



Landschaftsverband Westfalen-Lippe
Abteilung Gesundheitswesen

FORUM SUCHT

Beiträge aus Praxis und Wissenschaft

Tagungsbericht

*Junges Alter -
steile Karriere*

02./03.06.1993

*Nottuln/
Schapdetten*



**Koordinationsstelle für
Drogenfragen und Fortbildung**
48133 Münster

Telefon (02 51) 5 91 - 38 38
32 67
32 71

ISSN 0942 - 2382
Band 7

Herausgeber:
Landschaftsverband Westfalen-Lippe
Abteilung Gesundheitswesen
Koordinationsstelle für Drogenfragen
und Fortbildung

1. Auflage
1 - 1.500

Februar 1994

**"Junges Alter -
steile Karriere"**

-Tagungsbericht-

**Abt. Gesundheitswesen
Koordinationsstelle für Drogenfragen
und Fortbildung**

**48133 Münster
Tel.: 0251/591-3838**

Inhaltsverzeichnis

Referat	Seite
"Der entwicklungspsychologische Befund der späten Kindheit und des Jugendalters" G. Schmidt, Hamm	9
Referat	
"Gesteuertes Nebeneinander oder vernetztes Miteinander? - Jugendhilfe und Drogenhilfe im kommunalen Bereich - " R. Bathen, Münster	26
Referat	
"Jugendpsychiatrische/medizinische Aspekte von jungen Abhängigen im Hinblick auf eine stationäre Behandlung" Dr. W. Huck, Hamm	48
Kurzreferat	
"VSE-Projekt, Mobile Betreuung für drogenabhängige Jugendliche" H. Eichler, Dortmund	67
Kurzreferat	
"Stationäres Hilfeangebot für sozial Integrierte mit kürzeren Karrieren" M. Grotjahn, Bremen	71
Kurzreferat	
"Die therapeutische Einrichtung für junge Abhängige 'Eppenhain'" W. Munderloh, Eppenhain	80
Kurzreferat	
"Mobile Jugendarbeit in Dortmund" D. Fiedler, Dortmund	92
Kurzreferat	
"Kulturpädagogische Lebens- und Werkgemeinschaft Leimbach e.V." A. Dorka-Kammermann, Willingshausen	99

Vorbemerkung

Es gibt sie in großer Zahl, die jungen Menschen mit der steilen (Sucht-)Karriere! MitarbeiterInnen aus den Bereichen der Jugend- und Drogenhilfe stellen dies in der letzten Zeit vermehrt fest. Doch die Hilfsangebote für jugendliche Abhängige und für Abhängige mit kurzer Suchtkarriere sind bei weitem nicht ausreichend und differenziert genug, um auf die besonderen Probleme dieser Gruppe angemessen eingehen zu können.

Die wissenschaftliche Begleitung zum Modellprojekt "Therapie sofort" beziffert die Zahl der Drogenabhängigen, die im Projekt um Hilfe nachsuchen und unter 24 Jahre alt sind, auf 48 %.

Einrichtungen der Erziehungshilfe werden verstärkt mit dem Problem auch illegaler Suchtstoffe konfrontiert und stehen dieser Herausforderung, angesichts oft unzureichender Interventionsmöglichkeiten, eher hilflos gegenüber. Aufgrund dieser Tatsache besteht Handlungsbedarf, um betroffenen jungen Drogengefährdeten und Drogenabhängigen differenzierte Hilfsangebote anzubieten, die dem Alter und der "Karriere" angemessen sind.

Diese Hilfe erfordert die Zusammenarbeit, den Austausch und die Koordination aller am Problem beteiligten Disziplinen und Professionen.

Die Fachtagung "**Junges Alter - steile Karriere**" geht der Frage nach, auf welchem Wege und mit welchen unterschiedlichen Angeboten diese Zielgruppe angesprochen und erreicht werden kann. Dazu werden einfürend die besonderen Entwicklungsaufgaben junger Menschen aus entwicklungspsychologischer Sicht dargestellt und mögliche Postulate an die Jugend- und Drogenhilfe entworfen. Im Hinblick auf eine stationäre Behandlung werden daran anschließend jugendpsychiatrisch/medizinische Aspekte bei der Behandlung junger Abhängiger referiert und zur Diskussion gestellt.

Im weiteren Verlauf der Fachtagung werden bereits bestehende Interventionsangebote aus den Bereichen der Jugend- und Drogenhilfe vorgestellt. Konzepte aus dem Bereich der Streetwork, spezielle ambulante Maßnahmen, teilstationäre Hilfen und verschiedene therapeutische Einrichtungen sollen besondere Berücksichtigung finden.

Diese Tagung soll ein weiteres Mal den Diskurs unterschiedlicher Disziplinen ermöglichen und ein Forum anbieten, um Ansätze und Modelle einer differenzierten und erfolgversprechenden Hilfe für junge Drogengefährdete/Drogenabhängige zu diskutieren und weiter zu entwickeln.

Dr. W. Pittrich
Landesrat

W. Rometsch
Leiter der Koordinationsstelle

*Der entwicklungspsychologische Befund der späten Kindheit und des Jugendalters**

Gotthard Schmidt

Im Laufe der Geschichte der Entwicklungspsychologie hat man immer wieder versucht, die Gesamtentwicklung des Menschen zu beschreiben und zu erklären. Dabei verfolgte man unterschiedliche Perspektiven: Die *Psychoanalyse* hält vorrangig die unbewußten psychischen Prozesse, die *Kognitionstheorie* bewußte geistige Prozesse und die *Sozialisationstheorie* soziale Prozesse für die Triebfedern der Entwicklung. Die von der jeweiligen Theorie in den Vordergrund gerückten Prozesse lassen sich jedoch nicht als der allein entscheidende Faktor der Gesamtentwicklung verstehen; in diesem Fall wären die konkurrierenden Theorien nicht miteinander vereinbar.

* Dieser Beitrag wurde nicht im Rahmen der Fachtagung vorgetragen.

Stattdessen empfiehlt es sich, die Theorien als unterschiedliche, jeweils verkürzte wissenschaftliche Zugriffe auf das Phänomen "Entwicklung" zu verstehen und nach der Vereinbarkeit der Perspektiven zu fragen, um so einen komplexeren Zugang zur Entwicklung zu gewinnen. Der Philosoph und Soziologe HABERMAS unternimmt diesen Versuch im Hinblick auf die "Ich-Entwicklung" und kommt zu folgenden Grundauffassungen:

1. Die Sprach- und Handlungsfähigkeit des erwachsenen Subjekts ist das Ergebnis von Reifungs- und Lernprozessen, deren Zusammenspiel wir noch nicht durchschauen.
2. Der Bildungsprozeß sprach- und handlungsfähiger Subjekte durchläuft eine nicht umkehrbare Folge diskreter und komplexer Entwicklungsstufen, wobei keine Stufe übersprungen werden kann und jede höhere Stufe die vorangehende "impliziert".
3. Der Bildungsprozeß vollzieht sich nicht nur diskontinuierlich, sondern in der Regel krisenhaft. Der Lösung von stufenspezifischen Entwicklungsproblemen geht eine Phase der Entstrukturierung und teilweise Regression voraus. Die Erfahrung der produktiven Auflösung einer Krise ist Bedingung für die Bewältigung späterer Krisen.
4. Die Entwicklungsrichtung des Bildungsprozesses ist durch zunehmende Autonomie gekennzeichnet. Damit ist die Unabhängigkeit gemeint, die das "Ich" erwirbt durch erfolgreiche Problemlösung und durch wachsende Problemlösungsfähigkeiten im Umgang

- a) mit der Realität der äußeren Natur und einer unter strategischen Gesichtspunkten kontrollierbaren Gesellschaft;
 - b) mit der nicht vergegenständlichten symbolischen Struktur einer teilweise verinnerlichten Kultur und Gesellschaft und
 - c) mit der inneren Natur der kulturell interpretierten Bedürfnisse, der kommunikativ nicht verfügbaren Antriebe des Leibes.
5. Die Identität des "Ich" bezeichnet die Kompetenz eines sprach- und handlungsfähigen Subjekts, bestimmten Konsistenzforderungen zu genügen. ERIKSON: "Das Gefühl der "Ich-Identität" ist das angesammelte Vertrauen darauf, daß der Einheitlichkeit und Kontinuität, die man in den Augen anderer hat, eine Fähigkeit entspricht, eine innere Einheit und Kontinuität aufrecht zu erhalten.
- "Ich-Identität" ist natürlich von bestimmten kognitiven Voraussetzungen abhängig, aber sie ist keine Bestimmung des wissenschaftlich erkannten "Ich"; sie besteht vielmehr in einer Kompetenz, die sich in sozialen Interaktionen bildet. Die Identität wird durch *Vergesellschaftung* erzeugt, d.h. dadurch, daß sich der Heranwachsende in ein bestimmtes soziales System erst einmal integriert; später wird die Identität durch *Individuierung* gesichert und entfaltet durch eine wachsende Unabhängigkeit gegenüber sozialen Systemen.

6. Ein wichtiger Mechanismus des Lernens ist die Umsetzung äußerer Strukturen in innere. PIAGET spricht von Interiorisierung, wenn Schemata des Handelns, also Regeln der manipulativen Beherrschung von Gegenständen nach innen verlegt und in Schemata der Auffassung und des Denkens verwandelt werden. Mit diesem Mechanismus der Verinnerlichung hängt das weitere Prinzip zusammen, durch aktive Wiederholung dessen, was man zunächst passiv erfahren oder erlitten hat, Unabhängigkeit zu erlangen gegenüber äußeren Objekten, Bezugspersonen oder eigenen Impulsen.

Wenn man nun die von HABERMAS genannten Grundauffassungen bezüglich der Entwicklung des Menschen bedenkt, besonders die Abschnitte 4 - 6, so mag deutlich werden, daß der Einstieg in eine Drogenkarriere - vor allem in jungen Jahren - a u c h ein "Ergebnis gestörter Entwicklung und Sozialisation" sein kann; d. h. es konnte evtl. kein Bildungsprozeß in Richtung auf Autonomie in Gang gesetzt werden, bzw. eine "Ich-Identität" wurde auch nicht annähernd erreicht.

Im Folgenden soll nun das Entwicklungsmodell von E. H. ERIKSON in seinen Grundzügen dargestellt werden, da es für die Erklärung fehlgelaufener Entwicklung, vor allem bei Jugendlichen, geeignet erscheint.

Das psychoanalytische Entwicklungsmodell nach ERIKSON baut auf dem Freud'schen Persönlichkeitsmodell auf und führt dieses weiter. FREUD verstand unter "Entwicklung" in erster Linie die "Trieb- bzw. affektive Entwicklung" des Menschen, wobei er auch geistige Leistungen als Sublimierungen libidinöser Energien sah; d. h. für ihn war Entwicklung im wesentlichen "Persönlichkeitsentwicklung", die mit dem Durchlaufen psychosexueller Phasen (orale, anale, phallische, genitale) und mit fortschreitendem Prozeß der Beherrschung von Triebbedürfnissen zur I c h - R e i f u n g (Unterordnung des "Lustprinzips" unter das "Realitätsprinzip") führt. Bei diesen Pha-

sen sieht FREUD jeweils charakteristische Arten des Lustgewinns, bestimmte Objektbeziehungen, Abwehrmechanismen, sowie bestimmte Entwicklungsaufgaben oder Konfliktsituationen, deren Bewältigung das Erreichen der nächsten Entwicklungsstufe erleichtert. Jede Entwicklungsstufe konfrontiert das Kind/den Jugendlichen mit einem neuen Problem, das neue Muster der **sozialen Interaktion** und der **interpersonalen Beziehung** verlangt.

Hier setzt ERIKSON an und erweitert das Freud'sche Modell in Richtung psychosozialer Kategorien in Phasen der **Identitäts-Entwicklung**, die auf ständiger Wechselwirkung zwischen Individuum und Gesellschaft beruht (vgl. "multifaktorielles Dreieck" bei Entstehung von Drogenabhängigkeit: Individuum - Droge - Gesellschaft!).

ERIKSON'S PHASENLEHRE

ERIKSON versteht die Identitätsentwicklung als psychosoziale Entwicklung, für die es ein universelles Grundschema gibt, das bestimmte Thematiken in ihrer Abfolge im menschlichen Lebenslauf festlegt. Jede Thematik besteht im Grunde genommen das ganze Leben hindurch; während einer bestimmten Altersphase aber wirkt sie dominierend und verschärft sich zu einer **potentiellen Krise**, in der das Individuum zwischen zwei Polen der betreffenden Thematik schwankt. Der Konflikt, der zur Krise eskalieren kann, wird durch Anforderungen und Erwartungen der sozialen Umwelt ausgelöst. Während der Krise identifiziert sich eine Person mit beiden Polen; erst durch die eigene Verarbeitung und Lösung der Krise wird die Phase abgeschlossen.

1. Phase: **Ur-Vertrauen gegen Ur-Mißtrauen**

(ca. 1. Lebensjahr)

Vertrauen im Gegensatz zu Mißtrauen heißt "nicht nur, daß man gelernt hat, sich auf die Gleichwertigkeit und Dauer der äußeren Versorger zu verlassen, sondern auch, daß man sich selbst und der Fähigkeit der eigenen Organe trauen kann, mit dringenden Bedürfnissen fertig zu werden, und daß man imstande ist, sich selbst als vertrauenswürdig genug zu empfinden, so daß die Versorger nicht auf der Hut sein müssen, durch beißenden Zugriff festgehalten zu werden." Die **K r i s e** der ersten Phase besteht darin, daß die Mutter als Bezugsperson sich immer wieder räumlich - zeitlich entfernt und daß das Kind sich der Verlässlichkeit ihrer Rückkehr zumindest zeitweise nicht sicher ist.

In dieser Phase erlebt das Kind die grundlegenden Modalitäten seiner Kultur: das Geben und Nehmen; Nehmen nicht i. S. des Sich-Beschaffens, sondern in dem des Gegeben-Bekommens und Annehmens.

2. Phase: **Autonomie gegen Scham und Zweifel**

(etwa 2. bis 3. Lebensjahr)

Hier schwankt die Grundform der Handlungen zwischen Festhalten und Loslassen. Setzt sich das Kind mit seinem autonomen Willen durch, oder paßt es sich in der jeweiligen Situation den Erwartungen der Eltern an (Sauberkeitserziehung)? Sich unterordnen bedeutet: sich schämen und zweifeln. Damit das Kind zu einer autonomen Persönlichkeit wird, muß als Lösung der vorausgegangenen Phase Vertrauen entstanden sein.

Wenn eine zu frühe und zu strenge Sauberkeitserziehung das Kind daran hindert, seine Schließmuskeln und sonstigen Funktionen nach eigenem Willen allmählich beherrschen zu lernen, gerät es in einen Zustand doppelter Rebellion und Niederlage. Machtlos in seinem eigenen Körper und machtlos nach außen ist es gezwungen, entweder durch Regression in die frühere Phase oder durch einen Scheinfortschritt sein Gleichgewicht zu suchen.

3. Phase: **Initiative** gegen **Schuldgefühle**

(etwa 4. bis 5. Lebensjahr)

Wie bei den ersten beiden Phasen orientiert sich ERIKSON an der psychosexuellen Entwicklungslehre von FREUD. Hier spielen die ödipalen Konflikte eine entscheidende Rolle: Sich-Hingezogen-Fühlen zum gegengeschlechtlichen Elternteil - Rivalität und Feindschaft gegenüber dem gleichgeschlechtlichen Elternteil.

3 Entwicklungsschübe kommen dem Kind zu Hilfe, beschleunigen aber auch die nächste Krise:

- das Kind lernt, sich freier und kraftvoller zu bewegen und gewinnt ein unbegrenztes Tätigkeitsfeld;
- sein Sprachvermögen vervollkommnet sich, so daß es sehr viel verstehen und fragen kann, aber auch vieles mißversteht;
- Sprache und Bewegungsfreiheit erweitern seine Vorstellungswelt.

Das Kind erkennt sich selbst als einem bestimmten Geschlecht zugehörig. Es beginnt, sich selbst, seinen Körper, seine Leistungen mit dem erwachsenen Gegenbild zu ver-

gleichen: Konkurrenzverhalten. Es entstehen Schuldgefühle - i. V. m. der Ausbildung des individuellen Gewissens - durch den Wunsch nach engerer Gemeinschaft mit dem gegengeschlechtlichen und Verdrängung des gleichgeschlechtlichen Elternteils.

Die Lösung dieser Krise realisiert sich in der Identifikation mit dem gleichgeschlechtlichen und in Liebe und Zärtlichkeit zum gegengeschlechtlichen Elternteil.

4. Phase: **Werksinn gegen Minderwertigkeitsgefühl**

(etwa 6. bis 12. Lebensjahr)

Man könnte sagen, daß sich die Persönlichkeit in ihrem ersten Stadium um die Überzeugung kristallisiert: "Ich bin, was man mir gibt", im zweiten um die: "Ich bin, was ich will", im dritten: "Ich bin, was ich mir zu werden vorstellen kann"; im vierten Stadium: "Ich bin, was ich lerne".

Mit dem Eintritt ins Schulleben muß das Kind frühere Hoffnungen und Wünsche vergessen; stattdessen lernt es, sich Anerkennung zu verschaffen, indem es etwas leistet. Es hat seine erreichbare Umgebung und seine Körperfunktionen kennengelernt und ist bereit, sich Handfertigkeiten und Aufgaben zuzuwenden, die den Lustgewinn an der Funktion seiner Gliedmaßen weit überschreiten.

Mit der Vermittlung der "Kulturtechniken" (lesen, schreiben, rechnen) geht eine weitestmögliche Grunderziehung für die größtmögliche Anzahl von Berufen einher. Je größer die Spezialisierung ist, um so undeutlicher wird das Ziel der Initiative; je komplizierter die soziale Realität ist, um so nebelhafter erscheinen die Rollen von Vater und Mutter in ihr. Zwischen Kindheit und Reife liegt das weite Feld der Schule als eine Welt für sich mit eigenen Zielen und Grenzen, Erfolgen und Enttäuschungen.

Obwohl das Spiel auch in dieser Phase noch eine wesentliche Rolle für das Kind hat, muß es doch immer mehr das Gefühl haben, "für etwas nützlich zu sein", etwas machen zu können und es möglichst gut machen zu können: Werksinn.

Aufgrund der Sublimierung der libidinösen Wünsche wendet das Kind seine Energien nützlicheren Beschäftigungen und sozialen Zielen zu, entwickelt Fleiß und ein erstes soziales Engagement.

Die Krise dieses Stadiums liegt in der möglichen Entwicklung eines Gefühls der Unzulänglichkeit und Minderwertigkeit. Dieses Gefühl kann Ergebnis sein von unzureichenden Lösungen der vorhergehenden Phasen oder von Enttäuschungen in der Schule etc.

Andererseits ist dieses Stadium entscheidend in sozialer Beziehung; s. o.! Da der Tätigkeitsdrang das Tun mit und neben anderen umfaßt, entwickelt sich in dieser Zeit ein Gefühl für Arbeitsteilung und für gerechte Chancen.

5. Phase: **Identität gegen Identitätsdiffusion**

(etwa 13. bis 18. Lebensjahr)

Mit der Aufnahme guter Beziehungen zur Welt des Schaffens und zu denen, die diese neuen Fertigkeiten lehren und teilen, endet die eigentliche Kindheit. Alle bisherigen Identifizierungen und Sicherungen werden erneut in Frage gestellt. Der Jugendliche versucht jetzt, seine soziale Rolle zu finden und zu festigen. Er möchte wissen, wie er - im Vergleich zu seinem Selbstgefühl - in den Augen der anderen ercheint und wie er seine früher aufgebauten Rollen und Fertigkeiten mit den gerade modernen Idealen und Leitbildern verknüpfen kann.

Die Integration, die nun in der Form der "Ich-Identität" stattfindet, ist mehr als die Summe der Kindheitsidentifikationen. Sie ist das Kapital, das in den Erfahrungen

früherer Entwicklungsstufen angesammelt wurde, wenn eine erfolgreiche Identifikation zu einer erfolgreichen Ausrichtung der Grundtriebe des Individuums auf seine Begabung und seine Chancen geführt hat.

Die Krise in dieser Phase tritt auf, wenn Eltern und Lehrer das Selbstvertrauen verlieren und plötzlich entgegengesetzte Methoden anwenden, um einem allgegenwärtigen Ideal näher zu kommen. Oder wenn die Kinder selbst ihre gefühlsstarken und überfürsorglichen Mütter als Hindernis für die Bildung einer mehr unabhängigen Persönlichkeit empfinden.

Die Gefahr dieser Stufe ist die Identitätsdiffusion; viele Jugendliche kommen mit den übernommenen, ihnen durch die Gesellschaft auferlegten Rollen nicht zurecht und flüchten aus dem Elternhaus, der Schule, dem Arbeitsplatz in eine "mehr Sicherheit und Geborgenheit versprechende" Situation!

Nicht nur die Unfähigkeit, sich für einen Beruf zu entscheiden, sondern auch die Überidentifizierung - bis zur zeitweiligen Aufgabe des "Ich" - mit Helden von Cliquen und Massen kennzeichnen die Identitätsdiffusion.

