



Ambulante Therapie mit Cannabis- und Partydrogenkonsumenten

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

Einleitung

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

1. Institutioneller Hintergrund

Der *Therapieladen e.V.* existiert seit 14 Jahren im Berliner Drogenhilfesystem und hat sich als zielgruppenspezifische Beratungs- und Behandlungseinrichtung für Cannabis- und Partydrogenkonsumenten etabliert. Neben Beratung und der psychotherapeutischen Arbeit (seit 1995 auch im Rahmen der „Ambulanten Rehabilitation Sucht“) ist der *Therapieladen* mit Projekten und Veranstaltungen zudem im Bereich der Suchtprävention tätig.

Im *Therapieladen* wurden bis Anfang der neunziger Jahre überwiegend Personen mit Cannabismißbrauch und Cannabisabhängigkeit behandelt. Mit der Verbreitung des Partydrogenkonsums im Kontext der Technoszene kamen aufgrund des zielgruppenspezifischen Ansatzes zunehmend Klienten aus diesem Umfeld in die Einrichtung. Jährlich werden zwischen 50 und 60 Klienten längerfristig psychotherapeutisch behandelt.

2. Konsummuster des Klientels

Alle ambulante Therapieklienten des *Therapieladen* haben einen mißbräuchlichen oder abhängigen Konsum von Cannabis bzw. Partydrogen. Ein Teil der Klienten hat ausschließlich Probleme infolge eines jahrelangen regelmäßigen zum teil exzessiven Cannabiskonsums, bei dem teilweise Alkohol als Beikonsum eine große Rolle spielt. Der andere Teil hat ein polytoxikomanes Konsumverhalten in unterschiedlichen Formen. Während bei den meisten Partydrogenkonsumenten Cannabis als chill-out Droge dazugehört, haben viele Cannabiskonsumenden nur wenige oder gar keine Erfahrung mit anderen synthetischen Drogen.

Bei den Klienten mit Partydrogenkonsum lassen sich in einer groben Klassifizierung 3 Typen von Konsummustern unterscheiden:

Typ A:

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

Typ B:

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

Typ C:

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

Die Übergänge von Gebrauch, Mißbrauch und Abhängigkeit sind bei diesen Konsummustern besonders fließend und diagnostisch nicht immer klar abzugrenzen.

Ähnlich wie bei Cannabiskonsumenten scheint auch längerfristiger Gelegenheits- und Gewohnheitkonsum von Partydrogen nicht zwangsläufig zu einer Abhängigkeitsentwicklung zu führen. Ob dabei der Ausschluß von Opiatkonsum und damit das fehlende körperliche Abhängigkeitspotential der konsumierten Drogen eine Rolle spielt ist nicht geklärt.

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

3. Spezifische Problemkonstellationen bei Partydrogenkonsumenten

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

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

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

- Leistungsbereitschaft und Anpassungsfähigkeit
- Streben nach Perfektion

- Streben nach Attraktivität und Schönheit
- Harmoniebedürftigkeit
- Betonung der Individualität und Einzigartigkeit

Cannabiskonsumenten lassen sich in Bezug auf einen ausgeprägten Lebensstil schwerer einordnen, weil es mittlerweile für diese Konsumentengruppe keinen spezifischen jugendkulturellen Szenezusammenhang mehr gibt. Cannabis hat sich zunehmend zur Alltagsdroge entwickelt und ist in den Konsummustern in vielerlei Hinsicht vergleichbar mit Alkohol. Für viele ältere Cannabiskonsumenten sind die Erfahrungs- und Erlebniswelten der „Technogeneration“ genauso fremd, wie für andere, in dieser Szene Unerfahrene.

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

4. Psychodynamische Aspekte des Partydrogenmißbrauchs

Für die psychotherapeutische Arbeit mit hilfeschuchenden Partydrogenkonsumenten sind die Zusammenhänge und komplexen Wechselwirkungen von psychischen Störungen und Konsumverhalten von besonderem Interesse. Durch die psychoaktive Potenz vor allem der Entaktogene und Halluzinogene können bereits im frühen Stadium einer Suchtentwicklung (oder unabhängig davon) psychiatrische Symptome auftreten, die man auch vor dem Hintergrund vorhandener psychischer Dispositionen verstehen kann. Etwa jeder dritte Klient im *Therapieladen* leidet unter psychiatrischen Komplikationen infolge des Partydrogenkonsums.

