

PSYCHODRAMATISCHE KONZEPTE STATIONÄRER DROGENTHERAPIE

Erschienen in: Psychodrama, Zeitschrift für Theorie und Praxis von Psychodrama, Soziometrie und Rollenspiel, 6. Jg, Heft 2 1993, S. 168-192¹.

Autor: Gregor Göb².

Summary:

(Psychodramatic Concepts of Stationary Drug Therapy). The following article wants to illustrate the discrepancy between psychodrama therapy on one hand, and on the other hand, the conditions of stationary (inpatient) drug therapy with predominantly heroin-addicted clients. Further, an attempt will be made to make the phenomenon of drug addiction understandable based on the theory of psychodrama, and to comprehend it within the framework of Moreno's terminology. In accordance with Moreno's theory of development, several hypotheses concerning the origin of drug addiction are presented. The experiences of separation in early childhood are seen as the main origins of a deficient development with the consequence of drug addiction as a rigid conserve. In cases where the auxiliary egos exhibit inadequate behavior, a high level of anxiety and insecurity might be produced which can inhibit the development of the essential spontaneity factor. An arrested level of spontaneity can be regarded. Further, some psychodrama methods which are suitable to supplement this development, and can be used successfully in stationary (inpatient) drug therapy will be pointed out.

Zusammenfassung:

Die vorliegende Arbeit möchte das Spannungsfeld von Psychodramatherapie einerseits und den Bedingungen stationärer Drogentherapie von überwiegend heroinabhängigen Klienten andererseits beleuchten. Weiterhin wird versucht, das Phänomen der Drogenabhängigkeit vor dem Hintergrund einer psychodramatischen Theorie zu begreifen und mit der Terminologie Morenos zu erfassen. In Anlehnung an die Entwicklungstheorie Morenos werden Hypothesen zur Entstehung von Drogenabhängigkeit vorgestellt. Dabei werden als wesentliche Ursprünge eines defizitären Entwicklungsprozesses mit dem Ergebnis "Drogenabhängigkeit" als rigider Konserve Trennungserlebnisse in den frühkindlichen Entwicklungsphasen angenommen. Bei nicht adäquatem Verhalten der Hilfs-Iche wird ein hohes Maß an Angst und Unsicherheit erzeugt, das die Entwicklung des als wesentlich erachteten Spontaneitätsfaktors hemmt. Spontaneitätshemmung kann jedoch als entscheidende Grundlage für eine spätere Drogenabhängigkeit gesehen werden. Es werden weiterhin psychodramatische Techniken aufgezeigt, die geeignet sind, diese Entwicklung zu kompensieren und die in der stationären Drogentherapie mit gutem Erfolg angewendet werden können.

¹Überarbeitete Abschlußarbeit am Institut für Psychodrama Dr. Ella Mae Shearon in Köln:
Eine psychodramatische Sichtweise von Drogenabhängigkeit und Drogentherapie, Göb 1991

²Gregor Göb, Jg. 1952, Diplompädagoge, 1994 Leiter des "Bonner Adaptions- und Nachsorgezentrums Ausweg", 1986-93 Gruppenleiter in der therapeutischen Gemeinschaft "Tauwetter", Bornheim

PSYCHODRAMA UND STATIONÄRE DROGENTHERAPIE

-EINE BEZIEHUNG MIT SCHWIERIGKEITEN-

Hintergrund dieser Arbeit ist meine langjährige Berufspraxis als Gruppenleiter in einer stationären Langzeittherapie für Heroinabhängige einerseits und meine Ausbildung und mein Selbstverständnis als Psychodramatiker andererseits. Diese beiden Bereiche miteinander zu verbinden und in Einklang zu bringen war nicht immer einfach.

Die Klientel in dieser Langzeittherapie-Einrichtung setzte sich aus Männern und Frauen zusammen, die überwiegend zwischen 20 und 30 Jahre alt und von illegalen Drogen, insbesondere von Heroin abhängig waren. Das Verhältnis von Männern und Frauen betrug in der Regel zwei Drittel zu einem Drittel. Ca. 50% waren wegen Vergehens gegen das Betäubungsmittelgesetz (BTMG) vorbestraft, waren deswegen schon im Gefängnis und/oder waren über den § 35 BTMG ("Therapie statt Strafe") in die Therapie gekommen. Damit wies die Einrichtung ähnliche Zahlen auf wie vergleichbare andere Therapieeinrichtungen auch.

Die Klientel lebten 12 Monate im Haus und wechselten danach in eine angeschlossene Nachsorgeeinrichtung über, wo sie innerhalb weiterer 6 Monate den Übergang vom hochstrukturierten, zum Teil fremdregulierten und nach außen hin abgegrenzten Leben in der stationären Phase zu einem selbstbestimmten und selbstverantworteten Alltag bewältigen sollen.

In der stationären Phase durchliefen sie nacheinander 3 Therapiegruppen. Ich leitete lange Zeit sowohl die Gruppe der ältesten Klienten als auch später die Anfangsgruppe. Neben der Gruppentherapie (3 x wöchentlich jeweils 1 ½ Stunden) und der Einzeltherapie, füllten Arbeitstherapie, Freizeitprogramme und die Organisation und Bewältigung des Alltagslebens in einem großen Haus mit ca. 30 Bewohnern die Zeit der Klienten aus.

Ziel der Therapie war es, im abgegrenzten Rahmen einer stationären Langzeiteinrichtung mögliche Ursachen von Drogenabhängigkeit aufzudecken, psychotherapeutisch zu bearbeiten und in einem psychosozialen Nachreifungsprozeß defizitäre Persönlichkeitsentwicklungen zu kompensieren um so letztendlich die Grundlage für ein drogenfreies Leben zu ermöglichen.