Die Abwehr gegen ein Gefühl der Identitätsdiffusion kann sich zeigen in Intoleranz und Grausamkeit gegenüber anderen, die "verschieden" sind in Hautfarbe oder Herkunft, in Geschmack und Gaben, oft auch in ganz winzigen Momenten der Kleidung oder Gestik.

Die 6. bis 8. Phasen beziehen sich auf die Stufen des Erwachsenenlebens. Hier seien nur die einzelnen Phasen und ihre zeitliche Zuordnung genannt.

6. Phase: Intimität und Distanzierung gegen Selbstbezogenheit

(etwa 19. - 25. Lebensjahr)

7. Phase: Zeugende Fähigkeit gegen Stagnation

(etwa 26. - 40. Lebensjahr)

8. Phase: "Ich-Integrität" gegen Verzweiflung und Ekel

(etwa 41. - ? Lebensjahr)

Ausgewählte Aspekte der Entwicklung im Jugendalter

Nach der mehr theoretischen Übersicht über die Entwicklung des Menschen sollen nun einige Aspekte des Jugendalters etwas näher beleuchtet werden. Den Jugendlichen kennzeichnen vor allem zwei Merkmalsbereiche:

- a) die drastische und dramatische körperliche Veränderung,
die in wenigen Jahren das Kind zum Erwachsenen verwandelt;

- b) die eigenwilligen Einstellungen, auffälligen Gefühle und
Verhaltensweisen i.V.m. Rebellion gegenüber Sitte und Moral
der Erwachsenen.

Dennoch setzt die entwicklungspsychologische Forschung heute andere Schwerpunkte bezüglich der Entwicklungsaufgaben des Jugendalters und ihrer Bewältigung durch Jugendliche. Als zentraler Begriff kristallisiert sich dabei die "Gewinnung von Identität" heraus; dieses Ziel gilt es in einer Zeit des Übergangs trotz Unsicherheit und Labilität durch aktive, weltzugewandte Umorientierung zu erreichen.

Entwicklungsaufgaben im Jugendalter (und ihre Bewältigung durch Jugendliche)

Obwohl in neuerer Zeit immer wieder behauptet wird, das Jugendalter sei nicht eine Zeit der heftigen Krise, emotionalen Labilität und akuten Gefährdung, bleibt das objektive Faktum bestehen, daß Jugendliche schwierige Aufgaben im Übergang zum Erwachsenenalter zu bewältigen haben. Dennoch schaffen es die meisten Jugendlichen, mit der Vielzahl der Aufgaben und Probleme fertig zu werden.

Um die Frage zu klären, mit welchen Entwicklungsaufgaben Jugendliche sich besonders schwer tun, sollen zunächst die wichtigsten Entwicklungsaufgaben im Jugendalter genannt und Formen der Bewältigung und Problemlösung vorgestellt werden.

Gerade im Jugendalter wird deutlich, daß Entwicklung etwas ist, das sich nicht "von selbst" vollzieht. Der Jugendliche sieht sich expliziten Aufgaben gegenüber, und der Erwachsene sorgt dafür, daß diese Aufgaben bewältigt werden. HAVIGHURST (1972) nennt folgende Entwicklungsaufgaben für das Jugendalter:

1. Akzeptieren der eigenen körperlichen Erscheinung und effektive Nutzung des Körpers: sich des eigenen Körpers bewußt werden.
2. Erwerb der Geschlechtsrolle: Individuelle Lösung für das geschlechtsgebundene Verhalten und für die Ausgestaltung der Geschlechtsrolle.
3. Erwerb neuer und reiferer Beziehungen zu Altersgenossen beiderlei Geschlechts: Bedeutung der "Peer-Group".
4. Gewinnung emotionaler Unabhängigkeit von Eltern u. a. Erwachsenen.

5. Vorbereitung auf die berufliche Karriere: "Lernen" zielt direkt oder indirekt auf die Übernahme einer beruflichen Tätigkeit ab.
6. Vorbereitung auf Heirat und Familienleben: Erwerb von Kenntnissen und sozialen Fertigkeiten für Aufgaben in Partnerschaft und Familie.
7. Gewinnung eines sozial verantwortlichen Verhaltens: Engagement für das Gemeinwohl, Auseinandersetzung mit politischer und gesellschaftlicher Verantwortung des Bürgers.
8. Aufbau eines Wertsystems und eines ethischen Bewußtseins als Richtschnur für das eigene Verhalten: Auseinandersetzung mit der Wertsetzung der Gesellschaft soll zu eigenständiger "internalisierter" Struktur von Werten als Orientierung für das Handeln führen.

DREHER UND DREHER (1985) sehen noch 3 weitere Aufgaben:

9. Über sich selbst im Bilde sein: Wissen, wer man ist und was man ist (vgl. 5. Phase bei ERIKSON: Identität als zentrales Thema des Jugendalters).
10. Aufnahme intimer Beziehungen zum Partner (Sexualität, Intimität).
11. Entwicklung einer Zukunftsperspektive: sein Leben planen und Ziele ansteuern, von denen man glaubt, daß man sie erreichen kann; vgl. Aufg. 4, 5, 6).

Bewältigung von Entwicklungsaufgaben

Selbstmord unter dem Bewältigungsaspekt

Obwohl die überwiegende Mehrheit der Jugendlichen die o.g. Entwicklungsaufgaben mehr oder weniger problemlos lösen, gibt es genug junge Menschen, die aus vielerlei Ursachen große Schwierigkeiten dabei haben. Unter diesem Gesichtspunkt läßt sich der Selbstmord von Jugendlichen sehen.

1974 stand der Selbstmord an dritter Stelle der Häufigkeit der Todesfälle im Jugendalter (RIPPLE u.a.); von den Suizidversuchen gar nicht zu reden. Männliche Jugendliche begehen dreimal so häufig Selbstmord wie weibliche Jugendliche, diese unternehmen sechsmal so häufig Selbstmordversuche. Man kann daraus schließen, daß Mädchen den Selbstmordversuch als Strategie verwenden, um auf ihre Nöte aufmerksam zu machen und Unterstützung zu erhalten. Männliche Jugendliche scheinen den Selbstmord als ernsthaften Ausweg aus ihren Problemen zu wählen.

JAKOBS (1971) fand eine typische Folge von Erfahrungen, die bei Jugendlichen zum Selbstmord führen:

1. Das Individuum hat bereits in der Kindheit Anpassungsprobleme gehabt, von denen viele durch eheliche Zwistigkeiten, strenge Erziehung und negative, wenig effiziente Beziehungen zwischen Eltern und Kind bedingt zu sein scheinen.
2. Wenige Wochen oder Tage vor dem Selbstmord erlebt das Individuum ein Anwachsen der Probleme.

3. Versuche, mit dem Problem fertig zu werden, sind erfolglos und führen zu dem Eindruck, keine Kontrolle mehr zu haben.
4. Der Jugendliche gewinnt den Eindruck, daß Eltern u. a. Personen ihn nicht verstehen oder ihm nicht helfen wollen.

Selbstmordversuche können als inadäquate Strategien der Bewältigung von Problemen bzw. Entwicklungsaufgaben gesehen werden. Der Selbstmord löst aus der Sicht des Betroffenen mit einem Schlag alle Probleme.

Problemverhalten unter dem Bewältigungsaspekt

Die Bewältigung der Entwicklungsaufgaben bedeutet, sich mit einer Vielzahl neuer Anforderungen auseinanderzusetzen. Der Erfolg dieser Bemühungen hängt nicht zuletzt davon ab, ob es gelingt, die Komplexität der Anforderungen mit den gegebenen Möglichkeiten in Einklang zu bringen. Dies geht nicht ohne Schwierigkeiten, denen mehr oder weniger alle Jugendlichen ausgesetzt sind.

P r o b l e m v e r h a l t e n ist eine Antwort auf solche Belastungen und ist in dieser Hinsicht allen auf Entwicklung bezogenen Bemühungen gleichgestellt. Es schafft ohne Frage Risiken für die Entwicklung, hilft aber auch, Entwicklungsprobleme zu überwinden. Damit ist nicht gesagt, daß Problemverhalten grundsätzlich durch Entwicklungsprobleme begründet ist; neben diesen gibt es viele weitere Gründe, die am Ende zu Problemverhalten führen; vgl. übermäßiger Alkoholgebrauch als "gute alte Sitte" im Zusammenhang mit Familienritualen.

- a) Was ist Problemverhalten?

In jedem Fall kann eine genauere Bestimmung nur über den Bezug zu Normen erfolgen. Für diesen Zusammenhang ist es hilfreich, sozial-orientierte und personen-orientierte Normen zu unterscheiden. Der Begriff des abweichenden Verhaltens ist eindeutig auf sozial-orientierte Normen bezogen, deren Einhaltung gefordert wird, um Probleme für das Funktionieren sozialer Systeme zu verhindern. Personen-orientierte Normen lassen sich auch durch Funktionalität legitimieren, allerdings bezogen auf das Individuum; vgl. Begriffe wie: Gesundheit, Wohlbefinden, optimale Entwicklung der Persönlichkeit.

Sozial- und personen-orientierte Normen können einander entsprechen oder sich widersprechen.

b) Anlässe zu Problemverhalten

- Übermaß an Fremdbestimmung; mit der Beschneidung der Selbstregulation ist ein entscheidender Moment jugendlicher Entwicklungsprozesse betroffen, was in der Folge zu schweren Beeinträchtigungen des Selbstwertgefühls führen kann. Fehlt dem Jugendlichen jegliche Kontrolle über die Ergebnisse seiner Entwicklungsinterventionen, weil äußere Einflüsse die beabsichtigten Änderungen wirkungslos machen oder in ihr Gegenteil verkehren, mangelt es also an Autonomie und Alternativen, liegt Fremdbestimmung in der Entwicklung vor.

- Erleben von Sinnverlust; gemeint ist ein Mangel an zukunftsorientierten Perspektiven der Person. Wer in seiner Entwicklung den Zusammenhang zwischen einzelnen Fakten nicht zu sehen oder herzustellen vermag, weil

es an Werthaltungen fehlt, die allem Sinn verleihen, steht vor dem Problem des Sinnverlustes.

- Mangel an Passung; Entwicklungsprobleme als Folge von Fremdbestimmung oder Sinnverlust haben gemeinsam, daß sie Selbstregulation als Merkmal der Entwicklung grundsätzlich in Frage stellen. Wenn diese Selbstregulierung zwar eingeschränkt, aber nicht völlig beschnitten ist, spricht man von Mangel an Passung.

- Widersprüche in der Planung; Ziele und Möglichkeiten der Verwirklichung von Entwicklung fallen auseinander.

- Schwierigkeiten der Verständigung; Entwicklung findet in sozialen Einheiten wie Familie oder "peer-group" statt; Jugendliche sind auf soziale Interaktion als wesentliche Quelle von Erfahrungen, auf Unterstützung und Widerstand angewiesen. Sind die Entwicklungsorientierungen der Beteiligten sehr verschieden, werden die Möglichkeiten zum gegenseitigen Verständnis beschränkt sein.

Literatur: Oerter/Mocetada

Entwicklungspsychologie,

Psych. Verlagsunion, München 1987

Gesteuertes Nebeneinander oder vernetztes Mit- einander?

*- Jugendhilfe und Drogenhilfe im kommunalen Bereich -**

R. Bathen, Münster

Vorbemerkungen

Ich danke für die Einladung zu dieser Tagung. Ich weiß, daß ich aus einem doppelten Grund eingeladen wurde. Zum einen arbeite ich als Leiter einer Beratungsstelle für Drogenfragen und Krisenhilfe im Bereich der System- und Familientherapie nahezu ständig mit unterschiedlichen Einrichtungen der Jugendhilfe zusammen, zum anderen bin ich Mitglied einer ständigen interdisziplinären Arbeitsgruppe des Landesjugendamtes Westfalen-Lippe zum Themenkomplex der Vernetzung von Jugendhilfe- und Drogenhilfeeinrichtungen.

* Dieser Beitrag wurde nicht im Rahmen der Fachtagung vorgetragen.

Das bedeutet allerdings nicht, daß ich mich hier als Fachmann für diese Fragen verstehe, der heute mit einem Rucksack voller Rezepte und Lösungen bei Ihnen vorbeischaute. Im Grunde kann ich Ihnen nur einen eingeschränkten Einblick in die spezifischen Erfahrungen mit den Bedingungen in Nordrhein-Westfalen vermitteln.

Das Phänomen des Drogengebrauchs als sinnstiftende Maßnahme

Wenn wir das Phänomen des Drogengebrauchs bei Jugendlichen zwischen Mitarbeitern der Jugendhilfe und der Drogenhilfe diskutieren, fällt häufig nach einiger Zeit auf, daß wir scheinbar vollkommen verschiedene Situationen vor Augen haben. Es fällt uns schwer, die Bilder und Einschätzungen der jeweils anderen "Seite" nachzuvollziehen. Wir stellen fest, daß wir mit verschiedenen "Sprachen" reden. Wir urteilen auf dem Hintergrund unterschiedlicher Erfahrungen, unterschiedlicher Wertmuster, unterschiedlicher normativer Vorgaben und unterschiedlicher Erklärungsansätze. Kollegen einer Hamburger Erziehungseinrichtung beschrieben einmal das pädagogische Handeln der Jugendhilfe im Umgang mit Drogengebern als ein "Pendeln zwischen zwei Extremen: Überreaktion und Wegschauen", also eine Reproduktion auch der gesellschaftlichen Bewertung des Drogengebrauchs.

Aus diesem Grund ist es auch hier wichtig zu beschreiben, auf welchem Hintergrund ich den Gebrauch illegaler Drogen durch Jugendliche sehe, welche Funktion ich diesem Umstand zuschreibe, wie ich diese Handlungen bewerte und welches eigene Handeln ich daraus ableite.

Jugendlicher Drogengebrauch kann Teil eines jugendspezifischen Experimentier- und Risikoverhaltens sein. Gerade auch die Kriminalisierung und die Illegalität der Szene ermöglichen, Spielräume und Grenzen auszutesten, Reiz und Abenteuer erlebbar zu machen, Erlebnishorizonte zu öffnen. Sarkastisch gesagt, kann für die Jugendlichen

ihr Drogengebrauch eine erlebnispädagogische Maßnahme sein. Die gesellschaftlichen Reaktionsmuster und die der erziehenden Personen können hier in der Folge die Gefahr fördern, daß jugendliches Experimentierverhalten in riskantes Außenseiterdasein abgeleitet. So bedeutet Drogengebrauch nicht nur Gefahr, sondern auch sinnstiftende Alltagsgestaltung für viele Jugendliche.

Gerade Kinder und Jugendliche in Einrichtungen der Jugendhilfe, insbesondere der familienersetzenden Jugendhilfe, haben ihre ganz persönlichen subjektiven und sozialisierenden Erfahrungen hinter sich, z. B.

- den Zerfall sozialer Bindungen und Beziehungen
(Scheidung, Trennung der Eltern),
- Ohnmacht und Resignation in der Rolle des Schwachen
- die Nichtplanbarkeit von Sicherheit und Zukunft
- die Wirksamkeit provozierender Grenzüberschreitungen
- die Verlogenheit und Verdrossenheit gegenüber gesellschaftlich propagierten Werthaltungen
- die Reduktion auf das eigene Ego als depressive
Konsequenz
- usw.

Jugendliche sind Suchende, die auch im Bereich der Sucht nach Lebensstilen und Modellen suchen. Sie konsumieren noch nicht wie Altjunkies die Droge, um Entzugssymptomaten zu vermeiden und sind nicht mit dem Drogengebrauch als 24-Stunden-Job beschäftigt. Jugendliche Experimentierer leben in sozialen Bezügen, die nutzbar sind, in Kontakt zu kommen. Ihre stetige Suche nach Sinnggebung und Zukunftsorientierung, ihre Angst und Sensibilität auch für das Unmenschliche in ihrer Lebensumwelt sind zugleich Risiko für eine Suchtgefährdung und auch Chance, eine

konstruktive Lebensperspektive selbstbestimmt und eigenverantwortlich zu entwickeln und zu beeinflussen.

Süchtiges Verhalten ist in meinen Augen Lebens- und Konfliktbewältigungsstrategie, wie es andere auch gibt. Vielleicht liegen diese Bewältigungsstrategien eben nur auch außerhalb der Denk- und Wertvorstellungen von Beratern und Therapeuten. Hinzu kommt, daß diese Strategie, zumindest beim Konsum illegaler Drogen, kriminalisiert wird, daß durch die Subkultur der illegalen Drogenszene verstärkt gesundheitliche und andere Folgeschäden entstehen, und der Mythos des Exotischen auch den Berater und Therapeuten verführen kann.

Hier stellt sich die gleiche Frage, wie in anderen als problematisch empfundenen Lebenszusammenhängen auch, nach

- der Bedeutung des Symptoms im Individualsystem, in der Beziehung, in der Familie etc.,
- den Beziehungsregeln,
- den Organisationsmustern,
- den Bedeutungszusammenhängen.

Wichtig bleibt, daß das Symptom "Sucht" eine positive Funktion im sozialen Kontext besitzt. Hierüber entstehen zirkuläre Prozesse mit selbstverstärkendem und homöostatischem Charakter. Drogengebrauch entsteht immer in dem sozialen Kontext, in dem der Gebraucher lebt. Dieser Kontext, in welchem Zusammenhang Drogengebrauch entsteht und erhalten bleibt, kann nicht außen vorgelassen werden bei der Betrachtung der Bedeutung des Drogengebrauchs. Allein Drogengebrauch losgelöst individuell zuschreiben zu wollen, mißachtet die systemische Funktion des Symptoms. Im Gegenteil: diese Individualisierung kann entscheidend beigetragen haben zu der Chronifizierung des "Problems Sucht".

"Das Herauslösen aus dem sozialen Feld, die stationäre Unterbringung ohne die bewußte Einbindung des Verhaltens in den sozialen Kontext, dient der langfristigen Chronifizierung. Dabei genügt es auch nicht, zu erklären, 40 % aller Süchtigen leben alleine und ohne soziale Einbindung. Gerade therapeutische Maßnahmen haben diese Ausgrenzung mitinitiiert und lassen im Dunkeln, daß gerade Ausgegrenzte und eigentlich ohne Familie lebende Menschen fest eingefügt sind in ein soziales Netz. Hierbei haben lediglich die therapeutischen Institutionen und Mitarbeiter die Rolle der Familienmitglieder übernommen." (Lenz/Osterhold 1989, S. 37).

Gerade hier wäre es falsch, mit den üblichen gesellschaftlichen Reaktionsmustern Kriminalisierung und "Sucht ist Krankheit" jugendliches Experimentierverhalten belegen zu wollen. Wenn wir Drogengebrauch als Möglichkeit sehen, Probleme und Konflikte scheinbar zu lösen, können Pädagogik, Beratung und Therapie ein Weg sein, alternative Wege im Repertoire des Betroffenen aufzuzeigen. Für die Jugendhilfe ist aber eine Grundlage der Drogenarbeit auch entscheidend. Drogenhilfe lebt durch den direkten Kontakt zu den Betroffenen, sie ist Beziehungsarbeit. Pädagogisches Handeln in diesem Bereich lebt auch von der Gratwanderung zwischen menschlich naher Beziehungsarbeit als Basis des Handelns und dem professionellen distanzierten Wissen.

In der Drogenhilfe hat in den vergangenen Jahren ein deutlicher Paradigmenwechsel stattgefunden. Nicht mehr die Drogenabstinenz ist das primäre Ziel pädagogischen und therapeutischen Handelns der Drogenhilfe, sondern eher die Hilfestellung zur alltäglichen Lebensbewältigung, zum kontrollierten Umgang mit allen (legalen und illegalen) Drogen, die klientenzentrierte und klientenorientierte Begleitung im "Leben lernen" mit der Droge. Ausstiegswünsche werden dann verfolgt - und das in differenzierter und konsequenter Form -, wenn die Betroffenen es wünschen, nicht aber weil es meinem Lebenskonzept als Berater oder Therapeut entspricht.

Die Stigmatisierung und Entmündigung der Betroffenen

Hierzu gehört z. B. auch, kritisch mit dem Krankheitsbegriff in der Drogenhilfe umzugehen. Zwar ist es durch das Urteil des Bundessozialgerichtes 1968 gelungen, eine stabile Finanzierung stationärer Hilfen im Suchtbereich abzusichern, aber welcher Preis wurde gleichzeitig dafür bezahlt? Der drogengebrauchende Mensch ist krank, er ist für sein Handeln nicht verantwortlich, er muß von außen her geschont und behandelt werden. Er ist ein unmündiger Mensch, ausgeliefert dem medizinisch orientierten Behandlungsapparat. Medizinische Rehabilitation reduziert den Menschen auf das Ziel der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit. Um in ein Behandlungsschema und eine abrechenbare Leistung zu passen, muß er als für bestimmte Dinge unfähig definiert werden: nicht gruppenfähig, nicht kommunikationsfähig, nicht konfliktfähig, nicht arbeitsfähig, nicht beziehungsfähig, nicht freizeitfähig, nicht wartefähig in Arzt- und Rechtsanwaltspraxen, usw. Zu fast nichts ist er fähig (s. Sozialberichte und Gutachten in den Akten), bis auf eine Sache, er ist behandlungsfähig, sogar behandlungsbedürftig.

