summt er in dieses Rohr die ihm geläufigen Melodieteile, bewegt die Finger dazu wie beim Flötenspiel. Nach einigen Takten dreht er sich um, schaut gespannt in die Runde und beginnt zu strahlen, als er die freudigen Gesichter der applaudierenden Zuhörer sieht.

Was sich hier aus dem alltäglichen *Moving along* des Abendrituals heraus ereignete, entsprach ungefähr dem, was der Säuglingsforscher *Daniel Stern* als Abfolge von *Now Moment* und *Moment of Meeting* bezeichnet: Eine situationsgebundene Synchronisation der Stimmung und Intentionalität aller Beteiligten lässt den *Now Moment* entstehen, aus dem heraus sich der *Moment of meeting* freisetzen kann. Dieser birgt ein bedeutsames Veränderungspotential. Es ermöglichte in der kleinen Episode den Erwachsenen, ihrer Intuition zu folgen, dass es in diesem Augenblick *nicht* darum ging, die Zeitgrenzen, d. h. die pädagogischen Richtlinien vom Zubettgehen einzuhalten, sondern sich auf das einzulassen, was dem kleinen Jörg vorschwebte. Und dessen intrinsische Motivation zu musizieren fand über diese Intuition eine entscheidende Bestätigung.

Intuition ist aus dem lateinischen *Deponens intueri*, *intueor*, *intuitus sum* abgeleitet: ansehen, hinschauen, betrachten. Die meist gebräuchliche Übersetzung ist: innere Anschauung, dann aber auch eingebungsartiges Schauen, ahnungsvolles Erfassen, unmittelbares, „ganzheitliches“ Erleben der Wirklichkeit. Seit zweieinhalbtausend Jahren befassen sich die Menschen mit der Intuition bzw. deren unterschiedlichen Bedeutun-

gen und Wertschätzungen. Demnach stellt die Intuition offensichtlich ein Thema dar, das die Menschen in ihrem Erkenntnisstreben seit Beginn des überlieferten philosophischen Denkens nicht loslässt.¹

Kant und Intuition

Immanuel Kant (1704 bis 1784) hielt von Intuition als Weg zur Erkenntnis durch innere bildhafte Anschauung herzlich wenig. Denn Erkenntnis, so Kant, wird begrifflich-diskursiv und nicht in der Anschauung gewonnen. Diese schroffe Position provozierte in der Folgezeit, insbesondere auch in der Romantik, Gegenbewegungen. (Die schrecklichste Gegenbewegung war die Rede der Nationalsozialisten vom „zersetzenden Verstand“.) Kant selbst hat seine schroffe Position aus der *Kritik der reinen Vernunft* späterhin wieder in seiner *Kritik der Urteilskraft* ansatzweise in Frage gestellt – sozusagen sich selbst zum Trotz. Der Religions-Philosoph *Georg Picht*² verdeutlicht diese These an der intuitiv-schöpferischen Entstehungsweise eines Entwurfes, z. B. dem eines Hauses. Jedes Haus erscheint zunächst als Modell oder Entwurf in der inneren Anschauung, das heißt der Intuition, – gewissermaßen auf einer „inneren Leinwand“. Den Entwurf ermöglicht die produktive Einbildungskraft. Letztere ist bei Kant der Begriff für Phantasie. Anschauung und Phantasie sind im Kantischen System eng miteinander verknüpft. Denn ich bekomme zuerst in der inneren Anschauung zu Gesicht, was die Fantasie mit ihrer Fähigkeit, etwas Neues hervorzubringen, entwirft. Zugleich ist „die Anschauung, innerhalb derer wir die Modelle unseres Schaffens erblicken, ... nicht ein leeres seelisches Vermögen, sie ist eine geistige Anschauung der Welt, auf die das Modell in seinem Entwurf bezogen ist, und die es gut oder schlecht repräsentieren kann.“³ Denn der Entwurf des Hauses, den wir in unserer inneren

Anschauung wahrnehmen, setzt praktische, d. h. auch *implizite*, Kenntnisse über die Bedürfnisse, „Gewohnheiten“ und Bräuche seiner künftigen Bewohner voraus, damit diese sich darin wohl fühlen, sich eben „zu Hause fühlen“ können. „Es ist also durchaus nicht eine Sache der Willkür und des freien Beliebens, wie uns produktives Vermögen die Modelle, die wir wirklichen wollen, entwirft.“⁴

Das implizite Wissen

Bei dem *impliziten Wissen* handelt es sich größtenteils um ein Erfahrungswissen. (*implizit* abgeleitet aus d. lat. *implicatio* – Verflechtung, d. h. mit dem Erleben und Handeln, das keiner belehrenden Worte bedarf, verflochten) Es ist ein *unbewusstes Wissen*⁵ um das, wie etwas geschieht. Dies im Unterschied zum Wissen, *was es und dass es dieses oder jenes gibt oder gab*. Bei letzterem handelt es sich um das bewusste und wortgebundene *explizite* Wissen. Das implizite Gedächtnis schaut nicht wie das explizite Gedächtnis zurück, „sondern enthält Vergangenheit als gegenwärtig wirksam Erfahrung in sich.“⁶ Das Merkwürdige an dem impliziten Wissen ist, dass es weitgehend nicht-bewusst und ebenso auch nicht an Worte gebunden ist. Wir können aber teilweise besonders über innere Bilder und sprachliche Metaphern auch mehr als nur eine Ahnung davon entwickeln. Schwieriger wird es allerdings oft, wenn wir versuchen dieses Wissen mit Worten präzise zu vermitteln. Das heißt, wenn wir dieses Wissen *auf den Begriff bringen* wollen. Hierfür ein einfaches Beispiel: Unsere Finger „wissen“ ziemlich genau, wie sie die Schleife der Schuhbänder binden müssen. Aber versuchen Sie mal *mit Worten* zu beschreiben, wie und mit welchen Fingern Sie eben dies tun... Unser implizites Gedächtnis birgt die „grundlegende Erfahrung der Vertrautheit, der Kontinuität,

des Wiederkehrenden im Wechsel der Situationen. Es befreit uns von der Notwendigkeit, uns ständig neu orientieren zu müssen.“⁷

Das implizite Gedächtnis birgt zugleich auch Erfahrungen und Kenntnisse, die ich explizit einmal gemacht habe, die aber zur Gewohnheit geworden sind wie das Fahrradfahren oder das Sprechen einer Fremdsprache⁸. So geht dann auch vieles an Gewohnheitswissen in den eben schon genannten architektonischen Entwurf und genauso auch in einen therapeutischen Entwurf mit ein.⁹ Jeder gelungene architektonische Entwurf zeigt, dass Vernunft und Intuition nicht voneinander zu trennen sind, wie das Negativbeispiel der Plattenbauten deutlich werden lässt.

Ebenso gilt das, wie schon erwähnt, für den Entwurf einer Therapie mit ihren intuitiven Beziehungsmomenten. Denn: „Dort, wo der Beziehungsaspekt ausgeblendet ist, sind die Entwicklungen nicht leichter, sondern schwieriger, nicht problemloser, sondern konfliktreicher. Fehlgelaufene Entwicklungen müssen dann durch andere qualitative und quantitative Maßnahmen begrenzt, reorganisiert und evaluiert werden. Dies sind Folgen eines kognitiven Schemas und einer eindimensionalen rationalen Medizin, in der linear kausalen Denkstrukturen der Vorrang gegeben wird.“¹⁰

Reflektierte Intuition aus einem impliziten Beziehungswissen heraus hat die Kraft in sich, „kognitive Engführungen“ zu sprengen und konstruktive Erweiterungen zu ermöglichen. (Erinnert sei an das „Flötenbeispiel“.)

Für Ernst Bloch¹¹ zeigt sie sich als „belehrte Hoffnung“ (*docta spes*), als aufsässige-schöpferisches Moment

utopischer Entwürfe für eine menschlichere gesellschaftliche Verfasstheit. (Was könnten wir, globalisierungs- und ökonomieverschlissen, derzeit dringender brauchen?)

Das lebendige schöpferische Handeln, das nicht nur reproduziert, lebt von diesem Wissen und kann es zugleich vermehren. Gleich ob wir ein Bild malen, einen Garten anlegen oder dialogisch einem Du begegnen.

Das implizite Wissen ist auch entscheidend für unser Körperschema und Körperbild, d. h. für die Gewissheit, in unserem eigenen Leib zu Hause zu sein. Zugleich ermöglicht dieses Wissen, die Leibhaftigkeit eines Gegenübers zu verstehen: Sei es die des Patienten in der ärztlichen Sprechstunde oder des Schülers im Sportunterricht. Wir können dann intuitiv sowohl deren Zerbrechlichkeit als auch deren Ressourcen erspüren.

Unser implizites *Beziehungswissen* als Spezialwissen, das aus unseren Beziehungserfahrungen heraus entstanden ist, ermöglicht uns Spontaneität in der Begegnung mit anderen Menschen. Die mit diesem Wissen verbundenen inneren bildhaften Vorstellungen ermöglichen, dass wir uns situativ rasch orientieren können, das heißt schnell im Bilde sind, wenn beispielsweise unser Freund nur in Umrissen erkennbar ganz am Ende der Straße erscheint. Wir erkennen es schnell, dass er es ist und oft auch, wie es um ihn bestellt sein mag.

Normier- und Kontrollbestrebungen

Vielen der zeitgenössischen Normier- und Kontrollbestrebungen – wie immer auch sie begründet sein mögen – haftet sofort ein Geburtsfehler an, wenn sie

implizite Prozesse explizit erfassen wollen. Es gelingt hier eben nicht das, was vor 250 Jahren Immanuel Kant als das Erfolgsrezept der Naturwissenschaftler beschrieb: nämlich reproduzierbare (wiederholbare) und damit – von anderen – überprüfbare Erkenntnisse zu gewinnen, indem die Natur vom Wissenschaftler genötigt wird, nur auf die Fragen zu antworten, die der Wissenschaftler ihr im Experiment stellt ...

Eben dieses Schema gilt aber auch für die industrielle Re-Produktion: unter definierten und damit kontrollierbaren Bedingungen wird zwar keine Herstellung identischer und damit überprüfbarer Erkenntnisse, aber die Herstellung gleicher Produkte bewirkt. Egal an welchem Ort von welchen Menschen unter eben denselben Bedingungen reproduziert wird.

Es könnte in diesem Zusammenhang gefragt werden, ob das, was in den letzten Jahren unter der Flagge Qualitätsmanagement, Controlling oder Einführung von definierten Standards propagiert wurde, auch auf eine Industrialisierung zwischenmenschlicher Beziehung in Institutionen wie Arztpraxen, Krankenhäusern, Schulen, Kindergärten und Universitäten abzielt. „Vieles, was so unter dem Titel der Effizienzsteigerung zur Reform des Bildungswesens unternommen wird, gehorcht schlicht dem Prinzip der Industrialisierung.“¹²

Intuition, empathische Resonanz und Fähigkeit zum Mentalisieren – Fallbeispiel vom Purzelbaum in der Therapiestunde

Grundlage gelingender – ich verkneife mir an dieser Stelle „effizienter“ statt gelingender zu sagen – zwischenmenschlicher Kommunikation im Alltag wie in der Therapie ist aber weniger die Kontrollierbarkeit.

Vielmehr sind es die empathische Resonanz und die Fähigkeit zum Mentalisieren mit ihren intuitiven Momenten. Diese resultieren aus unserem impliziten Beziehungswissen.

Je weiter wir uns in einen Therapieprozess hineinwagen, desto mehr sind wir auf unsere Intuition angewiesen, wenn die Therapie gelingen soll. Hierzu erzählt Michael Balint (1970) das schöne Beispiel vom Purzelbaum in der Therapiestunde mit einer offensichtlich sehr auf Eigenkontrolle bedachten Patientin: „Es war zu jener Zeit, als ich einmal die Deutung gab, es sei für sie (die Patientin, E. S.) sehr wichtig, immer den Kopf oben und die Füße fest auf den Erdboden zu behalten. Darauf erwähnte sie, dass sie es seit frühester Kindheit nie fertiggebracht habe, einen Purzelbaum zu schlagen, obwohl sie es oft versucht hatte und ganz verzweifelt war, wenn es nicht ging. Ich warf ein: ‚Na, und jetzt?‘ – worauf sie von der Couch aufstand und zu ihrer eigenen größten Überraschung ohne weiteres auf dem Teppich einen tadellosen Purzelbaum schlug. Dies erwies sich als ein wahrer Durchbruch ...“¹³

Ich kann mir sehr gut ein flüchtiges Schmunzeln vorstellen, das Balints intuitive Bemerkung „Na, und jetzt“ begleitet haben mag. Manch gestrenger Psychoanalytiker mag sich darüber irritiert gezeigt und Balint ein verführerisches Agieren vorgeworfen haben. Ein solches ist bekanntlich mit der analytischen Grundregel der Abstinenz absolut unvereinbar; mithin ein schlimmer Verstoß gegen die Vorschriften! Balint selbst setzte mehr auf dialogische Reflexion seiner Experimente und Behandlungsergebnisse im Kollegenkreis als auf Vorschriften. Und in der Gruppenarbeit, die seinen Namen trägt, stellt das Ensemble

der Intuitionen aller Teilnehmer zu der zuvor dargestellten Arzt-Patienten-Geschichte ein entscheidendes Moment dar. Bedeutsam ist dann für die Balint-Arbeit weiterhin das Beziehungsgeschehen in der Gruppe selbst beim „Einsammeln“ der Intuitionen.

Dabei kann sich, für alle Gruppenteilnehmer unmittelbar erfahrbar, das abbilden, was sich zuvor in der ärztlichen Sprechstunde zwischen Arzt und Patient in der referierten Beziehungsepisode abgespielt haben mag. Hierüber eröffnen sich in einer fast spielerischen Weise dem referierenden Arzt Möglichkeiten, die Problembeziehung zu seinen Patienten besser zu verstehen und zugleich auch situationsangemessene Verhaltensweisen in der Auseinandersetzung mit dem Patienten zu reflektieren.

Michael Balint (1886 bis 1970) war einer der kreativsten Köpfe in der bisherigen Psychoanalyse-Geschichte.¹⁴ Er sah für sich die wichtigste Aufgabe darin, die möglichen Hilfen durch die Denkanstöße der Psychoanalyse nicht nur einigen Privilegierten, sondern der Bevölkerung in einem breiten Umfange zukommen zu lassen – so auch psychotherapeutische Elemente in der ärztlichen Allgemeinpraxis. Gerade in der ärztlich Praxis ist es wegen der begrenzten Zeitkontingente notwendig, *nach* der, Distanz erfordernden, körperlichen Befunderhebung im intuitiven Verstehen des Patienten zu diesem eine Nähe herzustellen, über die er sich wahrgenommen und verstanden fühlt. Dies stellt eine wesentliche salutogenetische Ressource dar, die zugleich zu einer besseren Compliance und damit auch zu einer effizienteren sowie insgesamt wirtschaftlicheren Therapie führt. Balint beschrieb hierfür eine Begegnungsweise, die er *Flash* nannte. Gemeint ist damit eine unmittelbar aus dem Beziehungskontext intuitiv hervorgebrachte kurze Geste oder

Kommentierung, ein um Sekundenbruchteile die übliche Distanzwahrung überschreitender Blickkontakt oder ein kurzes, Nähe vermittelndes Schweigen, Staunen..¹⁵

Gerade in unserer Gegenwart kommt es zunehmend zu einer den Heilungsprozess störenden und den Patienten verstörenden Distanzierung, indem die öffentliche Diskussion über den Gesundheits- und Sozialbereich auf die Rationalisierungsreserven und die Kosten sowie die damit einhergehenden Kontrollen reduziert wird. Die Menschen werden begrifflich und funktional den Kapitalbewegungen angepasst. Hierfür erweisen sich Mentalisierungsfähigkeit sowie emotionale Resonanz im Sinne von Empathie nur als störend. Um so wichtiger erscheint es mir daher, sich Entstehungsweise und Bedeutung von Empathie und Mentalisierungsfähigkeit für unser Thema noch einmal zu vergegenwärtigen:

Spiegelneurone und Empathie

Mitfühlen können oder auch „Empathie“ ist an die Funktionen der so genannten Spiegelneurone in unserem Nervensystem geknüpft. „Unser Nervensystem ist so konstruiert, dass es vom Nervensystem anderer Menschen „verstanden“ werden kann; aus diesem Grund können wir andere nicht nur mit unseren eigenen Augen wahrnehmen, sondern auch so, als ob wir in ihrer Haut steckten. Potentiell steht uns eine Art emotionaler Pfad offen, der direkt in den Anderen hinein führt; wir nehmen an seinem Erleben teil und lassen es in uns widerhallen, und umgekehrt das Gleiche.“¹⁶ Kinder ahmen schon in den ersten Wochen nach der Geburt Gesten nach. Dies aber nicht nur als motorische Übung, sondern auch aus Freude an der Begegnung mit dem Du. „Schön, dass Du mit

mir spielt“, ist die fröhliche Botschaft des Kindes. „Die Erkennung des Gegenübers als tatsächlicher Anderer im Gemeinsamkeitsraum des Babys ruft das Vergnügen oder die Freude über das Zusammensein hervor. Das Gegenüber regt Blicke, Gehör und Geist des Babys an.“¹⁷ Jedes Kind wird mit einem Interesse am Du geboren – so der norwegische Sozialpsychologe und Säuglingsforscher Stein Braten¹⁸. Er nennt dieses Interesse alterozentrische Partizipation. Sie ist das Gegenteil der egozentrischen Weltsicht und steht für die Freude, zwar (nur) „im Geist“ aber dennoch vom Erleben her „real“ als Miturheber am Handeln eines Du beteiligt zu sein. Mit diesen Aktivitäten, die manchmal nur Stunden nach der Geburt schon einsetzen können¹⁹, werden die Spiegelneuronen „eingespielt“ oder eingeübt. Über diese erfassen wir später die Absichten, die mit einer Bewegung verbunden sind, schon bevor die Bewegung selbst vollendet ist. Zum Beispiel, wenn der Papa beim Füttern seines Kindes so entzückend „seinen Schnabel aufreißt“, kurz bevor das Kind es tut. Dazu gehört gleichfalls, dass wir Sätze vollenden können, wenn unser Gegenüber im Satz stecken bleibt, dessen Worte jedoch noch nicht die weitere Richtung eindeutig vorgegeben haben. Auch unsere Fähigkeit zum Sprechen selbst und zum Zuhören erlangen wir über die Spiegelneurone.

Nach dem heutigen Stand der Forschungsergebnisse können wir davon ausgehen, dass es beim Menschen ein komplex geschaltetes System von Spiegelneuronen gibt. Diese steuern jedoch nicht nur unsere motorischen Handlungsentwürfe, sondern ermöglichen uns auch, feinfühlig Verhaltensweisen zu übernehmen – zum Beispiel, indem der Assistenzarzt den Chef bei der Visite begleitet und (hoffentlich!) erlebt, wie dieser z. B. einem Patienten behutsam und stützend ein für

ihn ungünstiges Ergebnis mitteilen kann. Ebenso übertragen sich auch Begeisterung und Motivation für etwas, wirken über die Spiegelneuronen „ansteckend“.

Auf der anderen Seite werden die Spiegelneuronen auch aktiviert, wenn wir zum Beispiel jemanden mit hängenden Schultern und schleppendem Gang sehen. Dann spüren wir dessen Müdigkeit und Bedürfnis, sich sobald als möglich hinzusetzen.

Mentalisieren und prozessorientiertes Spielen

Das *Mentalisieren* ist auch Folge der Erkundungslust, die sich aus der Bindungssicherheit heraus ergibt. Letztere entsteht, wenn eine Bezugsperson ihr Kind liebevoll wahrnehmen und sich feinfühlig auf dessen Bedürfnisse einstellen, d. h. selbst Empathie zeigen kann. Wenn das Kind sich sicher fühlt, dann ist es nicht nur neugierig auf das, was seine Umwelt zu bieten hat, sondern auch auf die Menschen die darin auftauchen. „Mama, warum ist der Mann da vorn so dick?“ „Papa, warum schreit die Frau das Kind so an?“ Der Erwerb der Mentalisierungsfähigkeit beginnt um das fünfte Lebensjahr herum. Gemeint ist damit die Fähigkeit, einem Du Wünsche, Vorlieben, Absichten, Hoffnungen, Wahrnehmungs- und Erlebensweisen sowie Bewertungsweisen zuzubilligen, die sich von den eigenen unterscheiden können. Zugleich ist damit gemeint, sich für diese andere innere Welt interessieren und in sie hineinbegeben zu können. Fast beiläufig geschieht das in der spielerisch-dialogischen Begegnung. Darauf zielt auch die Bemerkung Winnicotts, dass ein Therapeut, der nicht spielen könne, für die Arbeit nicht geeignet sei und dass eine Psychotherapie erst beginnen könne, wenn auch der Patient in der Lage sei zu spielen.²⁰

Im *prozessorientierten* Spielen im Sinne von Fairplay, in dem es weniger auf das Ergebnis, den Sieg oder das bewertbare Produkt ankommt, sondern auf das Zusammensein, die gemeinsame Entfaltung und das gemeinsame Erleben kann sich *Begegnung*²¹ ereignen.

Über eine passagere Verschränkung der Horizonte wird dabei ein „Wir-Erleben“ im Sinne einer geteilten Intentionalität²² und alterozentrischen Partizipation²³ ermöglicht, in dem die Verschiedenheit des Anderen gut integriert ist. Diese Intersubjektivitätserfahrung lädt zum Mentalisieren ein.

*In ähnlicher Weise beschreibt Daniel Stern – wie im Zusammenhang mit der Flötenspiel-Episode eingangs bereits erwähnt – Intersubjektivitätserfahrungen sowohl in der analytischen Therapie als auch im Spielen der Mutter mit ihrem Kind unter den Begriffen Moving along, (nicht von ungewöhnlichen Spannungsmomenten durchsetztes Assoziieren bzw. Spielen), Now Moment (kurze Zeitspanne vor dem Moment of Meeting mit Aufmerksamkeitsintensivierung und Assoziationsverdichtung) und Moment of meeting (Gefühl größtmöglicher gemeinsamer Stimmigkeit).*²⁴

Da ein Now Moment, so Daniel Stern, aus dem Gewöhnlichen herauspringe und im Augenblick seines Entstehens nicht antizipiert werde, erlebten Therapeut und Patient (– im Unterschied zu spielenden Kindern – E.S.) oft Angst. Sie wüssten nicht genau, was sie tun sollten, außer – schlechtestenfalls – sich schleunigst wieder auf den gewöhnlichen Umgang zurückzuziehen. In dem statu nascendi des Now Moment befänden sie sich auf unvertrautem Boden mit all den Möglichkeiten des Gelingens oder des Scheiterns, die im Nicht-wissen, was zu tun sei, enthalten seien: „Wenn ein Therapeut weiß, was er zu tun hat,

dann hat er bereits den entscheidenden Now Moment verpasst oder sich auf seine Technik zurückgezogen.“ (Stern 2001) Balint und seine Purzelbaum-Patientin haben sich aber intuitiv getraut – was den entscheidenden Durchbruch ermöglichte.

Zum Schluss möchte ich Ihnen noch von meiner Patientin Wiebke erzählen:

Falldarstellung: Spielen mit Wiebke

Wiebke war an einer Magersucht erkrankt. Als Wiebke mir das erste Mal mit ihren knapp 20 Jahren gegenüber saß, und ich sie fragte, was für sie in ihrem Leben wichtig sei, wovon sie träumen und worauf sie hoffen könne, sah sie mich nur erstaunt an und antwortete dann nach reiflicher Überlegung: „In meinem Beruf erfolgreich sein.“

Mit dem Erfolg hatte Wiebke schon so ihre Erfahrungen gemacht. Wiebke war als Kind ungeschickt, alles lief bei ihr schlechter und verzögerter ab als bei ihren beiden älteren Schwestern. Ich nehme an, daß die Eltern sich schon ihre Sorgen zu dem Kind gemacht hatten – bis es sich dann in einem Alter von drei oder vier Jahren zeigte, dass Wiebke musikalisch sehr begabt war. Sie hat dann nur noch gespielt – auf ihren Instrumenten: Geige, Flöte, Klavier, dazu Ballettunterricht. Für ein Spielen im Sinne eines kindlichen Spielens war keine Zeit mehr. Wiebke machte Karriere. Sie gewann Jugendwettbewerbe und den Platz an der ersten Geige im Jugendorchester, um den sie zusammen mit ihrer Freundin konkurriert hatte. Wiebke gewann den Wettbewerb, verlor aber darüber ihre Freundin. Als sie mit knapp achtzehn Jahren an der Hochschule nicht die Noten bekommt, die sie erwartet hatte, sondern etwas darunter, wirft sie ihre

Instrumente in die Ecke, steigt aus ihrer Musikerin-karriere aus und wendet sich einem anderen Beruf zu. Wenig später manifestieren bei ihr die ersten Symptome der Magersucht.

In unserem Moving along gibt es gleich zu Beginn einige Brüche. Auf meinen – sinngemäßen – Vorschlag, das zu erzählen, was ihr durch den Kopf gehe, äußert Wiebke wiederholt die Frage, was ihr denn durch den Kopf gehen solle. In meiner inneren Anschauung sehe ich ein trotziges kleines Mädchen vor den Noten sitzen, das fragt, welches Stück es denn nun vor- bzw. nachspielen solle. Mir fällt auch das Kind ein, das nie gespielt hat. Intuitiv schlage ich eine Änderung des setting vor. Ich sage zu Wiebke, dass wir heute nicht miteinander reden, sondern miteinander spielen wollten. Ziemliches Erstaunen und fragender Blick: Hier spielen...? Jawohl... Ich räume meinen Schreibtisch frei und packe drei Meter lang das Krepp-Papier drauf, das ich sonst als Unterlage für meine Untersuchungsliege verwende. Dann drücke ich Wiebke ein Stück weicher Holzkohle in die Hand... „Hier, das Papier schwärzen Sie erstmal vollständig ein. Danach können wir ja mit einem Radierstift – Sie an der, ich an der anderen Ecke – die Linien und Flächen nachzeichnen, die sich durch das ungleichmäßige Einschwärzen ergeben haben.“ „Sie spielen mit?“ „Ja!“

Im gemeinsamen Spielen hat sich dann tatsächlich ein Moving along ergeben, aus dem heraus sich bald ein erstes fabelhaftes Now Moment entwickelte. Wiebke schaute sich ihr zweites oder dritten Produkt an, sah mich an und ein Lächeln huschte über ihr sonst so vertrocknetes und versteinertes Gesicht. Sie kicherte und sagte: „Herr Doktor, das Bild sieht ja aus wie Ihre Füße...“



Ich wäre vor Überraschung “fast aus den Sandalen gekippt”, soviel Spontaneität, Witz und dann noch die Bereitschaft mit mir etwas zu flirten, hätte ich wohl kaum erwarten können. Indem ich auf meine Sandalen, bzw. Füße schaue, sage ich, “das haben Sie ja fabelhaft erkannt”. Innerlich freute ich mich riesig.

Wir beide hatten dann eine andere Beziehung zueinander... Auch der weitere Verlauf mit seinen Now Moments war sehr ermutigend.²⁵ Ihrem letzten Bild gab Wiebke den Titel „Der abgestorbene Teil des Baumes im Feuersturm“. Dieses Bild symbolisierte das implizite Wissen um ihre Leidensgeschichte, so auch das Wissen, dass ihr schöpferisches Selbst fast vertrocknet und im Feuersturm der Anorexie verbrannt wäre.