Bei jedem Einzelfall stellt sich die Frage nach dem spezifischen, persönlichkeitsstrukturellen Hintergrund der Symptome und dem psychodynamischen Zusammenhang des Drogenkonsums. In der Psychoanalyse wird süchtiges Verhalten als narzißtische Ersatzbefriedigung und als Kompensation eines strukturellen Mangels beschrieben und wird somit als möglicher Selbstheilungsversuch interpretiert. Es können verschiedene Verarbeitungsformen dieses strukturellen Mangels unterschieden werden, mit jeweils anderen psychodynamischen Funktionen des Drogenkonsums. Je nach Ausprägung dieser „frühen“, strukturellen Störung der Konsumenten entsteht eine Suchtdynamik, in der versucht wird, durch dauerhaften Drogenkonsum und eventueller Dosissteigerung der latent drohenden Depression oder einer Desintegration des „Ich“ entgegenzuwirken. Bei entsprechender Ich-Schwäche kann es somit entweder zu einer psychotischen Dekompensation oder zu starken depressiven Krisen kommen, die den Anlaß für die Therapieaufnahme bilden.

5. Psychotherapeutischer Ansatz

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

5.1. Durchführung der Therapie

Die Planung und Zielformulierung für die Therapie basiert auf einer störungsbezogenen, prozessorientierten Diagnostik und wird den jeweiligen Veränderungsmöglichkeiten und vorhandenen Ressourcen der Klienten angepaßt.

In den ersten Therapiesitzungen gilt es, gemeinsam mit dem Klienten zu klären, in welchen Bereichen (nicht nur im Konsumverhalten!) Veränderungen erwünscht bzw. anzustreben sind. In dieser Phase verdeutlicht sich bereits, welche Möglichkeiten und Fähigkeiten zur Abstinenz oder zum kontrollierten Konsum bestimmter Substanzen gegeben sind und welche behandlungsrelevanten Symptome im Vordergrund stehen. Im ambulanten Setting ist es prinzipiell möglich, jeweils individuelle Zielvereinbarungen gemeinsam mit dem Klienten zu entwickeln.

Zum Zeitpunkt der Therapieaufnahme haben die meisten Klienten den Wunsch ihren Drogenkonsum zu beenden, was jedoch von starker Ambivalenz geprägt ist. In erster Linie sind es eher die sich zuspitzenden psychischen Krisen der Klienten und weniger äußere soziale Sanktionen, die die Grundlage dieser Veränderungsmotivation bilden. Partydrogenkonsumenten kommen häufig nach oder während eines krisenhaften Zustandes in die Behandlung, den sie wie einen Unfall - der Szenebegriff „Absturz“ ist hier bezeichnend - oder ein äußeres Ereignis erleben (Dies gilt vor allem für Klienten mit substanzinduzierten psychotischen Episoden). Sie haben zwar erlebt, daß „etwas“ außer Kontrolle geraten ist, ob dies aber Ausdruck einer „richtigen“ Sucht ist, wird (zum Teil zu Recht) eher bezweifelt. Tatsache ist, daß bei einem Teil der Klienten nach den ICD-10 Diagnosekriterien kein „Abhängigkeitssyndrom“ vorliegt, sondern „schädlicher Gebrauch“, mit dem vorhandene psychische Störungen ausgelöst oder verstärkt wurden. Für manche Klienten ist es deshalb schwer, sich selbst als süchtig, bzw. drogenabhängig einzuschätzen, wobei hier auch Ängste vor einer Stigmatisierung eine Rolle spielen.