Erzieher, Pädagogen und Therapeuten sowohl in der Jugendhilfe als auch in der Drogenhilfe tragen häufig selbst zu einer negativ-stigmatisierenden Folge der Drogenpolitik bei, wenn sie sich allein auf eine Verständigungsebene berufen, die nicht die Person, den Klienten in den Mittelpunkt des Handelns stellt, sondern die "Sucht", die "Kriminalität" und die "Verwahrlosung" als von sich aus gegeben und veränderungswürdig betrachtet. Juristische und gesundheitliche Folgeerscheinungen des Konsums von Drogen sind aber eher durch die Drogenpolitik und die sich daraus ergebende

Sozialisation der Konsumenten als illegale Randgruppe bedingt als durch den Konsum für sich.

Haben nicht die Drogenhilfe selbst und natürlich v. a. die in ihr tätigen Kollegen dazu beigetragen, daß Drogenmythen existieren, die heute z. B. den Kollegen der Jugendhilfe das Gefühl geben, daß es sich bei drogenexperimentierenden und drogengebrauchenden Jugendlichen um eine ganz besondere Spezies handelt? Wieso verfallen professionelle Erzieher und Sozialpädagogen in der Jugendhilfe, die sich ansonsten mit allen psychosozialen Problemen vom Schwangerschaftsabbruch über Gewalt in der Familie, Jugendkriminalität, Verschuldung der Familien, usw. beschäftigen müssen, gerade dann in eine Starrheit, als sei das Kaninchen durch die Schlange hypnotisiert, wenn das Wort "Drogen" auftaucht? War es auch nicht mal ganz chick und waren die Drogenberater und -therapeuten nicht mal eine bessere Klasse von Sozialarbeitern als andere, weil sie sich in diese gefährliche Märchenwelt der Drogenarbeit wagten?

Jeder Kollege aus der Drogenhilfe wird mich selbstverständlich in den Boden stampfen, wenn ich die Hypothese aufstelle, daß mancher über die stigmatisierende und abwertende herrschende Drogenpolitik insofern an der realen Verelendung der Drogenszene partizipiert hat, als daß im Umkehrschluß der eigene professionelle Status über diese Arbeit aufzuwerten war. Und trotzdem ist an dieser These vielleicht etwas dran.

Ausgrenzungen als Reaktionsmuster

Die in den Köpfen der breiten Bevölkerung existierenden Bilder über die Drogenszene und ihre Kultur prägen gerade in den Teilen, wo Angst, Drogenkriminalität, Drogenkarrieren und Tod eine Rolle spielen, einen großen Teil der Stereotype, die auch von

vielen Mitarbeitern in der Jugendhilfe reproduziert werden. Wenn ein sog. "Drogenproblem" in der stationären Jugendhilfeeinrichtung auffällig wird, wenn in der überbetrieblichen Ausbildungsstätte Cannabis verkauft wird, laufen genau diese "Filme" in den Köpfen der Mitarbeiter ab. Oft habe ich im Kontakt mit Kollegen und Kolleginnen aus der Jugendhilfe den Eindruck, als ginge gleichzeitig jede professionelle Rationalität verloren.

Wenn dies geschieht, wird es auch im Umgang mit den Betroffenen und in der Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe- und Drogenhilfeeinrichtungen spürbar. Noch vor wenigen Jahren, vor der Ära des neuen Kinder- und Jugendhilfegesetzes (KJHG), schienen insbesondere stationäre Jugendhilfeeinrichtungen frei von jeder Drogenrealität zu sein. Ähnlich wie heute noch manche Schulleiter gerne glauben wollen, daß ihre Schule frei von Drogen sei, tauchte auch in fast keinem Bericht des Jugendamtes oder der stationären Einrichtung ein Hinweis auf, daß in der Einrichtung Drogen existieren oder ein Jugendlicher Drogen nutzt. Diese Situation ändert sich seit geraumer Zeit. Ich beobachte jedoch leider, daß dies nicht zu einem rationalen Umgang mit dem Phänomen drogengebrauchender Jugendlicher geführt hat, sondern eher zu Ausgrenzungsprozessen.

Ein Weg besteht darin, dem Jugendlichen im guten Glauben einer Kooperation und Vernetzung einen Termin in der Drogenberatungsstelle zu "besorgen". Als Mitarbeiter der Drogenhilfe unterscheiden sich für mich an dieser Stelle die Kollegen aus der Jugendhilfe oftmals nicht von betroffenen Eltern, die sich in der Beratungsstelle melden. Ich erlebe bei den Kollegen Angst, Selbstvorwürfe, Schuld- und Versagensgefühle und die Hoffnung, daß das Kind in der Beratungsstelle "heilbar" ist. Das in den Köpfen der Mitarbeiter existierende medizinische Modell von Sucht wird bis zu dem Punkt deutlich, daß gleichzeitig die Präventionsmitarbeiter der Beratungsstelle in die Jugendhilfeeinrichtung kommen sollen, um die anderen zu "impfen", daß sie "immun" werden gegen die "Ansteckungsgefahr", die von den identifizierten Verbrauchern aus-

geht. Ausgrenzung kann an einen Punkt gelangen, daß der Jugendliche nicht mehr für die Einrichtung tragbar erscheint, zumindest sollte er verlegt werden. Das "Drehtür-Spiel" beginnt oder befindet sich schon in der x-ten Runde.

Bedacht werden sollte hierbei, daß dieser Schritt, v. a. wenn er begleitet wird von massiven Ausstiegsforderungen und der Androhung von Konsequenzen, von detektivischer Suche nach belegenden Fakten u. ä., immer als Unterbrechung und Aussetzung der Jugendhilfemaßnahme zu werten ist, d. h. für den/die betroffene(n) Jugendliche(n) zu einem (wiederholten) Abbruch der Beziehungsebene führt. Die Jugendlichen machen die Erfahrung, daß auch professionelle Erwachsene erschrocken und resigniert reagieren, oftmals umgesetzt in raschen Aktionismus, der an ihnen vorbeigeht. Gleichzeitig erkennen sie, welchen Aufmerksamkeitsgrad für sich sie erregen können, wobei gleichzeitig möglicherweise das versteckte Kontaktangebot verloren geht und an externe Experten wegdelegiert wird.

Kann es auch sein, daß Einrichtungen der Drogenhilfe oft erst dann hinzugezogen werden, wenn in der Einrichtung fast schon die Entscheidung gefallen ist, daß der Jugendliche nicht mehr haltbar ist? Sehr viel ist schon ausprobiert worden; im Grunde fehlt fast nur noch die indirekte Bestätigung durch die Drogenberatungsstelle, daß die auch hilflos ist und nicht innerhalb von 14 Tagen eine Veränderung initiieren kann!

Pädagogik oder Therapie für drogengebrauchende Jugendliche?

Nun fragen Einrichtungen der Jugendhilfe natürlich mit Recht, was denn die Drogenhilfe hier überhaupt anbieten kann. Bei einer unserer Tagungen in Westfalen wurde von seiten der Jugendhilfe der Vorwurf erhoben, daß die Drogenhilfe für experimentierende oder gefährdete Jugendliche, die noch keine manifeste Sucht entwickelt hät-

ten, keine Angebote vorhalten würde. Andererseits wächst in einigen drogenpolitischen Kreisen der Ruf nach therapeutischen Einrichtungen speziell für jugendliche Drogengebraucher; einige dieser Einrichtungen existieren im Bundesgebiet bereits (Lüneburg, Hamm, Frankfurt etc.). Wie sind diese Dinge zu bewerten?

Wenig beachtet wird dabei, daß jugendliche Betroffene selbst sich durch das stationäre Therapieangebot nicht angesprochen fühlen. Sie erleben ihre Biographie und aktuelle Situation nicht als derart defizitär und behandlungsbedürftig, wie das die therapeutischen Einrichtungen als vorweggenommene Selbsterkenntnis von ihren Klienten erwarten. Wenig beachtet wird auch, daß die Therapieformen, die für Erwachsene entwickelt wurden, nicht ohne weiteres auf Jugendliche übertragbar sind. Wenig beachtet werden auch die Erfahrungen aus der systemischen Familientherapie, die Konsumformen jugendlicher Gebraucher stark in einen systemischen Kontext (z. B. der Familie) setzt. Hier wird ja auch deutlich, daß der Gebrauch von Drogen für den Zustand des Systems einen Sinn machen kann. Wenn z. B. das jüngste und als letztes in der Familie lebende Kind einer Familie Drogen konsumiert, um den Eltern wieder ein gemeinsames Thema zu geben, verbunden und geeint in der Sorge. Vielleicht müßten die Eltern sich ansonsten fragen, was aus ihrer ursprünglichen Paarbeziehung geworden ist, jetzt, heute, wo der Auftrag als Eltern endet. Vielleicht ist das gesamte auffällige Verhalten des Kindes auch unbewußter Ausdruck eines verzweifelten Versuchs, einen emotionalen Kontakt zum familienphlegmatischen Vater zu provozieren, und gleichzeitige Wut über die resignierte und vermittelnde Mutter. Wem könnte denn dann eine therapeutische Intervention eher helfen, oder besser: wo sollte sie ansetzen?

Das vielfach noch vorhandene Einbahnstraßenangebot einer individualisierenden stationären Therapie kann hier mehr als fehl am Platze sein. Eine Nötigung in Richtung einer Drogentherapie kann sogar wieder die gute Absicht der Pädagogen/innen zur

Drogenkarriere erst beitragen, indem Jugendliche in den Kreislauf von Abhängigkeit, Therapie, Abbruch, Drogenszene, usw. eingeführt werden.

Um ein Mißverständnis von vornherein zu vermeiden: sicherlich sind stationäre Therapien oder Substitutionsangebote sinnvolle Maßnahmen, wenn sie von bereits seit längerer Zeit manifest abhängigen Jugendlichen genutzt werden. Nur ist es immens wichtig, hier zu differenzieren in dem Abhängigkeitsgrad gerade der Jugendlichen. Dabei stehen diese Angebote, auf die zunehmend - scheinbar aus einer Unsicherheit heraus - auch bei Jugendlichen zurückgegriffen wird, in keinem Verhältnis zu der geringen Anzahl von Jugendlichen, für die sie wirklich geeignet sind.

Andererseits wird zunehmend gern auf die niedrigschwelligen Angebote der Drogenhilfe zurückgegriffen. Konzepte der Kontaktladenarbeit, der Substitutionsbehandlung, der Fixerstuben sind für langjährig abhängige Altfixer entwickelt worden, und stellen keine geeignete suchtbegleitende Maßnahme für junge Experimentierer und Gebraucher dar. Auch hier könnte die Nutzung dieser Angebote zu einer Manifestierung des Problems kontraproduktiv beitragen.

An dieser Stelle greift auch die nicht unberechtigte Kritik der Jugendhilfe. Die Drogenberatungsstellen kommen fast alle aus einer Tradition der Jugend- und Drogenberatungsstellen. Teestubenarbeit, Jugendberatungs- und Informationszentren sind traditionelle Angebote auch der Drogenhilfe gewesen. Natürlich orientieren sich diese Konzeptionen an der historischen Situation und heute würde eine Teestube vielen Jugendlichen ein müdes Lächeln entlocken. Darum geht es auch nicht. Es geht darum, daß die Drogenpolitik und auch die ihr unterworfenen Drogenhilfeeinrichtungen sich natürlich entsprechend der Programme und Förderrichtlinien entwickelt haben, die aktuell immer opportun waren. So ging es in den letzten Jahren sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene (Nordrhein-Westfalen) vorrangig um den Ausbau von stationären Therapieplätzen und um Verstärkerprogramme für langjährig Abhängige im niedrigschwelligen und suchtbegleitenden Bereich. Die im gesellschaftlichen und po-

litischen Bereich zunehmend als bedrohlich empfundene Situation des Drogenproblems ist durchgeschlagen bis in viele Drogenhilfeeinrichtungen. In den Beratungsstellen schienen Jugendliche und Eltern schon fast lästig zu sein, wenn sie mit einem scheinbar marginalen Cannabisproblem auftauchten.

Und so prallen Ausgrenzungsprozesse der Erziehungshilfeeinrichtungen und ein Desinteresse der Drogenhilfeeinrichtungen - ich überziehe hier bewußt - an marginalen Gefährdungsgeschichten derart aufeinander, daß gegenseitiges Unverständnis und enttäuschte Erwartungen übrig bleiben müssen. Es kommt erst gar nicht dazu, sich über ein gemeinsames Ziel der Hilfe zu verständigen. Die Chancen einer frühzeitig helfenden Unterstützung, auf die ich noch später eingehen will, bleiben außer Acht und pädagogische Ressourcen ungenutzt.

Strukturelle Hindernisse in der psychosozialen Versorgung

Wenn wir uns Anamnesen langjährig drogengebrauchender Menschen ansehen, fällt u.a. auf, daß es bereits frühzeitig Hinweise auf Problem- oder Notlagen in den Familien der Betroffenen gab. Arbeitsplatzverlust, Schulschwierigkeit, Beziehungskrisen der Eltern, Verschuldung, Entwurzelung bei Um- oder Aussiedlern, usw. sind auch in leichteren Erscheinungsformen bereits Krisenmomente des Prozesses gewesen. Auch die Längsschnittstudie "Amsel", ein Forschungsprojekt in der 5jährigen Begleitung drogengebrauchender Menschen in Frankfurt, weist auf diesen Aspekt hin, daß bereits frühzeitige Hilfestellungen, die die gesamte Familie erfassen, zu sehr guten langanhaltenden Erfolgen führen können (KINDERMANN u.a. 1989). Das Problem liegt darin, daß Familien und Helfersysteme sich schwer damit tun, daß das Problem eines Einzelnen mit der gesamten Familiensituation etwas zu tun haben könnte.

Einen ähnlichen Aspekt zeigt meine Erfahrung in der Betreuung einer drogengebrauchenden Mutter mit einem 7 Monate alten Säugling. Ich bekam in der Arbeit zunehmend das Gefühl, daß viele Kräfte an diesem System zogen und zerrten. Eine Supervision ergab, daß insgesamt 17 Institutionen sich um die Lebensrealität dieser Frau kümmern wollten: von unserer Beratungsstelle über das Jugendamt, Vormundschaftsgericht, Rechtsanwalt, Hebamme, Kinderarzt, Nachsorgegruppe "Alleinerziehende", bis zu den Großeltern und der Schwester usw. Es folgten Phasen des Beratungsprozesses; da hatten diese Teilsysteme so viel Stoff für eine gemeinsame Beschäftigung miteinander, daß die Mutter und der Säugling, um die es ging, fast schon vergessen waren.

Wenn wir also

1. davon ausgehen, daß die Geschichte eines bestehenden abhängigen Verhaltens eine langjährige Vorgeschichte hat,
2. ein Symptom immer eine Funktion im bestehenden System hat und nicht Schicksal einer Einzelperson ist und
3. eine Vielzahl von Institutionen unter dem eingegrenzten Etikett ihres jeweiligen Handlungsauftrages, Menschen in "Schuldner, Drogenabhängige, Nicht-Erziehungsfähige, Wohnungslose" usw. aufspalten,

so fordert dies doch ein Umdenken in der frühzeitigen, helfenden, ganzheitlichen Unterstützung von Familien heraus.

Wir leiden in dem System unserer psychosozialen Versorgung unter dem Dilemma, daß die Aufteilung der Institutionen in Spezialgebiete (Schulden, Wohnen, Arbeit, Sucht, Eheberatung, Schulprobleme usw.) einerseits ein Spezialistentum unter den

Professionellen fördert, was eine ganzheitliche Sicht verhindert und die Zusammenhänge realer Lebenssituationen verleugnet, und andererseits auch den Professionellen den Glauben ermöglicht, ein Problem in eine jeweilige verantwortliche Zuständigkeit wegdelegieren zu können. Frühzeitige, niedrighschwellige Hilfsstrukturen im alltäglichen Lebensumfeld der Menschen sind erforderlich, die die Problemlagen der Bürger, z. B. eines Stadtteils, ganzheitlich und gleichzeitig erfassen und aufnehmen. Lebensbegleitende Institutionen (Kindergärten, Schulen, Kinderärzte etc.) und Spezialdienste können tätig werden, sie müssen sich aber bewußt sein, daß sie Teil eines gemeinsamen ganzheitlichen Hilfeplanes sind, der Menschen nicht in Symptomkategorien zerschneidet und zu Drehtürkunden der psychosozialen Einrichtungen, der Kontrollinstanzen und der Psychiatrie werden läßt.

Praktisch bietet z. B. das neue Kinder- und Jugendhilfegesetz entsprechende Möglichkeiten der konzeptionellen Umsetzung. Das KJHG versteht sich als unterstützende Beratung und Hilfe auf der Grundlage vorhandener Ressourcen der Klientel, ist systemisch angelegt und stellt weniger den Symptomträger als das soziale System (Familie, Wohngruppe etc.) in den Mittelpunkt der Hilfe. Erste Überlegungen und Entwicklungen in einigen Kommunen zeigen auch, daß diese Entwicklung konzeptionell nutzbar ist. Notwendig ist sie in jedem Fall, erfordert aber auch vielfach eine Veränderung in den Köpfen und Bäuchen von Mitarbeitern psychosozialer Einrichtungen.

Die affektiven Hindernisse für eine Kooperation und Vernetzung

Die Erfahrungen unserer seit 4 Jahren regelmäßigen Planungs- und Arbeitstreffen der Jugendhilfe und der Drogenhilfe zeigen jedoch auch, welche Langmut, welche Geduld für den Prozeß der gegenseitigen Verständigung und Annäherung notwendig sind. Nach einer Phase der Sensibilisierung, Annäherung und Klärung von Erwartungen

und Bedürfnissen ist es immer noch schwierig, gute Absichten in konkretes Handeln umzusetzen.

Wesentlich einfacher scheint es zu sein, sich als Träger neu zu definieren, sich weder eindeutig der klassischen Jugend-, noch der Drogenhilfe zuzuordnen, sondern neue innovative Konzepte für gefährdete Jugendliche zu entwickeln, wie z. B. mobile Betreuungsformen, begleitende kleine Wohngruppen mit hoher Betreuungsintensität usw.

Was aber hindert die klassischen Felder des Jugendschutzes, der überbetrieblichen Ausbildungsmaßnahmen, der Jugendtreffpunkte, der Jugendwohngruppen einerseits und die Drogenberatungsstellen, Erziehungs- und schulpsychologischen Beratungsstellen andererseits, vernetzte differenzierte Hilfeformen gemeinsam zu entwickeln? Offensichtlich dürfen die affektiven Blockaden, Ängste und Befürchtungen, die sich an ein stärkeres Miteinander koppeln, nicht außer Acht gelassen werden. Da sie aber oft als unfachlich, unprofessionell und kindisch abgewertet werden, ist es auch ein Tabu, sie anzusprechen.

Es existieren jedoch real Befürchtungen, das eigene Konzept offenzulegen, sich in die Karten schauen zu lassen. Es existiert die Angst, sich einer möglichen Bewertung auszusetzen, eigene professionelle Ansätze zur Diskussion zu stellen und kritisiert zu werden. Es ist auch nicht auszuschließen, daß mancher Kollege im Bereich der Sozialarbeit/Sozialpädagogik sich mit einem Omnipotenzanspruch beschäftigt, alles besser als die anderen machen zu können.

Gerade die aktuellen Rezessionszeiten fördern eher die Konkurrenz der Einrichtungen im kommunalen Bereich untereinander. Finanzknappheiten in den kommunalen Kassen ziehen oft das gegenseitige "Haifischbeißen" nach sich, wenn Stellenkürzungen drohen, wenn stärker nach Effizienz der eigenen Institution gefragt wird, wenn wirtschaftliche Determinanten die inhaltlichen Argumente außer Kraft setzen. Warum soll ich mich gerade dann einer möglichen kollegialen Kritik aussetzen, wenn ich be-

fürchten muß, daß das Wissen über meine internen Arbeitsvollzüge im Interesse der institutionseigenen Zwecke meines "Kooperations"-partners mißbraucht wird? Wer sagt mir denn, daß die Drogenhilfeeinrichtung, die bisher aus den "Gesundheitstöpfen" (Sucht als Krankheit) finanziert wurde, nicht an die Tröge des KJHG wechseln will? Die Einrichtungen der stationären Drogenhilfe in NRW schielen z. B. mit neidischen Augen auf die Pflegesätze im Jugendhilfebereich, wenn sie selbst mit 160,-- DM pro Tag und Klient klar kommen müssen, während in der mobilen (Jugendhilfe-)Betreuung Tagessätze bis knapp über 300,-- DM gezahlt werden.

Erfahrungsgemäß hängt es von persönlichen Kontakten und gegenseitigem Kennen ab, ob eine Kooperation vor Ort zustande kommt, scheitert oder erst gar nicht versucht wird. Vorbehalte und Vorurteile werden eher gepflegt statt geprüft. Es liegt auch in der Verantwortung der politischen Gremien, die Existenz der Einrichtungen abzusichern, wenn sie erwarten, daß effiziente vernetzte Systeme im gegenseitigen Vertrauen wachsen sollen.