Über das prozessorientierte, schöpferisch-spielerische Handeln in der Therapie mit der Möglichkeit, affektusensomotorische Erfahrungen nachzuholen, eignete sich Wiebke lebendige und vielfältige Ausdrucksformen an. Sie konnte jetzt auch vieles – mitunter nahezu lyrisch – zur Sprache bringen.

Intuition wird im Spielerisch-Schöpferischen, zum Beispiel im bildnerischen und plastischen Gestalten, über die Aktivierung auch innerer Bilder zu einer wichtigen therapeutischen Ressource. Diese erweist sich gerade da als bedeutungsvoll, wo Sprache nicht ausreichend die Fesseln aus einengenden impliziten Beziehungserfahrungen lösen kann.

Bei so viel „happy-end“ noch ein warnender Hinweis: auch die schöpferische Vernunft kann die Wahrheit verfehlen. Sie steht, so Georg Picht (1969), „in jenem Zwielflicht zwischen Wahrheit und Trug, das wir als Schein zu benennen pflegen.“ Damit wir in der Intuition nicht die Wahrheit unserer Patienten verfehlen und aus therapeutischer Intuition keine Willkür wird, bedarf der therapeutische Prozess eines reflektierbaren theoreti-

schen Rahmens und der kollegialen Intervision, der Balintgruppenarbeit oder auch der Supervision.

In der Intuition realisiert sich aber grundsätzlich das schöpferische Subjekt der Freiheit, das wir in der gegenwärtigen Situation der Kostendämpfungsbestrebungen, der DRGs und Leitlinien immer mehr aus den Augen zu verlieren scheinen. Wenn aber der Therapeut als Identifikationsgestalt für den Patienten dieses Subjekt verkörpert, wie soll z. B. der suchterkrankte Patient zur inneren Freiheit finden, sich aus der Gefügigkeit des falschen Selbst lösen, wenn er nur einem reproduktiven Therapeuten begegnet?

In der Intuition werden wir schöpferisch produktiv, im detailfixierten leitlinienorientierten Handeln hingegen verbleiben wir eher reproduktiv. Übereinstimmend stellen Georg Picht und Daniel Stern fest: in der Intuition entfaltet sich der Kairos. Was wollen wir mehr?

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

¹ René Descartes (1596 bis 1650) verstand Intuition als einen kreativen Akt des Geistes, nämlich das unmittelbar vorausgehende Denken vor jeder wissenschaftlichen Methode. Hiermit war er unserer heutigen Vorstellung von Intuition schon sehr nahe. Heute wird Anschauung als Intuition weitgehend im Kantischen Zuschnitt verstanden, und zwar insbesondere in Unterscheidung vom Begriff. Diese Kantische Unterscheidung zwischen Begriff und Anschauung hat bis in die Gegenwart hinein auch unser wissenschaftliches Denken bestimmt. In seiner Definition vom Begriff hat Kant eine Umschichtung in dem bis dahin gültigen und von Aristoteles geprägten Verhältnis von Begriff und Anschauung vorgenommen: Das, was sich in der aristotelischen Lehre vom „eidos“ als das gleichbleibend Wesenhafte zeigt, wurde von Kant zum Begriff geschlagen. Gleichzeitig wurden die Prädikate, die das Wandelbare, die Veränderung anzeigen, bei Kant auf die Seite der Anschauung gestellt. Unter diesem Gesichtswinkel erscheint die gegenwärtige Polarität von Leitlinien und Intuition als Variante einer ehrwürdigen zweieinhalbtausend Jahre alten Problematik.

² Picht, G. (1969): *Wahrheit, Vernunft, Verantwortung*. Stuttgart: Klett-Cotta. S. 431 ff

³ Picht, G. (1969): a. a. O. S. 433

⁴ Picht, G. (1969): a. a. O. S. 433

⁵ Das aus einer Abwehr schmerzlicher oder beschämender Bewusstseinsinhaltes resultierende psychodynamisch Unbewusste ist von dem impliziten Nicht-Bewussten zu unterscheiden.

⁶ Fuchs, Thomas (2008): *Leibgedächtnis und Lebensgeschichte*. In: F.A. Friedrich, T. Fuchs, J. Koll, B. Krondorfer, G.M. Martin (Hrsg.) *Der Text im Körper. Leibgedächtnis. Inkarnation und Bibliodrama*. S. 10-40

⁷ Fuchs, Thomas (2008) a. a. O.

⁸ zum Beispiel Französisch, nachdem ich mich jahrelang in Frankreich aufgehalten habe. Das Wissen um die grammatischen Regeln, das ich mir einst mühselig explizit erworben habe, lebt und wirkt in mir, ohne dass ich es mir jeweils im Sprechen bewusst machen kann oder muss.

⁹ Freilich bedarf die Intuition, spätestens wenn sie für ein Du bedeutsam wird, auch der Reflexion.

¹⁰ Petzold, E.R., Bergmann, G. & Stubbe, M. (2002): Editorial zum *Balint-Journal, Zeitschrift der Deutschen Balint-Gesellschaft*. 3, S. 33.

¹¹ Bloch, E. (1959/1984): *Das Prinzip Hoffnung*. Frankfurt: Suhrkamp.

¹² Liessmann, K.-P. (2006): *Theorie der Unbildung*. Wien: Zsolnai, S. 41

¹³ Balint, M. (1970): *Therapeutische Aspekte der Regression. Die Theorie der Grundstörung*. Stuttgart: Klett.

¹⁴ Geboren in Budapest, dort auch Studium der Medizin (1920 Dr. med.), nachfolgend Philosophie-Studium in Berlin (1924 Dr. phil.). Zunächst wissenschaftliche Arbeiten und Veröffentlichungen in der Biochemie, dann Hinwendung zur Psychoanalyse. Von 1935 bis 1939 Direktor des Psychoanalytischen Instituts in Budapest, dann Emigration nach England. Dort zunächst freipraktizierender Psychoanalytiker, ab 1950 beratender Psychiater und Psychoanalytiker an der Tavistock-Clinik in London, ab 1966 Leiter von Fortbildungsseminaren der Abteilung für Psychologische Medizin an der Universitätsklinik London. 1968 bis 1970 Präsident der britischen psychoanalytischen Gesellschaft.

¹⁵ Balint E. (1975): Die „Flash“-Technik. In: Balint E, Norell JS. Hrsg Fünf Minuten pro Patient. Frankfurt: Suhrkamp; S. 58-66

¹⁶ Stern, D. N. (2005): Der Gegenwartsmoment. Veränderungsprozesse in Psychoanalyse, Psychotherapie und Alltag. Frankfurt/M.: Brandes & Apsel.

¹⁷ Kugiumutzakis, G. (1988): Neonatalimitation in the intersubjective companion space. In: Braten, S. (Hg.). Intersubjectiv Communication and Emotion in Early Ontogeny, Cambridge (Cambridge UP) S. 79

¹⁸ Braten,S. (2011): Intersubjektive Partizipation: Bewegungen des virtuellen Anderen bei Säuglingen und Erwachsenen. Psyche – Z Psychoanal 65, 2011, 832 - 861

¹⁹ Braten, S. a. a. O. S. 836

²⁰ Winnicott. W.D. (1979): Vom Spiel zur Kreativität. Stuttgart: Klett-Cotta.

²¹ Schiffer, E. (2001 / 2013): Wie Gesundheit entsteht. Salutogenese: Schatzsuche statt Fehlerfahndung. Weinheim, Basel: Beltz

²² Tomasello, M. (2010): Warum wir kooperieren. Berlin: Suhrkamp

²³ s. Braten, S. a. a. O.

²⁴ Stern, D. N. et al. (2001): a. a. O.

²⁵ Schiffer, E. (2008): Warum Tausendfüßler keine Vorschriften brauchen. Intuition: Wege aus einer normierten Lebenswelt. Weinheim und Basel: Beltz; Moments of Meeting in engerem Sinne Sterns sind aber vermutlich eher die „high lights“ als die Regel.

²⁶ Wenn somatopsychische Momente Kontrollverlust und Abstinenzunfähigkeit in der Suchterkrankung begründen, haben auch Leitlinien ihre Berechtigung.

²⁷ Picht, G. (1969): a. a. O.

²⁸ Stern, D. N. et al. (2001): a. a. O.

**„SEHR GUTE KONSTRUKTIVE GESPRÄCHE,
VERSTÄNDNIS OHNE ZU URTEILEN, MENSCHLICHKEIT
UND KRITISCHE OFFENHEIT, MAN FREUT SICH AUF
DEN NÄCHSTEN TERMIN... HILFE ZUR SELBST -HILFE,
-KRITIK, BITTE WEITER SO!“**

Unser Blick ist dabei auf die Selbstwirksamkeit, auf die Ausweitung der eigenen Handlungskompetenz und auf vorhandene Ressourcen der Klientinnen, deren Angehörige und Umfeld gerichtet.

Univ. Prof. Dr. Peter Gasser-Steiner
Psychotherapeut



„DAS LEBEN - EIN GLUECKSSPIEL“? UEBERLEGUNGEN ZUR PSYCHISCHEN STRUKTUR DES GLUECKSSPIELERS UND IHRER GESELLSCHAFTLICHEN SPIEGELUNGEN.

.....

*gewidmet meinem Freund Josef Mitterer,
dem spiel-kompetentesten Nichtspieler*

Ein Glückstreffer liegt vor, wenn etwas Positives eingetreten ist, das ganz und gar unwahrscheinlich war. Was bedeutet das eigentlich? Dass wir im Allgemeinen im Bereich des Wahrscheinlichen und Erwartbaren leben und nur im Ausnahmefall dem Unwahrscheinlichen begegnen? Die philosophischen Erforscher der Zufälligkeit (Kontingenz) belehren uns, dass jeder Zustand, wenn man nur etwas mehr Merkmale einbezieht, extrem unwahrscheinlich ist. Das beleidigt unsere Anstrengungen zur rationalen Risikoabsicherung: Warum Risikofaktoren aufwendig und kostenreich ausschalten, wenn ohnehin das Unwahrscheinliche die Regel ist?

Unter „Kontingenzbewältigung“ wird die dem Menschen grundsätzlich gestellte Aufgabe verstanden, mit den Wechselfällen des Lebens fertig zu werden, den „sinnlosen“ Zufall hinzunehmen oder ihm ein Sinn zu geben. Religion wird in dieser Hinsicht als fundamentale Praxis der Kontingenzbewältigung gesehen.

Der Glücksspieler ist ein Spezialist der Kontingenzerfahrung, insofern er diese geradezu aufsucht und den Kampf gegen den Zufall ins Zentrum seiner Lebensführung stellt. Alltägliche Lebensaufgaben werden wie Glücksspiele behandelt und nach dem Schema „Hopp oder Trott“ erlebt: Schaff‘ ich es oder schaff‘ ich es nicht? Erreiche ich die Straßenbahn oder nicht? Bekomme ich einen Strafzettel oder nicht? – um nur harmlose Varianten anzuführen.

Das offensichtlich irrationale Verhalten des Spielsüchtigen erscheint uns unverständlich. Diese Problematik verschärft sich durch den Umstand, dass dem pathologischen Glücksspieler das eigene Handeln selbst unverständlich ist. Die meisten Spieler sind sich der geringen Gewinnchancen im Glücksspiel durchaus bewusst, – sie spielen gegen besseres Wissen weiter. Wenn man versucht, zwischen der inneren Welt des Spielers und unserem Einfühlungsvermögen eine Brücke zu bauen, stößt man immer wieder auf drei psychische Strukturen: (1) das magische Denken des Spielers, (2) Grandiosität als seine vorherrschende Erlebnisform und (3) seine verzerrte Rationalität.

(1) Magisches Denken liegt vor, wenn an sich unverbundene Dinge miteinander in Verbindung

gebracht werden. In Situationen, in denen der Zufall oder das „Schicksal“ eine Rolle spielen, stoßen wir auch in aufgeklärten Gesellschaften auf magische Rituale: den kleinen Gefahren begegnet man durch „Klopfen auf Holz“. Man kennt Sportler, die nur unter bestimmten Vorkehrungen oder in bestimmten Kleidungsstücken antreten. In großen Gefahren – Katastrophen oder Kriegen, wenn die Dinge „auf des Messers Schneide stehen“, kann magisches Denken die rationale Abwägung ersetzen. In Anspielung auf physiologischen Mechanismen könnte man von einer „psychische Notfallsreaktion“ sprechen, die gewählt wird, wenn der Druck der Realität zu stark wird und die normalen Ausgleichsreaktionen gelähmt sind.

Der polnische Sozialanthropologe B. Malinowski hat magische Rituale in polynesischen Kulturen untersucht und festgestellt: *„Wir finden Magie, wo immer die Elemente von Glück und Unglück und das emotionale Spiel zwischen Hoffnung und Angst weiten und ausgedehnten Spielraum haben. Wir finden Magie nirgends, wo die Tätigkeit sicher, zuverlässig und unter der Kontrolle von rationalen Methoden und technischen Prozessen steht.“* (Malinowski 1925).

Der Spieler ist anfällig für magisches Denken – für die Verbindung von eigentlich Unverbundenem. Er verkennt, leugnet den blinden Zufall, kann ihn nicht akzeptieren, möchte sich seiner bemächtigen. Pathologische Spieler haben oft magische Überzeugungen, an denen sie trotz besseren Wissens zwingend festhalten und die sie zum Weiterspielen verführen. Zum Beispiel der Glaube, durch bestimmte ritualisierte Vorkehrungen den Spielverlauf beeinflussen zu können, oder der Glaube an die Möglichkeit, durch kundige Beobachtung einem Spielautomaten

ansehen zu können, wann ein Gewinn fällig ist; oder die Gewissheit, eigene Glücksstrahlen erkennen zu können („heute ist mein Tag“).

(2) Unter „Grandiosität“ versteht man in der Psychoanalyse die überwertige Steigerung des Selbstgefühls, die durch ständige innere Beschäftigung mit der eigenen Überlegenheit, bevorstehenden Erfolgen und illusionärer Macht herbeigeführt wird. Diese Phantasien sind als Kompensationsversuche einer tiefgehenden Selbstunsicherheit aufzufassen und haben die Funktion, drohende Versagensgefühle abzuwehren. Die psychische Struktur, von der solche Phantasien ausgeht, wird in der Kohut/Kernberg-Tradition als „grandioses Selbst“ oder „Größenselbst“ bezeichnet und für narzisstische Störungen verantwortlich gemacht. Dieses Größenselbst verursacht – wie ein „Störfeuer“ – Beeinträchtigungen aller Ich-Funktionen – wie die realistische Einschätzung der gestellten Aufgaben, der eigenen Fähigkeiten und der dafür notwendigen Aufwendungen. Im Gegensatz zum „gesunden Selbstvertrauen“ verhindert das Größenselbst geradezu ein stabiles Leistungsverhalten. Zwischen übertriebener Erfolgserwartung und Versagensangst hin und schwankend ist der Narzisst gezwungen, auch bei kleinen Lebensaufgaben grandiose Phantasien zu aktivieren.

Das Glücksspiel bietet dem Narzissten einen idealen Spielraum für grandiose Phantasien: die Meisterung des Zufalls ist vielleicht sogar die größte Aufgabe, die sich ein grandioses Selbst stellen kann. Dementsprechend ist bei pathologischen Spielern sehr oft eine narzisstische Problematik im Hintergrund anzutreffen: Grandiosität und magisches Denken ergänzen sich: Das Instrumentarium magischer Überzeugun-

gen bedient die grandiosen Phantasien und verführt dazu, alle Wechselfälle des Lebens als Glücksspiele aufzufassen.

(3) **Verzerrte Rationalität:** Glücksspieler beschäftigen sich oft mit Überlegungen, die dem Anschein nach rationalen Abwägungen entsprechen. Bei genauerer Untersuchung erkennt man den irrationalen Charakter dieser Grübeleien, die von falschen Voraussetzungen ausgehen oder logische Denkfehler enthalten. Bisweilen ist das Illusionäre solcher Rationalitäten mit Händen zu greifen, wenn z.B. ein Rubbellos-Spieler regelmäßig einen exakten Wege-Plan durch die Spielorte (Trafiken) einhält und überzeugt ist, dass davon seine Gewinnchancen abhängen. Manchmal versteckt sich das Magische auch im Gestrüpp mathematischer Berechnungen, die hinsichtlich ihres rationalen Gehalts schwer zu beurteilen sind. Die Spannweite ist enorm.

Solche Grübeleien nehmen in der psychischen Innenwelt einen riesigen Raum ein – man kann von ständiger zwanghafter Beschäftigtheit sprechen, die dem Spieler äußerlich nicht anzusehen ist, weil er gelernt hat, diese Seite zu verbergen. Er verstrickt sich in einen endlosen Kampf gegen den Zufall, den er in illusionärer Grandiosität zu beherrschen versucht.

Es kann an dieser Stelle nicht darauf eingegangen werden, wie man sich die individuelle Entstehung dieser drei angeführten Momente einer spielsüchtigen Psychodynamik erklären kann. Ich schlage vielmehr die entgegengesetzte Richtung ein und möchte auf den aktuellen gesellschaftlichen Hintergrund hinweisen, der solches individuelles Handeln herausfordert, begünstigt und vielleicht verstärkt, nämlich den

Glücksspielcharakter des Lebens in modernen Gesellschaften.

Eine Reihe von Zeitdiagnostikern hat unter den Bedingungen mehrfacher Modernisierungswellen vornehmlich in der westlichen Welt einen zunehmenden Glücksspielcharakter der Lebensführung festgestellt. Der „Ernst des Lebens“ hat einmal darin bestanden, bei allen wichtigen Entscheidungen die Vernunft walten zu lassen. In der Erfolgsgesellschaft kommt es darauf an, zur richtigen Zeit am richtigen Ort zu sein – das Grundprinzip des Glücksspiels.

Sighard Neckel hat die These aufgestellt, dass die moderne Leistungsgesellschaft sich in Richtung einer „Erfolgsgesellschaft“ gewandelt hat. In der Leistungsgesellschaft ist der Lebenserfolg des Einzelnen wesentlich auf dessen Fähigkeiten und Fleiß zurückzuführen. Dieser Leistungsindividualismus der klassischen Moderne wird aber durch neuere Entwicklungen konterkariert, - ja geradezu verhöhnt. Wer an der Börse erfolgreich spekuliert, kann sich nicht im Ernst einreden, dies gehe auf seine ganz besonderen Fähigkeiten und seinen Einsatzwillen zurück. Die Rationalität des Spielers ist eine andere als die der Leistungsgesellschaft: Beim Glücksspiel geht es z.B. darum, durchzuhalten und – gegen jede Vernunft – einfach weiterzuspielen. Nur wer weiterspielt, hat die Chance, doch noch zu gewinnen. Die Helden des Automatenspiels fallen nach 36 Spielstunden von Sessel.

Uwe Schimank hat dafür ein Bild geprägt: Der Einzelne muss sich zunehmend vorkommen, als wäre er die Kugel, die in einem Flipper hin und her geschossen wird, und zugleich der Flipperspieler, der versucht, die Kugel überhaupt erst einmal im Spiel zu halten. Eine

.....

auch nur halbwegs kalkulierbare Lebensbahn ist in solch einer Welt nahezu illusorisch. Dadurch gewinnt der „Ernst des Lebens“ Züge eines Glücksspiels.

Dazu kommt eine Perspektive, die insbesondere Zygmunt Bauman herausgearbeitet hat, nämlich der Umstand, dass Menschen sich über ihre Lebensziele und damit über ihren Lebenssinn zunehmend unsicher werden. Wenn jemand keine Klarheit mehr darüber gewinnen kann, was eigentlich das „gute Leben“ ausmacht, wie soll er dann noch sein Leben „führen“? Alle Ziele, die man sich setzen kann, sind „gleichgültig“ und damit „gleichgültig“. Ob man z.B. dieses oder jenes Studium ergreift, eine Familie gründet, eine Weltumsegelung antritt oder an seiner Karriere bastelt, – alles kann als vernünftig oder unvernünftig gelten. Wichtig ist nur, das Geschick, sich gesellschaftlich so zu positionieren, dass man nach einer getroffenen Entscheidung noch möglichst viele Entscheidungen offen hat, um im Glücksspiel des Lebens weiter mitspielen zu können.

Psychoanalytische Begriffe dürfen nicht, wie Habermas einmal prägnant formuliert hat, „gesellschaftstheoretisch überdehnt“ werden. Dennoch erscheint mir auffällig, dass sich die psychischen Strukturen des Spielers in den Strukturen des öffentlichen Lebens spiegeln. Grandiosität ist der Grundzug einer Öffentlichkeit, in der jede Äußerung zur illusionär gesteigerten Selbstpräsentation werden muss, um Anerkennung zu finden. Der „Exzellenzcluster“, das oberste Perzentil, ist zum Maßstab jeglicher Leistung geworden, sodass man sich fragt, wer eigentlich die „Normalarbeit“ erfüllen muss – die „Fronarbeit des Durchschnitts“, die eine statistische Voraussetzung für die Existenz des obersten Perzentils darstellt.

Der Verdacht der Schein-Rationalität betrifft viele Bereiche, in denen eine Binnen-Rationalität praktiziert wird, die sich bei einer Erweiterung des Bezugsfeldes jedoch als hinfällig erweist. Gerade die jüngste Vergangenheit hat genügend Beispiele erbracht, dass die Anwendung von Technologien innerhalb bestimmter Prämissen rational erscheint; werden diese Prämissen durch unvorhergesehene Ereignisse verletzt, verlieren die rationalen Kalküle ihre Gültigkeit und ihre Vertreter werden geradezu armselige Figuren einer entgleisten Vernunft. Das Funktionieren ganzer Volkswirtschaften beruht auf virtuellen Zahlen, Einschätzungen von Agenturen, Börsen-Indizes usw., die sich aus dem Zusammenspiel von Computer-Programmen ergeben. Ist dies noch rationales Wirtschaften zu nennen?

Der Glücksspielcharakter des modernen Lebens führt in einen weiteren Bereich, der besonders nachdenklich macht, – nämlich das Vordringen des Zufallsprinzips in die Legitimitätssphäre moderner Gesellschaften. Die Vorreiterrolle in diesem Prozess spielen solche Entscheidungen, die faktisch nicht rational getroffen werden können, weil der Aufwand der damit verbunden ist, in keinem Verhältnis zum Nutzen steht, oder weil einfach nicht genügend Zeit zur Verfügung steht. Dass solche Situationen zu den Unvermeidbarkeiten in komplexen Gesellschaften gehören, muss man wohl hinnehmen. Aber fatal erscheint mir die Konsequenz, dass sich über diese Hintertüre die Überzeugung einschleicht, die Zufallsentscheidung sei eine höhere Art von Gerechtigkeit. Der Zufall triumphiert als Gerechtigkeitsprinzip, weil alle anderen Prinzipien abgedankt oder versagt haben.

Es ist bezeichnend, dass die Existenz von Toto-Millionären nicht als Ungerechtigkeit empfunden wird.

Kapitalisten, Waffenhändler, Monopolisten erregen Empörung, – nicht hingegen Glücksspiel-Millionäre, die genauso unverdient zu Geld gekommen sind. Dieser Reichtum scheint „gerecht“ zustande gekommen zu sein, weil gegenüber dem Zufall alle Konkurrenten gleich waren.

Es gibt eine Reihe von Entscheidungen, die schon heute an verschiedenen Orten durch das Los fallen und als akzeptabel empfunden werden. Über manche Studienplätze wird auf verschiedenen Universitäten in letzter Instanz mit dem Los entschieden. Die damit verbundenen relativ harmlosen Konsequenzen lassen die Demontage des Rationalitätsanspruchs offenbar durchgehen, – das Gefühl der Unzulänglichkeit verliert sich zusehends.

Ich extrapoliere auf Bereiche von Entscheidungen, die ebenfalls äußerst schwer zu operationalisieren sind, die aber mit massiven Konsequenzen für die Betroffenen verbunden sind: Knappe Ressourcen im Gesundheitswesen werden wahrscheinlich in naher Zukunft Entscheidungen erzwingen, die alle Beteiligten überfordern. Wie soll gerecht darüber entschieden werden, wer eine Behandlung bekommt, die nicht für alle finanzierbar ist? Wer soll das lebenswichtige Organ bekommen? Warum nicht durch das Los entscheiden? In absehbarer Zeit gilt es über ökologische Risiken und deren räumliche und damit soziale Verteilung zu entscheiden: Wo wird der radioaktive Müll gelagert? Wer wohnt an der verkehrsreichen Straße? Wer nahe an der Mülldeponie? Über die schwer zu realisierende Verteilungsgerechtigkeit der Bildungschancen wird gerade heftig diskutiert; das alte Konzept der Begabung hat ausgedient, die Invalidität der Lehrerurteile und Schulnoten ist längst

erwiesen. Also warum nicht das Los entscheiden lassen? Es müssen nur alle mitmachen, dann hat jeder die gleiche Chance zu gewinnen!

Das politische Denken kennt eine lange Reihe von historischen Gerechtigkeitsvorstellungen und Legitimitätsprinzipien, welche soziale Ordnungen und die Verteilung von Ressourcen und Gütern begründen. In Europa haben sich nach 1945 die liberale Demokratie, die soziale Marktwirtschaft und die Rechtsstaatlichkeit durchgesetzt. Die praktische Vernunft ist dabei mit dem Anspruch angetreten, Verfassung und Praktiken zu entwickeln, die gerechte soziale Ordnungen ermöglichen. Die Losentscheidung erscheint diesem Anspruch gegenüber als das schwächste Mittel, weil sie alle Gerechtigkeitskriterien, welche die politische Philosophie entwickelt hat, über Bord wirft: Verdienst, Bedürfnis, Leistung. Auch alle Verfahrenskriterien werden ignoriert, auf die ein Rechtsstaat großen Wert legt: Begründungspflicht, Berufungsmöglichkeit, Verantwortlichkeit des Entscheidungsträgers.

Die Erfolgsgesellschaft (als Nachfolgerin der Leistungsgesellschaft) hat viele Elemente des Glücksspiels in sich aufgenommen – bis in die grundlegenden Vorstellungen von Gerechtigkeit und Legitimität hinein. Zeichnet sich die Ablöse, die Abdankung der praktischen Vernunft ab? Müssen wir den Zufall als ultima ratio, – als quasi-göttliches Leitungsinstrument wieder akzeptieren? Solche kritischen Fragen verbinde ich mit der Hoffnung, dass eine geschärfte Wahrnehmung für diese Probleme auch zu neuen Lösungen führen kann.

**„MIR FAELLT SO VIEL ZUR DROGENBERATUNG EIN,
DASS DER PLATZ HIER DAFUER GAR NICHT REICHT.
DESWEGEN DIE KURZFASSUNG – OHNE DIESE
EINRICHTUNG WUERDE ES MICH GAR NICHT MEHR
GEBEN. VIELEN DANK AN ALLE BETREUER, DIE FUER
MICH GEKAEMPFT HABEN UND AUCH IMMER NOCH
FUER MICH DA SIND.“**

**„DIE DROGENBERATUNG IST FUER MICH EIN ORT WO
ICH EHRlich SEIN KANN UND MICH NICHT GENIERE
UEBER MEINE PROBLEME ZU SPRECHEN UND ICH HABE
DANACH WENIGER SEELISCHEN DRUCK.“**

Das Reagieren auf das Leid eines Süchtigen, anstatt uns die Beseitigung seines Leidens zur Aufgabe zu machen bringt unser Vertrauen in die Zuverlässigkeit von Entwicklungsprozessen zum Ausdruck.