5.2. Faktoren der Therapiegestaltung

In der therapeutischen Beziehungsgestaltung werden verschiedene Aspekte der Klienten berücksichtigt. Neben der entwicklungsspezifischen Besonderheit von jugendlichen Klienten, sind die Art und das Ausmaß der stoffgebundenen Abhängigkeit, sowie die Ausprägungen vorhandener psychischer Störungen wichtige Parameter für einen adäquaten therapeutischen Umgang

Jugendliche Klienten

Der therapeutische Umgang mit jugendlichen Klienten (im Alter zwischen 16 und 20 Jahren) erfordert aufgrund der entwicklungsspezifischen Situation eine andere Grundhaltung und therapeutische Strategie als bei älteren Klienten. Hier ist zum einen im besonderen Maße Verständnis und Akzeptanz gegenüber der Ambivalenz des Jugendlichen bezüglich des Drogenkonsums und gegenüber einer Psychotherapie gefordert. In der Regel sind es bei den jüngeren Klienten Familienangehörige oder andere Bezugspersonen, die den Anstoß zur Therapie geben. Angehörige und Jugendliche befinden sich in dieser Phase häufig in einem akuten Ablösungskonflikt. Die vielfältigen beziehungsregulierenden Funktionen, die der Drogenkonsum im Kontext der Familie und bei der Entwicklungsaufgabe „Ablösung und Autonomieentwicklung“ haben kann, sind in systemisch-familientherapeutischen Ansätzen beschrieben. Die Einbeziehung von Familienangehörigen in die therapeutische Arbeit kann förderlich und hilfreich sein, um mögliche Loyalitätskonflikte zwischen Therapeut, jugendlichem Klienten und Familie zu vermeiden bzw. zu verstehen und aufzulösen. Ein weiterer Aspekt bei der therapeutischen Arbeit mit jugendlichen Drogenmißbrauchern ist das Ausmaß

der Bindung an die peer-group. Bei starker Involviertheit ist das identitätsstiftende Moment der peer-group („party-families“, „Kiffer-clique“) im Kontext der adoleszenten Entwicklung zu berücksichtigen. Ein Kontaktabbruch zur drogenkonsumierenden Clique, bzw. das dauerhafte Fernbleiben von Technopartys ist für die jugendlichen Klienten zunächst schwer zu realisieren und sollte auch nicht von therapeutischer Seite zur Vorbedingung der Therapie gemacht werden. Notwendig für den therapeutischen Zugang zu jugendlichen Drogenmißbrauchern ist ein verstehendes Begleiten, in dem Empathie auch für die positiven Seiten ihrer Drogenerfahrung zum Ausdruck kommt. Kontinuität, Verbindlichkeit und aktive Mitarbeit ist von Jugendlichen nicht von Anfang an zu erwarten. Die Rahmenbedingungen der Therapie, vor allem die Therapiefrequenz, müssen dementsprechend flexibel gestaltbar sein.

Ausmaß und Art der stofflichen Abhängigkeit

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

Manche Klienten sind entschlossen, zum Zeitpunkt der Therapieaufnahme den Ecstasy- und Amphetaminkonsum zu beenden, wollen jedoch zunächst nichts an ihrem Cannabiskonsum verändern. Nach unserer Erfahrung kann eine schrittweise Veränderung des Konsumverhaltens therapeutisch sinnvoll sein, so daß die Abstinenz von synthetischen Drogen als erstes Therapieziel unterstützt werden kann. Für viele Klienten wird im weiteren therapeutischen Kontakt dann deutlich, daß ohne eine Abstinenz von Cannabis keine weitere Entwicklung bzw. Fortschritte in der Psychotherapie zu erzielen sind.

Comorbidität

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

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

konfliktorientiertes Aufarbeiten und Verstehen notwendig, um den Klienten auch längerfristig zu befähigen, auf den Drogenkonsum zu verzichten.

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

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

5.3. Themen und Ziele im Therapieprozeß

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

Stabilisierung der Selbstwertregulation

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

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

Wahrnehmung und Differenzierung von Gefühlen und Bedürfnissen

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

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

Ein weiterer Aspekt ist die Impulskontrolle und die Steuerung von Affekten. Wenig differenzierte, archaische Affekte haben eine bedrohliche Qualität und sind häufig der Auslöser für Drogenkonsum

bzw. Rückfälle. Die Verbesserung und Unterstützung der Impulskontrolle durch neue Verarbeitungs- bzw. Bewältigungsmöglichkeiten steht hier im Vordergrund.

Verbesserung der Kontakt- und Beziehungsfähigkeit

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

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

Leben nach der „Partyzeit“

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

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

6. Schlussbemerkung

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

Dieser Beitrag wurde veröffentlicht in der Tagungsdokumentation

Pro Jugend – Mit Drogen?

Herausgeber **BOA e.V.**

Nachtschatten Verlag 1998