Hinzu kommt, daß es sowohl im Jugendhilfebereich als auch in der Drogenhilfe zu dem subjektiven Gefühl der ständigen Überlastung kommt. Ein notwendiges Aufeinanderzugehen, das zeitliche Investieren in Abstimmungs- und Planungsprozesse, die zusätzliche aufwendige gegenseitige Information verlangt zunächst ein Mehr an Engagement. Abgeben wäre leichter als Mitmachen. In den Aufbau von Zusammenarbeit und Kooperation muß zunächst investiert werden; die Arbeitserleichterung, die Erhöhung der eigenen Kompetenz, die Effizienzsteigerung im vernetzten Handeln wird erst später spürbar.

Notwendig für die Bereitschaft, zunächst in den Aufbau von Kooperationssystemen zu investieren, ist sicherlich auch, im eigenen Arbeitsfeld über Freiräume und zeitliche Kontingente zu verfügen. Ist dies überhaupt von der konzeptionellen Struktur der Institution her vorgesehen, wird dies vom Träger überhaupt gewünscht? Was nutzen die besten Forderungen an einen pädagogischen Mitarbeiter einer überbetrieblichen Aus-

bildungsstätte nach Fortbildung und Veränderung des eigenen professionellen Zugangs zu drogengebrauchenden Jugendlichen, wenn seine reale Arbeitszeit damit ausgelastet ist, den Betrieb organisatorisch am Leben zu erhalten, und ständig in Alltagskonflikten zwischen den Ausbildungsmeistern und den Jugendlichen vermitteln zu müssen. Diese Kollegen finden ja nicht einmal zeitliche und finanzielle Ressourcen, die eigenen Betriebsabläufe in der Supervision kritisch zu betrachten, geschweige denn neue Kooperationssysteme aufzubauen, die über ein Wegdelegieren hinausgehen. Die Präventionsmitarbeiter meiner Einrichtung kamen kürzlich in ein solches Ausbildungsprojekt, um mit einer Gruppe Jugendlicher Kontakt aufzunehmen. Die pädagogische Mitarbeiterin war froh, im Unterrichtsauftrag endlich mal für eine Zeit entlastet zu werden, und die Jugendlichen fragten nur: "Ist es jetzt schon so schlimm mit uns, daß Sie kommen müssen?"

Ansätze zur Veränderung

Ich bin hier angetreten und habe gesagt, daß ich keine Rezepte im Rucksack habe und auch nicht der Mensch mit den Lösungen bin. Zu sehr hängt auch die Frage der Kooperation und Vernetzung im kommunalen Bereich von den Besonderheiten der jeweiligen Region ab. Die Struktur der psychosozialen Versorgung, die Finanzierungskriterien, die Trägersysteme und nicht zuletzt die jeweilige Situation der Klientel erfordern, im jeweiligen regionalen Bereich effektive Hilfssysteme mit allen Beteiligten zu entwickeln.

Zwei Dinge erlaube ich mir jedoch noch unter diesem Aspekt zu beschreiben, die sich als Konsequenz aus meinen Ausführungen ergeben.

1. Wichtig erscheint die differenzierte und konkrete Werkschau auf vorhandene Konzepte (Zielgruppen, Zielsetzungen, Interventionsformen, Methodenfragen etc.) in den jeweiligen Teilsystemen Drogenhilfe und Jugendhilfe:

- Was kann ich leisten?
- Wo liegt meine institutionelle Kompetenz?
- Wo liegen meine Grenzen?
- Wo sind Nahtstellen, die Kooperation erfordern und Koordination von Hilfsangeboten ermöglichen?
- Welche kreativen neuen Strategien können aus den gemeinsamen Ressourcen entwickelt werden?

Voraussetzung ist hier die Bereitschaft, offen auf Problemlagen hinzuschauen, unbequeme Aspekte zuzulassen, Klarheit, Struktur und Transparenz in das eigene Konzept zu bringen. Ein gemeinsamer Organisationsrahmen kann helfen zu klären,

- wo und wie Kontakte zu betroffenen Familien, Jugendlichen u. a. Systemen hergestellt werden können,
- wie die gemeinsame Diagnostik und Anamnese auf breiter Grundlage gesichert werden kann,
- und auf welche Weise (z. B. Diagnostik- und Fachgespräche) ein mit Spezialdiensten (z. B. Drogenberatungsstellen) gemeinsam entwickelter Hilfeplan durchführbar ist.

2. Wie das nun konkret aussehen kann - unter allen Vorbehalten der Grenzen der Übertragbarkeit - will ich an einem abschließenden Beispiel erläutern. Die bisherige Praxis von überbetrieblichen Ausbildungsmaßnahmen, ganze Ausbildungsgruppen in die Beratungsstelle zu schicken, damit ihnen "mal was über Drogen erzählt wird", hat auf Dauer zur Unzufriedenheit aller 3 beteiligten Gruppen geführt:

- Der Ausbildungsträger ist enttäuscht, daß die "Präventionsveranstaltungen" nicht dazu führen, daß weniger im Haus mit Cannabis gehandelt wird,
- die Jugendlichen sind sauer, weil ihnen der Streß mit ihrem Meister mehr auf den Nägeln brennt als irgendein Drogenproblem,
- die Präventionsfachkräfte haben schon lange keine Lust mehr, mit unmotivierten Gruppen, deren Teilnehmerzahl von Treffen zu Treffen abbröckelt, die Aufträge anderer Berufskollegen abzuarbeiten.

Es wird ein Konzept entwickelt, das zum Ziel hat, die pädagogischen Ressourcen der Mitarbeiter des Ausbildungsträgers zu stärken und zu erweitern, mit drogengebrauchenden Jugendlichen Beziehungsarbeit zu leisten. Weiteres Ziel ist die Nutzung der Institutionsressourcen (Sinnstiftung durch lustvolle, zukunftsorientierte Ausbildung) im präventiven Sinn.

Dazu werden 4 Säulen geplant:

- * Die erste Säule beinhaltet ein Fortbildungsangebot

für alle Mitarbeiter des Ausbildungsträgers mit den Inhalten z. B. zu Entstehungstheorien zu Sucht, zu eigenen und gesellschaftlichen Bewertungsmustern, ressourcenorientierten Hilfen der Drogenarbeit usw.

* Die zweite Säule beginnt zeitlich leicht versetzt und beinhaltet ein Coaching-Angebot, also eine kollegiale Fallberatung, im konkreten Umgang mit einzelnen, auch drogengebrauchenden Jugendlichen. Es nimmt allerdings nicht Verantwortung ab, sondern nutzt die vorhandenen gewachsenen Beziehungen. Das "Coaching" stärkt die Eigenkompetenz der pädagogischen Mitarbeiter der Jugendhilfeeinrichtung und erweitert die fachliche Diagnose- und Anamnesebasis.

* Die dritte Säule, wieder leicht versetzt zu den anderen beginnend, beinhaltet ein externes Supervisionsangebot für alle Mitarbeiter, das gesamte Team des Ausbildungsträgers. Diese Supervision dient einerseits mehr der Reflexion der individuellen Belastung durch die konkrete Arbeit, dem Zusammenspiel unterschiedlicher Disziplinen im Team der Einrichtung und der Begleitung einer weiterführenden Konzeptentwicklung.

* Die vierte Säule beschäftigt sich mit der Frage, ob das Ausbildungskonzept in sich einen präventiven

Charakter besitzt und in der Lage ist, für die Jugendlichen ein lustvolles, projektorientiertes und sinnstiftendes Ziel zu vermitteln. Hier kann z. B. Gegenstand sein, im Rahmen einer Konzeptberatung im Maurerbereich das endlose Hochmauern und Wieder-Abreißen von Wänden zu beenden, und stattdessen nach einer gemeinsamen Projektorientierung der unterschiedlichen Werkstattbereiche zu suchen. Um ein Beispiel zu nennen: Hieraus hat sich bei einer Ausbildungsmaßnahme in Norddeutschland ergeben, mit verschiedenen Werkstattbereichen mit einer alternativen Schiffswerft zu kooperieren, die alte Gaffelsegler für die Elbe restaurierte. Dies bietet eine Orientierung für die auszuführenden Arbeiten, macht Sinn und ist zielorientiert. Sehr befriedigend kann es dann sein, wenn nach Beendigung des konkreten Projektes eine Segeltour auf gerade diesem Schiff möglich wird, an dessen Entstehung ich als Jugendlicher selbst mitgewirkt habe.

Auch dies kann Drogenprävention sein, zumal dann, wenn durch die Vielartigkeit der Beziehungen und Veränderungen in solch einem Projekt Lebendigkeit in die Beziehungen kommt, durch die identitätsfördernde und sinnstiftende Angebote erst ermöglicht werden.

Dies wäre auch eine Jugendhilfe, die nicht erst die Droge, sondern zuerst den Jugendlichen ernst nimmt, wissend um die Gefährdung im jugendlichen Alter, wissend aber auch um die Chancen einer rationalen Pädagogik.

Literatur:

KINDERMANN, W. u.a.: Drogenabhängig, Lebenswelten zwischen Szene, Justiz, Therapie und Drogenfreiheit, Freiburg 1989;

LENZ G./OSTERHOLD G.: Sucht und systemische Therapie. In: Systema, Institut für Familientherapie e.V., Weinheim, 3/89, S. 33 - 38

Jugendpsychiatrische / medizinische Aspekte von jungen Abhängigen im Hinblick auf eine stationäre Behandlung

Dr. med. W. Huck, Hamm

In den letzten Jahren ist eine deutliche Zunahme schwerer psychischer Störungen bei jungen Drogenabhängigen festzustellen. Insbesondere der Anteil jugendlicher Psychosen und Borderline-Erkrankungen sowie Psychosomatosen nehmen zu.

Dies hatte auch Auswirkungen auf unser therapeutisches und pädagogisches Konzept. Ich möchte deshalb im folgenden den Focus auf einige dieser Aspekte richten, ohne den Anspruch zu haben, das Thema umfassend behandeln zu wollen. Es sind - wie gesagt - Aspekte, die in unserer Praxis an Bedeutung gewonnen haben.

1. Patienten mit einer drogeninduzierten Psychose:

Gerade in den letzten Jahren wurde immer wieder beklagt, daß es keine konstruktiven Verbindungen zwischen Psychiatrie und Suchtkrankenhilfe gäbe. Deshalb haben wir in unserem jugendpsychiatrischen Setting max. 2 Plätze für

das Klientel mit einer drogeninduzierten Psychose bereitgestellt. Mit dem Begriff "drogeninduzierte Psychosen" werden bekanntlich sehr unterschiedliche psychotische Zustandsbilder zusammengefaßt, die von

- akuten und kurzzeitigen über
- rezidivierende und chronifizierende psychotische Syndrome
- bis zu
- eigengesetzlich ablaufenden Psychosen mit vorwiegend schizophrener Symptomatik sowie
- organische Psychosyndromen und
- Persönlichkeitsveränderungen nach chron. Drogenabusus reichen (BRON).

Neben BRON beschäftigten sich in den letzten Jahren TÄSCHNER und TRABBERT mit Klienten mit einer drogeninduzierten Psychose. Alle Autoren stellten fest, daß das akute psychotische Zustandsbild sich unter Drogengebrauch im Laufe der Zeit verselbständigt und in seinem Erscheinungsbild von einer klassischen Psychose nicht mehr zu unterscheiden ist. Bei mehr als einem Drittel der Patienten entwickelte sich nach initialem Drogengebrauch eine eigengesetzlich verlaufende Psychose. Die komplexen Erscheinungsbilder drogeninduzierter Psychosen sind nicht nur auf die Intensität und Frequenz des Drogenabusus zurückzuführen. BRON stellte fest, daß die Genese, das aktuelle psychopathologische Querschnittsbild und der weitere Verlauf dieser psychotischen Syndrome im Zusammenhang exogener, also drogenbedingter, wie endogener und psychogener Faktoren zu sehen seien. In allen diesen Untersuchungen wird m. E. jedoch nicht nach den Beziehungsmustern gefragt. Das soziale Netzwerk und Ökosystem wird außer Acht gelassen. Diese psychopatho-

logischen Kriterien waren zwar für eine psychiatrische Orientierung wichtig, halfen uns aber in der konkreten Praxis nicht weiter. In einer Untersuchung analysierten wir eine Gesamtzahl von 17 Patienten mit einem Altersdurchschnitt von 19,5 Jahren, worunter sich 2 Patienten i.S. von Echopsychosen oder Flash-back-Phänomenen befanden, 9 Patienten i.S. neurotischer Rauschverläufe oder posthaluzinogener Symptome und 6 Patienten i.S. einer endogenen Psychose. Alle Patienten waren polytoxikomane Patienten, die aber anfänglich überwiegend Halluzinogene genommen hatten, dann zunehmend auf Heroin und Kokain umgestiegen waren. Gerade bei den Patienten mit einer "endogenen Psychose" war eine saubere nosologische Eingrenzung oft sehr schwierig. Häufig kamen die Patienten mit Doppeldiagnosen, die alles offen ließen. Anamnestisch war es sehr schwierig, herauszufinden, was letztendlich der entscheidende Auslöser für die Psychosen war, d.h. Endogenität und Exogenität ließen sich meist nicht auseinanderhalten.

Alle Patienten, die zu uns kamen, waren soweit wiederhergestellt (z.T. durch mehrmonatige psychiatrische Aufenthalte, die ein geordnetes Überleitverfahren möglich machten), daß der Versuch der Integration für die Zuweisenden wie für unser Team zunächst erfolgversprechend erschien, d.h. die psychotische Dekompensation lag schon längere Zeit zurück. Kognitive Störungen waren meist nicht vorhanden. Bei nahezu allen Patienten wurde jedoch bald deutlich, daß sie impulsiv agieren können, sehr instabil wirkten, wenn zu schnell größere Anforderungen auf sie zukamen. Sie zeigten erhebliche Ambivalenzen. Einerseits wollten sie alleine sein, andererseits hatten sie einen hohen Kontaktwunsch bezüglich einer engen Zweierbeziehung. Auffällig waren der starke Ärger, die Tendenz, Mitmenschen nach ihren Bedürfnissen zu manipulieren und z. T. das Androhen destruktiver Handlungen, wie Selbstverletzungen.

M.E. ist eine kombinierte Behandlung von Einzel-, Gruppen- und Familientherapie hilfreich. Die Muster, die wir bei einigen Familien dieser Patienten beobachten konnten, sind jedoch nicht spezifisch für die Familie mit einem Patienten mit einer drogeninduzierten Psychose. Sie können sich auch in Familien, in denen manisch depressives Verhalten auftritt, zeigen. Eine Hypothese wäre, daß gerade in diesen Familien sich Organisationsmuster entwickelt haben, die einem manisch depressiven Verhalten sehr nahe kommen. Wir erlebten immer wieder, daß in diesen Familien die Welt in Extremen von "ja" oder "nein" oder "schwarz" oder "weiß" gesehen wird. Entweder, man ist völlig abhängig oder völlig autonom, was fehlt sind die Wahlmöglichkeiten. Entweder man kann in seiner "Größenwahnsinnigkeit" alles oder man läßt einfach alles liegen. Ambivalente Erlebens- und Verhaltensweisen können nicht integriert werden. Die Lösungsversuche der Familien bestehen darin, bedrohliche Ambivalenzen zwischen den Wünschen nach Beständigkeit und lebendiger Entwicklung durch Ordnung als oberstes Prinzip auszuschalten. Ordnung steht hier mehr für Kontrolle; man will ständig über den anderen Kontrolle gewinnen. Dieser "Kontrollwahn" verhindert somit Verschiedenheit, und man versucht ständig, eine Gleichschaltung aller Familienmitglieder herbeizuführen. Der Spiel- und Bewegungsfreiraum jedes einzelnen ist extrem eingeschränkt. Es ist so etwas wie ein "don't -be-Verhalten" den eigenen Ideen gegenüber: kaum ist etwas Neues entstanden, wird es schon ausgetreten und entwertet.

Wer diesem "entweder - oder - Muster" folgt, hat nur 2 Möglichkeiten:

Entweder man lebt im Verbund der Familie, oder man stellt sich außerhalb dieses Verbundes. Entweder man hat kein Eigenleben, weil man selbst nichts und das Ganze alles ist, oder man gehört nicht dazu und hat dann grenzenlose Freiheit und ist in allem omnipotent, d.h. es gibt nur ein mehr oder weniger ausge-

prägtes Hin- und Herpendeln zwischen 2 Extremen (Kippbilder, die beide jedoch massiv angstbesetzt sind). Das Suchtverhalten, mit welchem Drogen auch immer, dient letztendlich dazu, daß die Ängste reduziert werden, weil man sehr wohl weiß, daß die psychotische Dekompensation in der einen oder anderen Form droht.

Man findet in diesen Familien häufig eine starre und komplementäre Rollenverteilung sowie eine "Spaltung" auf der Ebene der Eltern und der Geschwister. Ein Teil der Familie bewegt sich mehr oder weniger auf der depressiven Seite des Spektrums, zeigt sich sehr kontrolliert und ordentlich (z.B. Putzzwang der Mutter, Waschzwang des Bruders). Insbesondere die Mütter haben häufig die Meinung, daß sie die Familie immer wieder zusammenführen und zusammenhalten müssen und entwickeln ein extremes Kontrollverhalten. Bei einer so starken Einengung ist es dann nicht verwunderlich, wenn immer mehr psychosomatische Symptome, wie Herz-Kreislaufkrankungen, insbesondere Hochdruck bis hin zum Apoplex, Migräne oder orthopädische Leiden auftreten. Diese sog. "guten" Familienmitglieder sind oft an fremden, nicht selbstentwickelten Zielen orientiert; die familiäre Tradition muß auf alle Fälle aufrechterhalten werden.

Der andere Teil der Familie vertritt eher die leichtlebige, chaotische und ungezwungene Seite. Man feiert die Feste so, wie sie fallen. Drogen haben dann häufig die Funktion, Schwellen und Hindernisse zu überspringen. Dieses Verhalten hat dann aber zur Folge, daß die andere Fraktion der Familie immer wieder versucht, diese "unordentlichen Familienmitglieder" einzugrenzen und zu kontrollieren, um so letztendlich das drohende Auseinanderstreben der Familie zu verhindern. Bei diesen so gegensätzlichen Sichtweisen und Lebensstilen bleibt es natürlich nicht aus, daß es im Laufe der Zeit und insbesondere in

der Phase, wo die Klienten zu uns kommen, zu massiven Spannungen und Streit bis hin zur Körperverletzung kommt.

Das "Kontrollspiel" dient dazu, ein weiteres Auseinanderdriften zu vermeiden. Man ist nicht mehr in der Lage, das Positive des anderen für sich zu entdecken und boykottiert offen oder versteckt die Bemühungen des anderen. Die Kinder bzw. Jugendlichen sind diesen unvereinbaren Gegensätzen häufig ausgeliefert. Sie schlagen sich entweder auf die väterliche oder mütterliche Seite oder ziehen sich in ihre eigene "autistische Welt" zurück und versuchen erst gar nicht mehr, eine Position zu beziehen, weil sie extreme Angst haben, wenn sie dies tun würden, dann den Kontakt zum einen oder anderen Familienmitglied völlig zu verlieren. Sie sind so sehr gegensätzlichen und widersprüchlichen Delegationen ausgesetzt. Häufig werden perfektionistische Leistungserwartungen an sie herangebracht, von denen sie sich meistens überfordert fühlen, so daß sie häufig in der Gefahr sind, ihre eigene "Meßlatte" viel zu hoch zu legen, um so letztendlich zu scheitern. Auf der anderen Seite werden sie manchmal offen, manchmal nur verdeckt ermutigt, ihr Leben und ihre Freiheit zu genießen, um genau das auszuleben, was man in seiner eigenen Kindheit und in seinem bisherigen Lebensstil selbst nicht leben konnte.

Es gibt natürlich noch eine Reihe weiterer Regeln und Muster, die ich jetzt im Detail nicht darstellen möchte.

Der Focus innerhalb der therapeutischen Arbeit richtet sich nicht so sehr auf die Aufarbeitung frühkindlicher Ereignisse als auf die aktuellen auftretenden Probleme, Entwicklungsschritte und Beziehungsmuster.

Im Vordergrund steht insbesondere im wesentlichen die Ich-Stärkung. Wir haben in der Zwischenzeit für dieses Klientel eine langjährige Aufnahmephase vorgeschaltet, um so einen vorsichtigen Übergang in die normale Behand-

lungsgruppe zu ermöglichen. Der Übergang erfolgt dann, wenn wir den Eindruck haben, daß die Klienten nicht mit Gefühlen überschwemmt werden und sich besser abgrenzen können. Jederzeit besteht die Möglichkeit, sie aus der Gruppe herauszunehmen und ihnen ein einzeltherapeutisches Feld anzubieten. Wir haben die Erfahrung gemacht, daß die Klienten gute Beobachter sind. Allerdings besteht dann immer wieder die Gefahr, daß sie andere verbal verletzen oder verletzt werden, weil sie hochgradig die Schwachpunkte ihrer Mitpatienten spüren. Sie geraten sehr schnell in die Position des Außenseiters, werden zum "identifizierten Patienten" analog den Ausstoßungsmechanismen der Familie. So einfach es klingt, die Annahme und Akzeptanz, das Gemochtwerden der Patienten ist wichtig. Gerade dieses Klientel stellt uns immer wieder vor erhebliche Belastungsproben. Viele ihrer Strategien zielen anfänglich besonders darauf ab, anzutesten, ob wir es mit ihnen ehrlich und ernst meinen. Eine Reduzierung der bisherigen neuroleptischen Medikamente wird im Laufe der Therapiezeit angestrebt und war in den meisten Fällen auch möglich. Die Angst, daß andere Patienten durch die Tatsache, daß jemand Medikamente einnimmt, "angeturnt" werden, war unberechtigt. Im Gegenteil, es tauchten frühere Bilder und Ängste von früheren psychiatrischen Aufenthalten auf, was letztendlich auch zu einer stärkeren solidarischen Haltung diesen Patienten gegenüber führte.