DSAⁱⁿ Susanne Mohl
Sozialarbeiterin



VOM WUENSCHEN ZUM HANDELN...

Ich möchte Pilotin werden! Das oder Ähnliches habe ich geantwortet, als mich meine Volksschullehrerin gefragt hat, was ich denn werden wolle, wenn ich groß bin. Ich habe mir dann vorgestellt, dass ich eine schicke Jacke und eine Brille wie aus alten Filmen trage und über den Wolken dahin fliege, die Hände aus dem Fenster haltend... Aus heutiger Sicht völlig kitschig und naiv, denn welches Flugzeug hat heute noch offene Fenster? Gleichzeitig hat mich die Vorstellung davon unglaublich beflügelt – und ich habe mich schneller meiner Mathematikaufgabe gestellt, weil ich wusste, dass ich das Lernen „muss“, damit ich meine beruflichen Wünsche in die Tat umsetzen kann (und damit ich schneller in Ruhe weiter träumen konnte).

Wenn ich clean bin, möchte ich eine Familie gründen, werde mit meinem Hund in ein Haus mit einem wunderschönen Garten ziehen und jeden Tag mit dem Auto in die Arbeit fahren! Solche Aussagen höre ich in meiner Tätigkeit als Beraterin öfters. Menschen, die in einer prekären Situation sind, wünschen sich ein „normales“ Leben – die Bezeichnung „normal“ stammt von den Menschen selbst. In der Suchtberatung stellt sich die Frage immer wieder – wie kann ich meine Wünsche in die Realität umset-

zen? De Mello, ein indischer Guru, meint dazu „man darf sich nicht bemühen sich etwas zu entsagen, denn das wird groß und mächtig. Es geht darum, etwas einfach zu lassen!“ (De Mello 2011, S. 22). De Mello spricht hier zwei Aspekte an, die sich mit neurobiologischen Erkenntnissen erklären lassen. Zum einen den Aspekt, dass das „Entsagen“ nicht wirklich funktioniert bzw. wenn, dann oft nur eine Zeit lang. Aus aktuellen neurobiologischen Erkenntnissen, die sich mit Prozessen im Gehirn beschäftigen, weiß man, dass das Gehirn einen Erfahrungsspeicher darstellt, der gespeichert ist mit Erfahrungen aus dem „Ahnenschatz“ und neueren selbst gemachten Erfahrungen. Das Ziel des Gehirns ist es, psychobiologisches Wohlbefinden herzustellen. Wenn man/frau in eine Situation kommt, bewertet er/sie diese anhand seiner/ihrer Erfahrungen, ob die Situation gut oder schlecht bezüglich des psychobiologischen Wohlbefindens ist (vgl. Storch&Krause 2010, S. 33). Der Mensch strebt also nicht ein „Entsagen“ an. Menschen streben wohin.

In der Beratung und Begleitung von Menschen mit Suchterkrankungen hat sich eine Gesprächsmethode entwickelt, die ihr Augenmerk auf die Entwicklung von intrinsischer Motivation gelegt hat – um von der

aktuellen Situation über die ureigenen Wünsche zu selbstkongruentem Handeln zu kommen. Die Rede ist vom Motivational Interviewing, kurz MI genannt. Stephen Rollnick und William Miller haben im MI verschiedene Therapie- und Beratungskomponenten zu einem Konzept zusammengefasst, das speziell auf die Begleitung von Veränderungsprozessen fokussiert. Dem MI liegen humanistische Grundhaltungen wie Partnerschaftlichkeit, Eigenmotivation und der Eigenverantwortung zugrunde. Menschen sollen die Möglichkeit haben, in einer wertschätzenden, akzeptierenden Atmosphäre ihre innere Welt in einer Art Innerem Dialog zu erkunden. Durch die Orientierung an den Themen und Werten der Menschen selbst setzt sich die Person mit ihrer Situation auseinander und überprüft die Selbstkongruenz – also passt die jetzige Lebenssituation mit meinen Wünschen und Werten überein? Passt sie nicht überein, entwickeln Menschen Diskrepanzen, die sie auf eine Waagschale legen können, um zu sehen, welche Kosten und Nutzen ihnen die jetzige Situation bringt und welche Kosten und Nutzen eine mögliche Veränderung mit sich bringen würde. Dass Menschen der Jetzt-Situation und der Soll-Situation ambivalent gegenüber stehen, ist dabei ein natürlicher Schritt im Prozess einer Veränderung. Menschen fühlen sich oft gefangen, weil sie zwiespältige Gefühle haben. Der Weg aus dem Dilemma hat mit dem Erforschen und Befolgen dessen zu tun, was die Person spürt und was ihr wirklich wichtig ist, also was ihr sozusagen „am Herzen liegt“. Generell kann man sagen, dass der Aufbau von Änderungsmotivation sich an den relevanten „current concerns“ (Klinger, 1977), also an den subjektiv bedeutsamen Themen einer Person orientiert. Diese intrinsische Motivation wird durch Einbeziehung der Wahrneh-

mungen, Ziele und Werte einer Person exploriert. MI geht davon aus, dass die Ressourcen und die Motivation für eine Veränderung in der Person selbst liegen. Die Sichtweisen, Erfahrungen und Wertvorstellungen werden im Gesprächsprozess erforscht, in Bezug zum jetzigen Leben gesetzt und versucht selbst zu einer Lösung einer möglichen Diskrepanz zu gelangen (vgl. Arkowitz/Westra/Miller/Rollnick 2010, S. 348). Dieser kooperative Prozess der Entscheidungsfindung würdigt zudem die Autonomie des Menschen. Die Selbstbestimmung, also die Fähigkeit darüber zu entscheiden, wie man sich selbst sehen will und wie man sein will ist etwas, was man einem Menschen nie nehmen kann, selbst unter den extremsten Entbeh- rungen (vgl. Frankl 1963, in Arkowitz/Westra/Miller/ Rollnick 2010, ebd.). Dieser Respekt vor der Entschlei- dungsfreiheit des Individuums, die im partnerschaft- lichen Beratungssetting stattfindet, basiert auf der Idee, dass jeder Mensch ein großes Veränderungs- potential in sich trägt. Die Aufgabe des Beraters/der Beraterin ist es, mit Interesse und Bereitschaft der inneren Welt einer Person zuzuhören, damit diese ihr Potenzial frei setzen kann, um sich auf den Weg zu einer Veränderung aufmachen zu können. Der Wunsch nach einer Veränderung hallt in Äußerungen wie „ich will ein normales Leben führen“ oder „ich möchte einen Führerschein erlangen“ wider.

Zusätzlich zum Wollen braucht eine Person Zutrauen in sich, dass sie die Veränderung schaffen kann. Dieses (Selbst)Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten mit Schwierigkeiten umzugehen und eine Veränderung erfolgreich umzusetzen, ist oftmals ein entscheidendes Schlüsselement für die Motivation zu einer Verände- rung und zudem ein relativ guter Prädiktor für die Wahrscheinlichkeit einer tatsächliche Veränderung.

Der Glaube an die eigenen Fähigkeiten, sowie übrigens auch der Glaube des Beraters/der Beraterin an die Fähigkeiten des Gegenübers, haben einen wesentlichen Einfluss auf das Zutrauen in den Erfolg einer Veränderungshandlung. Dieses Phänomen bezeichnet man auch als Self-fulfilling Prophecy (vgl. Miller & Rollnick 2009, S. 64).

MI wurde entwickelt um Motivationsprobleme aufzulösen, die eine positive Veränderung verhindern. MI hat eine Reihe von Techniken kombiniert, die Change-Talk, auch Veränderungssprache genannt, hervorrufen sollen. Change Talk sind Äußerungen, mit denen Klienten ihre Bereitschaft, ihre Gründe, ihre Wünsche und ihre Selbstverpflichtung für eine Veränderung zum Ausdruck bringen (vgl. Miller & Rollnick 2009, S. 25).

MI unterstützt Menschen von ihren Innenwelten zu erzählen, die eigenen Bedürfnisse zu klären und Wünsche für eine Veränderung zu erarbeiten. Der Wunsch (Wille) für eine Veränderung und die Zuversicht diese umsetzen zu können, mündet in die Bereitschaft, die Prioritäten jetzt zugunsten einer Veränderung setzen. Die Absicht ist gebildet, es folgt die Vorbereitung auf bzw. die Handlung selbst. An dieser Stelle des Veränderungsprozesses liegt die Herausforderung Strategien und Alternativen anstelle eines Suchtverhaltens zu implementieren.

Doch ein Merkmal von Suchterkrankungen ist, dass der Handlungsspielraum, mit dem Menschen den Alltag bewältigen, auf ein Verhalten eingeschränkt ist – eben das Suchtverhalten selbst. Bewegen sich Menschen auch noch hauptsächlich unter Gleichgesinnten, fällt auch die Ressource des unterstützenden

Netzwerkes weg. Die Gefahr ist groß, dass die Person auf Grund geringer Perspektiven, Zweifel an der Umsetzung oder mangelnden Netzwerks die Entscheidung wieder verändert und lieber im „alten“ Verhalten verhaftet bleibt. Damit der Übergang vom Wunsch zur Handlung gelingen kann, ist ein möglicher Ansatz, den Ressourcenbegriff vom Zürcher Ressourcenmodell, im Folgenden kurz ZRM genannt, heranzuziehen.

Das ZRM arbeitet mit einem neurobiologischen Ressourcenbegriff, den jede Person bereits in sich trägt, und wo man/frau nicht noch erst etwas dazu lernen muss, damit er/sie es anwenden kann. Der Neurowissenschaftler Damasio (1994) sagt, „dass jeder Mensch über ein emotionales Bewertungssystem verfügt, das unterhalb der Bewusstseinschwelle arbeitet. Dieses System äußert sich über so genannte „somatische Marker. Das sind objektiv messbare körperliche Signale, die vom Mensch als Körperempfindungen und/oder als starkes Gefühl wahrgenommen werden“ (Storch & Krause 2011, S. 161). Das heißt, der Körper reagiert auf reale oder imaginierte Situationen mit spontanen, bewertenden körperlichen Reaktionen (somatische Marker), die uns signalisieren, ob eine Situation gut, also erstrebenswert, oder als schlecht und somit also zu vermeidende einzuschätzen gilt. Diese Reaktionen sind der bewussten Wahrnehmung meist entzogen (vgl. Storch & Krause 2011, S. 169). Durch einen Schlüsselreiz folgt in Sekundenschnelle eine emotionale Reaktion, auf die man mit anschließendem Verhalten reagiert. Die Bewertung der Reize orientiert sich am psychobiologischen Wohlbefinden, sprich ob es sich um Erfahrungen handelt, die „gut für mich“ oder „schlecht für mich“ im Bezug darauf sind. Ausgeführt wird die Bewertung vom limbischen System, das die Tätigkeit

des Gehirns mit Gefühlen begleitet. Diese Gefühle warnen uns oder lenken uns in eine bestimmte Handlungsrichtung. Gefühle sind somit „konzentrierte Lebenserfahrungen“.

Dieses Erfahrungsgedächtnis bewertet blitzschnell unterhalb der Bewusstseinsschwelle. Das Bewertungssystem des Gedächtnisses ist an Emotionen gekoppelt, die aufgrund von angeborenen „Schaltkreisen“ oder der selbst gemachten Erfahrungen aus allen Reaktions- und Verhaltensweisen, die dem Organismus zur Verfügung stehen, eine Auswahl treffen. Die Signale der Emotionen sind eng an den Körper gekoppelt. Damasio nannte den Körper auch „Bühne der Gefühle“. „Die Seele atmet durch den Körper und Leiden findet im Fleisch statt, egal, ob es in der Haut oder in der Vorstellung beginnt“ (Damasio 1994, S. 19).

Emotionen und die entsprechenden körperlichen Begleiterscheinungen sind integraler Bestandteil von Entscheidungsprozessen und damit unentbehrlich für rationales Verhalten. Diese körperlichen Reaktionen bezeichnet Damasio als „somatische Marker“. Sie helfen dabei die Motivation und Willensakte für eine Veränderung auszulösen, denn sie stellen laut Kuhl (2001) eine direkte Spiegelung des tiefsten Selbsterlebens und Selbstsystem des Menschen dar. Tauchen positive somatische Marker, wie ein wohliges Gefühl im Bauch, lächeln etc. auf, sind diese direkte Wegweiser zu den Themen, Inhalten, Absichten und Plänen des Menschen – also ein diagnostisches System für Selbstkongruenz (vgl. Storch & Krause 2011, S. 45-52).

Die Aktivierung dieses Reizes passiert über Sinnesindrücke, sprachlich-kognitive Aspekte, emotionale

Aspekte und körperliche Aspekte. Nach Grawe sind Ressourcen „jegliche Aspekte des seelischen Lebens bzw. der gesamten Lebenssituation eines Patienten, also zum Beispiel motivationale Bereitschaft, Ziele, Wünsche, Abneigungen, Interessen, Überzeugungen, Wissen, Bildung, Fähigkeiten, Gewohnheiten, Interaktionsstile, physische Merkmale wie Aussehen, Kraft, Ausdauer, finanzielle Möglichkeiten und das Potenzial der zwischenmenschlichen Beziehungen eines Menschen...Die Gesamtheit ...stellt den Möglichkeitsraum ...sein positives Potenzial, das er in den Veränderungsprozess einbringen kann... Ressourcenaktivierung heißt nun unter der Vielzahl dieser Merkmale solche aufzuspüren, die für den Patienten motivational stark besetzt sind und für sein Selbstwertgefühl besonders wichtig und diese für ... Veränderungsprozesse zu mobilisieren“ (Grawe 1998, S. 34).

Zurück zu DeMello „man darf sich nicht bemühen, sich etwas zu entsagen...“. Menschen, die beispielsweise zum Rauchen aufhören möchten, sagen „ich möchte nicht mehr rauchen“. Das Dilemma dieser Formulierung ist, dass in der Zieldefinition ein „nicht“ steht und keine neue Perspektive für sich enthalten ist. Ziele werden im Gehirn als Vorstellungsbild repräsentiert. Ein Bild stellt einen Zustand dar, dem ich mich annähern möchte, den ich erreichen will. Im Konzept des ZRM spricht man deswegen von einer Entwicklung eines Annäherungsziels. Ein weiterer Aspekt eines Ziels nach dem ZRM ist, dass die Realisierung des Ziels zu hundert Prozent unter der eigenen Kontrolle liegen soll. Mit Kontrolle ist die Kontrollüberzeugung über das eigene Handeln gemeint. Menschen erleben sich selbstwirksam, indem sie „die Erwartung haben, eine Handlung

ausführen zu können, ... und trotz innerer und äußerer Schwierigkeiten, die (Willens-) Kraft zu haben ...“(Kuhl 2001, S. 259). Eine mögliche Aussage von jemanden, der sich zutraut rauchfrei zu bleiben könnte sein: „Wenn mich die Chefin das nächste Mal stresst, bleibe ich gelassen und ruhig!“

In meiner Beratungstätigkeit passiert mir kaum, dass jemand kommt und sagt: „Mein Wunsch ist es abstinenz zu sein!“ Wie kommt es, dass Menschen sich in eine Suchtberatung begeben und das nicht so formulieren? Meine Vermutung ist, es ist nicht attraktiv genug! Diese Wahrnehmung deckt sich ebenfalls mit der Idee der Zieldefinition nach dem ZRM. Laut diesem ist es hilfreich ein Haltungsziel zu formulieren. Haltungsziele sind Ziele, die eine Haltung wider spiegeln und eher generell gehalten werden. Diese Art von Zielen hat einen hohen Identifikationswert und spiegelt die Selbstkongruenz der Menschen. Die Zielformulierung kann schwelgerisch, schwulstig übermäßig sein – wieder so, dass Menschen Bilder von sich in diesem Zustand entwickeln können. Eine beispielhafte Aussage wäre: „Ich will rebellisch und gesund mein Leben leben!“ Menschen sollen angeregt werden und Lust bekommen sich dort hin entwickeln zu wollen. Ein einfacher Test, ob das Ziel passend ist, ist wenn Menschen bei der Vorstellung körperlich reagieren beispielsweise in Form eines „glückseligen Grinsens“, der Puls steigt oder sie eine rote Gesichtsfarbe bekommen.

Der zweite Aspekt De Mellos bezeichnet „... etwas einfach zu lassen“. Neurobiologisch gesehen spricht er damit an, wie das Gehirn lernt. Lernen passiert indem zwei oder mehr Nervenzellen gemeinsam „feuern“ und sich dadurch verdrahten. Je öfter sie das tun,

desto tiefgehender „lernt“ man. Lernen heißt multicodieren – auf körperlicher, emotionaler und intellektueller Ebene. Durch die Multicodierung entsteht ein neurobiologisches Netz, das man in der Psychologie auch Schema nennt. Um ein neues neuronales Netz zu bahnen ist es wichtig, dass „wir es besonders häufig und erfolgreich aktivieren (...) und diejenigen, die wir nicht oder nur selten einsetzen, bleiben entweder so, wie sie sind, oder sie beginnen allmählich zu verkümmern“ (Hüther 2001, S. 85). Diese nutzungsabhängige Veränderung des Gehirns nennt man auch die neuronale Plastizität des Gehirns (vgl. Hüther 2001, S. 8). Kurz gesagt entsteht ein neues Netz indem ich es möglichst häufig aktiviere. Ein Muster, das ich verlernen möchte, sollte möglichst wenig aktiviert werden – es also einfach zu lassen!

Der Wunsch an sich ist der erste Schritt im Prozess einer Veränderung, sowohl im Bezug auf die Änderung des Suchtverhaltens, als auch in jeglichen Lebensbelangen. Wünsche und Ziele, die sich an den Motiven und Werten der Menschen orientieren, werden stark als zum eigenen Selbst gehörend erlebt und sind mit starken Emotionen verbunden. Durch die Wichtigkeit und Zuversicht einer Veränderung werden Menschen motiviert, die Handlung umzusetzen und Erfahrungen im Alltag mit der „neuen“ Veränderung bzw. dem neuen neuronalen Netz zu machen – auf emotionaler, kognitiver und körperlicher Ebene. Wenn ich einmal clean bin...der erste Schritt in Richtung Veränderung ist getan. Wenn ich einmal groß bin ...jetzt bin ich groß und keine Pilotin geworden. Aber nun wo ich wieder vermehrt daran denke und innere Bilder davon in meinem Kopf entstehen, könnte ich mich mal auf die Suche nach einem kleinen Flugplatz begeben...

Literaturverzeichnis:

Arkowitz, H. & Westra, H. & Miller, W. & Rollnick, S.
(2010): *Motivierende Gesprächsführung bei der
Behandlung psychischer Störungen.*
Beltz: Basel

Damasio, A. (1994): *Descartes`s Irrtum. Fühlen, Denken
und das menschliche Gehirn.*
List: München

De Mello, A. (2011): *Der springende Punkt.*
Herder: Freiburg im Breisgau

Grawe, K. (1998): *Psychologische Psychotherapie.*
Hogrefe: Göttingen

Hüther, G. (2001): *Bedienungsanleitung für ein
menschliches Gehirn.*
Vandenhoeck & Ruprecht: Göttingen

Kuhl, J. (2001): *Motivation und Persönlichkeit.
Interaktionen psychischer Systeme.*
Hogrefe: Göttingen.

Miller, W. & Rollnick, S. (2009): *Motivierende
Gesprächsführung.* Lambertus:
Freiburg im Breisgau

Storch, M. & Krause, F. (2011): *Selbstmanagement
– ressourcenorientiert Grundlagen und
Trainingsmanual für die Arbeit mit dem Zürcher
Ressourcen Modell (ZRM).* Hans Huber,
Hogrefe AG: Bern

**LUST
LEIDEN
SCHAFST**

DB

0316/326044

**„ZUNAECHST EINMAL MOECHTE ICH ANMERKEN,
DASS ICH FROH BIN, DASS ES DIESE INSTITUTION FUER
MICH UND VIELE ANDERE UEBERHAUBT GIBT. MIR
PERSOENLICH GEHT ES SCHON GUT, WENN ICH DIESES
GEBAEUDE ‚DB‘ BETRETE. MEINE THERAPEUTISCHE
BEHANDLUNG IST UNGEZWUNGEN, ERFOLGREICH UND
MACHT AUCH NOCH SPASS.“**

**„SCHOENES HAUS (INNEN WIE AUSSEN) SAUBERE
WC’S, FREUNDLICHE MITARBEITER, GEBORGENHEIT,
FAMILIAERES AMBIENTE“**

Ein guter „Gastgeber“ zu sein heißt unserem Gegenüber
Aufmerksamkeit, Anerkennung, Bestätigung und Beistand bei
seinen Erfahrungen zu gewähren, ohne dabei eine Abhängigkeit
vom „Gastgeber“ zu schaffen.

Mag. Andreas Neuhold, MSc.
Psychotherapeut



KAIROS ODER DER GÜNSTIGE AUGENBLICK ZUR VERAENDERUNG IN DER PSYCHOTHERAPIE MIT MENSCHEN MIT EINER SUCHTPROBLEMATIK

1. Einleitung
2. Konzept Kairos
 - 2.1. Konzept Kairos in der Antike
 - 2.2. Kairos als Teil des Gegenwartsmomentes
3. Kairos in der Psychotherapieforschung
4. Wechsel zwischen Stillstand und Bewegung, Kairos und Entwicklung
5. Kairos und Psychotherapeutische Grundhaltungen
6. Praktische Erfahrungen von Kairos
7. Zusammenfassung
8. Literaturverzeichnis

1. Einleitung

„Es gibt Phasen in der Psychotherapie mit Süchtigen, wo trotz größter Anstrengungen Flaute herrscht. Kein Wind rührt sich. Nichts geht weiter. Es herrscht Stillstand. Die ganze Energie verpufft ohne sichtbaren Output. Und dann plötzlich kommt eine Brise auf, alle Segel werden gesetzt und mit Hilfe dieses Rückenwindes können Entwicklungsschritte mit einer Leichtigkeit gemeistert werden, die Erstaunen auslösen.“ So die Erfahrung einer langjährigen Kollegin aus der Drogenberatung.

Was genau geschieht in der therapeutischen Begegnung zweier Menschen in dem Augenblick, in dem Wind aufkommt, die Segel füllt und Veränderungen bei Menschen mit einer Suchtproblematik ermöglichen? Dieser Frage versucht der Beitrag über das Konzept Kairos, den günstigen Augenblick, näherzukommen. Die Beschreibung des Konzeptes Kairos abgeleitet aus der griechischen Mythologie und mittels der Perspektive der Phänomenologie nach Daniel Stern (2005) steht der „Gegenwartsmoment“ im Mittelpunkt der Annäherung des ersten Teiles des Textes. Selbstorganisationskonzepte aus der Psychotherapieforschung um Günther Schiepeck (2006) und die Erweiterung um eine entwicklungspsychologische Dimension nach Piaget und Kegan (1986) bilden den Schwerpunkt des zweiten Teiles. Der abschließende Teil beschreibt die Ergebnisse von Experteninterviews zum Phänomen Kairos im psychotherapeutischen Prozess. Die Interviews gingen der Frage nach, wie sich der günstige Augenblick zeigt und welchen Rahmen dieser benötigt.

2. Konzept Kairos

2.1 Konzept Kairos in der Antike

In der griechischen Antike gab es zwei Begriffe für die Zeit; zum einen Kronos, der jüngste Sohn der Gaia

(Erde) und des Uranos (Himmel), Anführer der Titanen und Vater von Zeus. Nach Kronos wurde die Zeit gemessen. „Chronologie“ – nach unserem heutigen Verständnis ist es die Zeitmessung. Sie hilft uns sehr bei der täglichen Organisation und Absprachen. Zum anderen gab es noch Kairos als religiös-philosophischen Begriff für den günstigen Zeitpunkt einer Entscheidung. Es galt die günstige Gelegenheit am Schopf zu packen (Gründel, 1996). Ist Chronos zur Zeitmessung und Terminabsprache das beste Hilfsmittel, ist Kairos, die psychologische Zeit, heute auch unter folgenden Begriffen bekannt: Gegenwartig, Achtsamkeit, Hier und Jetzt, Präsenz, Wachsamkeit, Bewusstsein.

2.2 Kairos als Teil des Gegenwartmomentes bei Daniel Stern (2005)

Auch wenn sehr viele psychotherapeutische Verfahren auf der Annahme beruhen, dass die therapeutische Arbeit im „Hier und Jetzt“ geeignet ist, Veränderungen herbeizuführen, ist sehr wenig bekannt, was sich genau in diesem Augenblick vollzieht. Um diesem Jetzt nahe zukommen bedient sich Stern zweier Konzepte: Dem Konzept des Kairos und der Phänomenologie. Im Gegensatz zu Chronos verstanden die antiken Griechen Kairos als den vorübergehenden Augenblick, indem etwas geschieht, während die Zeit sich entfaltet. Es ist das Entstehen eines neuen Sachverhaltes und vollzieht sich in einem Moment des Gewahrseins. Kairos hat seine eigenen Grenzen, die den Fortgang der linearen Zeit transzendieren. Gleichwohl enthält er eine Vergangenheit. Er ist eine subjektive, von Chronos abgesetzte Parenthese. Kairos ist die entscheidende Gelegenheit, der Augenblick, der Handeln verlangt oder dem Handeln günstig ist, ein Zusammentreffen von Ereignissen, das ins Bewusstsein gelangt und uns

klar macht, das wir jetzt, unverzüglich, etwas unternehmen müssen, um das eigene Schicksal in eine andere Richtung lenken. Das Schicksal wird sich auch verändern, wenn man nicht gehandelt hat, von anderer Art sein. Kairos ist ein kleines Fenster des Werdens und der günstigen Gelegenheit.

Stern beschreibt zwei verschiedene Arten des Kairos (Stern, 2005, S. 45 f.): Unterschiedliche Kairoi, bei Stern auch Gegenwartsmomente, sind von unterschiedlicher hoher Bedeutung. Es gibt ein breites Spektrum an Gegenwartsmomenten, von den seltenen und herausragenden (Kairoi), in denen das Leben eine andere Richtung einschlagen kann, vom großen Augenblick, vom Momentum des Lebens. Auf der anderen Seite stehen außerordentlich banale Gegenwartsmomente (Mikro Kairoi), die den Lauf eines Lebens auf minimale, aber erkennbare Weise, Moment für Moment, verändern. Sie sind die Bausteine, und sie sind es, die in der Psychotherapie oft auf der lokalen Ebene Veränderung herbeiführen.

Dabei stützt sich der Gegenwartsmoment bei Stern weitgehend auf eine phänomenologische Perspektive. Diese Sichtweise beruht auf der Annahme, dass der menschliche Geist oder die Psyche immer verkörpert ist und durch die sensomotorische Aktivität des Individuums ermöglicht wird; unsere Psyche ist mit der uns umgebenden physikalischen Umwelt verwoben, wird partiell durch sie erzeugt und durch die Interaktionen mit anderen Personen konstituiert. Die Psyche taucht aus intrinsischen selbst-organisierenden Prozessen auf und existiert und interagiert mit anderen Psychen. Eine der Konsequenzen dieser Sichtweise der verkörperten Kognitionen besteht darin, dass die Psyche intersubjektiv offen ist, da sie

partiell durch ihre Interaktion mit anderen Psychen konstituiert wird (Husserl, 1930). Husserl postulierte, dass ein Gegenwärtmoment eine Dauer hat und aus drei Teilen besteht: einem Jetztpunkt (der sich nicht wesentlich von dem Gegenwärt Augenblick von Chronos unterscheidet, dem voranrückenden Punkt der vergehenden Zeit), einem vergangenen Gegenwärtmoment und einem künftigen Gegenwärtmoment. Husserl bezeichnete den vergangenen Gegenwärtmoment als Retention, als unmittelbare Vergangenheit, die im Jetzt weiterhin nachklingt, und verglich sie mit einem Kometenschweif. Den künftigen Gegenwärtmoment bezeichnete Husserl als Protention. Sie ist die unmittelbare Zukunft, die antizipiert wird oder in der impliziert ist, was während der vergangenen Gegenwärtmomente und im aktuellen Gegenwärtmoment geschehen ist bzw. geschieht. Der vielleicht wichtigste Aspekt dieses dreiteiligen Gegenwärtmoments besteht darin, dass all seine Bestandteile subjektiv eine einheitliche, kohärente, globale und in einem subjektiven Jetzt wahrgenommene Erfahrung bilden.