2. Borderline-Persönlichkeitsstörung:

In den letzten Jahren haben wir auch zunehmend Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (DSM III - R 1987/1989). Ich bevorzuge eher den Begriff "frühe Störung". Betrachtet man die einzelnen 8 Kriterien für die Bor-

derline-Persönlichkeitsstörung (nach dem DSM III - R), von denen mindestens 5 erfüllt sein müssen, so wird der hohe Zusammenhang von verschiedenen Süchten und dieser Persönlichkeitsstörung offensichtlich.

Die Kriterien sind:

1. ein Muster von instabilen, aber intensiven zwischenmenschlichen Beziehungen,
2. hohe Impulsivität bei selbständigen Aktivitäten (z.B. Substanzmißbrauch, Sexualität oder Geldausgeben),
3. Instabilität im affektiven Bereich, z.B. ausgeprägte Stimmungsänderungen,
4. übermäßig starke Wut,
5. wiederholte Suizidversuche, Drogenkonsum oder selbstverstümmelnde Verhaltensweisen,
6. ausgeprägte und andauernde Identitätsstörungen (sex. Orientierung, Berufswünsche, persönliche Wertvorstellungen),
7. chronisches Gefühl der Leere oder Langeweile,
8. verzweifertes Bemühen, ein reales oder imaginäres Alleinsein zu verhindern.

Neben diesen mehr phänomenologisch deskriptiven Kriterien wird häufig noch auf andere Symptome hingewiesen, wie dissoziative Zustände, Konversionssymptome, Phobien, diffuse Ängste und Panikattacken, Zwänge, sex. Deviationen und depressive Verstimmungen, welche sehr stark fluktuierend auftreten können. Schließlich zeigen diese Patienten unter Angst flüchtige Denkstörungen, die jedoch nie das extreme Ausmaß psychotischer Denkstörungen annehmen. Jedoch können kurzzeitige minipsychotische Phasen auftreten. Was den Umgang mit diesen Patienten sehr schwer macht, ist das impulshafte Agieren.

Es ist oft schwer möglich, am Anfang ein therapeutisches Arbeitsbündnis herzustellen. Ähnlich wie bei Patienten mit einer drogeninduzierten Psychose haben sie eine hohe projektive Abwehr, d.h. Gefühle und Phantasien werden nach außen verlagert und in einer anderen Person lokalisiert, so daß man den anderen unterstellt, daß sie die Gefühle, Gedanken und Phantasien haben, die man in sich selbst ablehnt. Dadurch werden die anderen Personen häufig als potentiell bedrohlich, verfolgend und vergeltungssüchtig erlebt, was dazu führen kann, daß der Borderline-Patient ständig bestrebt ist, andere zu kontrollieren, zu beherrschen oder sie präventiv anzugreifen.

Spürbar ist für die Therapeuten die sehr starke, häufig fluktuierende Gegenübertragung und die magischen Heilserwartungen, allerdings auch die massiven Entwertungen, die an sie herangetragen werden. Sie geben häufiger als das übliche Klientel Selbstverletzungen und Suizidgedanken an.

3. Andere Störungen:

Erstaunlicherweise haben wir in den letzten Jahren nur eine Patientin mit einer Anorexia nervosa aufgenommen, jedoch vereinzelt Patientinnen mit einer Bulimie, die die typischen Leitsymptome aufzeigten, wie unkontrolliertes, hastiges Hinunterschlingen großer Nahrungsmengen mit anschließendem selbstinduziertem Erbrechen. Die unmittelbaren emotionalen Konsequenzen der Freßattacken sind höchst aversiv. Es dominiert eine panikartige Angst an Gewicht zuzunehmen und dick zu werden. Die Patientinnen erleben sich als widerlich, vollgestopft und dick. In der Überzeugung versagt zu haben, den Freßdrang nicht kontrolliert zu haben, resultiert dies in Schuldgefühlen und Selbstvorwürfen. Vielfach kommt es zu depressiven Verstimmungen, Selbstverachtung und

Hoffnungslosigkeit. Das Erbrechen ermöglicht die Wunschvorstellung der Patientin, unkontrolliert essen zu können, ohne zuzunehmen. Zum Teil wurden Laxantien und Diuretika zur Gewichtsreduzierung benutzt. Dieser zusätzliche Medikamentenmißbrauch kann schwerwiegende organische Folgen verursachen und führt im Zusammenhang mit dem Erbrechen zu Störungen des Elektrolythaushaltes, Nephropathien und gelegentlich auch zu Krampfanfällen. Andere körperliche Folgen sind z.B. Zahnschäden, die durch die Magensäure hervorgerufen werden oder die Zähne fallen vollständig aus. Sehr häufig kommt es zu Augenentzündungen, brüchigen Haaren oder Speiseröhrentzündungs- und Magenerkrankungen. Die Patienten neigen zu Mangelerscheinungen, fühlen sich schwach und ausgelaugt, frieren sehr häufig, haben einen niedrigen Blutdruck, neigen zu Kopfschmerzen, haben auch ab und zu Bauchspeichelerkrankungen und zusätzliche Leberkrankheiten. Verbreitet sind Rituale, um sich "reinzuwaschen". Die meisten Patienten haben ein gestörtes Verhältnis zu ihrer eigenen Sexualität. In der panischen Angst vor dem Weiblichwerden unterzieht sich die Eßsüchtige strengsten Kontrollen. Dicksein führt häufig auch zur Assoziation mit Schwangerschaft.

Im Heißhungerphänomen sehen die meisten Patientinnen die Alternative zur sexuellen Befriedigung und den Wunsch, Trost, Schutz, Selbständigkeit durch die Verschiebung auf eine nährenden Ebene zu erlangen.

Betrachtet man die Persönlichkeitsstruktur der drogenabhängigen Bulimiepatienten, so findet man hier an markanten Charakterzügen den hohen Persönlichkeitsanspruch und die abgrundtiefe Angst, sich vor anderen keine Blöße zu geben, um nicht als "schwach" dazustehen. Sie zeigen sich phasenweise sehr selbstbeherrscht und ehrgeizig. Sie sind oft übersensibel. Aus ihrem psychisch bedingten Minderwertigkeitsgefühl heraus entwickeln sie einen unglaublichen

Perfektionismus. Sie leben in einer Situation ständiger Selbstüberforderung und sind häufig zu einer realitätsbezogenen Selbsteinschätzung unfähig. Sie leiden unter der Vorstellung, nichts darzustellen und nicht an die Fähigkeiten anderer heranzureichen. Mit ihrem phasenweise ausgeprägten Perfektionismus wollen sie all ihre Unvollkommenheit, Mängel und Schwächen ausgleichen. Sie leiden unter dem Druck eines permanenten Existenz- und Rechtfertigungszwangs. Schon geringste Kritik trifft sie zutiefst. Meist streben sie danach, solche Verletzungsfaktoren von vornherein auszuschalten, um sich nicht selbst ständig zermürben zu müssen. Der Mangel an Selbstvertrauen ist mit dem unstillbaren Nachholbedarf an Schutz, Liebe und Wärme gekoppelt, wobei sie jedoch den emotionalen Hunger mit dem physiologischen verwechseln. Häufig kommt es zu einem Rückzug in die eigene Person und die Unfähigkeit, überhaupt "nein" zu sagen. Sie fühlen sich anderen verpflichtet, leiden gleichzeitig an der Angst, anderen weh zu tun und deren Liebe entzogen zu bekommen. Ihre Selbstwertigkeit ergibt sich aus der Summe des Interesses und der Zuneigung anderer. Wichtig ist es im therapeutischen Prozeß, daß diese Patientinnen sich wieder die Erlaubnis geben können, zu genießen, leben zu wollen statt zu überleben und sich selbst und dem eigenen Körper vertrauen zu können. Ein Erfolg ist nur dann möglich, wenn Essen wieder Spaß macht, ohne Angst und Schuldgefühle, wenn es wieder möglich ist, gut für sich selbst zu sorgen und gut mit sich umzugehen. Es geht dabei nicht darum, das Eßverhalten möglichst wirksam zu kontrollieren. Die Betroffenen müssen vielmehr lernen, Körpersignale zuzulassen, wahrzunehmen und auf sie zu reagieren statt sie zu ignorieren oder sie als schlecht zu interpretieren. Dabei kommt der Arbeit in einer frauenspezifischen Gruppe ein besonderer Stellenwert zu.

4. Suizidalität:

Gerade bei unserem Klientel stellen wir häufig fest, daß ein hohes Maß an Suizidalität bestanden hat bzw. noch besteht und insbesondere in Labilisierungsphasen erneut auftreten kann. Wir müssen dann insbesondere die Antennen gerade für die Frühsymptome schärfen. Das praesuizidale Syndrom ist durch verschiedene **Phasen** gekennzeichnet.

- Es kommt zunächst zu einer Einengung des Gefühls und Bewußtseinshorizontes, zu einem Interessenverlust, massiven Rückzug auf sich selbst, Entwicklung des Gefühls der Einsamkeit, Sinnlosigkeit, Ausweglosigkeit, Ohnmachtsgefühle;
- dann setzt eine Aggressionsumkehr ein, eine Auseinandersetzung mit der Umwelt findet nicht mehr statt, zunehmende Entwicklung von starken, aber ohnmächtigen Aggressionen, innere Vorwürfe gegen die anderen verbinden sich mit Resignation, häufig wird dann die suizidale Absicht der Umgebung in irgendeiner Weise kenntlich gemacht;
- im weiteren kommt es dann zum Rückzug in die Phantasie, Verlust der Beschäftigung mit der Realität, Selbsttötungsphantasien, die um das Auffinden der eigenen Person nach dem Tode und um die Selbstvorwürfe und die Leiden der anderen kreisen.

Der Suizident wirkt dann äußerlich unauffällig, obwohl er eigentlich den Suizid im einzelnen innerlich vorbereitet. Gerade deshalb muß in solchen Phasen die Suizidalität von dem therapeutischen Team offen und direkt angesprochen

werden. Es gab Situationen, wo Verlegungen in geschlossene psychiatrische Abteilungen notwendig waren, da das Risiko in unserem offenen Setting zu groß wurde. Rückverlegungen waren dann häufig nach Kriseninterventionen möglich. Der Suizidalität liegt eine Ambivalenz zwischen Leben und Tod zugrunde. Der Betroffene sieht sich außerstande, in der bisherigen Weise einfach so weiterzuleben. Es geht darum, die Ambivalenz ernst zu nehmen, und die suizidalen Impulse und Gedanken in den Kontext dessen zu stellen, wo sich der Patient im therapeutischen Prozeß befindet. In der einzeltherapeutischen Arbeit können Konfliktlösungsstrategien erarbeitet werden, wobei sicherlich auch wichtig ist, daß der Patient das Gefühl hat, von seiner Gruppe insgesamt in seiner krisenhaften Situation begleitet zu werden.

5. Sexuelle Auffälligkeiten:

In den letzten Jahren haben wir die Erfahrung gemacht, daß nicht nur eine suchtähnliche Entwicklung der Sexualität zu beobachten ist, sondern daß es auch eine Tendenz zur Zunahme von deviantem Sexualverhalten gibt. Deshalb können Partial-Triebe wie Sadismus, Masochismus, Voyeurismus und Exhibitionismus unter Drogeneinfluß manifest werden. Hinter der Drogeneinnahme und dem sexuellen Agieren werden tiefgreifende Störungen der psychosexuellen Entwicklung deutlich. Das deviante sexuelle Verhalten ist Teil des "selbstdestruktiven Programms". Bei vielen jungen Drogenabhängigen ist Sexualität zum Konsummittel geworden, gerade weil Kontakte immer unverbindlicher und zwischenmenschliche Erlebnisse nahezu bedeutungslos geworden sind. Auch ist in den letzten Jahren zu beobachten, daß die Drogenszene immer enger mit dem Prostitutions- und Zuhälter- sowie Strichmilieu verwoben wird. In diesem

Netzwerk von Sex, Drogen und Geldbeschaffung werden verschiedene Funktionen erfüllt. Es entwickeln sich vielfältige Abhängigkeitsmechanismen. Deutlich wird dabei der Leistungscharakter der Sexualität, dem sich immer mehr Jugendliche unterwerfen, wo der Orgasmus als "Maßeinheit" zählt und wo Sexualität häufig auf den Geschlechtsakt reduziert wird. Vielfach werden die Beziehungen unmittelbar nach dem Akt beendet. Viele der polytoxikomanen Patienten gebrauchen insbesondere Heroin und Kokain, um einen Orgasmusverzug zu erleben, um auf diese Art und Weise einer Ejaculatio praecox vorzubeugen. Sie können dann auf diese Art und Weise ihre Partnerin zum Orgasmus führen, d.h. die Angst vor einem Versagen ist extrem ausgeprägt und die nach außen dargestellte Intensivierung des sexuellen Erlebens ist häufig nur eine vorgespielte und scheinbare, um den Partner zu blenden und zu täuschen. Durch die Begleitumstände wie Anschaffen, wechselnde Kontakte, Vergewaltigung, brutalisierte Übergriffe und Grenzverletzungen endet der sexuelle Kontakt meist mit Enttäuschung, so daß die Orgasmusfähigkeit insbesondere bei Frauen immer mehr litt und schließlich eine Frigidität sich einstellte. Trotz vielfältiger negativer Erfahrungen besteht ein unersättlicher Zwang nach wiederholtem Geschlechtsverkehr. Häufig dient das hypersexuelle bis nymphomane Verhalten dazu, Unlust und Schmerzgefühle zu überwinden. Bei Männern wiederum ist auffällig, daß sie insbesondere die Beziehung zu Frauen in zwei sehr extreme Bilder aufspalten. Auf der einen Seite die "Heilige" und auf der anderen Seite die "Hure". Hinter dieser Spaltung des Weiblichen steckt häufig ein äußerst idealisiertes Mutterbild, das mit allen Attributen des "Heiligen" ausgestattet ist. Der andere Teil repräsentiert das "verworfenen Geschöpf", das in seiner Primitivität und Amoralität der strengen Zucht des Mannes bedarf. Einige männliche, insbesondere aber auch weibliche Patienten, hatten im Gefängnis homosexuelle Erfahrungen. Einerseits aus Enttäuschung mit dem bisherigen Partner, vor allen

Dingen aber auch aufgrund der Suche nach Nähe, Zärtlichkeit und Geborgenheit. Es fanden sich auch Patienten mit strafrechtlich relevantem exhibitionistischem Verhalten. Dieses exhibitionistische Verhalten war meist nur unter Drogenabusus möglich. Geradezu erschütternd ist das Verhalten bei Frauen, die aufgrund der Geldbeschaffung sich zu erheblichen masochistischen, aber auch sadistischen Handlungen hingeben.

Das Ziel der therapeutischen Bemühungen besteht in erster Linie darin, Beziehungsfähigkeit herzustellen und wegzukommen vom technischen Anspruch und der Maßzahl der Orgasmen. Die Patienten sollen die Gelegenheit haben, zu lernen, Nähe und Distanz für sich zu regulieren. Sie sollen lernen, den Partner als von sich getrennt zu erleben und zu akzeptieren, daß man in einer Partnerschaft gleichwertig für das Sexualleben Verantwortung übernehmen muß. Dabei wird nicht auf das Einzelsymptom focussiert. "Pervers" ist nicht die einzelne Sexualpraktik, sondern wenn ein Beziehungsgefälle im Sinne von Macht, Ohnmacht über den anderen hergestellt wird. "Pervers" sind solche Orgasmen, die jemand im Verlauf ungleicher Beziehungen, insbesondere durch Gewalt, erlangt hat, oder wenn der eine den anderen als Objekt gebraucht, ohne ihm zu gestatten, seinerseits Nutzen daraus zu ziehen. Liebe wird nicht als "Gleichklang zweier Seelen" definiert, sondern als Bereitschaft, auf den Partner als autonomes Zentrum eigener sexueller Bedürfnisse einzugehen. Eine der größten Herausforderungen und Entscheidungen ist es, immer wieder für drogenabhängige Jugendliche sich auf einen Menschen einzulassen und diesem zu vertrauen. Besondere Probleme treten bei Jugendlichen auf, die sehr stark im Prostitutions- und Zuhältermilieu bzw. im Strichermilieu verstrickt waren, um auf diese Art sich einen entsprechend aufwendigen Lebensstil leisten zu können. Die Gefahr einer moralisierenden Haltung diesen Patienten gegenüber ist sehr groß. Wir verstanden immer mehr, daß diese sexualdevianten Phantasien und Handlungen

drogenabhängiger Jugendlicher Selbstinszenierungen der früheren Kränkungen und Niederlagen sind. Das Ausmaß an Traurigkeit, Einsamkeit, Wertlosigkeit und Unlebendigkeit wurde immer wieder deutlich, ebenso wie die Erfahrung, daß süchtiges wie auch sexualdeviantes Verhalten häufig die Funktion für die Jugendlichen hat, sich vor einem endgültigen depressiven Zusammenbruch zu schützen.

6. Medizinische Probleme:

Ich möchte noch auf einige spezifische medizinische Probleme kurz eingehen. Insbesondere auf die verschiedenen "Hepatitisformen" sei es A, B und C mit der Gefahr chronischer Verlaufsformen, die nach langjährigem Drogenabusus eine steigende Tendenz zeigen, so daß Kontrolluntersuchungen und Punktionen notwendig wurden. Vielfach finden wir insbesondere bei Frauen die unterschiedlichsten Geschlechtskrankheiten. Der Anteil von Patienten mit einem Schnüffelstoffabusus ist erstaunlicherweise bei uns eher gering trotz eines gewissen Anteils an Klienten mit Heimerfahrung, so daß wir bisher schwere toxische Polyneuropathien nicht beobachten konnten. Patienten mit einer Epilepsie werden bei uns aufgenommen. Unter einer anti-epileptischen Behandlung ist es bei entsprechenden Sicherheitsmaßnahmen möglich, die Patienten in das volle Programm zu integrieren. Zunehmend erleben wir auch Patienten mit Asthma bronchialen und entsprechenden Allergieformen. Gerade in psychischen Belastungssituationen erleben wir immer wieder, wie verstärkt asthmoide Beschwerden auftreten, die eine entsprechende medikamentöse Behandlung notwendig machen. HIV-Erkrankungen haben wir in den letzten Jahren gerade bei den jüngeren Patienten kaum angetroffen.

7. Schulprobleme

Ein wichtiges Anliegen ist für mich, gerade auch auf die extremen schulischen Defizite hinzuweisen. Dies war häufig ein Anmeldegrund, da wir die Möglichkeit haben, eine schulische Betreuung vorzunehmen. Ein hoher Prozentsatz hat überhaupt keinen Schulabschluß. Viele gingen schon von der 7. bzw. 8. Klasse der Hauptschule ab. Immer wieder haben wir Patienten mit einer Legasthenie, die eine ausreichende Förderung nicht erfahren haben. Aufgrund dieser massiven Defizite sind wir dazu übergegangen, spezifische Betreuungsformen - auch im schulischen Bereich - anzubieten.

8. Langzeitstudie von 1985:

Abschließend möchte ich noch auf eine Studie von 1985 hinweisen, die der Frage nachging, wodurch sich die jungen Drogenkonsumenten (bis zum Alter von 18 Jahren) von den älteren Patienten unterscheiden. In dieser Langzeitstudie am Beispiel des "Hammer Modells" wurde damals festgestellt, daß das Durchschnittsalter des jungen Drogenkonsumenten in unserer Abteilung bei ca. 15,5 Jahren lag; im Moment bei 17,5 Jahren. Ihr Anteil an der Gesamtzahl der Drogenpatienten betrug ein Viertel. Die jungen Patienten hatten in der damaligen Studie geringere Opiaterfahrungen als die älteren. Ihre Einstiegsdrogen waren neben Cannabisprodukten Alkohol und Amphetamine. Sowohl der Einstieg als auch die Praxis wurde bei den jungen Drogenkonsumenten in relativ hohem Maße mit illegalen Drogen vollzogen. Deutliche Unterschiede gab

es im Kontext, indem der Einstieg in harte Drogen erfolgte. Er geschah überwiegend in einer Gruppe, d.h. das gruppengeleitete Neugierverhalten, das für den Einstieg in "weiche Drogen" für alle typisch ist, zieht sich bei den jungen Patienten auch für "harte Drogen" durch. Der Umstieg von "weichen" auf "harte" Drogen erfolgte schneller. Sie fingen früher und massiver an, aber sie kamen auch nach einer kürzeren Zeitspanne in die Therapie. Heute erleben wir immer mehr Patienten, die sich innerhalb eines Jahres auf eine Menge von 2 Gramm Heroin hochdosiert haben, wobei es dann auch nicht verwunderlich ist, daß z.T. mehrfach eine intensive medizinische Betreuung notwendig war. Dieser Prozeß hat sicherlich auch damit etwas zu tun, daß sie sehr frühzeitig zu Botengängen für Profidealer herangezogen wurden, daß das Geld, das sie umsetzten, für den neuen Stoff nicht reichte und daß der Kreislauf - Stricherfahrung, Stehlen und Dealen - sie schneller verwahrlosen ließ als die älteren Drogenkonsumenten. Die jungen Patienten zeichnen sich durch einen besonders risikofreudigen und durch Erlebnishunger gekennzeichneten Lebensstil aus. Auf die jungen Patienten übt die Drogenszene auch noch zur Zeit ihres Therapiebeginns einen ungeheuren Reiz aus. Ihre Entscheidung für einen Therapieplatz ist häufig auch durch spezielle gerichtliche Auflagen beeinflusst. Die Angst vor weiterer Strafverfolgung verfliegt jedoch bald, wenn sie mit dem normalen Therapiealltag konfrontiert sind. Gerade bei ihnen ist anfänglich mit einer höheren Abbruchquote als bei älteren Patienten zu rechnen. Eine enge Kooperation mit Eltern oder Vertretern von diversen Institutionen, wie z.B. der Jugendhilfe, ist manchmal notwendig. Das Wichtigste, gerade bei diesen jungen Patienten, ist, sie dort abzuholen, wo sie wirklich auch sind. Es sind ja gerade Menschen, die wenig dem abgewinnen können, was die Erwachsenen ihnen bisher vermittelt haben. Sie haben einfach "keinen Bock" auf dieses, in ihren Augen spießhafte Leben. Sie sind ständig auf der Suche nach einem neuen "Kick", nach neuen Reizen,

um die öde Langeweile und die Perspektivlosigkeit ihres Lebens auszufüllen. Dementsprechend ist ein therapeutisches Setting schnell zum Scheitern verurteilt, was nicht ein "entsprechend attraktives Angebot" zu bieten hat, das nicht analog dem diffusen und grenzenlosen Elternsystem funktioniert, wo Spaltung und Intrigen das Familienklima beherrschen und lähmen. Unter "Attraktivität" meine ich nicht ein auf Konsum orientiertes Angebot, sondern Alternativen zum bisher Erlebten. Es geht gewissermaßen um ein Gegenmodell zum Suchtprozeß und damit auch Sinnfindung und Definition von Zielen, für die es sich lohnt zu leben, wie z. B. das Entwickeln eines Gemeinschaftsgefühls, den anderen in Betracht zu ziehen, Solidarität, die eigene "Meßlatte" nicht zu hoch zu legen, etwas zu Ende zu bringen, z.B. einen Schulabschluß zu erreichen, um damit ein "Einstiegsbillet" in unsere Gesellschaft zu bekommen und um seine Fähigkeiten neu oder anders zu entdecken.

Dies war sicherlich eine "spot-light-artige" Darstellung jugendpsychiatrischer Aspekte und Themen, die aber in unserem jugendpsychiatrischen Setting zunehmend an Bedeutung gewonnen haben.

VSE-Projekt, Mobile Betreuung für drogenabhängige Jugendliche

H. Eichler, Dortmund

Der Verbund sozialtherapeutischer Einrichtungen, im folgenden VSE genannt, für den ich hier spreche, ist ein in Deutschland anerkannter Träger der Heimerziehung. Seit Mitte der 70er Jahre arbeitet der VSE im Rahmen von öffentlicher Erziehung schwerpunktmäßig im Jugendbereich. Das von ihm entwickelte Konzept der "Mobilen Betreuung" mit dem Credo: "Sich am Jugendlichen orientieren", ist mittlerweile zu einem Regelangebot der stationären Jugendhilfe geworden. Mobile Betreuung heißt, daß von einem Koordinationsbüro aus eine Anzahl von Jugendlichen in eigenen Wohnungen betreut wird.

Hier, wie auch in anderen Einrichtungen der Heimerziehung, tauchen immer mehr Jugendliche auf, die über das Stadium des Probierens von harten Drogen hinaus sind, d. h. Drogenkonsum hat sich als Bewältigungsstrategie i. S. der Selbstheilungsmotivation verfestigt. Der gewöhnliche Umgang mit solchen Kids, geprägt durch die Angst der Pädagogen vor dem "Dämon" Droge, ist auszugrenzen, zu isolieren und abzuschieben, notfalls auf die Straße.

Wünsche nach Betreuung werden mit Forderungen nach Abstinenz verbunden. Geschlossene Unterbringung, Einweisung in Jugendpsychiatrien und Inhaftierung sind weiterhin probat erscheinende Maßnahmen, u. U. mit diesem Problem nicht umgehen zu müssen. Notwendige institutionelle Hilfe wird auf mannigfaltige Art und Weise verhindert. (So existiert in einer deutschen Großstadt z. B. ein Erlaß, drogenkonsumierenden Kids in Jugendzentren mit Hausverboten zu begegnen.) Dieses Beispiel läßt sich um viele ergänzen; vgl. viele Schulen, Ausbildungsstellen usw.. Aber auch Drogenberatungsstellen, Entgiftungseinrichtungen und Langzeittherapiebetriebe sind auf diese Klientel nicht eingestellt.

Trotz aller Probleme, die ein Spezial-Projekt für drogenabhängige Jugendliche i. S. von Stigmatisierung und damit weiterer Ausgrenzung bringt, haben wir uns für das unter den herrschenden Bedingungen am praktikabelsten handhabbare Modell entschieden (Kosten-, Abrechnungs- und Organisationsfragen).

Wir arbeiten mit Jugendlichen unter 15 Jahren, die in Einzelwohnungen betreut werden. In aller Regel kommen sie aus anderen Einrichtungen der öffentlichen Erziehung, an denen oder in denen sie gescheitert sind, da eine adäquate Betreuung nicht möglich war. Einziges Kriterium für die Aufnahme in unser Projekt ist der Wunsch des Jugendlichen, "betreut zu werden". Alle Biographien unserer Kids sind durch vielfache Traumatisierungen gekennzeichnet. Gründe, warum sie harte Drogen injizieren, lassen sich eine Menge finden. Es ist ganz sicher interessant, diese Gründe zu erfahren; aber in einem Projekt mit dem Logo: "Über-, Lebenszeit schaffen" geht es in allererster Linie darum, das "Know how" für das Überleben des kriminalisierten Alltags zu vermitteln.

Dazu gehört die Aufklärung über "safer use" genauso wie über "safer Sex". Wir üben den risikoärmsten Umgang mit der Nadel, beraten über Wechselwirkungen von Dro-

gen und mischen uns in Auseinandersetzungen mit Zuhältern ein. Wohlwissend, daß ein großer Teil unserer Arbeitskraft nicht dem Jugendlichen mit seinen Problemen, sondern den illegalisierten und kriminalisierten Konsumbedingungen einer Substanz gilt. Diese Bedingungen machen es aus, daß der Abhängigkeit von dieser Droge der gesamte Tag gewidmet werden muß. So ein Tagesablauf zwischen Entzug, Drogenbeschaffung, Drogenkonsum, Gelderwerb durch Prostitution, Polizei, Krankenhäusern, Psychiatrien, Gefängnissen und Szene, wohlgermerkt unter den Prämissen der Illegalität, der Kriminalität und der daraus resultierenden Verfolgung läßt sich mit einer jugendgemäßen Entwicklung nicht vereinbaren. Ruhepausen gibt es in diesem Leben nicht.

Selbst ein 16jähriges Mädchen, das 6 Stunden durch einen perversen Freier vergewaltigt und gequält wurde, dessen Arme zahlreiche, behandlungsbedürftige Abszesse aufwies, wurde mit dem Hinweis auf die "Nichtzuständigkeit für Drogenprobleme" die Aufnahme in ein Krankenhaus verweigert.

In einem solchen Zustand zurück auf die Straße!!

Es gibt keinen Platz, der Jugendlichen in einer solchen Situation Schutz und Ruhe und das passende Substitut anbietet. So etwas mitauszuhalten, mangels anderer Möglichkeiten gehört zum Betreuungsalltag. Das macht Betreuung überhaupt erst aus. Nicht weggehen, sondern dabei bleiben, nicht hilflos, sondern akzeptierend dabeizusitzen, wenn ein Kid sich mit ungeeigneten Mitteln die Venen versaut, sondern hier konkrete Alternativen zeigen. Spritzenabszesse werden nicht als "Kains-Mal" des Drogenabhängigen sondern als eine Verletzung, die Behandlung und Trotz braucht, beachtet. Unter prohibitiven Bedingungen können altersgemäße Aufgaben wie Schule, Ausbildung, Entwickeln von Autonomie und Lebensplanung nicht gelebt werden. Unter Beteiligung der Institutionen wird das Sozialisationsfeld drogenkonsumierender Jugendlicher auf die illegalisierte, kriminalisierte und verfolgte Drogenszene beschränkt. Aufgrund fehlender sozialer Bindung außerhalb der Szene stehen als Iden-

tifikationsmuster und Identifikationsfiguren nur noch solche zur Verfügung, die von Illegalität, Kriminalität und Verfolgung gekennzeichnet sind. Auch das sind Gründe, weshalb wir bei unseren Jugendlichen ein dramatisches Tempo der Hochdosierung und eine extreme Risikobereitschaft beobachten.

Mobile Betreuung heißt, diesen Bedingungen angemessene, am Alltag des Jugendlichen orientierte und der Schadensbegrenzung verpflichtete Hilfe anzubieten.

Die Gratwanderung zwischen Legalität und Illegalität muß unter der Prämisse "Über-Lebenszeit schaffen", parteilich, am Wohl des Jugendlichen orientiert, ausgehalten werden. Natürlich ist es uns lieber, wenn die Jugendlichen ihre Drogen in unserem Beisein unter hygienischen Bedingungen konsumieren, in einem Klima, wo "safer use"-Botschaften auch greifen, als in irgendwelchen öffentlichen Toilettenanlagen mit der Angst vor Entdeckung und unzureichenden hygienischen Bedingungen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, angesichts der Kürze der Zeit für diesen Vortrag ist es nicht möglich, einen tieferen Einblick in unser Projekt zu geben. Ich hoffe aber, daß anhand auch der alltäglichen Erfahrungen, die ich geschildert habe, zumindest die Idee des Projektes, "Über-Lebenszeit schaffen" sichtbar wurde.

Stationäres Hilfeangebot für sozial Integrierte mit kürzeren Karrieren

M. Grotjahn, Bremen

Es freut mich, daß ich hier die Gelegenheit habe, die Idee und Entwicklung von unserer bzw. unseren Einrichtungen STEPS vorzustellen. Ich werde in folgender Reihenfolge vorgehen:

1. Die Angebote von STEPS
2. Die Entstehung des Konzeptes
3. Konzeptionelle Überlegungen für die Arbeit mit Jugendlichen, die drogenabhängig sind

Zur Einordnung in unser Thema möchte ich noch erwähnen, daß STEPS keine reine Einrichtung für Jugendliche ist; es werden auch Erwachsene und junge Erwachsene aufgenommen. Der Zusammenhang mit der Thematik hier besteht in erster Linie dar-

in, daß es zwar eine stationäre Therapie ist, die aber andere Formen als eine stationäre Langzeit-Therapie hat.

1. Das Angebot von STEPS

Die Einrichtung STEPS richtet sich an solche Drogenabhängige, die noch sozial und psychisch weitgehend integriert sind. In erster Linie ist gedacht an in der Regel junge Arbeitnehmer, Auszubildende, Schüler und Studenten. Das Programm beginnt - wie bei stationären Therapien üblich - mit Vorgesprächen bzw. seit der Einführung der ambulanten Therapie aufgrund der entsprechenden Empfehlungsvereinbarung durch die LVA mit diesen.

Wenn sich dann herausstellt, daß der Betroffene einer stationären Therapie bedarf, um mit dem Konsum von Drogen aufzuhören, wird er in die Therapieeinrichtung aufgenommen. Im Verlaufe dieser unterscheiden wir die

- stationäre Phase
- betrieblich-stationäre Phase
- Nachsorge oder ambulante Phase.

Die stationäre Phase

Sie dauert ca. 1 - 3 Monate. In dieser Zeit geht der Klient nicht zur Arbeit, sondern ist ausschließlich Mitglied der therapeutischen Gemeinschaft.

Seine Beweglichkeit und Beziehung zur Welt außerhalb der Therapieeinrichtung baut er langsam auf. Beispiel: die ersten 14 Tage ausschließlich im Haus,

dann in Begleitung mit "älteren" Klienten zum Einkaufen, dann in Begleitung mit anderen abends weggehen z.B. in die Disco. Gegen Ende der stationären Phase darf er die Einrichtung ohne Begleitung verlassen, d.h. dann wird ihm auch zugetraut, arbeiten zu gehen ohne Drogen zu konsumieren.

Das therapeutische Programm im engeren Sinne ähnelt dem einer professionellen Langzeittherapie mit dem Schwerpunkt auf Familientherapie. Dazu gehören die familientherapeutischen Aktivitäten, in denen der Klient ohne Anwesenheit seiner Eltern, Angehörigen, Partner, Kinder etc. unter Anleitung von Therapeuten reflektiert z.B. Familienrekonstruktionen etc.

Dazu gehören aber auch die Wochenenden, zu denen seine Eltern eingeladen werden und zu denen ein Team aus Therapeuten und erfahrenen Elternkreismitgliedern in Gruppen und Einzelsituationen mit den möglichst kompletten Familien arbeitet.

Die Elternkreismitglieder spielen dabei eine ganz wichtige Rolle quasi als Co-Therapeuten. Sie dienen z.B. der Vertrauensbildung in erster Linie für die Eltern, die anfangs oft mit Ängsten kommen z.B. der Angst, einem Tribunal gegenüberzustehen, das sich aus therapeutischen Mitarbeitern und Klienten zusammensetzt. Diese familientherapeutische Arbeit haben wir größtenteils aus der Langzeittherapie im Therapiezentrum Hohehorst abgeguckt, in der wir dies, historisch gesehen, zuerst entwickelten.

Da es sich bei STEPS aber um Klienten handelt, die über noch integrierte soziale Bezüge zu Familien und Elternhaus verfügen, spielte die Weiterentwicklung hier noch eine größere Rolle als in der Langzeittherapie.

Die betrieblich-stationäre Phase

Wenn der Klient selbst, seine Mitklienten und das Mitarbeiter-Team ihm zutrauen, wieder zur Arbeit, Ausbildung, Schule, Universität etc. zu gehen, beginnt die betrieblich-stationäre Phase.

Sie beginnt vorbereitend mit dem Aufsuchen des zukünftigen Vorgesetzten bzw. Ausbilders o.ä. im Betrieb. Dort wird mit dem Klienten, dem Therapeuten und Vertreter des Betriebes eine Verabredung getroffen: Es wird geklärt, daß man sich gegenseitig über für die Therapie relevante Wahrnehmungen unterrichtet.

Der Vorgesetzte z.B. vereinbart mit dem Vertreter des Mitarbeiterteams, daß er die Einrichtung informiert, sollte der Klient unentschuldig der Arbeit fernbleiben. Der Mitarbeiter erklärt, daß der Betrieb unterrichtet wird, wenn der Klient die Einrichtung verlassen hat.

Der Klient muß mit diesen Abmachungen einverstanden sein, d.h. er muß in diesen vereinbarten Punkten die Therapeuten von der Schweigepflicht entbinden. Diese Vereinbarungen waren im übrigen bei Beginn dieser Arbeit ein großes Problem für das therapeutische Team, was dann zu Problemen mit dem Betrieb führte. Z.B. der Betrieb wendet bei dem drogenabhängigen Klienten die Betriebsvereinbarung für Süchtige an, d.h. er gibt dem Drogenabhängigen die Chance, den Arbeitsplatz zu behalten unter der Bedingung, daß dieser eine Therapie bei STEPS macht. Der Klient bricht innerhalb der ersten 14 Tage der betrieblich-stationären Phase die Therapie ab, wohnt nicht mehr in der Einrichtung, geht aber weiterhin zur Arbeit und konsumiert Drogen.

Die Mitarbeiter berufen sich auf ihre Schweigepflicht und machen dem Betrieb keine Meldung. Sie können sich sicher vorstellen, daß dann Probleme entstehen,

die - wenn die Therapeuten ihre Haltung nicht korrigieren - zur Aufkündigung der Kooperation seitens des Betriebes führen.

Während der gesamten betrieblich-stationären Phase wohnt der Klient weiterhin in der Einrichtung und bleibt Mitglied der therapeutischen Gemeinschaft mit etwas modifizierten Rechten und Pflichten. Das therapeutische Programm wird fortgesetzt. Wenn möglich, bzw. wenn die Bereitschaft vorhanden, werden Vorgesetzte zu den Settings der Eltern-Bewohner-Wochenenden, von denen ich sprach, eingeladen. Die Dauer der betrieblich-stationären Phase beträgt ca. 4 - 6 Monate: sie ist natürlich abhängig von der Selbsteinschätzung des Klienten und des Mitarbeiterteams.

Nachsorge und ambulante Arbeit

Hier gibt es verschiedene Modelle. Das einfachste ist: der Klient zieht zurück in seine Wohnung z.B. zu Ehefrau und Kindern, bzw. zu seinen Eltern und nimmt am ambulanten Nachsorgeprogramm teil.

Für Klienten, die ihre Wohnung aufgegeben haben, bzw. die sich nicht sicher genug fühlen, gibt es die Möglichkeit des Wohnens in sog. "Nachsorgehäusern". D.h. sie haben dort einen Mieterstatus, müssen jedoch wöchentlich an den stattfindenden Gruppensitzungen und können an Einzelgesprächen teilnehmen. Das Ende der Teilnahme wird dann irgendwann zwischen Klient und Mitarbeitern vereinbart. Die Betreuung durch das Mitarbeiterteam ist im Verhältnis zu der in der Therapieeinrichtung stark reduziert.

2. Die Entstehung des Konzepts

Während ich das Programm und Funktionieren unserer Einrichtungen skizzierte, werden Sie sicherlich gemerkt haben, daß die Ursprünge des Konzeptes in der Langzeittherapie zu finden sind und zwar ganz deutlich in der Reha-Phase, später und heute "Adoptionsphase" genannt. Sie wissen, daß es sehr schwer war, Kostenträgern begreiflich zu machen, daß es bei der Therapie von Drogenabhängigen eine Phase geben muß, in welcher der Klient arbeitet, aber gleichzeitig noch stationär untergebracht ist.

D.h. der Kostenträger zahlt die Therapie, und der Klient leistet gleichzeitig Beiträge zur Sozialversicherung: das Ganze unter dem Etikett der medizinischen Rehabilitation. Sie wissen, wie lange der Weg gedauert hat, bis diese Therapiephase von Kostenträgern akzeptiert wurde, und daß es noch immer Kostenträger gibt, die sie nicht bezahlen, die sie nicht bezahlen wollen.

Wir liegen derzeit z.B. im Clinch mit der AOK, die die alten Kostenträgerargumente von vor 10 Jahren wieder hervorholt. Ich bin allerdings der Meinung, daß diese Phase, in welcher der Klient stationär Therapie macht und gleichzeitig arbeitet, einer der wichtigsten Abschnitte in der Therapie von Drogenabhängigen ist. Es ist wichtig, die belastenden Situationen so früh wie möglich in die Therapie miteinzubeziehen und sie im geschützten Rahmen der Einrichtung aufzuarbeiten. Eine belastende Situation ist z.B. die ungeklärte symbiotische Situation zwischen Klient und seiner Mutter, die ihn als Ersatzpartner ansieht.

Wenn Klient und Mutter bereit sind, diese Situation in der Familientherapie zu klären, setzen sie sich mit einer extrem belastenden Situation auseinander. Sie wissen das und ich führe es deshalb nicht aus.

Ein stark drogenabhängiger Klient empfindet diese Situation als sehr belastend und der Schutz der therapeutischen Gemeinschaft und der Therapieeinrichtung

kann einigermaßen garantieren, daß er sich damit auseinandersetzt, ohne rückfällig zu werden. Dabei erlebt er, bzw. macht die neue Erfahrung, daß man aus belastenden Situationen herauskommen kann, ohne zu konsumieren.

In unserer Langzeittherapie-Einrichtung Hohehorst beginnt deshalb dieses familientherapeutische Arbeiten erst in der sog. "Therapiephase". In der Eingangsphase werden 2 Monate lang lediglich Themen des Zusammenlebens in der Gruppe etc. aufgearbeitet.

D.h. die Konfrontation z.B. mit dem symbiotischen Verhalten ist belastend und geschieht deshalb im Schutz der Einrichtung. Und kein mit der Materie vertrauter Mensch würde auf die Idee kommen, aus der Tatsache, daß der Klient nun schon so belastende Situationen, wie die einer Symbiose, in seiner Herkunftsfamilie aufarbeiten kann, zu schließen, daß er nun nicht mehr des Schutzes der stationären Elemente einer Therapie bedarf, d.h. entlassen werden könnte. Das Gleiche gilt für die belastende Situation Arbeit und der Auseinandersetzung damit. Zur belastenden Situation "Arbeit" für einen Drogenabhängigen gehört:

- die Fahrt zur Arbeit z.B. mit der Straßenbahn über die Szene, d.h. an Orten vorbei, die für sein Erleben assoziativ mit dem Konsum von Drogen verbunden sind;
- die Auseinandersetzung mit Kollegen und Vorgesetzten, sowohl mit denen, die ebenfalls ein Suchtproblem haben, als auch mit denen, die keines haben.