Stern (2005, Seite 41f) versteht den Gegenwärtmoment als den Veränderungsmoment, in der eine „wirkliche Erfahrung“ auftaucht, es geschieht etwas Unerwartetes und zwar zwischen (mindestens) zwei Personen. Das was geschieht betrifft ihre Beziehung. Es beansprucht nur eine sehr kurze Zeitdauer, die als jetzt erlebt wird, eine emotionale Geschichte über die gemeinsame Beziehung entfaltet und beide Beteiligte intuitiv am Erleben des anderen teilnehmen lässt. Das intersubjektive Feld wird verstanden, ohne das es verbalisiert werden muss. Die Gemeinsamkeit erzeugt zwischen den Beteiligten ein neues intersubjektives Feld, dass ihre Beziehung verändert und es ihnen ermöglicht eine neue Beziehung einzuschlagen. Der

Moment wird im Gedächtnis gespeichert und erstellt eine neue Form der Vergangenheit. Veränderungen in der Psychotherapie erfolgen durch diese nicht linearen Sprünge in der Art und Weise des Zusammenseins.

Merleau-Ponty (1945) hat den Gegenwärtmoment wie eine auffallende, ganz neue Gegenwart, die vor uns auftaucht- so wie uns plötzlich eine Erinnerung einfällt, ein neuer Gedanke durch den Kopf schießt oder uns eine Wahrnehmung bewusst wird – beschrieben. Uns ist dabei nicht bewusst, wie diese Erinnerung (oder Gedanke) in unser Gewahrsein gelangt ist, weil wir sie unbewusst, intuitiv, konstruiert haben. Sie kann aufwallen und wie eine gewaltige Meereswoge über uns hereinbrechen oder wie eine sanfte Welle ansteigen und leise zurückweichen.

Gegenwärtmomente, und auch hier bezieht sich Stern auf Husserl, müssen, um sie zu erfassen, eingeklammert werden (Husserls Epoche). In der Methode der Epoche wird natürlich sofort eine psychotherapeutische Grundhaltung sichtbar, die in die verschiedenen Psychotherapieschulen Eingang gefunden hat und die bereits S. Freud (1912) als Gleichschwebende Aufmerksamkeit beschrieben hat (mehr dazu, siehe Abschnitt 5).

3. Kairos in der Psychotherapieforschung

In der Psychotherapieforschung verwendet G. Schiepeck (2006) das Konzept Kairos als eines der Generischen Prinzipien, die eine erfolgreiche Psychotherapie ausmachen. Wie versteht Schiepeck Psychotherapie und welcher Modelle bedient er sich?

Schiepeck, der in seinen Ansätzen Chaostheoretische und Systemische Modelle vereinigt, definiert Psycho-

therapie als einen Selbstorganisationsprozess, der durch das Schaffen von professionellen Rahmenbedingungen die Möglichkeit von selbstorganisierten Ordnungs-Ordnungs-Übergängen in bio-psycho-sozialen Systemen begleitet. Krankheitsmuster wie Sucht, Ängste oder Depressionen stellen sehr starre Ordnungsmuster dar, die kurzfristige Erleichterung bringen, mittel und langfristig jedoch Freiheitsgrade immer mehr einschränken.

Aufgabe von Psychotherapie ist es demnach bei der Begleitung von Ordnungs-Ordnungsübergängen die Bedingungen für das Auftreten von qualitativ neuem zu ermöglichen und zu begleiten. Bisherige Muster werden nicht aufgelöst, sondern sollten als Potential erhalten bleiben. Ordnungsübergänge sind jedoch mit Ängsten verbunden. Diese bewirken eine Rückwärtsbewegung hin zu vertrauten Mustern, die oft als Widerstand bezeichnet wird. Dies ist jedoch kein unkooperatives Verhalten sondern das Festhalten an einem alten Muster.

Bei Phasenübergängen, als Punkt des Umschlagens der Dynamik, befindet sich ein System in maximaler Symmetrie, bei dem die zur Verfügung stehenden Verhaltensweisen gleichwahrscheinlich werden. Damit einher geht eine maximale Empfindlichkeit für äußere Einflüsse. Das System erscheint als Spielball äußerer Einflüsse, denen es vollständig ausgeliefert ist. Obwohl dieser Zustand der vollständigen Symmetrie ein vorübergehendes kurzfristiges Stadium im Verlauf eines Phasenübergangs darstellt, kann bereits im Vorfeld ein zunehmender Verlust der Attraktor-Kräfte beobachtet werden. Zwar befindet sich das System sich hier noch im Einzugsgebiet des Attraktors, dennoch hat sich die Landschaft sehr verflacht.

Das System wird langsam, träge und lustlos. Dieses Verhalten, welches Schiepeck „kritisches langsam werden“ nennt, geht im Verlauf eines Phasenüberganges zunächst in den Zustand maximaler Symmetrie über und mündet schließlich in einer Symmetriebrechung, bei der das System anfängt, kritisch instabil auf einer Bergspitze zu balancieren, sodass bereits wenige Einflüsse es in eines der neu gebildeten Täler kippen lässt. Genau dieser Moment wird zum Kairos, dem richtigen Zeitpunkt für Interventionen.

Neben Verunsicherung steigt in Symmetriezuständen (verschiedene Ordnungsmuster sind möglich) auch die Sensibilität und Suggestibilität für minimale Anregungen (Einsatz von Metaphern, Bildern, Hypnotherapie).

4. Wechsel zwischen Stillstand und Bewegung, Kairos und Entwicklung

Wie ist nun Kairos, der günstige Augenblick für Veränderungen, in der Entwicklungspsychologie einzuordnen?

In den „Die Entwicklungsstufen des Selbst“ von R. Kegan, 1982 beschriebenen Modells, verbindet der Autor die Ansätze psychoanalytisch orientierter Ich-Psychologie, vertreten durch Erikson, Bowlby u. Winnicott und Grundannahmen von Piaget. Kegan geht davon aus, dass der Mensch ein Wesen ist, das in einer fortschreitenden Bewegung ständig einer neuen Gestalt, einer höheren Entwicklungsstufe entgegen strebt.

Im Wechselspiel zwischen dem Selbst und der Umwelt erzeugen wir Realität. Im Mittelpunkt von Piagets (1976) Ansatz stehen die Aktivität und der Gleichgewichtsprozess (Äquilibration). Sein Hauptinteresse galt dem ständigen Wechselspiel zwischen

dem eigenständig werdenden Organismus und der Welt. Dieses Wechselspiel wird als Anpassungsprozess (Adaption) begriffen, der durch die Spannung zwischen dem Angleichen neuer Erfahrung an die alte „Grammatik“ (Assimilation) und dem Angleichen der alten Grammatik an die neue Erfahrung (Akkommodation) bestimmt ist. Dieses Wechselspiel läuft nicht in Form einer unablässigen Veränderung ab, sondern vielmehr werden Phasen dynamischer Stabilität oder Phasen des Gleichgewichtes von Phasen der Instabilität und einem qualitativ neuen Gleichgewicht abgelöst. Die Phasen des beweglichen Gleichgewichtes laufen auf eine Art neue Vereinbarung hinaus. Bei solchen Vereinbarungen geht es immer um die Frage, was ist „Objekt“ und was ist „Subjekt“? Oder bis zu welchem Grad löst sich der Organismus aus der Welt heraus um neue Beziehungen mit ihr einzugehen.

Psychologisch betrachtet geht es in diesem Prozess um die Entwicklung des Wissens, denn jede Stufe, auf der das Subjekt-Objekt Gleichgewicht neu organisiert wird, ist eine Form des Wissens über die Welt. Gleichzeitig erfahren wir diese Aktivität auch, diese Erfahrung kann selbst der Ursprung unserer Gefühle, Emotionen sein. Verlust und Wiedergewinnung, Trennung und Bindung, Angst und Spiel, Depression und Veränderung, Auflösung und Zusammenschluss- alle diese Erlebnisse können ihren Ursprung in dieser Aktivität haben, in der Erfahrung dieser Bewegung, auf die wir mit den Worten, „uns bewegt etwas“ hinweisen. Die Quelle unserer Gefühle, in diesem Sinne besser Emotionen, sind erlebte Erfahrungen eines Bewegungsvorganges, wie auch der Wortstamm bereits darauf hinweist (Emotion, lat. movere=bewegen), der sich verkürzt als

eine Entwicklung, über das Erlebnis der Abwehr, des Aufgebens und den Wiederaufbau eines Zentrums darstellt.

Den Kern der Erfahrung qualitativer Veränderungen oder der Erfahrung der Dezentrierung (Verlust meines Zentrums) bilden die Affekte des Verlustes – Angst und Depression. Die Trennung von mir selbst, die Trennung von dem, was allmählich zu meinem alten Ich wird, von dem ich mich aber noch nicht ausreichend gelöst habe, um es als Objekt integrieren zu können.

Wie versteht Kegan den Begriff „Objekt“, bzw. was ist ein Objekt, was sind Objektbeziehungen? Der Wortstamm (jekt; lat. Iacere=werfen) bezieht sich auf einen Bewegungsvorgang, auf eine Aktivität, auf das Werfen. Mit der Vorsilbe ob deutet das Wort auf den Vorgang oder die Folgen von „wegwerfen“ oder „wegwerfen von“ hin. Objekt verweist auf etwas, dass durch einen Prozess von etwas anderem abgelöst ist oder es verweist auf diesen Prozess hin. So verstanden sind mit dem Begriff Objektbeziehungen Beziehungen gemeint, die wir zu etwas aufbauen, das durch einen bestimmten Prozess von uns abgelöst oder verschieden geworden ist. Das Wort verweist auf unsere Beziehungen zu etwas, das wir von uns weggeworfen haben, oder es verweist auf die Erfahrung des Wegwerfens selbst. Dieser Ansatz zeichnet sich dadurch aus, dass er dem Moment der Bewegung eine vorgeordnete Funktion bei der Persönlichkeit zuschreibt. Es gehört daher zur Aktivität der Entwicklung, dass wir Objekte selbst schaffen (ein Prozess der Differenzierung) und Beziehungen zu ihnen eingehen (ein Prozess der Integration).

So verstanden spielen sich Subjekt-Objekt-Beziehungen nicht in einem Raum ohne Welt und Menschen ab, sondern vielmehr machen sie die Unterscheidung zwischen Mensch und der Welt erst möglich. Subjekt-Objekt-Beziehungen gehen aus einem Entwicklungsprozess empor, der das ganze Leben über wirksam ist: ein Prozess qualitativer Differenzierung, in dem sich das Selbst immer mehr von der Welt löst und das Objekt, mit dem Beziehungen eingegangen werden, ständig größer wird. Es ist dies ein Prozess einer natürlichen Entwicklung, in dessen Verlauf wir der Welt ein qualitativ zunehmendes Maß an Unabhängigkeit zugestehen, in dem die Beziehungen zu einer Reihe von Triumphphen über das Eingebundensein werden. Dieser Prozess geht häufig mit Wut und Ablehnung einher. Die bekannte Erscheinung, dass Depression in Wut umschlägt ist weniger darauf zurückzuführen, dass ein Gefühl von der eigenen Person auf eine andere umgeleitet wird, vielmehr macht das Ziel der Wut selbst eine Wandlung durch, es wird vom Subjekt zum Objekt. Subjektverlust kann daher zur Objektfindung führen.

Für Piaget sind Objektbeziehungen nicht der Versuch mit Hilfe von psychoaktiven Substanzen einen vorgeburtlichen Zustand wieder herzustellen, sondern hart erkämpfte qualitative Veränderungen als eine Antwort auf die immer höher werdende Komplexität der Welt, eine Erkenntnis, dass der Unterschied zwischen der Welt und mir wieder ein Stück größer geworden ist – und wir daher wieder ein Stück mehr mit dieser in Verbindung treten können.

5. Kairos und Psychotherapeutische Grundhaltungen

Welche therapeutische Haltung braucht es um Entwicklungsstufen des Selbst zu ermöglichen?

Kegan beschreibt nach Winnicott (1974) drei Grundprinzipien für eine einbindende Kultur um erfolgreiche Entwicklungsschritte zu ermöglichen: 1. Sie muss festhalten 2. Sie muss loslassen und 3. Sie muss in der Nähe sein.

Ad Festhalten: (Kegan 1986, S. 170ff) Wenn wir auf die Angst eines Klienten mit der Beseitigung dieser reagieren, schaffen wir einen Zustand, der eine gegebene Entwicklungsstufe gegen eine neue Phase verteidigt. Wenn wir auf den Menschen als jemanden der Leid erfährt, reagieren, anstatt uns die Beseitigung seines Leidens zur Aufgabe machen, so bringen wir unser Vertrauen in die Zuverlässigkeit des Entwicklungsprozesses zum Ausdruck, unser Vertrauen in die Zuverlässigkeit des Lebens selbst. Die Fähigkeit, bei dem anderen zu bleiben, wenn er Angst erlebt, seine Angst zu erkennen und zu akzeptieren, ohne dabei ängstlich zu werden oder sofort zu versuchen die Angst abzustellen gilt schon lange als Merkmal kompetenter professioneller psychologischer Hilfe.

Ad Loslassen: Eine gesunde Form des Haltens bereitet auf die Trennung vor, noch während die uns anvertraute Person bestätigt und akzeptiert wird. Der Übergang von Eingebundensein zur Ablösung wird sowohl für den Gast als auch den Gastgeber schwierig. Es geht etwas von ihm, er verliert etwas. Auch der Gastgeber empfindet einen ähnlichen Verlust des Selbst wie der Gast selbst. In solchen Fällen benutzt der Gastgeber den Gast.

Ad In der Nähe bleiben: Die dritte Funktion besteht darin, während der Phase des Übergangs und der Neuorganisation des Gleichgewichtes in der Nähe zu bleiben, damit das, was Teil von mir war und all-

mählich zum Nicht-Ich wird, wieder als Objekt oder anders in mein neues Gleichgewicht eingegliedert werden kann. Wachstum heißt auch Versöhnung, heißt finden und wiedererkennen dessen, was vorher mit dem Selbst verschmolzen war.

Welche psychotherapeutische Haltung, welchen Rahmen braucht es um Kairoi zu unterstützen? An dieser Stelle sei hier besonders an Sigmund Freud mit der wichtigsten technischen Grundregel der „Gleichschwebende Aufmerksamkeit“ erinnert. Diese beschreibt in der psychotherapeutischen Sitzung für den Psychoanalytiker, wie er dem Patienten zuhören soll, ohne bestimmte Inhalte von dessen Äußerungen zu bevorzugen: „Man halte alle bewussten Einwirkungen von seiner Merkfähigkeit ferne und überlasse sich völlig seinem ‚unbewussten Gedächtnisse‘, oder rein technisch ausgedrückt: Man höre zu und kümmere sich nicht darum, ob man sich etwas merke.“ Sigmund Freud [1912] (1999, S. 376ff)

Laut Freud soll der Analytiker nicht nur sämtliche Störungen der Außenwelt ausblenden, sondern auch sich selbst in einen Zustand der psychischen Entspannung und Aufnahmebereitschaft versetzen. Wichtig sei insbesondere, nicht persönlichen Neigungen und Erwartungen zu folgen, weil der Analytiker sonst Gefahr laufe, „niemals etwas anderes zu finden, als man schon weiß.“ Gleichschwebende Aufmerksamkeit bedeute die vollständige Unterbrechung all dessen, was gewöhnlich Aufmerksamkeit auf sich ziehe, und zugleich die ausschließliche Befassung mit den Aussagen des Analysanden. Selbst bestens begründete Annahmen und theoretisches Wissen seien während der Sitzungen einer psychoanalytischen Kur auszuschalten.

6. Praktische Erfahrungen von Kairos

Zu den Fragestellungen ob Psychotherapeuten das Phänomen Kairos kennen, wie sich Kairos im therapeutischen Prozess zeigt und welchen Rahmen es braucht, um Kairos zu ermöglichen, führte der Autor zwischen Juli und Oktober 2012 zehn Experteninterviews mit Psychotherapeuten aus verschiedenen Psychotherapieschulen durch. Die Auswertung durch die Methode der Qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring, 2010) ergibt kurz gefasst folgendes Bild:

Alle Interviewten Psychotherapeuten kennen das Phänomen Kairos, wenn auch manchmal andere Begriffe wie *Magischer Moment*, *Flash*, *Flow* oder *Höchste Gegenwärtigkeit* als Synonym verwendet werden.

Ein weiteres Ergebnis der Interviews führte zur Unterscheidung von zwei Arten des Kairos: Wie in Tabelle eins abgebildet, zeigt sich Kairos im therapeutischen Prozess als Große- oder Kleine Kairoi Momente.

Kairos	
Große Kairoi Momente	Änderung durch äußere Umstände
	Krisen, Tiefpunkte im Leben
	Träume (kündigen Veränderungen an)
Kleine Kairoi Momente	Wechsel von Emotionen
	Mimik-, Gestikänderung, Lachen in der Therapiestunde
	Haltung der Neugier von Seiten des Klienten
	Schema Wechsel, Strategiewechsel
	Defusion – anderer Umgang mit Fragestellung
	Wechsel von Opfer- zur Täterhaltung
	Zeitverschiebung, Verlangsamung der Zeit

Tabelle zwei beschreibt die genannten Rahmenbedingungen, die das Auftreten von Kairos erhöhen:

Das Auftreten von Kairos wird erhöht durch
Absichtslose Haltung von Seiten des Therapeuten, das Lösen von eigenen inneren Bildern
Das Hier und Jetzt, den Gegenwartsmoment in der Therapie
Selbsterfahrung von eigenen Kairoi in Leben und Ausbildung des Psychotherapeuten, verbunden mit eigener Resilienzenerfahrung
Mut und Risiko des Therapeuten
Blick auf Ressourcen des Klienten
Haltung eines Forschers bzgl. eigenen Lebens
Raum, Spielweise, für neue Erfahrungen
Defussion – anderer Umgang mit Fragestellung
Wechsel von Opfer- zur Täterhaltung
Anerkennung der eigenen Ohnmacht

7. Zusammenfassung

Zusammenfassend lässt sich klar erkennen, wie wichtig es gerade für Psychotherapeuten ist Kairos, den rechten Augenblick zur Veränderung, zu beachten, sich mit eigenen Ansichten zurückzuhalten und zu warten, bis Kairos erscheint. Dann allerdings muss man ihn auch am Schopf packen.

Suchtphänomene haben sehr oft mit „Ohnmacht“ zu tun. Ohnmacht, die der Süchtige gegenüber einer Substanz erlebt, Ohnmachtsgefühle für Angehörige, die helfen wollen und doch nur eine Verschlimmerung der Situation erleben und schließlich erlebte

Ohnmacht auch beim Helfersystem. Gegenüber dem unreflektierten Umgang mit Ohnmacht in der Suchttherapie, der zum Mitagieren verführt und dadurch Suchtphänomene eher stabilisiert und Entwicklungsschritte verhindert, könnte die alte Metapher des Kairos einen hilfreichen Ansatz für Professionisten darstellen. In der Überbrückung von Stillstand und Bewegung beim täglichen Handeln in einer Suchtberatungsstelle durch die Beachtung von Kairos und den damit verbundenen Rahmenbedingungen entsteht bei der Arbeit in einer Suchtberatungsstelle so etwas wie Leichtigkeit, Freude und Neugierde in der Begegnung mit Menschen und verhindert Energie zur falschen Zeit am falschen Ort einzusetzen.

Kairos gehört also zum therapeutischen ‚Fingerspitzengefühl‘, zum Wissen, wann der rechte Zeitpunkt für eine Deutung oder auch einen Hinweis angebracht ist und wann nicht. Kairos macht sich immer bemerkbar: entweder durch ein äußeres Zeichen oder eine plötzliche innere Erkenntnis. Vorausgesetzt, man lässt ihm die nötige Zeit für sein Erscheinen. Seifert, A., Seifert, T. (2001)

Abschließend sei Hans Peter Dürr (2012, Seite 66), einer der bedeutendsten Denker und Physiker unserer Zeit zitiert: „Wenn wir uns in einem Zustand der völligen Orientierungslosigkeit befinden, dann kann in diesem Moment Einsicht geschehen. Für mich geht es dabei um Empathie- und letztlich um Hingabe. Man ist in einem Zustand, in dem man bereit ist zu sterben. Es gibt nichts mehr, um dessentwillen man nach einer Absicherung, nach Sicherheit trachtet. In dieser existenziellen Situation kann ich etwas mit gleichsam Null-Energie bewirken. Es geht nicht mehr darum, etwas anzustreben, sondern es

gilt einfach nur sensibel zu sein. Es geht nicht mehr um eigene Absichten, um meine Handlung im Gegensatz zu deiner Handlung, sondern nur noch um den liebenden Dialog.“

8. Literaturverzeichnis:

Bowlby, J. (1975). *Trennung*. München.

Dürr, H.P. (2012). *Es gibt keine Materie*. Corona.

Erikson, E.H. (1980). *Jugend und Krise*. Stuttgart.

Freud, S. (1999). *Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung [1912]*. In: *Gesammelte Werke – Chronologisch geordnet*, Bd. VIII: *Werke aus den Jahren 1909 – 1913*. Frankfurt/Main. Fischer.

Gründel, J. (1996) In: *Lexikon für Theologie und Kirche*. Bd 5. Freiburg 1996, Sp. 1129–1131.

Haken, H., Schiepeck, G. (2006). *Synergetik in der Psychologie*. Göttingen. Hogrefe.

Husserl, E. (1930). *Die Phänomenologie und die Fundamente der Wissenschaften*. Hamburg. Meiner

Kegan, R. (1986). *Die Entwicklungsstufen des Selbst. Kindt*. München

Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse*. Weinheim u. Basel. Beltz

Merleau-Ponty, M. (1945). *Phänomenologie der Wahrnehmung*. Berlin

Piaget, J. (1976). *Die Äquilibration der kognitiven Strukturen*. Stuttgart. Klett-Cotta.

Schiepeck, G., Strunk, G. (2006). *Systemische Psychologie*. München. Elsevier.

Seifert, A., Seifert, T. (2001). *So ein Zufall! Via Nova*.

Stern, D.N. (2005). *Der Gegenwartsmoment*. Frankfurt. Brandes&Apsel.

Winnicott, D.D. (1974). *Reifungsprozesse und fördernde Umwelt*. München

„MIT ANGST VOR MIR SELBST HAT ES BEGONNEN. ICH WOLLTE AUS DIESER UNBESCHREIBLICHEN TIEFE HERAUS. DIESE TIEFE, FÜR DIE ICH MICH VON JAHR ZU JAHR MEHR ENTSCHEID. ICH GLAUBTE NICHT MEHR WIRKLICH DARAN, DASS MIR ETWAS ODER JEMAND HELFEN KANN UND WAS ÜBERHAUPT HILFE FÜR MICH BEDEUTEN WÜRD. SO WAR DER WEG IN DIE DROGENBERATUNG NICHT DESHALB, WEIL ICH GLAUBTE, DASS MICH JEMAND WIRKLICH UNTERSTÜTZEN KÖNNTE UM IN MEIN LEBEN WIEDER ZU FINDEN, SONDERN VIEL MEHR, WEIL ICH VOR MIR SELBST NICHT AUFGEBEN KONNTE.“

Die Fähigkeit beim Anderen zu bleiben, wenn er Angst erlebt, seine Ängste und unsere Ohnmacht zu erkennen und zu akzeptieren, ohne dabei selbst ängstlich zu werden oder sofort zu versuchen, die Angst abzustellen, sehen wir als kompetente, professionelle Hilfe an.

Mag.^a (FH) Dagmar Frank-Elmer
Sozialarbeiterin, Psychotherapeutin



DIE PSYCHOSOZIALE BERATUNG UND BEGLEITUNG IN DER SUBSTITUTIONSBEHANDLUNG

.....

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der psychosozialen Betreuung und Begleitung im Rahmen der Substitutionsbehandlung. Die Substitutionsbehandlung stellt eine Maßnahme für die Behandlung der Opiatabhängigkeit dar, auf deren theoretischen Grundlagen und Durchführungsbestimmungen an dieser Stelle nicht näher eingegangen wird.

Die Substitutionsbehandlung versteht sich nicht nur als alleinige Vergabe des Substitutionsmedikamentes, sondern inkludiert im Sinne eines ganzheitlichen Betreuungsansatzes die psychosoziale Betreuung und Begleitung. Es handelt sich hier um die Kombination einer individuell angepassten medikamentösen Therapie als Basisbehandlung und einem zusätzlichen Behandlungs- und Betreuungsangebot, welches individuell abhängig von der Verlaufsform der Suchterkrankung und der individuellen Lebenssituation ist. Deutlich positioniert sich diesbezüglich die deutsche Hauptstelle für Suchtfragen; deren Haltung ist, dass das Angebot der psychosozialen Beratung und Begleitung jedem Patienten gemacht werden muss und Abweichungen einer schriftlichen Genehmigung bedürfen.

Der vom deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information herausgegebene HTA –

(Health Technology Assessment) Bericht 2007 zur „Langzeitbehandlung Opioidabhängiger“ kommt bezüglich der Wirksamkeit der Langzeitsubstitution zu folgenden Schlussfolgerungen (Busch et al. 2007:6): Der Erfolg im Hinblick auf den medizinischen/sozialen Aspekt hinsichtlich der Reduktion des illegalen Opioidkonsums, der Verringerung des Risikoverhaltens und der Kriminalität konnte nachgewiesen werden. Die deutliche Verringerung der drogenbezogenen Mortalität ist der valideste Erfolgsindikator. Bezüglich der Verbesserung des Gesundheitszustandes und der Verbesserung der Lebenssituation der KlientInnen sind die Befunde widersprüchlich, aus ökonomischer und ethischer Sicht erweist sich jedoch die Substitutionsbehandlung als sinnvoller Therapieansatz.

Sowohl in der Fachliteratur als auch in der Novelle zur Suchtgiftverordnung vom Bundesministerium für Gesundheit besteht der Konsens, dass sich durch die Opiatabhängigkeit psychosoziale und gesundheitliche Behandlungs- und Betreuungsnotwendigkeiten ergeben können. Dieser Umstand wird nicht nur durch den Konsum des Suchtmittels, sondern auch in Folge durch die Substanzenillegalität und den damit verbundenen juristischen Folgewirkungen bedingt.

Die positiven Auswirkungen der psychosozialen Betreuung werden von Verster/Buning (2000:41) angeführt, die auf Forschungsarbeiten in den USA verweisen, die belegen,

„dass einige Programmcharakteristiken unmittelbar mit dem Erfolg der Behandlung verbunden sind, wie z.B. ein umfassendes Dienstangebot und die interdisziplinäre Arbeit mit medizinischen, psychosozialen, beratenden und administrativen Diensten (Ball and Ross, 1991). McLellan et al., (1993) beschrieben Patienten, denen zusätzlich zur Methadonabgabe eine Gesprächstherapie und andere psychosoziale Dienste angeboten wurden und die bessere Ergebnisse erzielten als Patient[Innen], die nur Methadon erhielten“ (Verster/Buning 2000:43).