Ich will hier nicht alle Situationen aufzählen, die diese Situationen zu belastenden Situationen machen, man könnte eine Reihe weiterer Situationen aufzählen.

Was ich sagen will: ich halte nichts davon, wenn jemand argumentiert, daß ein Drogenabhängiger in dem Augenblick, wo er wieder arbeitet und in seinen Betrieb geht, die Therapie bereits abgeschlossen hat. Meiner Meinung nach ist meist gegen Ende einer stationären Therapie bei Drogenabhängigen "Arbeit" eine der therapeutischen Situationen, die in die Therapie gehören und die für den Erfolg der Therapie besonders sinnvoll sind.

Das haben wir seinerzeit bei der Langzeittherapie relativ schnell gemerkt (nach ca. 4 Jahren Arbeit). Diese und ähnliche Überlegungen stellen die Basis für das Konzept von STEPS dar.

Ende der 70er Jahre wurden wir in unserer Langzeittherapie-Einrichtung häufig mit Anrufen von jungen Arbeitnehmern bzw. deren Vorgesetzten oder deren Drogenberatungsstellen konfrontiert, die sich nach einer Therapie erkundigten. Mit unserem Angebot der Langzeittherapie waren diese in der Regel nicht zufrieden. Wir mußten einräumen, daß sich unsere Langzeittherapie an andere Adressaten richtete. Es handelte sich um ein Konzept, das für Drogenabhängige gedacht war, die schon lange Drogenkarrieren hinter sich hatten, die schon aus allen sozialen Bezügen herausgefallen waren, die überdies lange Knastkarrieren hinter sich hatten.

Auf diesem Hintergrund ist das STEPS-Konzept entstanden. D.h. auf die relativ lange Zeit der quasi künstlich erzeugten Arbeit, die sog. "Arbeitstherapie", auf diese Phase der Langzeittherapie, in der z.B. das Arbeitsleben, das frühe Aufstehen, das Durchhalten des Arbeitstages trainiert wurde, konnten wir bei diesem Klientel verzichten, weil sie in diesem Bereich keine bzw. wenig Probleme

hatten. Im engeren therapeutischen Bereich ergab sich dagegen ein sehr großer Bedarf. Diesen großen Bedarf spiegelt auch die Tatsache wieder, daß unsere STEPS-Klienten noch bis weit nach dem Abschluß des stationären Abschnittes an Gruppen- und Einzeltherapien teilnehmen.

Die therapeutische Einrichtung für junge Abhängige "Eppenhain"

W. Munderloh, Eppenhain

1. Behandlungsverständnis der Einrichtung

Drogenabhängigkeit ist ein komplexes Phänomen, das vor allem durch die Unfähigkeit zur Abstinenz und durch den Verlust der Selbstkontrolle gekennzeichnet ist.

Der Grund, der den einzelnen Jugendlichen veranlaßt, Drogen zu konsumieren und die Bedingungen, die zur Aufrechterhaltung und Steigerung seines Drogenkonsums führen, sind im Einzelfall letztlich nicht genau bestimmbar. Jedoch weisen die Ergebnisse der Forschungen der letzten Jahre darauf hin, daß der Drogenmißbrauch bei Jugendlichen ein multikausales und ein mehrdimensionales Phänomen ist. Wir können eine Reihe von Belastungsfaktoren auf der psychischen, sozialen und körperlichen Ebene konstatieren, die den initialen Drogengebrauch und die Abhängigkeitsentwicklung fördern. Den *Erstgebrauch* von Drogen fördernde Faktoren sind z. B.

- Gleichaltrigengruppe mit massiver Drogenorientierung,
- niedriger sozioökonomischer Status,
- Familieneinflüsse und Sozialisationsbedingungen,
- Probleme in Schul- und Berufsausbildung,
- psychologische Variablen (Selbstwertgefühl etc.),
- Verhaltensvariablen (deviantes Verhalten führt zu verstärktem Konsum),
- emotionale Variable (Stimulation etc.),
- psychopathologische Variable (kritische Lebensereignisse, Depression, Angst etc.).

Faktoren für die *Entwicklung* einer Drogenabhängigkeit sind z.B.

- Drogenmißbrauch der Eltern,
- unvollständige Familien,
- psychischer, physischer oder sexueller Mißbrauch,
- früher Abbruch der Schullaufbahn,
- Schwangerschaft im Jugendalter,
- ökonomische Benachteiligung,

- Delinquenz,
- psychiatrische Erkrankungen,
- suizidale Handlungen,
- körperl./geist. Behinderung.

Diesem komplexen Bedingungsgefüge entspricht ein sehr unterschiedliches Erscheinungsbild süchtigen Verhaltens. Jugendliche mit problematischem Drogenkonsum unterscheiden sich z.B. erheblich voneinander bezüglich ihres Drogengebrauchsmusters, der Schwere ihrer somatischen und psychischen Begleit- und Folgeerkrankungen und dem Grad ihrer sozialen Integration.

Ebenso korrespondiert das komplexe Ursachenbündel süchtigen Verhaltens mit sehr verschiedenen Wegen aus der Abhängigkeit.

Ein derart komplexes und vielschichtiges Problemverhalten erfordert nach unserer Auffassung eine ganzheitliche, die unterschiedlichen Existenzebenen berücksichtigenden Behandlungsstrategie, die den einzelnen Jugendlichen und seine individuellen Entwicklungsmöglichkeiten berücksichtigt.

2. Zielsetzung der Einrichtung

Das Angebot der Therapeutischen Einrichtung "Eppenhain" richtet sich an eine bestimmte Zielgruppe innerhalb der Population Drogenabhängiger: Minderjährige und junge Volljährige mit einer massiven Rauschmittelabhängigkeit, bei

denen keine tragfähigen sozialen Kontakte vorhanden sind und ein strikter Milieuwechsel als hilfreich angesehen werden kann.

Ziel der Behandlung ist ein selbstverantwortliches, eigenständiges, drogenfreies Leben. Grundlage dafür ist die Reduzierung und Beseitigung suchtauslösender und abhängigkeitsfördernder Faktoren, physische Regeneration, Heilung bzw. Behandlung von Folgeerkrankungen, (Wieder-)Herstellung befriedigender sozialer Kontakte, Erlangung sozialer Kompetenz, schulische bzw. berufliche Qualifikation und Bearbeitung weitergehender psychosozialer Probleme.

3. **Kurzbeschreibung der Therapeutischen Einrichtung "Eppenhain"**

In "Eppenhain" können 30 junge Rauschmittelabhängige bis zu 18 Jahren - in begründeten Ausnahmefällen bis zu 21 Jahren - aufgenommen werden. Die Dauer der Behandlung beträgt zwischen 1 und 2 Jahren, um den erheblichen Entwicklungsunterschieden in dieser Altersgruppe gerecht werden zu können.

Die im Oktober 1983 eröffnete Einrichtung liegt im Taunus, unweit von Königstein. Zu ihr gehört ein gut 5 ha großes Naturgrundstück. Auf dem Gelände befinden sich zwei Gebäude: Das "Haupthaus" mit Schulräumen, Hauptküche, Verwaltung, Team- und Mitarbeiteräumen, Arztzimmer und Werk- und Musikraum und der "Gutshof" mit drei Wohngruppen der Jugendlichen. Zur Einrichtung gehören außerdem ein Sportplatz, eine Schreinerei und ein Gymnastikraum. Auf dem Gelände werden Tiere gehalten und Obst und Gemüse angebaut.

Die Aufnahme in "Eppenhain" erfolgt unabhängig vom gebrauchten Rauschmittel. Der Behandlung geht in aller Regel eine körperliche Entgiftung in einem Fachkrankenhaus voraus. Kostenträger der "medizinisch-psychotherapeutischen Maßnahme" sind die Krankenkassen, die überörtlichen Sozialhilfeträger, die Rentenversicherung. In Einzelfällen erfolgt eine Übernahme der Kosten im Rahmen des KJHG. Leistungsträger der Einrichtung ist die Landesversicherungsanstalt Hessen.

4. Die Klientel

In "Eppenhain" finden Jugendliche im Alter von 14 - 18 Jahren (in Ausnahmefällen bis zu 21 Jahren) Aufnahme. Das Durchschnittsalter liegt in der Regel knapp unter 18 Jahren. Bei vielen Jugendlichen, die in "Eppenhain" Aufnahme finden, ging der Drogenkonsum mit einer erheblichen Verwahrlosung einher. Das Erleben und Verhalten der jungen Abhängigen ist wie bei allen Drogenabhängigen geprägt von den Erfahrungen aus der Drogenszene, den daraus resultierenden typischen Verhaltensmustern und dem Drogenerleben. Charakteristisch ist das enorme Streben nach unmittelbarer Bedürfnisbefriedigung und entsprechend die Unfähigkeit, langfristige Ziele anzunehmen und schrittweise zu verwirklichen. Kennzeichnend sind auch mangelnde Frustrationstoleranz, ein negatives Selbstbild, deutliche Perspektivlosigkeit und erheblicher Zweifel an der Sinnhaftigkeit der eigenen Existenz. In aller Regel sind die jungen Abhängigen in ihrer schulischen und beruflichen Entwicklung gescheitert.

Die Rauschmittelabhängigkeit der Jugendlichen wird häufig durch eine Reihe weiterer Problembelastungen begleitet, die sowohl als Ursachen, aber auch als

Begleit- und Folgeerscheinungen des süchtigen Verhaltens zu interpretieren sind, wie z.B. Anorexie/Bulimie, Depression, Suizidneigung, drogeninduzierte Psychosen, Persönlichkeitsstörungen (Borderline-Persönlichkeit, Psychosen), Autoaggression, sexuelle Mißbrauchserfahrungen und dissoziales Verhalten.

5. Die Therapeutische Gemeinschaft

Aus dieser komplexen Problemstruktur der jungen Abhängigen ergibt sich die Notwendigkeit einer ganzheitlich verstandenen Rehabilitation, die möglichst alle relevanten Problembereiche erfassen sollte, um eine Stabilisierung der Drogenabstinenz zu fördern. Es geht um den Erwerb von persönlichen Kompetenzen, sozialen Kompetenzen und der Ausbildung von Lebensperspektiven ohne Drogenkonsum.

Das Konzept der Therapeutischen Gemeinschaft, dem die stationäre Drogen-therapie in aller Regel verpflichtet ist, bietet die "Behandlungsphilosophie" für dieses Rehabilitationsprogramm. Eine t h e r a p e u t i s c h e G e m e i n - s c h a f t ist für den einzelnen Klienten mit ihren Räumlichkeiten, der Programmstruktur, den Mitarbeiter/innen und der Klientengruppe ein bedeutender sozialisatorischer Faktor, der als g e p l a n t e s s o z i a l e s S y s t e m die Selbstsozialisation der Klientel fördert.

Sie ist p ä d a g o g i s c h e I n s t i t u t i o n , die erzieht und begleitet, die schützt und behütet, die unterstützt, versteht und ermutigt, die anregt und Erlebnisse schafft, die Erfahrungen vermittelt, die Aufgaben und Anforderungen stellt, die Bausteine für eine suchtmittelfreie Zukunft sein können.

Ferner bietet sie die Möglichkeit von *T h e r a p i e* im engeren Sinne, die der Klientel hilft, sich differenziert und nachhaltig aus der psychischen Abhängigkeit zu lösen.

Für diese unterschiedlichen Behandlungsprinzipien gibt es keinen Primat. Behandlungsform und -intensität können individuell sehr unterschiedlich sein.

6. **Struktur des Rehabilitationsprogramms**

Aufgrund der eingangs formulierten Therapieziele und der dargestellten Interaktions- und Kommunikationsformen ergibt sich für die Organisation der Therapeutischen Gemeinschaft eine differenzierte Programmstruktur.

Die unterschiedlichen Angebote bieten allesamt Handlungs-, Erfahrungs-, Qualifizierungs- und Reflektionsmöglichkeiten für die Klienten/innen. Das differenzierte Angebot der Therapeutischen Einrichtung "Eppenhain" soll im folgenden vorgestellt werden.

6.1 *Einzel- und Gruppentherapie*

Mehrmals wöchentlich finden Gruppentherapiesitzungen in unterschiedlicher Zusammensetzung statt. Die Gruppen werden nach Bedarf entsprechend der Wohngruppenzugehörigkeit oder der Therapiedauer der Klienten/innen zusammengesetzt. Wöchentlich finden auch Mädchen- und Jungengruppen statt, in denen in besonderer Weise geschlechtsspezifische Probleme thematisiert wer-

den. Bei besonderen Anlässen steht das Instrument der Großgruppe zur Verfügung, an der alle Anwesenden der Einrichtung teilnehmen. Täglich finden in den Wohngruppen die Abendrunden statt. Sie werden ohne Beteiligung der Mitarbeiter/innen durchgeführt. Ziel dieser Runden ist die Reflektion des Tagesgeschehens.

Zu bestimmten Themen werden periodisch Workshops angeboten, die zum einen Sachinformationen bieten, zum anderen besonders die Folgerungen für das eigene Verhalten thematisieren. Z.B. beim Thema "HIV", wo es neben der Sachinformation, die Konsequenzen für das eigene Verhalten zu bedenken gilt.

Einzeltherapie wird allen Klienten/innen auf Wunsch und in Absprache mit dem Einzelbetreuer nach frühestens 6 Wochen angeboten. Die Therapeutische Einrichtung "Eppenhain" ist keiner therapeutischen Schule verpflichtet. Die Mitarbeiter/innen haben Qualifikationen in verschiedenen Therapieformen. Es wird der Versuch gemacht, die unterschiedlichen Therapieformen störungsbezogen einzusetzen.

Zweimal jährlich finden Angehörigenseminare statt, die ein Kennenlernen der Einrichtung, vertiefte Kontakte zwischen Eltern und Mitarbeitern/innen und eine Einbeziehung der Eltern in die therapeutische Arbeit ermöglichen.

Grundsätzlich finden darüber hinaus während der Rehabilitation mehrere Familiengespräche in der Therapieeinrichtung statt. Wenn es angezeigt ist, kann in einzelnen Fällen auch eine Familientherapie durchgeführt werden.

6.2 Hausinterner Schulunterricht

Das Unterrichtsprogramm stellt eine sachbezogene, an gesellschaftlicher Realität orientierte Anforderung dar. Der Unterricht ist an den Lehrinhalten der öffentlichen Schulen orientiert. Der Haupt- oder Realschulabschluß kann während der Rehabilitation durch schriftliche und mündliche Prüfungen im Rahmen einer "externen Prüfung" beim Staatlichen Schulamt Frankfurt erreicht werden. Der Unterricht wird in Lerngruppen von 8 - 10 Schülern erteilt. Der Chemieunterricht findet am Nachmittag in der Hermann-Hesse-Schule in Frankfurt statt. Darüber hinaus werden Stützkurse in den Hauptfächern angeboten.

In den ersten 6 Wochen wird ein Eingangsunterricht angeboten. Er dient den Klienten/innen zur (Wieder-)Gewöhnung an schulisches Lernen und bietet den Lehrkräften die Möglichkeit, den Leistungsstand der Schüler/innen zu ermitteln. Für Jugendliche mit besonderen Lernschwierigkeiten wird ein gesonderter Förderunterricht angeboten.

Nach Beendigung des Unterrichts werten die Lehrer und ein therapeutischer Mitarbeiter das Unterrichtsgeschehen aus. Leistungsängste, Leistungsverweigerung, disziplinarische Probleme, Klassenklima aber auch die Lehrer-Schüler-Beziehungen werden erörtert. Die Beobachtungen können in die Einzel- und Gruppentherapie einfließen; z.T. werden Strategien für die Unterrichtsgestaltung entwickelt.

Jede Lerngruppe hat einen Lerngruppensprecher. Einmal wöchentlich treffen sich die Lerngruppensprecher mit den Lehrern und weiteren Mitarbeitern zur Schulbesprechung. Hier wird insbesondere über das Schulgeschehen aus der

Sicht der Schüler gesprochen. Schüler, die im Unterricht besondere Probleme haben oder verhaltensauffällig sind, werden hierzu eingeladen.

6.3 Arbeitstherapie

Wenn ein Jugendlicher nach einer Eingewöhnungszeit nicht am Unterrichtsprogramm teilnimmt, z.B. weil er bereits einen Schulabschluß erreicht hat, so hat er Gelegenheit, in den Arbeitsbereichen der Einrichtung für längere Zeit mitzuarbeiten und sich schließlich auf einem Gebiet als "Praktikant" zu spezialisieren. Diese Praktika in den Bereichen Schreinerei, Garten, Hausmeisterei und Hauswirtschaft werden durch Fachkräfte begleitet und haben durch einen Praktikumsplan eine feste Struktur. Die Erfahrungen in den Arbeitsbereichen werden einmal wöchentlich mit allen beteiligten Klienten/innen und Mitarbeitern/innen reflektiert. Die praktische Arbeit wird ergänzt durch Fachkunde und -rechnen.

6.4 Kulturelle Förderung

Nachmittags werden verschiedene Freizeitkurse angeboten, wie Töpfern, Theater, Fotografie, Rockmusik und Sport. An den Wochenenden und während der Schulferien wird der Alltag in besonderer Weise gestaltet. In dieser Zeit finden Ausflüge, Museumsbesuche und Ferienfreizeiten (z.B. Reiten, Kanufahren, Wandern) statt.

6.5 Wohngruppe

In der Therapeutischen Einrichtung "Eppenhain" gibt es drei Wohngruppen, in denen die Klientel mit Hilfe der Mitarbeiter/innen ihr Zusammenleben gestalten. Jede Wohngruppe, die aus 10 Klienten/innen besteht, wählt einen Wohngruppensprecher. Ebenso hat jede Wohngruppe zwei verantwortliche Mitarbeiter/innen als Wohngruppenbetreuer/innen. Alles, was das gemeinsame Leben in der Wohngruppe betrifft, besprechen die Klienten/innen einmal wöchentlich in der Wohngruppensitzung. Hier werden Entscheidungen getroffen. Es geht dabei um die von der Wohngruppe geplanten Ausflüge, die Organisation der Dienste in den Wohngruppen, aber auch um die Beantragung von Ausgängen und die Besprechung von Problemen im Zusammenleben.

1992 wurde eine eigene Mädchenwohngruppe eingerichtet. Damit wurde ein Ort geschaffen, der den Klientinnen besondere Rückzugsmöglichkeiten bietet und ein Klima schafft, das es möglich macht, die speziellen Probleme der Mädchen zu bearbeiten.

6.6 Mitverantwortung

Von Beginn an trägt der Jugendliche Mitverantwortung für ein reibungsloses Zusammenleben in der Gemeinschaft. In dem Maße, wie sich die persönliche Reifung entwickelt, werden den Jugendlichen auch besondere Verantwortungsbereiche übertragen. Unter Mithilfe eines(r) Mitarbeiter/in nehmen die Klienten/innen beispielsweise folgende Aufgaben wahr: Wohngruppensprecher, Lerngruppensprecher, Kioskverantwortlicher, Versorgung der Tiere, Mitwirkung bei der Beantwortung von Bewerberpost. Ein besonderer Bereich ist das Klientenbüro, das das Zusammenleben in der Einrichtung ganz wesentlich mitbestimmt. Das Klientenbüro ist die Planungs- und Organisationszentrale für die

Abläufe in der Einrichtung. Zwei Klienten/innen sind verantwortlich für das Büro. Das Klientenbüro ist an der Wohngruppenbelegung, an der Organisation des Arbeitsprogramms und an der Gestaltung der Freizeit- und Ferienaktivitäten maßgeblich beteiligt. Diese Selbsthilfeleistung steht nicht nur im Dienste der Einrichtung. Jeder Jugendliche hat hier die Möglichkeit, seine eigenen Interessen vorzubringen und seine Einflußmöglichkeiten auszuprobieren. Dahinter steht die Erkenntnis, daß durch demokratische Teilhabe der "Opferstatus" der Jugendlichen eine Korrektur erfahren kann.

Mobile Jugendarbeit in Dortmund

D. Fiedler, Dortmund

Auf Initiative des Jugendwohlfahrtsausschusses wurden im Juni 1986 zwei Planstellen für sozialpädagogische Fachkräfte für die Arbeitsgruppe "Mobile Jugendarbeit / Streetwork" eingerichtet. Anfangs wurden die hauptamtlichen Mitarbeiter, die in den Stadtteilen Innenstadt-West und -Nord eingesetzt sind, von je einer ABM-Kraft unterstützt.

Die beiden Stadtteile wurden wegen der Häufung von formellen und informellen Gruppen und Treffpunkten ausgewählt. Das übrige Stadtgebiet blieb aus Gründen der Leistbarkeit und Kontinuität außer Betracht.