Ein weiterer Vorteil, der nicht nur auf das Medikament selbst zurückzuführen ist, kann die Vermittlung zu anderen Diensten der Sozial- und Gesundheitsberufe sein. Der Umstand, dass die psychosoziale Betreuung zum Behandlungskonzept der Substitution gehört und auch ihre Effektivität durch Forschungsarbeiten bestätigt wird, unterstreicht die Notwendigkeit dieser Betreuung.

Im Glossar „Substitutionstherapie bei Drogenabhängigkeit“ wird die psychosoziale Betreuung folgendermaßen beschrieben:

„Unter dem Begriff ‚psychosoziale Betreuung‘ werden die sozialen, soziotherapeutischen und psychotherapeutischen Angebote und Maßnahmen zusammengefasst, die als Elemente eines integrierten suchttherapeutischen Behandlungsplanes zur Entwicklung und Stabilisierung der materiellen, sozialen und psychische Rehabilitationsprozesse initiieren und fördern sollen“ (Gastpar et al. 2003:106).

In der Drogenberatung des Landes Steiermark ist die Organisation der medikamentösen Behandlung von der psychosozialen Betreuung/Begleitung bzw. der psychotherapeutischen Behandlung getrennt, umso mehr wird auf eine enge Zusammenarbeit der beteiligten Berufsgruppen und Einrichtungen acht genommen.

Der generalisierte Begriff der „Psychosozialen Betreuung“ kann unterschiedliche Angebote und Leistungen beinhalten. Die Betreuungsintensität kann in kurz-, mittel- oder längerfristigen Betreuungen variieren und wird – abhängig von der Art der Substitutionsbehandlung (Überbrückungs-, Reduktions- oder Erhaltungstherapie) – unter verbindliche Rahmenbedingungen gestellt.

Die psychosoziale Betreuung und Begleitung von SubstitutionsklientInnen sind in das bestehende Angebot der Drogenberatungsstelle integriert.

Ziele in der psychosozialen Betreuung

Die Ziele in der psychosozialen Betreuung sind stark beeinflusst von den Sichtweisen über die Drogenabhängigkeit. Vereinfacht polarisierend dargestellt pendeln diese zwischen der Position vom Krankheitsmodell bis hin zum Modell SubstitutionsklientInnen nicht per se als behandlungsbedürftig einzustufen.

Der Vorteil des Krankheitsmodells zur Erklärung für die Suchtentstehung anhand des ICD 10 oder des ICF wirkt sich auf die Erstellung von Leistungen einerseits und den Umgang mit KlientInnen andererseits aus. Steht das psychiatrische Krankheitsbild stark im Vordergrund, werden Leistungen wie eine psychiatrische Diagnostik bzw. Begleitmedikation und eine

extramurale Betreuung als notwendig gesehen. Das Krankheitsmodell betont den gesamtrehabilitativen Ansatz stärker. Dem „Kranken“ kann einerseits „fürsorglich“ begegnet werden, ihm kann aber auch – trotz Krankheit – eine (Be-)Achtung der Selbstkontrolle und die Fähigkeit zur Selbstverantwortung zugesprochen werden.

Die „Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen“ (2006:7) betont das Konstrukt Sucht als Krankheit und führt als Ziel an, dass Suchtkranke ausgehend von ihrer individuellen Situation eine passende optimale Rehabilitation erhalten sollen. Das Leistungsspektrum soll konsequent an die Rehabilitationsbedürftigkeit, die Rehabilitationsfähigkeit und die positive Rehabilitationsprognose ausgerichtet werden (ebd:11f). Ziele sind, neben der medizinischen Rehabilitation, die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen (vgl. ICF 2006: 155-213). Die differenzierte Indikationsstellung erfordert eine umfassende Diagnostik und wird um eine prozessorientierte, adaptive Indikationsstellung während der Rehabilitationsmaßnahmen ergänzt. Die individuelle Behandlung orientiert sich an gemeinsam mit den Rehabilitanden abgestimmten Therapiezielen (ebd:11).

Die konsequente Ausrichtung an den Bedürfnissen der KlientInnen ist v.a. dann problematisch, wenn es zu Diskrepanzen zwischen der subjektiven Einschätzung der KlientInnen und der Einschätzung von BetreuerInnen kommt. Ziel nach Olgiati (2000:345), mit seinem Verständnis eines problemorientierten Vorgehens, sollte sein, „Handlungsvarianten und Wahlmöglichkeiten für das eigene Verhalten zu offerieren“. Gleichzeitig spricht sich Olgiati gegen

einen zu langen Verbleib der Drogenabhängigen in niederschweligen Betreuungsangeboten aus. Für die Zielerreichung in der psychosozialen Betreuung sind – seiner Ansicht nach – regelmäßige Kontakte und ein aktives, transparentes Vorgehen notwendig.

Einigkeit in der Fachliteratur besteht darüber, dass das Ziel der Abstinenz nicht zu schnell erreicht werden sollte. Damit erhöht sich die Wahrscheinlichkeit für Rückfälle und das Ziel der Haltequote (Verbleib in der Substitution) und jenes, den Klienten in psychischer, somatischer und sozialer Hinsicht zu stabilisieren, ist gefährdet. Dieser Aspekt kann allerdings auf Grund der Individualität des Geschehens stark variieren. Um eine Stabilisierung zu erreichen, ist die Reduktion des Beikonsums ein weiteres Ziel. Je nach unterschiedlichen Zielvorstellungen, der individuellen Situation der KlientInnen sind die daraus abzuleitenden Maßnahmen oder Angebotsformen anzuberaumen, wie: Motivation zur Abstinenz; das Erreichen einer psychosozialen Stabilisierung mit und ohne Drogengebrauch; risikobewusster Gebrauch; Einhaltung von Safer-Use-Regeln; kontrollierter Gebrauch; Überlebenshilfe bis zur Entkriminalisierung.

Hinsichtlich der psychischen Begleiterkrankungen wäre das Ziel neben einer exakten Diagnose und bedarfsweisen Einstellung auf Psychopharmaka die Vermittlung in die Psychotherapie und/oder eine sozialpsychiatrische Betreuung. „Die Inanspruchnahme von Psychotherapie benötigt jedoch eine gute Stabilisierung der psychosozialen Situation“ (Olgiati 2000:347). Unter der Berücksichtigung der Komorbidität wäre das Ziel der psychosozialen Betreuung, eine (auf)klärende und stützende Aufgabe zu erfüllen.

Das generelle Ziel der Stabilisierung und die Auseinandersetzung mit der eigenen Lebenssituation sind erst dann möglich, wenn diese Ziele für die KlientInnen als erstrebenswert und erreichbar angesehen werden. Olgiati (2000:112) beschreibt dies so: „Die ausschlaggebende Komponente bei der Entscheidung zu Veränderungen ist die Bereitschaft (d.h. Motivation) zu dieser Veränderung.“ In diesem Zusammenhang wird auf die Methode der „motivierenden Gesprächsführung“ (Miller/Rollnick 1999) hingewiesen. Während des Betreuungsverlaufes ist die Aufrechterhaltung der Motivation bei den KlientInnen – wie zum Beispiel die Substitutionsbehandlung nicht abzubrechen – relevant.

Zusammenfassend ist das Hauptziel das Erreichen einer sozialen Stabilisierung und Integration, da meist eine Beeinträchtigung in den existentiellen Lebensbereichen wie Arbeit, Wohnen, Einkommenssituation und den sozialen Kontakten außerhalb der Drogenszene besteht. Diese sollen Hauptbestandteil der Anamnese sein und durch Angebote in der psychosozialen Betreuung abgedeckt werden. Zu diesen Ergebnissen kommt auch die deutsche Heroinstudie: „Der bestimmende Einflussfaktor auf eine gelungene soziale Integration nach vier Jahren Diamorphinbehandlung ist die Arbeitsfähigkeit“ (Vertheim/Kuhn/Haasen 2008:135).

Herausforderungen – Ausblicke

Eine Herausforderung ist es den teilweise bestehenden Wahrnehmungs- oder Akzeptanzproblemen der psychosozialen Betreuung und Begleitung entgegen zu wirken. Eine Möglichkeit besteht in der Auseinandersetzung mit Standards/Leitlinien in der psychosozialen Betreuung, d.h. die Involvierung von ExpertInnen und PraktikerInnen aus der Suchthilfe. Die

bedürfnisorientierte Ausrichtung der Angebote benötigt ebenfalls die Erhebung der KlientInnenmeinungen in Bezug auf die psychosoziale Betreuung. Die Einbindung der Betroffenen in die Erstellung von Leitlinien und Standards (wie von Euro-Methwork gefordert) und das Erfahrungswissen der NutzerInnen der psychosozialen Betreuung muss integraler Bestandteil von Leitlinien und Standards sein.

Ein weiterer notwendiger Standard besteht darin, an der Kontinuität des Bestehens der AnbieterInnen festzuhalten. Eine ausreichende finanzielle und personelle Ausstattung muss das Angebot der psychosozialen Betreuung längerfristig absichern.

Abschließend wäre der Wunsch nach „Interventionsbezogenen Studien“ in der Substitutionsbehandlung, die derzeit vorrangig auf psychotherapeutische Interventionen (vgl. Grawe et. al. 2001) angewandt werden, um weitere Zusammenhänge zwischen der Individualität des Einzelfalles in den wissenschaftlichen/ theoretischen Bezügen zu zeigen.

Die Fragestellung – welche Interventionen bei welchen KlientInnen am erfolgversprechendsten sind – würde Forschungsressourcen benötigen, um die Fragestellung von Akzept (1995:4), welche Angebote in welcher Ausgestaltung für welche SubstitutionsklientInnen zielführend sind, aufgreifen zu können. Wünschenswert wären Initiierungen von Pilotversuchen bei der psychosozialen Betreuung wie es in der deutschen Heroinstudie begründet wurde, wo zwei Durchführungen zum Einsatz kamen („Case Management mit integrierter Motivierender Gesprächsführung“ (vgl. Miller & Rollnick 1999). bzw. „Drogenberatung mit Psychoedukation“, (vgl. Farnbacher et al. 2002)).

Literaturverzeichnis:

Akzept e.V. (1995): *Materialien Nr. 1, Leitlinien für die psycho-soziale Begleitung im Rahmen einer Substitutionsbehandlung*. Berlin.

Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen. Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation Heft 12 (2006). Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.). Frankfurt am Main

Busch, Martin / Haas, Sabine / Weigl, Marion / Wirl, Charlotte / Horvath, Ilonka / Stürzlinger, Heidi (2007): *Langzeitsubstitutionsbehandlung Opioidabhängiger. HTA-Bericht 53. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.), Köln.*

Deutsche Hauptstelle für Sucht (2010): *Positionspapier „Psychosoziale Betreuung Substituierter*. www.dhs.de/dhs-stellunganahmen.html

EuroMethwork: www.q4q.nl/euromethwork

Farnbacher, Georg / Basdekis-Josza, Raphaela / Krausz, Michael (2002): *Psychoedukation als Methode in der Drogenhilfe*. In: Böllinger/ Stöver (Hg.): *Drogenpraxis, Drogenrecht, Drogenpolitik*. Fachhochschulverlag Frankfurt/M.

Gastpar, Markus / Heinz, Werner / Poehlke, Thomas / Raschke, Peter (2003): *Glossar: Substitutionstherapie bei Drogenabhängigkeit*. 2. Auflage. Berlin Heidelberg.

Grawe, Klaus / Donati, Ruth / Bernauer, Friederike

(2001): *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. 5. unv. Auflage. Göttingen.

Miller, William R. / Rollnick, Stephen (1999): *Motivierende Gesprächsführung: Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen*. Freiburg im Breisgau.

Olgiati, Marco (2000): *Ambulante Langzeitbetreuung Drogenabhängiger*. In: Uchtenhagen, Ambros von / Zieglgänsberger, Walter (Hrsg.): *Suchtmedizin. Konzepte, Strategien und therapeutisches Management*. München. 343 – 349

Verster, Annette / Buning, Ernst (2000): *Richtlinien zur Methadonsubstitution*. <http://www.q4q.nl/methwork/guidelines/guidelinesde/methadone%20guidelines%20deutsch.pdf>. 64 Seiten

Vertheim, Uwe / Kuhn, Silke / Haasen, Christian (2008): *Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger – eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Therapiestudie*. Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS). Hamburg

Weltgesundheitsorganisation (2000): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 4. Durchgesehene und ergänzte Auflage*

Weltgesundheitsorganisation (2006): *International Classification of Functioning, Disability and Health. Deutschsprachige Fassung: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Neu-Isenburg

**„DURCH STARKEN WILLEN UND VIEL
UNTERSTUETZUNG SCHAFFT JEDER DEN SPRUNG
VOM WARMEN MEER DER DROGEN INS KALTE,
ERFRISCHENDE WASSER DES LEBENS.**

**DIE BERATUNG IST WICHTIG UND TUT GUT. DIE
THERAPIE FUEER DEN EINSTIEG IN DIE ABSTINENZ
MACHTE ICH IN VORARLBERG STIFTUNG
MARIA EBENE.“**

Wir trauen süchtigen Menschen auch ein abstinentes Leben zu.
Wir verlangen dieses aber nicht von ihnen.

DSAⁱⁿ Ilse Schrammel
Sozialarbeiterin



§ 13 SMG - INDIVIDUELLE UNTERSTÜTZUNGSMODELLE FÜR SUCHTGEFÄHRDETE JUGENDLICHE UND IHR SOZIALES NETZWERK PRAXISNAHE UMSETZUNG IN DER DROGENBERATUNG DES LANDES STEIERMARK

Die Drogenberatung der Landes Steiermark kann auf ein 40 jähriges Bestehen zurückblicken und hat schwerpunktmäßig eine 14 jährige Tradition in der sekundärpräventiven Tätigkeit, in der Beratung und Begleitung von suchtfährdeten und konsumierenden Jugendlichen und jungen Erwachsenen und deren sozialen Netzwerken.

Der Grundgedanke für unser Konzept ist ein systemischer Ansatz. Da Suchtentwicklung im Kontext des sozialen Netzwerkes der Betroffenen gesehen werden muss, erachten wir es als wesentlich, die bedeutsamsten Sozialisationsinstanzen von Jugendlichen in unsere Arbeit einzubinden, nämlich Familie und Freundeskreis einerseits und die Schule und den Arbeitsplatz andererseits. Soziales Verhalten wird im Austausch mit diesen Instanzen gelernt und erweitert.

Schule und Suchtgefährdung Sozialisationsfeld Schule

In den Sozialisationsfeldern Schule/Beruf, Familie, Peers und Freizeit finden sich unterschiedliche Belastungspotentiale.

Nach der Familie als erste Sozialisationsinstanz ist die Schulzeit in der Lebensphase der Adoleszenz (etwa

von 10 bis 17 Jahren) der prägende Lebensabschnitt. So gesehen ist die Schule in dieser Zeit die zentrale „Sozialisierungsagentur“ und beeinflusst die gesamte biografische Entwicklung der Heranwachsenden in erheblichem Maße.

Jugendzeit bedeutet heute weitgehend Schul- und Ausbildungszeit in einem Wettbewerbssystem. Der Besuch weiterführender Ausbildungslehrgänge gilt in unserem Kulturkreis inzwischen vielfach als soziokultureller Standard und ist für die zukünftige Platzierung in der gesellschaftlichen Sozialisationsstruktur entscheidend (vgl. RAITHEL 2004, S. 90).

Nach Hurrelmann sind die meist genannten jugendtypischen Probleme Schulschwierigkeiten. Einen Hauptgrund stellen dabei die hohen Leistungsanforderungen durch die selektive Funktion der Bildungsinstitutionen dar. Um den sozialen Status der Herkunftsfamilie zu erhalten, sind die Jugendlichen meist darauf angewiesen einen Bildungsabschluss zu erwerben, der über dem Niveau der Eltern liegt. Sie sind sich aber der Tatsache bewusst, dass ein hohes schulisches Aspirationsniveau keine Sicherheit mehr für einen Arbeitsplatz mit günstigen Zukunftsperspektiven ist. (vgl. HURRELMANN 1990, zit. nach RAITHEL 2004, S.91).

Als leistungsbezogene Massenorganisation kann die Schule eine wachsende soziale Isolation fördern und wirkt somit verstärkend bei schulischen und damit verbunden Problemen. So werden durch schlechte schulische Leistungen beispielsweise die sozialen Beziehungen zwischen Jugendlichen und Eltern beeinträchtigt und in weiterer Folge nehmen die schulischen Leistungen weiterhin durch die ausbleibende soziale Unterstützung ab.

Die wichtige Rolle der Lehrenden

LehrerInnen bilden einen wesentlichen Teil des Unterstützungssystems für SchülerInnen. Sie sind wichtige Identifikationsmodelle und können beim Entwickeln von positiven Lebenskonzepten als Rollenvorbilder hilfreich sein. Da LehrerInnen ihre SchülerInnen heranwachsen sehen und begleiten, und auch über Freundeskreise und Interessen Bescheid wissen, erkennen sie oft als erste Leistungsabfall und Wesensveränderungen. LehrerInnen fordern nicht nur Leistungen, sondern prägen auch wesentlich das Schulklima. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Lehrpersonen im Spannungsfeld einer Vielfalt von Ansprüchen agieren müssen. Sie haben Wissen zu transportieren, individuelle Lebenskompetenzen zu fördern und zu trainieren, Werte zu vermitteln, Verhaltensautonomie zu lehren und Defizite zu kompensieren.

LehrerInnen müssen den unterschiedlichen Ansprüchen der verschiedenen beteiligten Gruppen, wie Elternarbeit, Behörden und Wirtschaft gerecht werden – eine komplexe Herausforderung.

Daher sind LehrerInnen, SchulpsychologInnen, SchulärztInnen und PädagogInnen in Horten und

Internaten wichtige Kooperationspartner für Beratungsstellen. Sie sind es, die durch gezielte Interventionen rechtzeitige Hilfe und Unterstützung in die Wege leiten können und gehören unbedingt in die Präventionsarbeit mit einbezogen.

§ 13 SMG – Der „Schulparagraph“ mit einer besonderen Rolle im Suchtmittelgesetz

Die Vorgehensweise bei Suchtmittelmissbrauch in Schulen ist im § 13 SMG verankert, dessen oberste Prämisse „Helfen statt Strafen“ ist.

Der/die Jugendliche erhält keine Anzeige und damit keine entsprechenden Konsequenzen, die später, vor allem im Zusammenhang mit dem Führerschein Probleme bereiten könnten. Somit würde sich ein Neuanfang für den Jugendlichen schwieriger gestalten.

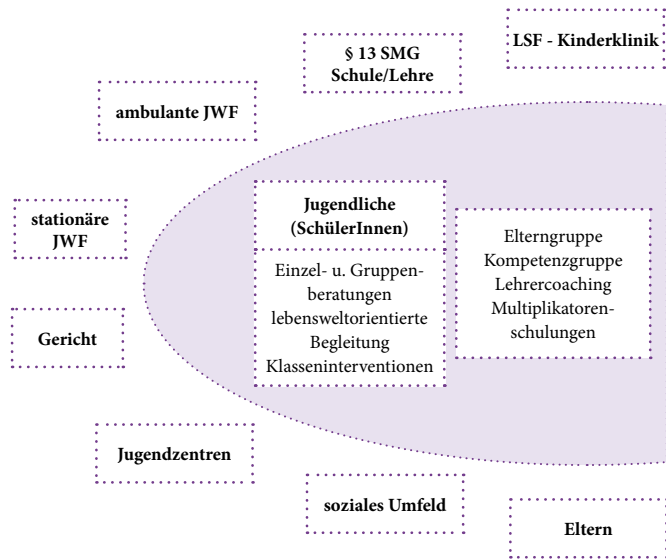
Vielmehr soll ihm/ihr durch eine schulische Weisung zu einer gesundheitsbezogenen Maßnahme (bei Jugendlichen zumeist psychosoziale Beratung und Betreuung) ein früher Ausstieg aus der Sucht und Missbrauch ermöglicht werden. Der/die DirektorIn ist die ManagerIn des § 13 SMG und so auch für den Gesamttablauf hauptverantwortlich. Die Schulleitung ist zuständig für die Einbeziehung der Eltern, für die Einleitung der gesundheitsbezogenen Maßnahme und für deren Kontrolle bis zur Beendigung.

Das Suchtmittelgesetz verpflichtet die Schule, jungen Menschen, die Drogen missbrauchen, gezielte Hilfe anzubieten. Dieses Gesetz ermöglicht es, Jugendlichen zu helfen ohne sie zu strafen, sie anzuzeigen und ohne sie zu stigmatisieren. Eine Stigmatisierung würde kontraproduktiv einen weiteren Risikofaktor darstellen.

Uns als SuchtberaterInnen ist es ein wesentliches Anliegen, die LehrerInnen einzuladen, den Mut und die Energie aufzubringen, bei ihren SchülerInnen genau hinzuschauen und im Anlassfall adäquat zu reagieren. Dazu stehen wir ihnen bei allen Schritten und Entscheidungen gerne zur Verfügung.

Angebote der Drogenberatung für suchtgefährdete Jugendliche und deren soziales Netzwerk

Die folgende Abbildung soll den systemischen Zugang der Drogenberatung im professionellen Umgang mit Jugendlichen verdeutlichen. Es zeigt die grundsätzlichen Angebote für Jugendliche und ihre Systempartner (Eltern, LehrerInnen, HelferInnen), sowie die Kooperationspartner aus diesem Arbeitsfeld. Je mehr das gesamte System miteinbezogen werden kann, umso erfolgreicher verlaufen die Interventionen.



Das übergeordnete Ziel in der Arbeit mit konsumierenden Jugendlichen ist die Verhinderung einer Suchtentwicklung. Ob sich jugendliche Konsumgewohnheiten von experimentellen zu missbräuchlichen oder zu abhängigen Mustern wandeln, hängt von vielen Begleitfaktoren ab, wie z.B. der allgemeinen Lebenszufriedenheit, dem Kontakt zu suchtmittelkonsumierenden FreundInnen und dem Schulklima, ebenso wie von den individuellen und familiären Bedingungen und dem Verhältnis zu den Eltern oder einer Subkulturzugehörigkeit.

Für uns als BeraterInnen ist es wesentlich herauszufiltern, welche positiven und lustvollen Aspekte der Konsum für den/die Betroffenen hat. Dient er der Entspannung, dem Vertreiben von Langeweile, sich einer Gruppe zugehörig zu fühlen oder auch dem Wunsch, problematische Situationen kurzfristig zu „lösen“?

Der Kernpunkt unserer therapeutischen Begleitung ist es, die betroffenen Jugendlichen dahingehend zu stärken, wieder positive Lebensperspektiven und Ressourcen zu entwickeln und auch belastete soziale Beziehungen zu verbessern. Psychischen, physischen und sozialen Schäden soll vorgebeugt werden.

Beratung und Begleitung für Jugendliche

Jugendliche erhalten von uns *Informationen* über gesetzliche Bestimmungen und *Aufklärung* über Wirkungen und Nebenwirkungen von Substanzen: Um den jugendlichen KonsumentInnen gesundheitliche Risiken bewusst zu machen, benötigen sie ausreichende Informationen über Wirkung bzw. Nebenwirkung der konsumierten Substanzen. Die Auseinandersetzung und Reflexion dieser Informationen können für viele sehr wohl den Anstoß geben,

sich von gewissen Suchtmitteln zu verabschieden oder möglichst risikoarm diejenigen Drogen zu konsumieren, die sie ohnehin gebrauchen.

Wir betrachten es als unsere Aufgabe Jugendliche dahingehend zu sensibilisieren, ihre Suchtanteile selbst zu erkennen und zu bearbeiten.

Kennenlernen und Erproben verschiedener Konfliktlösungsmodelle: „Empowerment“ heißt das Schlagwort in der Jugendarbeit d.h. die Betroffenen werden befähigt, mit Krisen und konfliktbeladenen Situationen besser umzugehen. Inhaltlich steht hier die Erarbeitung von Möglichkeiten und Strategien zur alltäglichen Spannungsbewältigung im Mittelpunkt, wobei diese auch im Aushalten derselben liegen kann. Im Konkreten beschäftigen sich die Jugendlichen mit Fragen: „Wie gehe ich mit Schulstress, Frustration, Gruppendruck, Überforderung, Langeweile, familiären Problemen, Trauer, Liebeskummer usw. um? Welche Strategien kann ich für mich entwickeln und nützen, um diese Spannungen in den Griff zu bekommen? Die konkreten Probleme sollen nicht weiterhin mit Drogen – scheinbar – gelöst sondern tatsächlich verarbeitet, ausgestanden und positiv bewältigt werden. Es ist wichtig, Jugendlichen zu vermitteln, dass Rauscherlebnisse nicht nur über den Konsum von psychoaktiven Substanzen erlebt werden können, sondern auch durch andere „Abenteuer“, wie Sport, Verliebt sein, Unternehmungen mit Freunden, Natur, Musik, u.v.a.m. Wir laden die jungen Menschen zu einer Reise ein, an deren Ende eine Blickerweiterung, ein Perspektivenwechsel stehen soll.

Die Betroffenen brauchen ebenfalls *Unterstützung für die Auseinandersetzung mit ihrer Gleichaltrigengruppe,*

wenn sie z .B. nicht mehr mit konsumieren wollen oder dürfen.

Krisenintervention für Schulklassen

Häufig wird bei Anlassfällen, bei denen es um den Gebrauch von illegalen Substanzen geht, in der Schule überreagiert. Der/die SchülerIn hat gesetzlichen Anspruch auf Vertraulichkeit. Trotz korrekter und sensibler Vorgangsweise von Schulleitern und LehrerInnen bei der Durchführung des § 13 SMG werden in vielen Schulklassen mit konsumierenden SchülerInnen eigene gruppenspezifische Prozesse ausgelöst, die von Sorge, Bestürzung und auch Misstrauen genährt werden. Folgen davon sind oft „Lagerbildungen“, auf der einen Seite die betroffenen SchülerInnen und ihre sympathisierenden FreundInnen, die unter diversen Verdächtigungen und Vorurteilen leiden und auf der anderen Seite die KlassenkollegInnen mit vielen unbeantworteten Fragen rund um diese Thematik.

Lösungsversuch für diese Klassen ist es, den betroffenen SchülerInnen und den KlassenkollegInnen in der Drogenberatung eine geeignete Bühne zu bieten, um Konflikte, Wünsche und vor allem Ängste anzusprechen.

Wir sehen es als unsere Aufgabe als MediatorInnen „Grenzen und Möglichkeiten“ aufzuzeigen und als ÜbersetzerInnen und Katalysatoren zwischen den „Parteien“ zu vermitteln und mit den SchülerInnen Strategien zu erarbeiten, um die weitere Kommunikation und Kooperation zu verbessern und gegebenenfalls bestehende Vorurteile abzubauen. Die Ergebnisse der gemeinsamen Arbeit sollen von allen Beteiligten als Kooperation und Neubeginn einer Klassengemeinschaft gesehen werden.

Angebote für MultiplikatorInnen

Für die verschiedenen professionellen HelferInnen-systeme bieten wir MultiplikatorInnenschulungen, Coaching und Informationsgespräche an. Ziel dieser Schulungen ist es, für professionelle HelferInnen, LehrerInnen und JugendarbeiterInnen problematische Entwicklungen von Jugendlichen im Vorfeld zu erkennen und adäquat zu reagieren.