Für die Stadt Dortmund ist die Arbeitsgruppe "Mobile Jugendarbeit" eine Ergänzung des bisherigen Jugendhilfeangebotes. Zielgruppen der "Mobilen Jugendarbeit" in Dortmund sind schwerpunktmäßig Gruppen gefährdeter und aggressiver junger Menschen von ca. 14 - 27 Jahren, die sich an formellen und informellen Treffpunkten wie etwa Kiosken, Straßenecken, Parks, Unterführungen usw. aufhalten. Sie haben die Straße zu ihrem Treffpunkt gemacht und besuchen aus den verschiedensten Gründen offizielle Jugendeinrichtungen selten oder gar nicht. Ihr öffentliches Auftreten ist häufig durch Aggressivität gegenüber Personen und Sachen gekennzeichnet;

wobei die Jugendlichen oftmals sowohl Opfer und auch Täter sind. Unsere Gesellschaft ist für sie stark durch Gewalt geprägt.

Viele machen ihre ersten Gewalterfahrungen bereits in der Kindheit. Im Elternhaus, in der Schule, in der Politik, beim Sport, im Berufsleben: meist setzt sich in ihren Augen der Rücksichtslosere oder Stärkere durch.

Unsere Arbeit hat das Ziel, ausgegrenzten jungen Menschen zu helfen, einen selbstbestimmten und von Verantwortung getragenen Weg ins Erwachsenwerden zu finden. Durch Beratung und Vermittlung sowie Hilfe zur Selbsthilfe wollen wir ihnen helfen, Problemlösungen im Vorfeld von Gewalttätigkeiten, Straffälligkeit und Sucht zu finden.

Neben der Hilfe bei persönlichen Krisen und Konflikten versuchen wir im alltäglichen Handeln ein Bindeglied zwischen Institutionen sozialer Arbeit, Verwaltung, Gesellschaft und den jeweiligen Betroffenen zu sein.

Daraus ergibt sich für uns die Notwendigkeit, die Bedürfnisse, Interessen und Forderungen der Zielgruppen in o.g. Bereiche hineinzutragen und für Verständnis und Toleranz zu werben.

Dabei arbeiten wir nach den drei klassischen Methoden der Sozialarbeit:

- Gruppenarbeit
- Einzelhilfe (Krisenintervention)
- Gemeinwesenarbeit.

Die "Mobile Jugendarbeit" soll insbesondere Konflikte zwischen Gruppierungen von jungen Menschen und der Öffentlichkeit verhindern oder abbauen. Sie soll u.a. folgende Ziele anstreben:

- Reduzierung der kriminellen Handlungen der Gruppe
- Reduzierung des Alkoholkonsums, Veränderung des Suchtverhaltens
- Stärkung und Stabilisierung der Persönlichkeit des Einzelnen
- Wahrnehmung von Angeboten der Jugendberufshilfe
- Veränderung des Konfliktverhaltens
- Veränderung des Freizeitverhaltens.

Das Arbeitsfeld "Streetwork" unterscheidet sich im wesentlichen von anderen Arbeitsfeldern der Sozialarbeit durch ein Höchstmaß an Mobilität und das Verlassen des sicheren Rahmens einer Institution. Der aufsuchende Charakter der Arbeit beinhaltet ein Einlassen auf die Lebenswelt der Jugendlichen/jungen Menschen.

Der Straßensozialarbeiter begibt sich auf ihr Terrain, wo sie die Regeln, Normen und Werte bestimmen. Diesen Vorgaben der jungen Menschen muß der Sozialarbeiter mit einem Höchstmaß an Toleranz und Akzeptanz begegnen, um von ihnen als eine in Frage kommende Vertrauensperson anerkannt zu werden. Der Streetworker ist also besonderen Arbeitsbedingungen unterworfen. Von ihm wird ein hohes Maß an Einfühlungsvermögen in subkulturelle Lebenswelten junger Menschen erwartet. Er muß die Bereitschaft zu einem wenig distanzierten Kontakt und zu einer starken persönlichen Öffnung gegenüber der betroffenen Klientel haben. Nur so ist der Aufbau einer Vertrauensbasis zu den jungen Menschen möglich.

Die persönliche Akzeptanz und die Vertrauensbasis sind in dem durch Freiwilligkeit geprägten Kontakten die einzigen Einflußmöglichkeiten des Streetworkers.

Dieses zu erreichen ist ein äußerst langwieriger und schwieriger Prozeß.

Bezirk Innenstadt-Nord

Die nördliche Innenstadt von Dortmund, eingegrenzt zwischen Hafen und Borsigplatz (Hoesch-Betriebsgelände), Bahnhof und Fredenbaum (städt. Parkanlage) ist einer der am dichtesten bebauten Stadtbezirke Dortmunds. Geprägt ist dieser Bezirk durch den Hafen und die Schwerindustrie, sprich durch die Fa. Hoesch. Durchzogen von Hauptverkehrswegen ist er Durchgangszone für Transporte vom Hafen in andere Stadtbezirke, Zugang zur Dortmunder Innenstadt, Ziel von Hoeschtransporten und -arbeitern. Dadurch leidet der Stadtteil unter einem äußerst starken Verkehrsaufkommen und unter extremen Umweltbelastungen (Lärm, Staub, Abgabe usw.). Verstärkt wird das durch den Mangel an Grün- und Freiflächen.

Die Wohnbebauung ist geprägt von Altbauten, an denen teilweise Jahrzehnte lang wenig oder gar nichts zur Erhaltung der Bausubstanz getan wurde. Die mangelnde Wohnqualität ging zwar einher mit einem niedrigen Mietniveau, jedoch war die Attraktivität des Stadtteils so gering, daß überwiegend sozial schwache Familien, die sich teure Wohnungen in besserer Wohnlage nicht leisten konnten, und ausländische Mitbürger, die woanders keine Wohnung bekamen, zuzogen. Zusammen mit den Alteingesessenen (Rentner, ehemalige Hoesch-Arbeiter) bildete sich in der nördlichen Innenstadt ein Sammelsurium verschiedener Kulturen und damit ein Schmelztiegel unterschiedlicher Temperamente und Lebensweisen, die - nicht spannungsfrei - nebeneinander wohnen und leben mußten.

Verstärkt durch die sozialen Probleme vieler Bewohner entstand hier ein sozialpolitisches Pulverfaß: Das Ergebnis einer jahrzehntelangen verfehlten Kommunalpolitik, in der zu lange ausschließlich auf die Bedürfnisse eines Großkonzerns Rücksicht genommen wurde.

Der Druck wurde so groß, daß "Alteingesessene" und Bezirkspolitiker auf die Barrikaden gingen. Ihre Proteste wurden immer lauter, so daß man begann, mit Wohnumfeldverbesserung und Großbauprojekten das Image des Stadtteils zu verbessern. Es wurden Zuschüsse für die Wohnraumsanierung gewährt, Hinterhofs begrünung bezahlt und verkehrsberuhigte Zonen eingerichtet. Dies alles veränderte jedoch wenig an den sozialen und kulturellen Konfliktfeldern, die in Jahren des Nichtstuns entstanden waren.

In einem Stadtteil mit über 60.000 Einwohnern und einem Ausländeranteil von über 30 % gab es bis dahin nur eine Jugendfreizeitstätte und einen Jugendtreff. Angebote für ältere Bewohner gab es gar nicht. Zur Abdeckung des Kultur- und Freizeitbedürfnisses der Nordstadtbewohner wurde das "Dietrich-Keunig-Haus" errichtet. Allerdings wurde für das Bürgerhaus der Jugendtreff geschlossen.

Aufgrund der geschilderten Problemlage wurde im Oktober 91 das "Sozialpädagogische Nordstadtprogramm" ins Leben gerufen. Es beinhaltet verschiedene Projekte im Bereich der Kinder- und Jugendarbeit. Im Rahmen dieses Programms wurden für die Nordstadt auch zwei zusätzliche Straßensozialarbeiter (AWO) eingestellt.

Bei den Klienten der Mobilen Jugendarbeit Nord handelt es sich hauptsächlich um ausländische Jugendliche zwischen 13 - 25 Jahren.

Waren es früher überwiegend Jugendliche, die erst mit 14 bzw. 15 Jahren nach Deutschland kamen, so sind jetzt jüngere dazugekommen, die schon früh im Alter von 8 - 10 Jahren in die BRD geholt wurden.

Für viele von ihnen entstehen Probleme durch sprachliche Defizite, mangelnde schulische Qualifikation und das Leben in zwei Kulturen. Selbst für Jugendliche, die schon länger in Deutschland leben und deshalb sprachliche und schulische Probleme nur in

einem geringeren Umfang haben, führt der Unterschied zwischen traditioneller Lebensweise in der Familie und der "freien Lebensart" außerhalb zu erheblichen Problemen. Es entstehen immer wieder größere Spannungen, da die Familien nach Normen und Werten leben, die mit der Lebenswelt der Jugendlichen wenig gemeinsam haben. Die daraus resultierenden Krisen enden häufig mit dem Hinauswurf der jungen Menschen. Anfänglich zwar nur für ein paar Tage; jedoch ist das Verhältnis der beiden Generationen danach dermaßen gestört, daß eine völlig verkrampfte Wohn- und Lebenssituation entsteht, was letztendlich zum endgültigen Hinauswurf führt. Die jungen Menschen wohnen danach eine Zeit lang bei verschiedenen Freunden und suchen dringend eine Wohnung, ihre Lebenssituation ist dabei aber oft völlig aus der Bahn geraten. Sie können einen geregelten Tagesablauf nicht mehr aufrechterhalten und verlieren dadurch Ausbildungs-, Schul- oder Arbeitsplatz.

Viele der ausländischen Jugendlichen besuchen Auffangklassen, in denen sie nach Abschluß noch nicht einmal den Hauptschulabschluß erreicht haben. Somit haben sie nur geringe Aussichten, einen Ausbildungsplatz zu bekommen. Eine gewisse Chance besteht darin, sie in eine berufsvorbereitende Maßnahme des Arbeitsamtes zu vermitteln, in denen sie dann an verschiedene Arbeitsbereiche herangeführt werden. Nach einem Jahr besteht dann die Möglichkeit, im Rahmen des Benachteiligtenprogramms eine Ausbildung anzufangen. Diese Maßnahmen sind jedoch nur gering honoriert, so daß weiterhin die Abhängigkeit vom Elternhaus besteht.

Oft sehen auch gerade Eltern die Notwendigkeit einer Ausbildung für ihre Kinder nicht ein. Sie verlangen von ihren Söhnen, daß diese genau wie ihre Väter Geld zum Unterhalt der Familie verdienen.

Mangelnde Unterstützung aus dem Elternhaus, schlechte Chancen auf dem Arbeitsmarkt durch fehlende Voraussetzungen, sprachliche Defizite und dadurch geringe Anerkennung führen bei vielen zu Unzufriedenheit, Wut und Enttäuschung. Ihre

knappen finanziellen Möglichkeiten führen sie zu einer Freizeitgestaltung in den Randbereichen der Legalität. Hier entsteht häufig der erste Kontakt zu "Älteren" in der Dealer-Szene. Bei diesen Gelegenheiten bekommen sie dann mit, wie man scheinbar einfach mehrere 100,-- DM für einen Kuriengang bekommen kann. Somit ist der Weg in die Dealerei in kürzester Zeit positiv sanktioniert.

Es ist sehr schwierig, das Verhalten der Jugendlichen, das geprägt ist durch kulturelle Traditionen, durch westliches Konsumdenken (und -handeln), durch kriminelle Verführungssituationen und durch Konkurrenzverhalten untereinander, positiv zu beeinflussen, da nur eingeschränkt Maßnahmen angeboten werden können und der finanzielle Anreiz gering ist.

Das Ergebnis dieser geringen Handlungsmöglichkeiten ist Kriminalisierung und häufig auch das Abgleiten in die Sucht, ebenso die Zunahme von Alkoholmißbrauch bei ausländischen Jugendlichen.

Ungeklärter Aufenthaltsstatus, verschlechterte Zugangsvoraussetzungen zum Arbeitsmarkt (Arbeitserlaubnis), der wirtschaftliche Einbruch und die schlechte Wohn- und Lebenssituation werden diese Entwicklung noch verstärken.

Bezeichnend ist auch die Situation vieler deutscher Jugendlicher. Kaum einer hat ein gut funktionierendes Elternhaus. Alleinerziehende Mütter oder ein Stiefelternteil sind der Normalfall, hinzu kommt die Arbeitslosigkeit von mindestens einem Elternteil und den damit verbundenen Folgeerscheinungen. Auffällig ist dabei der übermäßige Alkoholkonsum in den Familien.

Kulturpädagogische Lebens- und Werkgemeinschaft Leimbach e.V.

A. Dorka-Kammermann, Willingshausen

Vor 13 Jahren wurde die Kulturpädagogische Lebens- und Werkgemeinschaft e.V. gegründet. Die Lebensgemeinschaft ist eine Einrichtung der Jugendhilfe, die mit jugendlichen Drogengefährdeten und -abhängigen bis zu 21 Jahren arbeitet. Finanziert wird der Pflegesatz über Jugendhilfemaßnahmen, für Minderjährige über den § 34 KJHG, für Volljährige über den § 41 KJHG. Möglich ist auch eine Finanzierung über das BSHG.

Soweit bekannt, ist die Lebensgemeinschaft in der gesamten BRD die einzige Jugendhilfeeinrichtung, die sich innerhalb der Jugendarbeit mit dem Suchtproblem befaßt.

Wir haben die Lebensgemeinschaft als Jugendeinrichtung gegründet, weil unsere Erfahrung mit dem Suchtproblem zeigte, daß der Drogenkonsum in der Regel schon früh in der Pubertät und Adoleszenz beginnt, und daß dem manifesten Drogenproblem immer ein Bruch in der Erziehbarkeit, in der pädagogischen Intuition des Erziehers voraus geht. Beides - der Verlust der Erziehungsfähigkeit wie auch das Drogenpro-

blem an sich - hängt zusammen mit den Gegebenheiten unserer Gegenwartskultur, die die Tragik in sich birgt, durch den Gewinn von materiellem Reichtum immateriell, seelisch zu verarmen.

Da wo seelische Armut herrscht, kann nicht mehr aus der Fülle von innerem Reichtum geführt und erzogen werden und somit reduziert sich die Erziehung mehr und mehr auf Befriedigung von rein materiellen Bedürfnissen und - da schließt sich der Kreis - was für eine materielle Substanz kann für den Moment mehr Glücksgefühl und Befriedigung vermitteln als Drogen!?

Jedoch birgt auch keine andere materielle Substanz stärker in sich seelische Aushöhlung, den Verlust des Eigenwesens als die Droge.

An diesem Punkt versucht die Kulturpädagogische Lebens- und Werkgemeinschaft anzusetzen mit ihrem Konzept.

Die Jugendlichen müssen erleben, daß die materiellen Befriedigungsmöglichkeiten nur dann zu einem Wohlgefühl führen können, wenn sie nicht als Fluchtmittel vor der eigenen seelischen Leere benutzt werden, bzw. wenn der Jugendliche sich einen Eigenwesenskern erhält, erkämpft, der ihm Leitbild wird in seiner persönlichen Lebenssinfrage. Und da beginnt die Doppelfunktion der Drogenarbeit:

Zum einen müssen die Persönlichkeitsmißbildungen des Suchtmittelmißbrauchs bearbeitet werden, zum anderen die Persönlichkeitsmißbildungen angegangen werden, die aus der allgemeinen gesellschaftlichen Deformation resultieren.

Um das zu erreichen, haben wir versucht, ein Konzept auszuarbeiten, das den gefährdeten und abhängigen Jugendlichen in seiner Gesamtsituation ergreift und ihm die Möglichkeit bietet, Mut und Stärke zu entwickeln, um sich selbst zu finden und dadurch zu einem fruchtbaren Mitglied der Gesellschaft zu werden.

Dafür benötigen wir einen klaren, stabilen inneren und äußeren Rahmen, der die Jugendlichen in lebendiger Form ihre Fähigkeiten, Schwierigkeiten, ihre Grenzen, ihre Sehnsüchte, Ängste und verschütteten Ideale erleben läßt und ihnen die Möglichkeit gibt, an sich selbst und ihrer Außenwelt zu wachsen.

Um die künstliche Situation der öffentlichen Einrichtung zu relativieren, leben wir in unserem nordhessischen Fachwerkhof in familienartigen Zusammenhängen, wo pro Gruppe je eine männliche und weibliche Bezugsperson mitlebt.

Der Tages- und Jahresrhythmus faßt sich in einen klar formulierten Rahmen mit festen Zeit- und Verantwortungsabsprachen, innerhalb dener die sogen. Epochen eine wichtige Rolle spielen. Diese Epochen sind gegliedert in

1. stärker willensbetonte Epochen wie die Arbeitsepochen in Gärtnerei, Schreinerei, Bau, Hauswirtschaft;
2. die Epochen, die den mittleren, rhythmischen Bereich erfassen, d.h., alles, was mit dem künstlerischen Element zusammenhängt, Malerei, Schauspiel, Musik, Eurhythmie, Bildhauerei
und
3. den Bereich, der das Denken erfaßt: Mathematik, Geometrie, Geschichte, Astronomie, Pflanzenkunde.

Zusätzlich zu diesen Epochen, in denen der Jugendliche eine starke Eigenaktivität entwickeln muß, bieten wir bis zu zweimal im Jahr medizinisch-therapeutische Epochen mit

- Heilrhythmie

- Rhythmischer Massage
- Maltherapie
- Musik / Rhythmustherapie

Vor ca. 6 Jahren haben wir begonnen mit Abenteuerunternehmungen. Diese finden jedoch nicht statt, um die Jugendlichen abzulenken bzw. zu substituieren; vielmehr um sie aus ihrer immer stärker auftretenden Vergreisung zu rütteln, um ihre erstarrten Reaktionsmechanismen zu beleben, um ihr Interesse zu wecken am Spiel zwischen Naturgesetzen und Mensch, um sie an Grenzerlebnisse zu führen, denen sie nicht ausweichen können.

Das versuchen wir auf der

- Kanutour
- Bergtour
- Höhlentour und der
- Fahrradtour, die alljährlich nach 1500 km am Urlaubsort in Südfrankreich ihr Ziel hat.

Nach 3 Wochen Erleben des südeuropäischen Kulturraumes führt der Weg zurück in die bodenständigeren Gefilde Nordhessens.

Dieser gesamte Rahmen, die gen. Lebensform mit ihren Epochen und Unternehmungen dienen uns primär als Medium, als Mittel, sich selbst zu erleben und zu erkennen,

wach zu werden an der Außenwelt, an Widerständen zu wachsen und sich zu verändern.

In täglich stattfindenden Rückschaugesprächen werden die auftauchenden Schwierigkeiten, Suchtverhaltensweisen, Fragen, sozialen Probleme, Rückfallbedürfnisse usw. besprochen und bearbeitet und nachfolgend werden in der Lebenssituation die Erkenntnisse des Gesprächs willenhaft umgewandelt.

Nach ca. 1/2 bis 3/4 Jahr hat sich beim Jugendlichen so viel seelische Substanz gebildet, daß er beginnt, eigene Neigungen, eigene Interessen und Bedürfnisse aufzubauen. Aus diesen heraus bildet sich auch die ernsthafte Frage nach einer Schul- oder Berufsausbildung.

Wir haben innerhalb der Maßnahme die Möglichkeit, den Jugendlichen eine Schulbildung zu ermöglichen, oder aber auch eine Berufsausbildung zum Schreiner, Gärtner oder Hauswirtschafter.

War in der o.g. ersten Phase der Jugendliche häufig Krisen ausgesetzt, die mit seiner Sucht und seinen Persönlichkeitsproblemen zusammenhingen, so wurde er doch stark getragen und geschützt. Letztlich war er nur sich selbst und seiner Sucht ausgesetzt, vor Konfrontation mit der Außenwelt wurde er weitmöglichst geschützt.

In der zweiten Phase stellen sich neue Probleme: Die Ausbildungssituation stellt Anforderungen an den Jugendlichen. Leistung wird ernsthaft gefordert, die Außenwelt beginnt wieder stärker auf den Jugendlichen zu wirken.

Sich selbst treu zu bleiben, Selbstsicherheit zu üben, Konfrontation auch jetzt nicht zu scheuen, Unsicherheiten vor Fremden zuzulassen und zu überwinden, Leistung zu bringen, das alles sind neue Krisenherde und Hürden, die genommen werden müssen.

Die dritte Phase ist die Außensituation, wo der Jugendliche die Möglichkeit hat, sich auf das selbständige Leben vorzubereiten. Er entscheidet nun seine Lebensgestaltung selbst. Zweimal wöchentlich findet noch ein therapeutisches Gespräch statt, das aber weniger betreuende als beratende Funktion hat.

Aus der Außenwohnsituation tritt der Jugendliche in eine selbständige Lebenssituation über.

In der immer wiederkehrenden Reflexion unserer Arbeit wird uns Mitarbeitern aber eines immer wieder bewußt: Ein ganz wesentliches Moment der erfolgreichen Arbeit ist die Bereitschaft des Erziehers/Therapeuten, mit der gleichen Konsequenz, die vom Jugendlichen gefordert wird, sich selbst in seinem Verhalten in Frage zu stellen, sich selbst verändern zu wollen, entwickeln zu wollen, unkäuflich und ehrlich mit sich und der Welt umzugehen.

Nur da, wo die Erwachsenenwelt, die gesetzgebende Welt, adäquat ihrer Forderung selbst nach gesunder Sozialisation strebt, wird eine Atmosphäre des Vertrauens geschaffen, die im Jugendlichen die Bereitschaft anregt, zu kämpfen gegen die zerstörenden Kräfte der Gegenwart.