Kompetenzgruppe

Seit 2002 bietet die Drogenberatung die Kompetenzgruppe einmal im Monat für KollegInnen und MultiplikatorInnen der Suchthilfe- und der Jugendwohlfahrtseinrichtungen als Forum zum fachlichen Austausch an. Dieses dient dem fallbezogenen und suchtspezifischen Wissenstransfer und ist ein ressourcen- und lösungsorientiertes Miteinander für schwierige Problemsituationen im beruflichen Alltag der TeilnehmerInnen.

Lebensweltorientierte Begleitung

Zielgruppe dieses spezifischen Angebotes sind Jugendliche und junge Erwachsene in der Drogenberatung im Alter von 14 bis 25 Jahren, die aus diversen Betreuungsmaßnahmen „herausgefallen“ und ohne Betreuung sind. Laut Hans Thiersch, zielt das Konzept der Lebensbewältigung darauf ab, Menschen in ihren Verhältnissen, in ihren Ressourcen und ihren vorenthaltenen Partizipationschancen und ihren Schwierigkeiten des Alltags zu sehen (vgl. Grunwald/Thiersch 2004)

Angebote für Eltern

Die Drogenberatung bietet für Eltern von HochrisikoklientInnen eine fortlaufende Gruppe an. Die Gruppe wird von 4 KollegInnen geleitet. Dieses Angebot ist langfristig konzipiert, das heißt, dass die professionelle

Begleitung oft über Jahre andauert, da die einzelnen Schritte aus der Suchtdynamik viel Mut und Kraft von den betreffenden Eltern verlangt. Die Eltern versuchen mit Hilfe der BeraterInnen und gegenseitiger Unterstützung neue Möglichkeiten und Strategien im Umgang mit ihren permanenten Ängsten und Sorgen um das Leben ihrer Kinder zu entwickeln.

Diese Angebote der Beratungsstelle sind rund um das soziale Netzwerk der Betroffenen in den letzten Jahren aus einem Bedarf heraus entstanden und werden von uns kontinuierlich weiterentwickelt. Es braucht nicht nur die Unterstützung jener ProfessionistInnen, die nah am Jugendlichen sind, sondern aller Systeme in denen sich Jugendliche bewegen, wie Familie/Freunde, Schule/Arbeit und dem HelferInnensystem. Je besser es gelingt diese Systeme zu erschließen, umso größer werden die Chancen für eine positive Veränderung.

Meine bisherigen persönlichen Erfahrungen mit konsumierenden Heranwachsenden haben immer wieder gezeigt, dass es enorm wichtig ist, den Betroffenen schon in den ersten Phasen des Missbrauchs qualifizierte Unterstützung anzubieten. Denn Jugendliche haben im Gegensatz zu Erwachsenen noch keine stabilen Konsumformen entwickelt, daher ist die Chance auf eine Verhaltensveränderung noch in hohem Maße gegeben.

Alle jungen Menschen haben enormes Veränderungspotential. Es ist in jedem Fall der Mühe wert, wenn gleich der Erfolg auch nicht immer unmittelbar sichtbar ist, dass Beratungsstellen, Schulen, Jugendwohlfahrt und ebenso Jugendpsychiatrien in Kooperation individuelle Hilfsangebote setzen.

Literaturverzeichnis:

Grunwald, Klaus; Thiersch, Hans (Hg.) (2004): Praxis Lebensweltorientierter Sozialer Arbeit. Handlungszugänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern. Juventa: Weinheim, München.

Hurrelmann, K & Unverzagt, G. (2000): Wenn es um Drogen geht. So helfen Sie Ihrem Kind und verlieren ihre Panik. Freiburg: Herder Spektrum.

Raithel, J. (2004): Jugendliches Risikoverhalten. Eine Einführung. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

**GRATIS
DROGEN
BERA
TUNG**



0316/326044

**„ICH HABE DEN SPRUNG IN EINE GESUNDE
LEBENSWEISE GEFUNDEN UND BIN DER
DROGENBERATUNG SEHR, SEHR DANKBAR,
DASS SIE MICH IN DER SCHWIERIGSTEN ZEIT
MEINES LEBENS SO TREU BEGLEITET UND
GESTUETZT HAT!“**

Die Basis für sämtliche Planungs- und Betreuungstätigkeiten stellt unser multiprofessionelles Team und das daraus resultierende Fachwissen dar, welches durch ständige Fort- und Weiterbildung sowie im interdisziplinären Austausch weiterentwickelt wird.

Die Drogenberatung des Landes Steiermark nimmt die an sie gestellten Aufgaben innovativ und entwicklungsorientiert, kooperativ und vielfältig wahr. Unser besonderes Augenmerk gilt der kritischen Reflexion von gesellschaftlichen Suchtentwicklungsprozessen in der Steiermark, den möglichen Antworten darauf und der Bewusstmachung daraus resultierender Auswirkungen.

Dipl. Psych.ⁱⁿ Stefanie Gruber
Klinische Psychologin und Gesundheitspsychologin



KINDER SUCHTKRANKER ELTERN - THEORIE UND PRAXIS

Derzeit geht man davon aus, dass ungefähr 10% aller österreichischen Kinder bevor sie 18 Jahre alt werden, durch einen oder beide ihrer biologischen Elternteile mit manifestem Alkoholismus konfrontiert werden. Darüber hinaus sind ca. 50% aller Kinder von Alkoholmissbrauch durch einen ihrer biologischen Elternteile, durch Stiefeltern, Großeltern, ältere Geschwister und/oder andere engere Verwandte betroffen (Puhm, 2008). Kinder aus suchtbelasteten Familien erleben das eigene soziale Umfeld häufig als unzuverlässig und unberechenbar. Sie wachsen unter permanentem Stress auf. Gefühle wie Scham, Schuld, Wut, Trauer und Hilflosigkeit sind ständige Wegbegleiter. Typisch für Suchtfamilien ist das massive Verleugnen und Verharmlosen der Probleme, die Schuld für die Schwierigkeiten wird bei Anderen gesucht.

Mehr als 30% der Kinder aus suchtbelasteten Familien werden selbst suchtkrank, im Vergleich heißt dies, dass sie ein 6-fach höheres Risiko aufweisen als nicht betroffene Kinder, Alkohol zu missbrauchen oder abhängig zu werden (Klein, 2001). Außerdem entwickelt etwa 1/3 der Kinder (zum Teil überlappend mit oben erwähntem Drittel) andere psychische Erkrankungen, vor allem Depres-

sionen, Essstörungen, Angststörungen, Hyperaktivität und andere Aufmerksamkeitsstörungen, sowie somatische und psychosomatische Probleme (ebenda). Hinzu kommen nach Zobel (2006) vor allem Auffälligkeiten im schulischen Kontext (mangelnde Leistung, unangemessenes Verhalten, geringeres sprachliches Ausdrucksvermögen) und Störungen des Sozialverhaltens.

Kinder aus suchtbelasteten Familien gelten daher in der suchtpräventiven Arbeit als eine der größten und wichtigsten Zielgruppen.

Nach Klein (2004) sind in der präventiven Arbeit mit Kindern suchtkranker Eltern personensorientierte (z. B. Gruppenarbeit mit Kindern und Jugendlichen, familienorientierte Arbeit, Einzelfallhilfe) und strukturorientierte Maßnahmen (z. B. selektive Schwerpunktprävention, Vernetzung der Hilfsdienste, Qualifikation der Fachkräfte) notwendig, um die gesunde Entwicklung zu fördern. Neben der Entlastung der Kinder, Zugang zu Information und Hilfsangeboten liegt in der Stärkung der Resilienz das wichtigste Ziel in der präventiven Arbeit (vgl. Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen, Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland Pfalz e.V. 2008).

Wustmann (2004) beschreibt als Möglichkeiten der Resilienzförderung sowohl die Resilienzförderung auf individueller Ebene direkt beim Kind durch Förderung von Basiskompetenzen z.B. Problemlösefertigkeiten, soziale Kompetenzen, persönliche Verantwortungsübernahme, als auch auf Beziehungsebene mittelbar über die Erziehungsperson durch Stärkung der Erziehungskompetenz von Eltern und anderen Erziehungspersonen.

Ich möchte im Folgenden eine Systematik von Homeier und Schrappe aufgreifen, die in ihrem Kinderfachbuch für Kinder suchtkranker Eltern „Flaschenpost nach irgendwo“ beschreiben, was Kinder brauchen (Homeier, Schrappe 2009):

- Eltern
- Aufklärung
- Gefühle
- Kindeswohl
- Bezugspersonen
- Fachkräfte
- Vorbeugung

Ich möchte die einzelnen Maßnahmen im Folgenden näher erläutern und darstellen, auf welche Art und Weise sich die Drogenberatung in den letzten Jahren mit diesen Punkten auseinandergesetzt hat. Als Maßnahmen werden dafür familienorientierte Betreuungen der betroffenen abhängigen Eltern, Familiengespräche, Einzel- und bei Bedarf auch Gruppenangebote für Kinder aller Altersgruppen, Coaching für MultiplikatorInnen und Fortbildungen angeboten.

Was Kinder brauchen: Eltern

Werden suchtkranke Eltern in der Drogenberatung betreut, steht der/die Betroffene mit seiner/ihrer

Erkrankung, seinen/ihren Problemen, Wünschen und Ressourcen im Mittelpunkt. Primäre Ziele sind dabei das Erkennen der Probleme, eine deutliche Reduzierung der Suchtsymptome und ein besserer Umgang mit der Suchterkrankung. Im Idealfall kann eine Abstinenz angestrebt und auch erreicht werden.

Darüber hinaus ist es uns aber ein wichtiges Anliegen, die süchtigen Eltern in ihrer Erziehungskompetenz zu stärken und ihnen bei den täglichen Tagesabläufen mit ihren Kindern behilflich zu sein.

Dabei sehen wir vor allem bei den Themen Grenzen setzen und Konsequenz erhebliche Defizite. Süchtige Eltern werden regelmäßig von Schuldgefühlen gegenüber den Kindern geplagt, die ihnen beim konsequenten Handeln oft hinderlich sind. Auch fehlende Kraftressourcen und depressive Symptome der Eltern ermöglichen es Kindern oft, ihre Interessen sehr einseitig durchzusetzen.

Sehr hilfreich erleben vor allem suchtkranke Mütter eine Unterstützung im Bereich Ernährung: ihnen fehlen häufig grundlegende Fertigkeiten wie gesundes Kochen, Vorratshaltung, was/ wie viel brauchen Kinder, Essen und Rituale. Dies ist vor allem auch deshalb von großer Bedeutung, da bei den Kindern ein erhöhtes Risiko für Essstörungen besteht.

Bei der Betreuung der PartnerInnen von Suchtkranken ist es uns ein großes Anliegen, sie in der Wahrnehmung und Durchsetzung ihrer Bedürfnisse zu stärken und sie für die Problemlage ihrer Kinder zu sensibilisieren, da sie im Familiensystem für die Kinder ein wichtiger Anker sein können.

Was Kinder brauchen: Aufklärung

Kinder haben ein Recht auf kindergerechte Informationen. Nur wenn sie Hintergrundwissen über die Suchtprobleme der Eltern haben, können sie belastende, meist schuldbesetzte Erklärungsmodelle, die sie selbst konstruiert haben, revidieren und sind so in der Lage, ihre Erfahrungen in der Familie einzuordnen und zu verstehen. Wichtig ist vor allem, dass die Bagatellisierung („ich trinke doch nicht mehr als Andere...“) und Verleugnung („meinen Kindern geht es gut, sie bekommen von meiner Erkrankung nichts mit“) innerhalb und außerhalb der Familie beendet wird. Nur so haben Kinder die Möglichkeit sich nach außen zu öffnen und über ihre Probleme zu reden.

Als MitarbeiterIn einer Suchtberatungsstelle befindet man sich häufig in einem Dilemma: Auf der einen Seite steht das Wissen um die Situation der Kinder und deren Recht auf Aufklärung. Auf der anderen Seite stehen die Eltern als unmittelbare KlientInnen der Suchtberatung, die überzeugt sind, alles für ihr Kind zu tun, die überzeugt sind, dass die Kinder keine Auswirkungen der Erkrankung spüren und die damit meinen, das Kind mit der Aufklärung nur unnötig zu belasten. Die Eltern mit dem Fachwissen zu konfrontieren, dass die Kinder sehr wohl beeinflusst werden, dass sie sehr oft einen Leidensdruck haben, heißt somit auch das Selbstbild „ich bin eine gute Mutter, ein guter Vater“ in Frage zu stellen und damit den/die KlientIn in ein emotionales Ungleichgewicht zu bringen, welches zu einer zumindest kurzfristigen Verschlechterung der Suchterkrankung führen kann. Es kann aus diesem Grund einige Vorarbeit notwendig sein, bis die Eltern bereit sind, mit den Kindern über ihre Probleme zu sprechen.

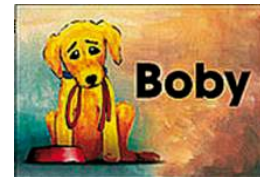
Beim Gespräch selbst ist es wichtig, sich am Entwicklungsstand des Kindes zu orientieren und darauf aufbauend, die Sprache aber auch die Länge des Gespräches anzupassen. Es erweist sich als günstig, an bereits vorhandenes Wissen des Kindes anzuknüpfen und sensibel zu sein, wie viel Wissen das Kind zum momentanen Zeitpunkt verarbeiten kann und möchte. Oft kann ein „nicht wissen wollen“ für das Kind ein momentan wichtiger Schutzmechanismus sein (Lenz, 2005). Das Kind sollte außerdem immer die Möglichkeit haben, Fragen zu stellen. Einige wichtige Botschaften haben sich für Gespräche mit Kindern suchtkranker Eltern als wichtig und hilfreich erwiesen (Lenz, 2005):

- Alkoholismus ist eine Erkrankung!
- Du bist nicht verantwortlich!
- Du bist nicht allein!
- Du bist nicht schuld!
- Du kannst deinen Vater/Mutter nicht heilen!
- Du kannst etwas tun, damit es dir besser geht!

Im Folgenden möchte ich einige Beispiele aufführen, wie es gelingen kann, Kinder altersgemäß an die Problematik heranzuführen:

Kinderbuch „Boby“ (Amacker, 2007)

Boby, der Hund wird in seinen positiven und negativen Emotionen so außergewöhnlich illustriert, dass sich weder Kinder noch Erwachsene ihm entziehen können. Von der ersten bis zu letzten Seite durchlebt man hautnah mit, was Boby mit seinem alkoholkranken Herrchen erlebt.



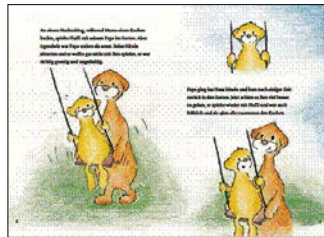
**Kinderfachbuch „Flaschenpost nach irgendwo“
(Homeier, Schrappe 2009)**

Das schon oben erwähnte Kinderfachbuch ergänzt die illustrierte Geschichte über ein Geschwisterpaar, deren Vater alkoholabhängig ist durch einen Ratgeber für Kinder, in dem kindergerechte Themen wie „Zu viel Alkohol-Was heißt denn das?“, „Vertraue deinen Gefühlen!“ oder „Suche dir jemanden zum reden!“. Ein dritter Teil – Ratgeber für Eltern und Bezugspersonen – rundet das Kinderfachbuch ab. Insgesamt ein sehr empfehlenswertes Buch: einfühlsam und informativ für betroffene Kinder, für ProfessionistInnen ein kurzer und doch vielschichtiger Überblick zum Thema und gutes Arbeitsmaterial für die Arbeit mit Kindern



**Kinderbilderbuch „Fluffi“
(Grubhofer, Weingartshofer, 2010)**

Fluffi hat einen alkoholkranken Vater, der sich immer sonderbarer und aggressiver verhält. Fluffi ist sehr verängstigt und vertraut sich einer Freundin an. Durch sie findet er wieder Spaß und Freude am Leben. Das Kinderbuch (empfohlen für Kinder von 5-8 Jahren) beschreibt altersgemäß und einfühlsam die negativen Auswirkungen einer Suchterkrankung eines Elternteils auf die Kinder und vermittelt entlastende Botschaften.



Was Kinder brauchen: Gefühle

Der Alltag von Kindern suchtkranker Eltern wird von vielen negativen Gefühlen geprägt. Wenn sie diese Gefühle verdrängen, fühlt es sich für die Kinder weniger schmerzvoll an. Diese Verdrängung kann aber dazu führen, dass sie im Laufe der Zeit auch positive Gefühle nicht mehr wahrnehmen und ausdrücken können. In Einzel- oder Gruppenkontakten mit Kindern muss es so ein wichtiges Ziel sein, Gefühle wieder wahrzunehmen und sie zuzulassen und auszudrücken. Als Grundlage ist es hierfür aber unbedingt notwendig, ein Vertrauensverhältnis zu den Kindern aufzubauen. Erleben die Kinder die Angebote als stabil und kontinuierlich, geht es oft sehr schnell, dass Kinder sich einlassen. Sie freuen sich wieder kommen zu dürfen und nutzen oft auch zwischen Terminen ihre freie Zeit um einfach mal vorbeizukommen und „Hallo“ zu sagen.

Wie ein roter Faden zieht sich der Leitsatz „Die Kinder sollen Kind sein dürfen“: durch unsere Arbeit mit den Kindern, unabhängig ob allein oder in der Gruppe: es soll immer wieder auch lustig, unbeschwert sein; sie sollen spielen und auch toben können.

Was Kinder brauchen: Kindeswohl

Einige wichtige Aspekte wurden bereits im Kapitel „Was Kinder brauchen: Eltern“ dargestellt. Nur ein familienorientierter Ansatz in einer Suchtberatungsstelle kann dazu beitragen, dass suchtkranken Eltern befähigt werden, auf das Kindeswohl ihrer Kinder zu achten und dieses zu gewährleisten. Beim Begriff Kindeswohl sind dabei nicht nur grundlegende Aspekte wie gesicherter Wohnraum, Lebensunterhalt und ärztliche Versorgung, sondern sind auch ein strukturierter Alltag, ein geregelter Tages- und

Nachtrhythmus, ausreichende pädagogische Förderung und emotionale Zuwendung zu berücksichtigen (Arenz-Greiving, Kober,2007).

Für HelferInnen heißt dies auch, sich mit der Tatsache auseinanderzusetzen, die süchtigen Eltern eben nicht nur als Hilfsbedürftige, sondern auch als auslösende Personen für die Schwierigkeiten ihrer Kinder zu sehen.

Der Hauptaspekt der Betreuung von suchtkranken Eltern liegt sicher in der Behandlung der Suchterkrankung bzw. sonstiger psychischer Symptome. Damit ist eine wichtige Basis auch in Richtung Kindeswohl geschaffen, denn je besser die Eltern mit ihrer Erkrankung umgehen können, desto besser sind sie in der Regel auch in der Lage, sich um ihre Kinder zu kümmern. Parallel dazu kann die gesamte Familie profitieren, wenn es ihnen gelingt, die Bedürfnisse der Kinder mit zu berücksichtigen. Da die Arbeit mit suchtkranken Familien meist über einen langen Zeitraum erfolgt, sind die Kriterien zum Kindeswohl mit den Eltern immer wieder neu zu besprechen und abhängig vom Alter neu zu gewichten und zu variieren. Dabei sind bevorstehende wichtige Entwicklungsschritte der Kinder mit einzubeziehen. Alle Eltern können von Sprüngen in der Entwicklung ihrer Kinder überrascht und überfordert sein. Meine Erfahrung hat gezeigt, dass suchtkranke Eltern sich besonders schwer auf diese Veränderungen einstellen können und oft lange Zeit für die Umstellung auf die neuen Bedürfnisse benötigen. Wenn es gelingt, sie frühzeitig auf bevorstehende Entwicklungsschritte vorzubereiten, haben sie bessere Chancen, sich darauf einzustellen. Als besonders wichtige und schwierige Sprünge möchte ich in diesem Zusammenhang die

motorischen Entwicklungen wie Krabbeln und Laufen lernen, die Trotzphase, der Eintritt in die Schule und die Pubertät erwähnen.

Unabdingbar ist natürlich die Zusammenarbeit mit anderen HelferInnensystemen, auf die ich im Kapitel „Was Kinder brauchen: Fachkräfte“ noch eingehen möchte.

In Bezug auf das Thema Kindeswohl ist eine gute Kooperation vor allem mit den SozialarbeiterInnen vom Jugendamt unabdingbar. Dazu gehört eine frühzeitige Abklärung, wer für was zuständig ist (und für was nicht), aber auch HelferInnenkonferenzen in regelmäßigen Abständen.

Was Kinder brauchen: Bezugspersonen

Da die suchtkranke Familie den Kindern häufig keine konstant und dauerhaft stabile Basis bieten kann, ist es für diese Kinder wichtig, auch außerhalb der Familie zumindest eine zuverlässige Bezugsperson zu haben. Diese soll Hilfe aber auch Schutz in schwierigen Zeiten anbieten können.

Für alle Erwachsenen gilt: möchte ich einem Kind helfen, sollte dies überlegt und in Absprache mit dem Kind erfolgen. Neben einer oder mehreren erwachsenen Bezugspersonen benötigen die Kinder Kontakte zu Gleichaltrigen (Homeier, Schrappe 2009).

Mit den suchtkranken Eltern besprechen wir die Notwendigkeit von stabilen Bezugspersonen für das Kind. Dies können nahe Familienangehörige, pädagogische Fachkräfte (KindergartenpädagogInnen, LehrerInnen), Bezugspersonen aus dem Freizeitumfeld der Kinder (TrainerInnen) oder auch BetreuerInnen aus

professionellen Einrichtungen sein. Wichtig ist, dass die Eltern dem Kind signalisieren, dass es in Ordnung ist, mit dieser Bezugsperson Kontakt zu haben und ihn/sie an ihrem Leben teilhaben zu lassen.

In den immer wieder stattfindenden Kindergruppenangeboten der Drogenberatung können die Kinder üben, Kontakt zu Gleichaltrigen aufzubauen. Dies ist für manche Kinder sehr schwierig, bei vielen Burschen passiert dies vorwiegend über Kräfteressen. Wir nehmen uns deshalb sehr viel Zeit für verschiedene Möglichkeiten des Kennenlernens z.B. über gemeinsames Essen, Gesellschaftsspiele, Bewegungsspiele, Besuch von Veranstaltungen.

Was Kinder brauchen: Fachkräfte

Ein wichtiger Schritt, dem Thema Kinder suchtkranker Eltern mehr Gewicht zu verleihen, war die Gründung des ENCARE- Netzwerkes (European Network for Children Affected by Risky Environments within the Family) auf europäischer, österreichischer und steirischer Ebene.

Seit 2004 wird in der Steiermark so ein Austausch von Erfahrungen und das Generieren von Fachwissen zwischen ExpertInnen, die in diesem Problemfeld arbeiten, ermöglicht. Darüber hinaus soll eine Bestandsaufnahme stattfinden, welche Maßnahmen es bereits gibt und welche noch geschaffen werden sollten.

Gute Erfolge im Initiieren von neuen Maßnahmen konnten vor allem im Bereich Fortbildung erzielt werden. Fachkräfte aus Jugendhilfe, Suchthilfe aber auch aus den Bereichen Bildung müssen für das Thema sensibilisiert und umfassend geschult

werden. Dabei geht es um Aufmerksamkeit gegenüber den Kindern, aber auch um Entstigmatisierung und Enttabuisierung. Da in den psychologischen, pädagogischen, psychosozialen und medizinischen Berufsausbildungen dieses Thema bisher wenig Beachtung fand, ist es unser Bestreben –gemeinsam mit anderen ExpertInnen z.B. von VIVID- dieses in den Grundausbildungen zu verankern und entsprechende Weiterbildungen anzubieten. Dies geschieht derzeit schon in den Bereichen Klinische Psychologie, Kindergarten, Schule, Jugendamt, Suchteinrichtungen, Frühförderung.

Mit den SozialarbeiterInnen und PsychologInnen vom Jugendamt sind wir um regelmäßigen Austausch und Kooperation bemüht. Nur so ist es möglich, auch Kinder durch entsprechende Zuweisung zu betreuen, deren Eltern bisher nicht von der Suchthilfe erreicht wurden.

Auf Initiative der Drogenberatung wurde 2005 das Frauennetzwerk Sucht gegründet, in dem sich Fachfrauen mit dem Thema Frauen und Sucht auseinandersetzen. Kinder suchtkranker Mütter/Eltern sind immer wieder zentraler Bereich dieses Netzwerkes.

Für alle MultiplikatorInnen stehen wir auch für Einzelberatung und Coaching zur Verfügung, was immer wieder intensiv genutzt wird.

Was Kinder brauchen: Vorbeugung

Nachdem die Forschung mittlerweile recht gut erklären kann, warum Kinder suchtkranker Eltern gefährdet sind, später selbst Alkohol oder Drogen zu missbrauchen, liegt es an den Fachkräften, die Kinder über ihre Risiken aufzuklären und vor allem präven-

tiv mit ihnen zu arbeiten, um schwierige Verläufe aufhalten oder zumindest mildern zu können. (Homeier, Schrappe 2009)

Die Drogenberatung sieht einen Hauptteil ihrer Arbeit mit Kindern darin, Resilienz (Widerstandskraft gegenüber Entwicklungsrisiken) der Kinder zu fördern, indem sie erlernen, Gefühle zu benennen und auszu-

drücken, wir ihnen Hilfe zum Aufbau sozialer Beziehungen anbieten und sie bedingungslos wertschätzen. Einige Kinder, die von der Drogenberatung betreut werden, haben bereits erste Erfahrungen mit Substanzen, so ist es auch notwendig, über diese Konsumerfahrungen bzw. über sinnvolle und destruktive Problemlösestrategien zu sprechen und sie über ihre speziellen Risiken aufzuklären.

Literaturverzeichnis:

Eine ausführlichere Darstellung der Thematik enthält die Hausarbeit für die besondere Grundausbildung Kinder suchtkranker Eltern- Theorie und Praxis der Autorin dieses Artikels-einzusehen in der Bibliothek der Drogenberatung des Landes Steiermark

Amacker, M. (2007): Bobby. Bern: sfa/ispa

Arenz-Greiving, I., Kober, M. (2007): Metastudie Arbeit mit Kindern und deren suchtkranken Eltern, Münster. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Berlin

Grubhofer, H. Weingartshofer, B. (2010): Fluffi. NACOA Eigenverlag

Homeier, S, Schrappe, A. (2009): Flaschenpost nach irgendwo. Mabuse-Verlag: 2009

Klein, M. (2001): Kinder aus alkoholbelasteten Familien- Ein Überblick zu Forschungsergebnissen und Handlungsperspektiven. Suchttherapie 2,118-124.

Klein, M. (2004): Sucht und Familie: Daten, Fakten, Hilfen. Vortrag bei den 6. Haselbacher Therapietagen in Kloster Oberalteich

Lenz, A. (2005): Kinder psychisch kranker Eltern. Göttingen: Hogrefe

Puhm, A.; Gruber, Ch.; Uhl, A.; Grimm, G.; Springer, N.; Springer, A. (2008): Auszug aus der Studie „Kinder aus suchtblasteten Familien – Theorie und Praxis der Prävention“, Datenbank Einrichtungen. Ludwig-Boltzmann Institut für Suchtforschung & AlkoholKoordinations- und InformationsStelle des Anton Proksch Instituts, Wien

Wustmann, C. (2004): Resilienz –Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern. Weinheim: Beltz

Zobel, M. (2006): Kinder aus alkoholbelasteten Familien- Entwicklungsrisiken und Entwicklungschancen. 2. Auflage. Reihe Klinische Kinderpsychologie. Göttingen: Hogrefe

„LIEBES TEAM.

**SEIT VIELEN JAHREN GEHT IHR WORTWOERTLICH
MIT MIR DURCH DICK UND DUENN. HOEHEN UND TIEFEN
HABEN WIR GEMEINSAM DURCH GESTANDEN, NICHT
NUR IN DER SCHULZEIT, AUCH JETZT IN DER ZEIT DES
STUDIUMS STEHT IHR MIR BEI UND
BERATET MICH.**

VIELEN DANK FUER EURE ZEIT UND MUEHEN.

VIELEN DANK FUER DIE UNTERSTUETZUNG.

**VIELEN DANK FUER DIE AUFMUNTERUNG IN
SCHLECHTEN ZEITEN.**

VIELEN DANK FUER STOLZ UND LOB IN GUTEN ZEITEN.”



Mag. (FH) Robert Gamel
Sozialarbeiter



MAENNERSPEZIFISCHE SUCHTARBEIT

.....

Der Bedarf an genderspezifischer Suchtarbeit, am vorliegenden Beispiel im Besonderen männerspezifischer Suchtberatung, lässt sich aus verschiedenen Faktoren ableiten. So sind etwa die unterschiedlichen Gesundheits- bzw. Risikoverhalten von Männern und Frauen und deren Resultate vielfach dokumentiert. Männer haben eine höhere Mortalität an Herz-Kreislauf-Erkrankungen, höhere Unfallraten, höhere Selbstmordraten und höhere Infektionsraten bei HIV und anderen Infektionskrankheiten. Diese Tendenzen finden im Bereich des Suchtmittelkonsums ihre Fortsetzung.

Gesundheitsverhalten

Grundsätzlich wird davon ausgegangen, dass Männer mehr und riskanter konsumieren und dabei etwa 2/3 des heimischen Konsums von Alkohol und Illegalen Substanzen abdecken. Die Vermutung liegt nahe, dass dieses geschlechtsspezifische Risikoverhalten Folge einer geschlechtsspezifischen Sozialisation ist; dass Männer und Frauen einfach unterschiedliche Verhaltensweisen erlernen und als adäquat erleben.

Für die Suchthilfe ist das insofern beachtenswert, als es bedeutet, dass es hinsichtlich der Konsummuster, der Ursachen und Motive für Suchtmittelkonsum und

der Suchtentwicklung Verschiedenheiten gibt, die in Bezug auf stützende und hemmende Faktoren im Rahmen der Suchtberatung wirken.

Wenn hier nun von Geschlecht und geschlechtsspezifischen Unterschieden die Rede ist, so ist damit nicht das physiologische Geschlecht gemeint, sondern die Summe von sozialen Zuschreibungen und Anpassungsleistungen. „Der Ausdruck ‚natürliches Geschlecht‘ bezieht sich auf Körpermerkmale, der Ausdruck ‚soziales Geschlecht‘ auf sozial erlernte Verhaltensweisen“ (Giddens, 1999, S. 630). In der englischen Sprache hat sich für diese Unterscheidung bekannter Weise das Begriffspaar Sex und Gender durchgesetzt.

Sozialisation

Was sind nun jene Zuschreibungen und Erwartungen mit denen Burschen und Männer von Beginn ihrer Biographie an konfrontiert sind?

- Alles zu vermeiden, was den Anschein von weiblichen Attributen haben könnte.
- Prinzipien von Konkurrenz, Leistung und Anerkennung hoch zu halten.
- Sowie zäh und unnachgiebig seinen Mann zu stehen, aggressiv und mutig zu sein.
(vgl. Vosshagen, 2006, S. 130)

Scheinbar wird Mann-sein in erster Linie durch Abgrenzung und Negieren von als weiblich eingeschätzten Eigenschaften oder Handlungen definiert. Daneben werden klassisch männlich definierte Charaktereigenschaften wie Leistungs- und Konkurrenzorientierung, Durchsetzungsvermögen und Tapferkeit als besonders erstrebenswert erachtet. Über diese Wertesammlung, die nicht nur Aufschluss über die Sozialisationsausrichtung von jungen Männern gibt, sondern auch deutlich das zugrunde liegende vorherrschende Männerbild (vgl.: hegemoniale Männlichkeit, Connell 2000) illustriert, lieferten auch die US-Amerikaner Brannon und David 1976 einen treffsicheren Überblick, der heute noch in vielen Bereichen Gültigkeit zu haben scheint. Sie taten dies durch die Definition der folgenden vier Dimensionen:

- *No sissy stuff* (Mädchenhaftes vermeiden)
- *The big wheel* (Kein kleines Rädchen, sondern ein Macher sein. Jemand, dessen Erfolg sich über Leistung, Kampf und Konkurrenz zu anderen einstellt. Der so erworbene Erfolg sichert Position, Status und Statussymbole.)
- *The study oak* (Hart, zäh und unerschütterlich wie eine Eiche im Leben stehen, krisensicher)
- *Giv' em hell* (Kämpfer sein, aggressiv, mutig, durchsetzungsfähig). (vgl. Brannon, David, 1976)

Es wird augenscheinlich, dass diese Entwicklungsanforderungen neben durchaus erstrebenswerten positiven auch einige problematische Aspekte beinhalten, die selbst bei sehr selbstsicheren, resistenten und gesunden Menschen zu Konfusionen führen können und es lässt sich erahnen, dass in eigentlich allen diesen Sozialisationsprinzipien gravierende Risiken für Gesundheit liegen. Hinzu kommt, dass

viele dieser Faktoren im Fall einer Erkrankung einem möglichen Heilungsprozess zumindest hemmend entgegenstehen können.

In der Männerarbeit wurde schon in den siebziger Jahren darauf hingewiesen, dass klassische männliche Verhaltensweisen mit erheblichen Gesundheitsrisiken einhergehen. Von Goldberg wurden Anforderungen, die an Männer im Rahmen ihrer Geschlechtsidentität gestellt werden, in Form der folgenden sieben maskulinen Imperative definiert und zusammengefasst.

- „Je weniger Schlaf ich benötige,
- je mehr Schmerzen ich ertragen kann,
- je mehr Alkohol ich vertrage,
- je weniger ich mich darum kümmere, was ich esse,
- je weniger ich jemanden um Hilfe bitte und von jemandem abhängig bin,
- je mehr ich meine Gefühle kontrolliere und unterdrücke,
- je weniger ich auf meinen Körper achte, desto männlicher bin ich“ (Goldberg, 1979).

Wie bei Brannon und David mag die eigene Einschätzung sich nicht mit jedem dieser Punkte decken, zweifellos gehen die allgemeinen Wahrnehmungen in eine eindeutige Richtung. Das Gesundheitsverhalten von Männern, oder wie sich zeigt vielmehr der Mangel desselben, resultiert unter anderen genannten Faktoren daraus, was Brannon und David als *study oak* bezeichnen. „Männer betrachten ihren Körper eher als eine funktionelle Maschine um sich die soziale und physische Welt zu erschließen. Sie modellieren ihren Körper, treiben ihn zu Höchstleistungen und gehen rücksichtslos mit ihm um. Entsprechend diesem Maschinendiskurs werden auch Störungen erst dann behandelt, repariert, wenn sie

auftreten und Risiken nicht vorsorglich minimiert.“ (Stöver 2006, S.26) Diese Sichtweise „Solange der Körper aus dieser Außensicht funktioniert, verschwinden Männer kaum einen Gedanken an das was in ihm vorgeht“ (Brandes, 2003, S. 10).

Beratung und Therapie

Wenn wir es in der Suchtarbeit mit, auf Grund ihrer Suchterkrankung marginalisierten Männern (vgl.: Connell, 2000) zu tun haben, deren Marginalisierung auch als Resultat eines Anpeilens von überhöhten tradierten Männerbildern ist, dann sollte diese krisenhafte, „diese offene Lebensphase auch dafür genutzt werden, die männlichkeitsbezogenen Selbstbilder der Klienten zu reflektieren oder von allzu hohem Männlichkeitsdruck zu entlasten, vorhandene Veränderungswünsche zu stärken oder den Klienten bisweilen auch zu bestätigen, daß sie trotz der Krisen immer noch Männer sind und bleiben“ (Winter, 2001, S.1166).

Männer kann das Einlassen auf Suchttherapie besonders schwer fallen, weil Therapie und Hilfe anzunehmen mit Schwäche assoziiert ist, aber vielleicht auch, weil Therapieziele, wie etwa die Abstinenz, paradoxerweise als Zeichen des Versagens oder der Niederlage, des Verlusts von Kontrolle gewertet werden können. „Von daher ist zunächst Annahme und Akzeptanz besonders wichtig. Vertrauensaufbau ist das A und O – die zunächst gezeigte abweisende Fassade hat wenig mit dem inneren Erleben zu tun“ (Vosshagen, 2006, S. 136).

Dieser Vertrauensaufbau ist von fundamentaler Bedeutung, besonders weil er in einem von Widersprüchlichkeiten geprägten Spannungsfeld erfolgen

soll. Die folgende Auflistung kontrastiert die an PsychotherapieklientInnen gestellten Anforderungen mit jenen, die traditionell an Männer gestellt werden.

Psychotherapieanforderungen	
Preisgeben privater Erlebnissen	Verbergen privater Erlebnisse
Aufgabe von Kontrolle	Bewahren von Kontrolle
Nicht-sexuelle Intimität	Sexualisierung von Intimität
Zeigen von Schwäche	Zeigen von Stärke
Erleben von Scham	Ausdruck von Stolz
Zeigen von Verletzlichkeit	Zeigen von Unbesiegbarkeit
Hilfe suchen	Selbständigkeit
Gefühlsausdruck	Stoizismus

(Vosshagen ebd. nach Brooks 1998)

Männlichkeitsanforderungen

Weil anzunehmen ist, dass sich manche Klienten auf Grund dieser Umstände schwer tun werden sich auf die Therapie einzulassen, kann es sinnvoll sein, den inhaltlichen Rahmen strukturierter zu gestalten. Dies kann etwa gut über Themenvorgaben funktionieren, die einerseits dem Klienten Sicherheit geben und andererseits das Risiko minimieren, dass wesentliche, belastende Themen aus Scham oder Unsicherheiten gar nicht erst angesprochen werden.

Relevante Themen

Folgende Themen werden etwa von Vosshagen als Resultat einer Männergruppenarbeit mit Alkoholkranken vorgeschlagen (vgl. Vosshagen, 2006, S. 138). Diese bieten sich auch für die Arbeit mit anderen suchtkranken Männern an.

.....

- *Vaterbeziehung und das Vatersein*

In der täglichen Arbeit zeigt sich, dass viele suchtkranke Männer selbst wenig Kontakt zu ihrem eigenen Vater hatten oder haben und sich oft an problematischen, überhöhten Männerbildern orientieren. Gleichzeitig ist für viele die eigene Vaterschaft mit Gefühlen von Versagen und Unzulänglichkeit verbunden. Dazu kommen in vielen Fällen, in denen die Väter getrennt von ihren Kindern leben, Gefühle der Überforderung mit rechtlichen Strukturen und mit dem Treffen von befriedigenden konsensualen Vereinbarungen. Hier kann es darum gehen einen eigenen stimmigen Weg zu finden, Vaterschaft zu leben.

- *Beziehung zu anderen Männern*

Die Beziehungen von Männern sind, bedingt durch die entsprechende Sozialisation, oftmals von Konkurrenz und Homophobie geprägt. So fällt es oft gesunden Männern schon schwer gute, tragfähige, vertrauensvolle Freundschaften zu pflegen, bei erkrankten erscheint es noch schwieriger. Hier bietet sich die Möglichkeit alternative, neue, freundschaftliche Beziehungen zu erproben, zu erleben und diese, besonders in vulnerablen Phasen der Suchttherapie, als soziale Ressourcen zu nutzen.

- *Partnerschaft*

Die Paarbeziehungen von suchtkranken Männern sind zumeist von einer Ungleichverteilung von Aufgaben und Verantwortung geprägt. Die Regel ist, dass der/die gesunde PartnerIn mehr und mehr an Pflichten übernimmt, denen der erkrankte Partner nicht mehr nachkommen kann. Männer kommen oft in die Therapie, weil es auf Grund dieser Schiefelage vermehrt zu Konflikten und

belastenden Auseinandersetzungen kommt oder weil eben diese Konflikte bereits zu einer Trennung geführt haben.

- *Sexualität*

Dabei handelt es sich um ein besonders sensibles Thema. Oftmals leiden Männer auf Grund ihrer Erkrankung an Libidomangel oder anderen sexuellen Störungen. Dazu kommt häufig eine erhebliche emotionale Belastung, weil Männer durch ihre Suchterkrankung und durch die daraus resultierenden Konflikte in der Partnerschaft, häufig von Frauen nicht als mögliche Sexualpartner wahrgenommen werden; sie werden zu marginalisierten, unautorisierten Männern. (Vgl. Connell, 2000) „Wenn es dem Therapeuten gelingt, eine Atmosphäre zu schaffen, in der Offenheit darüber möglich ist, dass die meisten Männer sexuelle Versagenserlebnisse kennen, sind sehr intensive Therapiegespräche möglich“ (Vosshagen, 2006, S. 139).

- *Aggressivität*

Bei Suchtmittelkonsum gibt es durch das Herabsetzen der Hemmschwelle und durch die leichtere Erregbarkeit in manchen Fällen eine enge Verbindung zu Aggression, Gewalt und Gewaltdelikten. Hier gilt es eine schwierige Situation zu meistern. Zum einen wird substanzinduzierter Rausch häufig dazu verwendet, sich von derart gesetzten Gewalttaten zu distanzieren und diese auf gesellschaftlich anerkanntere Weise zu rechtfertigen. Andererseits ist es auch nachvollziehbar, dass der hohe emotionale Druck und die oftmals schwierigen sozialen Bedingungen selbst bei friedfertigen Männern zu erhöhten Spannungsniveaus und damit aggressiven Potentialen führen. Das sind nur zwei der zahllosen

möglichen Zusammenhänge, die in der Therapie gründlich hinterfragt werden können.

Diese Themen bringen natürlich auch indirekt eine Auseinandersetzung mit den eigenen Vorstellungen von Männlichkeit mit sich. Die Beschäftigung kann lohnend sein und durchaus auch zielgerichteter sein, anstatt als bloßer Zusatz zu erfolgen. Dies wäre möglich anhand der von Stöver formulierten Zielsetzungen:

- „Zulassen eigener Schwächen, Erkennen eigener Stärken
- Versöhnung von idealem und realem Selbstbild
- Identifikation von Zwischentönen, statt polarisierende, lähmende und z.T. radikale Entweder-oder-Haltungen zu pflegen
- Erhöhung der Handlungskompetenzen
- Sensibilisierung für die Funktionalisierung von Drogen zur Konstruktion, d.h. auch ständigen Aufrechterhaltung er eigenen Männlichkeit
- Infragestellen des vorhandenen kulturspezifischen Männerbildes (Abkehr von der Definition der eigenen Männeridentität ausschließlich über Erwerbsarbeit und nicht über andere Haus-/Kinderarbeiten).“ (Stöver, 2006, S. 33)

Diese Themen und Zielsetzungen sukzessive zu bearbeiten birgt neben den besprochenen Möglichkeiten auch ein wesentliches Risiko, welches es zu kennen gilt um es zu vermeiden. „Die Koppelung von individuellem Mannsein und Männlichkeitsbildern im Begriff Männlichkeit produziert ein Dilemma: Sobald Vorstellungen von Männlichkeit hinterfragt werden, scheint auch die eigentliche Geschlechtlichkeit, das eigene Mannsein fragwürdig zu sein“ (Winter, 2001, S. 1163). Das bedeutet, vor allem bei konservativen oder marginalisierten Männern kann,

durch diese begriffliche Koppelung, der Eindruck entstehen, dass die tradierte, angewandte oder ohnehin bedrohte Männlichkeit noch zusätzlich in ihren Grundfesten hinterfragt wird. Dabei wäre zweifellos mit Unverständnis, Widerstand oder Abwehr seitens der Betroffenen zu rechnen. „Die Konsequenz daraus bedeutet eine systematische Trennung von Mannsein als gelebte Form oder Alltag (...) und Männlichkeit als Ideologie und Struktur (...). Diese Trennung ermöglicht neue theoretische und praxisbezogene Zugänge: Männer können sich von Männlichkeitsideologien absetzen, ohne im gleichen Atemzug ihre Geschlechtsidentität zu demontieren“ (Winter, ebenda).

Hier soll auf ein Risiko hingewiesen werden, das in der suchttherapeutischen Praxis durchaus besteht. „So steckt die Praxis in derselben Falle wie viele Männer: Solange Männer gesund, integriert, sozial abgesichert sind und gut funktionieren, bleibt das Mannsein [sic] selbstverständlich und eher hintergründig wirksam“ (Winter, 2001, S. 1166). Und diese Auseinandersetzung mit Männlichkeit, Männerthemen und mänderspezifischer Suchtarbeit verlangt selbstverständlich auch den männlichen Therapeuten und Beratern etwas ab, das Vossnagen in einem deutlichen Appell, mit dem ich schließen möchte, auf den Punkt bringt: „Ich gehe davon aus, dass Voraussetzung auf Seiten der Therapeuten ist, dass sie sich mit ihrem eigenen Mannsein [sic] kritisch und ausgiebig beschäftigt haben und um nur eines zu nennen z.B. intensive Freundschaften mit anderen Männern pflegen.“ (Vossnagen, 2006, S. 136)

Literaturverzeichnis:

Brandes, H. (2003): *Männlicher Habitus und Gesundheit. In: Blickpunkt Der Mann 2003.*

Brannon, R., David, D. (1976): *The male sex role. New York*

Brooks, G. R. (1998): *A new psychotherapy for traditional men. San Francisco.*

Connell, R. (2000): *Der gemachte Mann, Konstruktion und Krise von Männlichkeiten. Opladen. Leske+Budrich.*

Giddens, A. (1999): *Soziologie. Graz, Wien. Nauser & Nauser.*

Goldberg, H. (1979): *Der verunsicherte Mann, Rowohlt-Verlag, Reinbek bei Hamburg.*

Stöver, H. (2006): *Mann, Rausch, Sucht: Konstruktion und Krisen von Männlichkeiten. In: Jacob, J. und Stöver, H. [Hrsg.]: Sucht und Männlichkeiten. Wiesbaden. VS Verlag für Sozialwissenschaften.*

Vosshagen, A. (2006): *Anmerkungen zur Psychologie männlichen Suchtverhaltens. In: Jacob, J. und Stöver, H. [Hrsg.]: Sucht und Männlichkeiten. Wiesbaden. VS Verlag für Sozialwissenschaften.*

Winter, R. (2001): *Männer. In Otto, H. und Thiersch, H., [Hrsg.]: Handbuch der Sozialarbeit/ Sozialpädagogik. Neuwied. Luchterhand.*

**FRIED
RICH
GASSE 7**

DB

0316/326044

**„ICH MOECHE MICH BEI IHNEN FUER ALLES, WAS SIE
FUER MICH GETAN HABEN, VON HERZEN BEDANKEN,
IHRE UNTERSTUETZUNG HAT MIR SEHR DABEI
GEHOLFEN, DASS ICH SEIT EINIGER ZEIT MEIN LEBEN
UND MEINE PROBLEME SEHR GUT IM GRIFF HABE
UND HOFFE, DASS ES IN ZUKUNFT SO GUT FUER MICH
WEITERGEHT WIE BISHER.“**

Mag. Dr. Martin Riesenhuber
Sozialpädagoge, Suchtberater



GRUNDLAGEN SOZIALPAEDAGOGISCHER DIAGNOSTIK BEI DROGENKONSUMIERENDEN JUGENDLICHEN

In Österreich fallen vor allem Jugendliche, die illegale Drogen konsumieren oft aus den verschiedenen Maßnahmen der Jugendwohlfahrt bzw. Jugendarbeit, obwohl inzwischen unter den ExpertInnen klar ist, dass jugendlicher Suchtmittelkonsum einen Teil der Entwicklungsaufgaben in dieser Lebensphase darstellt. In diesem Sinne liegt die Begleitung dieser Jugendlichen vor allem im Aufgabenbereich der Jugendwohlfahrt bzw. Jugendarbeit und erfahrungsgemäß weniger in dem der Suchthilfe. Jedoch fehlen geeignete Instrumente um normal Drogen gebrauchende Jugendliche von problematisch und riskant konsumierenden zu differenzieren. Die gängigen klinischen Diagnostiken erweisen sich in der Einschätzung von Jugendlichen als wenig tauglich.

Vor diesem Hintergrund wird ein Vorschlag zu einem sozialpädagogischen Diagnosekonzept im Rahmen der Suchtgefährdung von Jugendlichen vorgestellt. Dabei werden die wesentlichsten Anforderungen und die wichtigsten Charaktermerkmale dieses sozialpädagogischen Diagnosemodells beleuchtet, das den ProtagonistInnen der Sozialen Arbeit in der Begleitung von Jugendlichen zur Verfügung stehen soll.

Ausgangslage

In der Auseinandersetzung mit jugendlichem Suchtmittelkonsum stößt man immer wieder auf das Fehlen geeigneter Instrumente zur Differenzierung von nichtgefährdeten und gefährdeten bzw. normal konsumierenden und riskant konsumierenden Jugendlichen (u.a. vgl. Soellner/Kleiber 2005, 124). Die Diskussion um die Entwicklung von Diagnoseinstrumenten in der Sozialen Arbeit ist ob der Bewertungen von der Befürchtung der Stigmatisierung und Etikettierung begleitet. Trotzdem muss auch darauf hingewiesen werden, dass ein geeignetes Instrument genauso einen Schutz für sogenannte normal konsumierende Jugendliche darstellen kann (vgl. Riesenhuber 2013). Die Lebensphase der Adoleszenz im mittleren Jugendalter steht ganz im Zeichen der unterschiedlichen Entwicklungsaufgaben. Jugendliches Drogenkonsumverhalten wird inzwischen als Teil dieser gesehen. Auch wenn etwa 50 Prozent der 15- bis 25-Jährigen Erfahrungen mit illegalen Drogen, im Wesentlichen mit Cannabisprodukten, machen, entwickeln nur zehn Prozent dieser drogengebrauchenden jungen Menschen problematische bzw. riskante Konsumverhalten (vgl. Silbereisen/Reese 2001, 139). Das bedeutet im Weiteren, dass Jugendliche selten abhängig bzw. süchtig sind. Dennoch finden sich konsumierende Jugendliche oft

schnell in „tertiären“ Suchthilfeeinrichtungen wieder. Dieser Umstand begünstigt einer Stigmatisierung und Etikettierung vor, da sie von den Erwachsenen übereilt in die „Suchtecke“ gedrängt und als Drogenabhängige bewertet werden. Ganz im Gegenteil zum Erwünschten kann das einen weiteren Risikofaktor darstellen. So gesehen ist der professionelle Umgang mit konsumierenden Jugendlichen eher im Handlungsfeld der Jugendwohlfahrt und -arbeit zu verorten (vgl. Sting/Blum 2003, 106f; vgl. Schmidt 1998, 118). Dazu muss angemerkt werden, dass in einigen Leistungsbeschreibungen von Jugendwohlfahrtsmaßnahmen des Landes Steiermark die „akute Alkohol- und Drogen- bzw. Medikamentenproblematik ...“ (Sozialserver Land Steiermark 2013) als Ausschlussgrund angeführt ist. Fraglich bleibt, nach welchen Kriterien dies hier passiert. Diese Umstände zeigen schließlich die Notwendigkeit eines entsprechenden Werkzeugs für SozialpädagogInnen auf.

Jugendlicher Suchtmittelkonsum

Im Rahmen der jugendlichen Entwicklungsaufgaben kann jugendlicher Suchtmittelkonsum verschiedene Funktionen einnehmen. Hier sind v.a. die „Problembewältigung“ im Sinne einer Bewältigungsstrategie, die „Geselligkeit“ im Zusammenhang mit der Gruppenintegration, der „Hedonismus“ als Zeichen eines Lifestyle-Phänomens und der „Protest“ als Form der Selbststilisierung zu nennen (vgl. Laging 2005, 154). Drogengebrauch als Protest gegen das vorherrschende Establishment verliert hingegen an Bedeutung.

Ansätze zur Suchtentstehung

Zum Thema der (jugendlichen) Suchtentwicklung bestehen unterschiedliche theoretische Ansätze auf interdisziplinärer Ebene. Dementsprechend finden sich

soziologische, psychologische und biomedizinische Theorien bzw. Ansätze, wobei jeder Ansatz für sich alleine zu kurz greift. Daher stehen übergreifende bzw. multifaktorielle Ansätze im Vordergrund. Einen solchen bildet die bekannte Ursachentrias, in welcher die drei Variablen Person, Droge und Umwelt innerhalb eines soziokulturellen Kontextes in Wechselwirkung zueinander stehen, wobei die Suchtentwicklung einem fließenden und prozesshaften Geschehen gleichkommt (u.a. vgl. Sting/Blum 2003, 33ff). Ein modernes psychosoziales Verständnis der Suchtentwicklung favorisiert den sozialwissenschaftlichen Zugang mit seinem prozesshaft fließenden Erklärungsmodell, der sich deutlich vom vorherrschenden medizinischen Krankheitsmodell, welches vom Charakter her gegenständig ist, abgrenzt (vgl. Degkwitz 2007, 60).

Ansätze Suchtforschung

Generell ist die reflexive Suchtforschung hervorzuheben, welche sich mit folgenden zwei wesentlichen Aufgaben beschäftigt: erstens versucht sie Widersprüche und Ambivalenzen des vorherrschenden medizinisch-psychiatrischen Suchtkonzepts kritisch zu hinterfragen, und zweitens versucht sie zwischen der sich über die Zeit verändernde Haltung im Umgang mit Drogengebrauch und -abhängigkeit aus gesellschaftlich-historischer Sicht und dem gegenwärtig vorzufindenden heterogenen Rahmenbedingungen im Kontext unterschiedlicher Interessen zu vermitteln. Hier sind hinsichtlich psychoaktiven Substanzkonsums mit Kultivierung, Akzeptanz, Pathologisierung und Kriminalisierung vier idealtypische Ansichten auszumachen. Vor diesem Hintergrund ist reflexive Suchtforschung gefordert zugrunde liegende Dynamiken und Mechanismen aufzudecken und wissenschaftlich zu untersuchen (vgl. Dollinger/Schmidt-Semisch 2007, 19ff).

In diesem Zusammenhang fordert Stein-Hilbers (vgl. 1985/2007, 41ff) auch einen selbstreflexiven Ansatz ein, welcher mittels (1) Analyse der Selbstbetroffenheit (Phänomen gemeinsamer Betroffenheit), (2) Introspektion (Reflexion auf die eigene Biographie) und (3) Empathie (Einfühlen in die Realität anderer) methodisch umzusetzen ist.

Beim salutogenetischen Ansatz (vgl. Antonovsky 1987/1997) untersucht die entsprechende Suchtforschung etwa jenen Umstand, weshalb manche Menschen in vergleichbar schwierigen und problem-belasteten Voraussetzungen nicht abhängig und süchtig werden.

Diagnostik im Jugendalter

Im Rahmen pädagogisch-psychologischer Diagnostik im Jugendalter sind grundlegende Kenntnisse zur Lebensphase der Adoleszenz und ein interdisziplinäres Verständnis notwendig. Das erfordert die Einbeziehung sozialpädagogischer, entwicklungspsychologischer und jugendpsychiatrischer Perspektiven. Dabei bezieht sich der sozialpädagogische Blick auf die dritte Entwicklungsstufe (mittleres Jugendalter) der Sozialpädagogischen Diagnosen (vgl. Uhlendorff 2001, 104f), das Konsumverhalten im mittleren Jugendalter (vgl. Böhnisch 2002, 110ff) und die Lebensweltorientierung mit dem Ziel eines „gelingenderen“ Alltags (Thiersch 1992). Der entwicklungspsychologische Blick hat den Übergang von der Kindheit ins Erwachsenenalter im Fokus und zwar nach Hurrelmann (vgl. 2005, 27f und 33f) auf psychologischer wie soziologischer Ebene. Der jugendpsychiatrische Blick widmet sich u.a. der möglichen Komorbidität.

Zum Thema des jugendlichen Drogenkonsums entwickelte sich aus der interdisziplinär angelegten

RISA-Studie [Ritualdynamik und Salutogenese beim Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen] eine spannende mehrdimensionale Typenkonstruktion (vgl. Ullrich-Kleinmanns et al. 2008, 19). Über motivationale Einflussgrößen und spezifische Persönlichkeitsstile kristallisierten sich schließlich acht Idealtypen – subkultureller Typus, interkultureller Typus, Grenzgänger-Typus, hedonistischer Typus, abstinenter Typus, Probier-Typus, gemeinschaftlicher Typus, problematischer Typus – heraus (vgl. Gengelmaier 2008, 238ff). Diese acht „Typen adoleszenten Umgangs mit psychoaktiven Substanzen“ (Jungaberle 2007, 182) bilden eine gute Grundlage zur Einschätzung.

Soziale bzw. sozialpädagogische Diagnosekonzepte

Die Betrachtung der unterschiedlichen sozialen bzw. sozialpädagogischen Diagnosemodelle macht groß zwei Charaktere aus. So existieren zum einen staturerhebende Instrumente („Sozialpädagogische Diagnosetabellen“ des Bayerischen Landes-Jugendamtes 2001; „Person-in-Environment-System – PIE“ von Karls & Wandrei 1994) und zum anderen prozessbegleitende Konzepte („Sozialpädagogische Diagnosen“ von Mollenhauer & Uhlendorff 1992; „PRO-ZIEL Basisdiagnostik“ von Heiner 2004; „Psychosoziales Ressourcenorientiertes Diagnosesystem – PREDI“ von Kufner, Coenen & Indlekofer 2006) (vgl. Heiner 2004; vgl. Riesenhuber et al. 2009).

Klinische Diagnosen

In der Suchthilfe kommen die beiden klinischen Diagnoseschemata ICD-10 und DSM-IV zum Einsatz. Dabei unterscheidet die ICD-10 (International Classification of Diseases and Health Problems) unter „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ zwischen schädlichem

.....

Gebrauch und Abhängigkeit (vgl. Dilling et al. 1993, 87), und das DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) unter „Störungen im Zusammenhang mit Psychotropen Substanzen“ zwischen Substanzmissbrauch und Substanzabhängigkeit (vgl. Saß 2001, 223).

Laging (vgl. 2005, 177ff) kritisiert zu Recht, dass die beiden Diagnoseschemata an Erwachsene ausgerichtet und somit kaum für Jugendliche geeignet sind. Außerdem spielen die in der Adoleszenz bedeutsamen sozialen Faktoren nur eine untergeordnete Rolle. Dies begründet auch die Forderung nach einem stärkeren Einbezug dieser sozialen Gesichtspunkte.

Zu den klinischen Modellen sind auch die verschiedenen Screening-Instrumente zu zählen, die v.a. aus dem angloamerikanischen Raum stammen und der groben Identifikation suchtgefährdeter Jugendlicher dienen.

Entwurf eines sozialpädagogischen Diagnosemodells

Grundsätzlich muss ein sozialpädagogisches Diagnosemodell in seinen Anforderungen praktikabel in seiner Anwendung, transparent in seinem Verfahren, partizipativ in der Erhebung, ressourcen-, prozess- und handlungsorientiert in der Konzeption, qualitativ ausgerichtet und vorsichtig in Bezug auf Bewertungen sein.

In den Konzeptentwurf fließen zum einen die Ursachentrias der Suchtursachen, das Screening-Instrument RAFFT for substance use und das Diagnosemodell PREDI (die Eckpfeiler), und zum anderen die Sozialpädagogischen Diagnosen (Mollenhauer/Uhlendorff 1992), die Lebensweltori-

entierung (Thiersch 1992), die Typenkonstruktion der RISA-Studie, die Entwicklungsaufgaben des Jugendalters (Hurrelmann 2005), die Entwicklungsstadien des Substanzgebrauchs (Schmidt 1998), das Bewältigungsmodell (Böhnisch 2006) und der salutogenetische Ansatz (die inhaltliche Ausgestaltung) ein.

RAFFT Screen for substance use

Die Originalversion des RAFFT (Relax, Alone, Friends, Family, Troubles) von Alario & Riggs (1989) besteht aus fünf dichotomen Fragen, die deutsche Übersetzung aus sechs und ist auf das mittlere Jugendalter ausgerichtet (vgl. Laging 2005, 250). Das Instrument ermöglicht eine Vorabentscheidung hinsichtlich einer möglichen Suchtgefährdung (vgl. ebd. 270f) und ist folgendermaßen aufgebaut (vgl. ebd. 190ff): (1) Nimmst du manchmal legale/illegale Drogen, weil du dich entspannen oder dich besser fühlen möchtest? (2) Nimmst du manchmal legale/illegale Drogen, weil du dich dazugehörig fühlen möchtest? (3) Nimmst du manchmal legale/illegale Drogen, wenn du alleine bist? (4) Nimmt jemand aus deinem Freundeskreis regelmäßig legale/illegale Drogen? (5) Hat jemand aus deinem nahen Familienkreis ein Problem mit legalen/illegalen Drogen? (6) Hattest du schon einmal ernsthafte Schwierigkeiten wegen deines Konsums legaler/illegalen Drogen?

Psychosoziales Ressourcenorientiertes

Diagnosesystem – PREDI

Eine kurze Skizzierung des PREDI zeigt mit (1) der Eingangsdiagnostik bzw. Diagnostik beim Erstkontakt, (2) der Kurzdiagnostik bzw. Steuerungsdiagnostik und (3) der optionalen Feindiagnostik dreigliedrigem modulartigen Aufbau. Die Eingangsdi-

agnostik beschäftigt sich mit dem Anlass der Kontaktaufnahme, den Grunddaten des Klienten/der Klientin und den Beobachtungen der Fachkraft. Die Steuerungsdiagnostik erlaubt für neun Lebensbereiche die Problem- und Ressourcenbeurteilung sowie den Veränderungswunsch durch den Klienten/die

KlientIn und erhebt die Notwendigkeit einer Feindiagnose, wobei der/die KlientIn stets in den Prozess mit einbezogen wird. Ein Zusatzmodul „Alkohol, Drogen, Medikamente“ steht zur Verfügung. (vgl. Kufner et al. 2006, 49ff). Die PREDI-Version 3.0 ist eine an den Gütekriterien überprüfte Fassung.

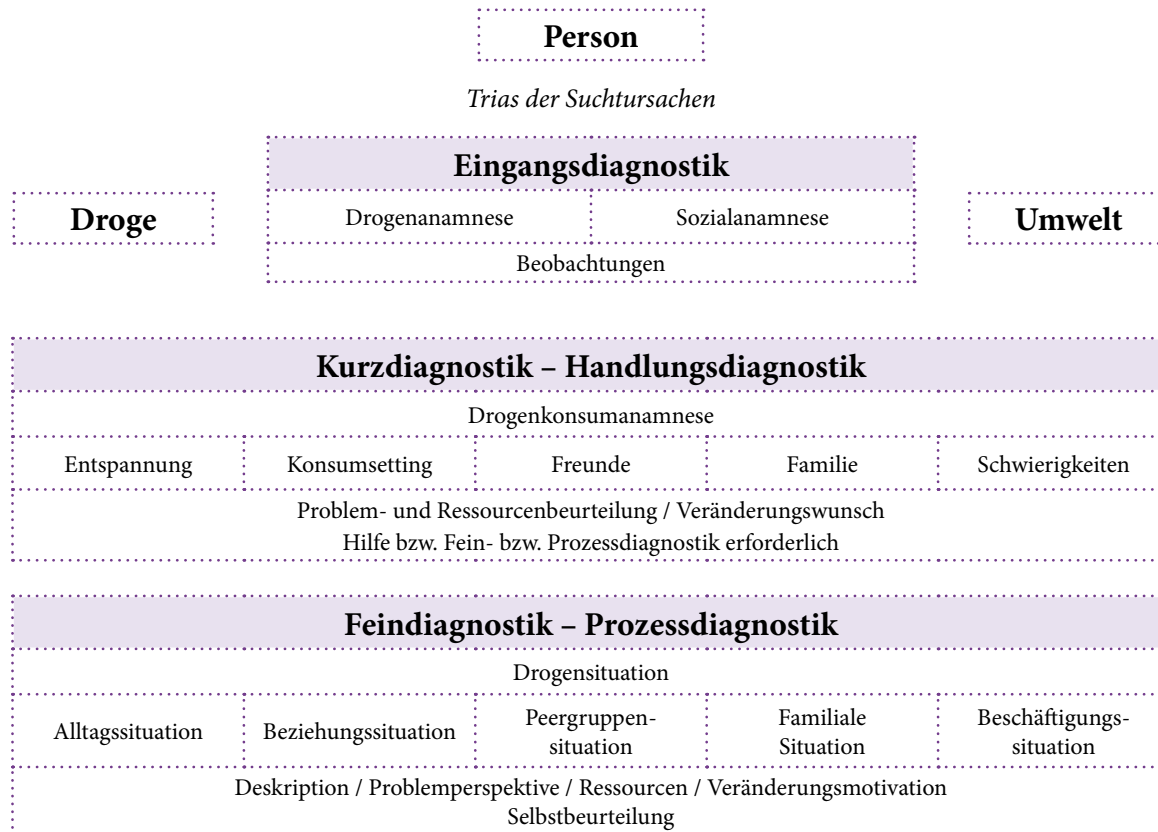


Abbildung: Schematischer Aufbau der sozialpädagogischen Diagnose zur Erkennung jugendlicher Suchtgefährdung

.....

Konzeptidee – Sozialpädagogisches Diagnosemodell zur Erkennung jugendlicher Suchtgefährdung

Die Ursachentrias und die biopsychosoziale Modellvorstellung, sowie der dreistufige Aufbau nach Vorbild des PREDI mit den aus dem RAFFT entwickelten fünf Lebensbereichen bzw. -situationen bilden den Aufbau, wie die folgende Abbildung zeigt (vgl. Riesenhuber 2013, 297):

A) Eingangsdiagnostik

1. Sozialanamnese: sozialdemographische Daten, Anlass der Kontaktaufnahme, Erfahrungen bzgl. Hilfen, Auftrag und Erwartungen, soziale Situation (Familie, Wohnen, Finanzen)
2. Drogenanamnese: substanzorientierte Stadieneinteilung, Konsumprävalenzen (Lebenszeit, Monat, Jahr, aktueller Konsum)
3. Beobachtungen: bio-psycho-soziale Merkmale, Konsummerkmale

B) Kurz- bzw. Handlungsdiagnostik

0. Drogenkonsumanamnese: quantitativ und qualitativ ausgerichtete Stadieneinteilung, Konsum im Zeitschema, Drogenwissen vor dem ersten Konsum
1. Bereich Entspannung – Alltagssituation: Drogenkonsum zur Entspannung oder um sich besser zu fühlen (legale und/oder illegale Drogen); Tagesstruktur (typischer Wochentag, typisches Wochenende), Ziele und Perspektiven („Drei-Wünsche-Frage“)
 - Problembelastung, Ressourcenbeurteilung und subjektiver Veränderungswunsch
 - Fein- bzw. Prozessdiagnostik notwendig?
 - Psychologische und/oder medizinische Diagnostik notwendig?
2. Bereich Konsumsetting – Beziehungssituation:

Drogenkonsum um dazuzugehören oder wenn alleine (legale und/oder illegale Drogen); Selbstwert, sozialer Kontext (Gruppendruck, Isolation)

- Problembelastung, Ressourcenbeurteilung und subjektiver Veränderungswunsch
 - Fein- bzw. Prozessdiagnostik notwendig?
3. Bereich Freunde – soziale Situation: regelmäßiger Drogenkonsum im Freundeskreis (legale und/oder illegale Drogen); Beschaffenheit des sozialen Netzwerks
 - Problembelastung, Ressourcenbeurteilung und subjektiver Veränderungswunsch
 - Fein- bzw. Prozessdiagnostik notwendig?
 4. Bereich Familie – Familiensituation: Drogenkonsum in der Familie (legale und/oder illegale Drogen); Milieubedingungen
 - Problembelastung, Ressourcenbeurteilung und subjektiver Veränderungswunsch
 - Fein- bzw. Prozessdiagnostik notwendig?
 5. Bereich Schwierigkeiten – Beschäftigungssituation: Schwierigkeiten aufgrund des Drogenkonsums (legale und/oder illegale Drogen); gesellschaftliche, rechtliche und/oder materielle Situation
 - Problembelastung, Ressourcenbeurteilung und subjektiver Veränderungswunsch
 - Fein- bzw. Prozessdiagnostik notwendig?

C) Fein- bzw. Prozessdiagnostik

1. Alltagssituation: Belastungen auf bio-psycho-sozialer Ebene, Tages- und Wochenstruktur (altersadäquate Verantwortungsübernahme; Freizeitverhalten und Hobbys), Grundbedürfnisse, Ziele und Perspektiven, Bewältigungsverhalten, Drogenkonsumverhalten (qualitativ funktional)
2. Beziehungssituation: Beziehung zu sich selbst, Kontakt bzw. Kontaktaufnahme zu Gleichaltrigen,

co-abhängiges Verhalten, partnerschaftliche Beziehungen, soziales Netzwerk, Drogenkonsumverhalten (qualitativ funktional)

3. Soziale Situation (Freundeskreis, Peergroup):
Freundeskreis bzw. Cliques, Struktur des Freundeskreises bzw. der Freundeskreise, Beziehungsgestaltung zu Gleichaltrigen, Drogenkonsumverhalten der Peergruppe/n, Drogenkonsumverhalten (qualitativ funktional)
4. Familiensituation: Familien- und Wohnbedingungen (Milieubedingungen), Familienstruktur (Rollen), Konfliktlösungsstrategien in der Familie, Drogenkonsumverhalten (qualitativ funktional)
5. Beschäftigungssituation (Schwierigkeiten): Beschäftigung bzw. Beschäftigungslosigkeit, Schwierigkeiten während bzw. nach dem Substanzkonsum, Schwierigkeiten durch Substanzkonsumverhalten, Probleme in der Schule bzw. am Arbeitsplatz, Drogenkonsumverhalten (qualitativ funktional) (vgl. Riesenhuber 2013, 296ff)

Fazit

Die Auseinandersetzung mit sozialen bzw. sozialpädagogischen Diagnosen macht klar, dass es sich im Rahmen Sozialer Arbeit (Sozialarbeit und Sozialpädagogik) vom Charakter her nur um hermeneutisch orientierte, ressourcen- und prozessorientierte sowie verlaufs- und handlungsorientierte Diagnosekonzepte handeln kann. Die Sozialpädagogik kann ihre Wissenschaft und Forschung nicht nach anderen Disziplinen bemessen und ausrichten, das es hier um eine „real-life-Forschung“ geht und nicht um Experimente in einer Laborsituation. Die Sozialpädagogik ist immer mit dem ganzen Menschen und dem ganzen Leben konfrontiert, daher gelten für sie eigene wissenschaftliche Kriterien und Gesetzmäßigkeiten.

Ein eigenes Diagnoseinstrument zur Differenzierung suchtmittelkonsumierender Jugendlicher würde die Sozialpädagogik und die Sozialarbeit dementsprechend in der notwendigen multiprofessionellen Zusammenarbeit mit der Psychologie und Medizin um ein Stück aufwerten. Die Ausformulierung und -gestaltung und Beschreibung dieses sozialpädagogischen Instruments sowie der probeweise Einsatz im Handlungsfeld der Jugendwohlfahrt und Jugendarbeit sind die bevorstehenden Schritte.

Literaturverzeichnis:

Antonovsky, A. (1997): *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche erweiterte Herausgabe von A. Franke.* Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.

Böhnisch, L. (2006): *Abweichendes Verhalten. Eine pädagogisch-soziologische Einführung (3. Auflage).* Weinheim, München: Juventa.

Böhnisch, L. (2002): *Drogengebrauch in den Jugendphasen.* In: H. Arnold & H.-J. Schille (Hrsg.): *Praxishandbuch Drogen und Drogenprävention.* Weinheim, München: Juventa. S. 107-119.

Degkwitz, P. (2007): *Plädoyer für ein psychosoziales Verständnis von Sucht.* In: B. Dollinger & H. Schmidt-Semisch (Hrsg.): *Sozialwissenschaftliche Suchtforschung.* Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. S. 59-81.

Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (1993): *Weltgesundheitsorganisation: Internationale Klassifikation psychischer Störungen (2. Auflage).* Bern, Göttingen; Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.

Dollinger, B. & Schmidt-Semisch, H. (2007): *Reflexive Suchtforschung: Persektiven der sozialwissenschaftlichen Thematisierung von Drogenkonsum.* In: B. Dollinger & H. Schmidt-Semisch (Hrsg.): *Sozialwissenschaftliche Suchtforschung.* Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. S. 7-33.

Gingelmaier, S. (2008): *Die Haltung zu Drogen als Entwicklungsaufgabe.* Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller.

Heiner, M. (Hrsg.) (2004): *Diagnostik und Diagnosen in der Sozialen Arbeit. Ein Handbuch.* Berlin: Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge.

Hurrelmann, K. (2005) *Lebensphase Jugend (8. Auflage).* Weinheim, München: Juventa.

Jungaberle, H. (2007): *Qualitative Drogen- und Suchtforschung – am Beispiel eines kulturpsychologischen Forschungsprojekts.* In: B. Dollinger & H. Schmidt-Semisch (Hrsg.): *Sozialwissenschaftliche Suchtforschung.* Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. S. 169-194.

Laging, M. (2005): *Riskanter Suchtmittelkonsum bei Jugendlichen.* Hamburg: Verlag Dr. Kovač.

Mollenhauer, K. & Uhlendorff, U. (1992): *Sozialpädagogische Diagnosen.* Weinheim, München: Juventa.

Riesenhuber, M. (2013): *Drogengebrauch bei Jugendlichen von „normalem“ zu „riskantem“ Konsum. Schritte einer Diagnostik auf sozialpädagogischer Ebene.* Wien, Berlin: Lit-Verlag. (in Druck)

Riesenhuber, M., Riesenhuber, S. & Schwaiger, C. (2009): *Diagnostik in der Sozialen Arbeit. Die Legende einer Debatte ohne Ende.* In: *Social Paper. Online-Zeitschrift des Arbeitsbereichs Sozialpädagogik, Institut für Erziehungs- und Bildungswissenschaft, Karl-Franzens-Universität Graz.* S. 1-17. Abrufbar unter http://www.uni-graz.at/~heimgara/SP/Paper_Diagnosen.pdf (Stand 21. Jänner 2013).

Saß, H., Wittchen, H.-U. & Zaudig, M. (2001): *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV* (3. Auflage). Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.

Schmidt, B. (1998): *Suchtprävention bei konsumierenden Jugendlichen*. Weinheim, München: Juventa.

Silbereisen, R. K. & Reese, A. (2001): *Substanzgebrauch: Illegale Drogen und Alkohol*. In: J. Raitzel (Hrsg.): *Risikoverhaltensweisen Jugendlicher*. Opladen: Leske und Budrich. S. 131-153.

Soellner, R. & Kleiber, D. (2005): *Prävention von Cannabiskonsum und -missbrauch: Evidenzbasiert oder nur gut gemeint? Suchttherapie*, 6(3), S. 116-125.

Sozialserver Land Steiermark (2013): *Leistungsübersicht, Beschreibung suchen unter Jugendlich [Leistungsbeschreibungen]*. Abrufbar unter www.soziales.steiermark.at/cms/ziel/10024850/DE/ (Stand 09.03.2013).

Stein-Hilbers, M. (2007): *Selbstreflexive Ansätze in der Drogenforschung*. In: B. Dollinger & H. Schmidt-Semisch (Hrsg.): *Sozialwissenschaftliche Suchtforschung*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. S. 35-45.

Sting, S. & Blum, C. (2003): *Soziale Arbeit in der Suchtprävention*. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag.

Thiersch, H. (1992): *Lebensweltorientierte Soziale Arbeit*. Weinheim, München: Juventa.

Uhlendorff, U. (2001): *Sozialpädagogische Diagnosen III* (2. Auflage). Weinheim, München: Juventa.

SUPPORT CONNEC TING PRO FESSION ALS

ALLE ANGEBOTE

der Drogenberatung sind kostenlos und anonym.



RUECKBLICK EINES USERS

HALLO, ICH HEISSE DANIEL X.*, BIN 34 JAHRE ALT UND KOMME AUS DER STEIERMARK. MEHR ALS DIE HÄLFTE MEINES LEBENS NAHM ICH DROGEN. GENOMMEN HABE ICH SO GUT WIE ALLES, OFTMALS AUCH BIS ZUM EXZESS.

ANGEFANGEN HAT ES IM FREUNDKREIS, WO MIR EIN KUMPEL EINES FREUNDES EINEN JOINT ANBOT. NACH KURZEM ZÖGERN NAHM ICH EIN PAAR ZÜGE UND SPÜRTE DIE WIRKUNG SOFORT. OBWOHL ICH DIE WIRKUNG ALS SEHR POSITIV EMPFAND, FRAGTE ICH MICH TAGE SPÄTER, WARUM ICH ES NICHT ABLEHNTE NICHT MITZURAUCHEN. ICH HATTE VOR DEM ERSTEN KONSUM IMMER DIE EINSTELLUNG, DASS MICH DAS THEMA DROGEN NIE BETREFFEN WIRD.

HEUTE WEISS ICH, DASS ES DIE NEUGIERDE UND IM UNTERBEWUSSTSEIN DIE KONFLIKTE IN MEINEM ELTERNHAUS WAREN, DIE MICH ZU DIESER ENTSCHEIDUNG, ES AUSZUPROBIEREN, BEWEGTEN.

ICH VERÄNDERTE MICH UND WURDE ÄLTER. AUCH DIE DROGEN VERÄNDERTEN SICH, SO WIE AUCH MICH. SPÄTESTENS HIER HÄTTE ICH ABBRECHEN MÜSSEN. ABER DIESE SCHEINWELT VOLLER LUG UND TRUG HATTE MICH SCHON ZU SEHR MANIPULIERT UM DIE WAHRHEIT ZU ERKENNEN. UND SO KAM ES WIE ES KOMMEN MUSST – DROGEN WAREN JETZT WICHTIGER ALS ALLES UND JEDER ANDERE. ICH BIN BIS ZU EINEM PUNKT GEGANGEN AN DEM ICH FAST ALLES VERLOREN HÄTTE. ANGEFANGEN MIT DEM BELÜGEN UND TÄUSCHEN VON MENSCHEN, DIE ICH LIEBTE BIS ZUM DIEBSTAHL AN LEUTEN, DIE MIR VERTRAUTEN. UND DOCH WAREN DAMALS ALLE ANDEREN SCHULD. NUR NICHT ICH, DER MISSVERSTANDENE.

DIES WAR DANN AUCH DER PUNKT UND DIE ERKENNTNIS, WO ICH WUSSTE, DASS ES AUF MICH ANKAM. DASS ICH DEN ERSTEN SCHRITT ZU EINEM ANDEREN BESSEREN LEBEN MACHEN MUSSTE. DROGENABHÄNGIG SEIN MACHT EINEN KAPUTT UND VERÄNDERT EINEM ZU EINEM MENSCHEN, DER MAN NICHT IST. DIE WAHRHEIT IST, DASS DROGEN NOCH JEDEN BETROGEN HABEN.

ERFOLGE IN DER REALITÄT HABEN, WIE ICH FINDE, EINE ÄHNLICHE WIRKUNG WIE DROGEN – MIT DEM UNTERSCHIED, DAS DIE GEFÜHLE DANN WAHR UND NICHT MANIPULIERT SIND. HAT MAN IN DER REALITÄT EINEN RIESENERFOLG, DANN SCHMECKT DIE PIZZA, AUCH WENN EIN HAAR DRIN IST. PASSIERT IN DER REALITÄT WAS SCHLIMMES UND DAS ÖFTER, DANN SCHMECKT NICHTS MEHR. AUCH WENN SIE SEHR GUT IST UND KEIN HAAR DRIN IST.

**Name von der Redaktion geändert*



Dr. Hannes Sailer
Facharzt für Psychiatrie
Ärztlicher Leiter



DSAⁱⁿ Renate Hutter, MSc.
Diplomierte Sozialarbeiterin,
Psychotherapeutin
Leiterin Fachteam



Juliane Cichy, MSc.
Mediatorin



Mag.^a Margret Fasching
Klinische Psychologin und
Gesundheitspsychologin



Dr. Christoph Ebner
Facharzt für Psychiatrie und
psychotherapeutischer Medizin



Mag.^a (FH) Dagmar Frank-Elmer
Sozialarbeiterin, Psychotherapeutin



Mag. (FH) Robert Gamel
Sozialarbeiter



Univ.Prof. Dr. Peter Gasser-Steiner
Psychologe, Soziologe, Psychotherapeut



DGKP Robert Gragl
Diplomierter psychiatrischer Gesundheits- und
Krankenpfleger, Psychotherapeut i.A.u.S.



Dipl. Psych.ⁱⁿ Stefanie Gruber
Klinische Psychologin und
Gesundheitspsychologin



Dr.ⁱⁿ Michaela Klug
Ärztin, Psychotherapeutin i.A.u.S.

TEAM DER DROGENBERATUNG DES LANDES STEIERMARK



Eveline Koller
Bürofachkraft



DSAⁱⁿ Ulrike Lang-Mrosek
Diplomierte Sozialarbeiterin,
Psychotherapeutin



DSAⁱⁿ Susanne Mohl
Diplomierte Sozialarbeiterin,
akademische Theaterpädagogin



Mag. Andreas Neuhold
Sportwissenschaftler, Psychotherapeut



DSAⁱⁿ Silvia Prein-Piringer
Diplomierte Sozialarbeiterin,
Psychotherapeutin



Mag. Dr. Martin Riesenhuber
Erziehungswissenschaftler
(Sozialpädagogik), Suchtberater,
Lebens- und Sozialberater



DSA Stefan Rummel
Diplomierter Sozialarbeiter,
Supervisor, Psychotherapeut,
Lebens- und Sozialberater



Mag.^a Denise Schiffrer-Barac
Juristin



DSAⁱⁿ Ilse Schrammel
Diplomierte Sozialarbeiterin,
Supervisorin



Dr.ⁱⁿ Elke Tholen
Klinische Psychologin und
Gesundheitspsychologin,
Psychotherapeutin, Supervisorin



Mag. Gerhard Wasner
Klinischer Psychologe und
Gesundheitspsychologe,
Psychotherapeut i.A.u.S.

Drogenberatung des Landes Steiermark
Friedrichgasse 7, 8010 Graz