Die meisten Elemente dieses Therapieprogramms werden sich in anderen stationären Therapieeinrichtungen wiederfinden, unabhängig vom theoretischen Hintergrund. Der Alltag ist meist hochstrukturiert, mit vielen Regeln geordnet; Fehlverhalten wird durch Sanktionen unterschiedlichster Art beantwortet.

Diese Strukturen sind notwendig, um eine erneute Verführung zum Drogengebrauch auszuschließen, Rückfälle zu verhindern und Drogenfreiheit als notwendige Grundlage einer Behandlung in den Einrichtungen möglichst aufrechtzuerhalten.

Diese Klienten in stationären Drogentherapien stehen in der Regel unter höchstem seelischen, leiblichen, moralischen und juristischen Druck; von freiwilliger Teilnahme an der Therapie kann zumeist keine Rede sein. Der körperliche Verfall, grausame Erlebnisse auf der Szene, eine fehlende Alternative oder auch nur der Druck, bei Abbruch der Therapie für längere Zeit ins Gefängnis zu müssen sind häufig anfängliche Motivationen für eine stationäre Langzeittherapie. Der Spielraum der Klienten ist beschränkt, unter den gegebenen Umständen können sie den Therapeuten nicht als gleichberechtigte Partner gegenüberreten, sondern sind in der

Regel gezwungen, die Verhältnisse in den Therapieeinrichtungen und die dort gefällten Entscheidungen zu akzeptieren. Die Diskrepanz zwischen Therapeuten und Klienten wird durch folgende Schilderungen in einem Bericht über stationäre Drogentherapie verdeutlicht: "Die Therapeuten stehen im Mittelpunkt jeder Sitzung. Bei ihnen laufen die Fäden zusammen, an denen die Bewohner hängen. Sie können Aggressionen schüren oder Mitgefühl erzeugen, angreifen oder in Schutz nehmen, Aufbauschen oder Abschwächen. Nur gegen das Schweigen sind die meisten machtlos" (Geo Nr. 3,1990: 160).

Die Therapeuten haben jedoch nicht nur die Fäden, sie haben meist auch alle Trümpfe in der Hand. Das Machtgefälle zwischen Therapeuten und Klienten ist erheblich.

In einer solchen Situation ist die Gefahr von Fehlentscheidungen groß. Im Laufe des Therapieprozesses müssen jedoch viele Entscheidungen mit weitreichenden Konsequenzen getroffen werden. Ein Therapieabschluß einen Klienten hat häufig dessen Drogenrückfall, eine erneute Inhaftierung oder Schlimmeres zur Folge.

Es mag an dieser Stelle deutlich werden, wie schwierig es zuweilen ist, die Bereiche stationäre Drogentherapie und Psychodrama ins richtige Verhältnis zueinander zu setzen. Gerade eine Therapieform, die Spontaneität fördern will und in deren theoretischen Grundannahmen Spontaneität als wesentliche Entwicklungskraft im Leben des Menschen gilt, tut sich unter solchen Verhältnissen schwer, die Druck, Kontrolle und Zwänge beinhalten.

Welcher theoretische Hintergrund, welche Konzepte geben den Therapeuten Handlungskompetenzen und -sicherheiten in solch schwierigen Situationen? Wie lassen sich adäquate Entscheidungen von Willkür, Machtmißbrauch und Überreaktionen aufgrund eigenen Ärgers, eigener Frustrationen etc. abgrenzen?

Wer mit Drogenabhängigen arbeitet, wird sich zu allererst und immer wieder neu die Fragen stellen, was ist Drogenabhängigkeit? Eine befriedigende Antwort auf dieses Problem gibt es bis heute nicht.

Ist schon diese Grundfrage nicht klar zu beantworten, so sind es die meisten daraus folgenden Fragen ebensowenig. Wie behandelt man Drogenabhängige am besten? Was muß geschehen, damit sie in der Zukunft ohne Drogen leben können? Beinhalten solche Fragen nicht schon wieder Ziele, die an sich fragwürdig sind? Ist es sinnvoll, daß in vielen Drogentherapieeinrichtungen eine absolute Verhaltensänderung (keine Drogen nehmen) gefordert wird, d. h. bevor suchtverursachende Bedingungen aufgearbeitet wurden? Ist es sinnvoll, einen Klienten bei jeder Form des Rückfalls (und sei es mit einem Glas Bier) sofort zu entlassen?

Eindeutige und wissenschaftlich fundierte Antworten sind auf diese Fragen nur äußerst schwer zu finden. Wo es empirisch abgesicherte Aussagen (noch) nicht gibt, gedeihen die Ideologien und Glaubenssätze um so besser. Die Ansätze von Drogentherapie sind vielfältig, manche eher erfahrungsorientiert, manche eher ideologisch. Allen gemeinsam ist die Annahme, daß die jeweils vertretene Richtung die richtige (und heilbringende) ist. Vieles mutet dann mit etwas Abstand betrachtet eher an wie ein Überbleibsel mittelalterlicher Geisterbeschwörung, wobei manche Methode denen früherer Teufelsaustreibungen ähnlich zu sein scheinen. Sei es, daß einzelne in und von der Gruppe niedergemacht werden (persönlicher Klientenbericht); sei es, daß sich jemand im Kreis der lieben Mitklienten im Anblick seines Spiegelbildes als Arschloch bezeichnen muß (persönlicher Klientenbericht);

sei es, daß jemand wochenlang Kuhmist von einer Seite auf die andere schaufeln muß, weil er "Mist gemacht hat" (Geo, Nr.3, 1990: 157); sei es, daß der Wunsch und die Suche nach Zärtlichkeit und Sexualität pauschal pathologisiert wird und die Möglichkeiten dazu eingeschränkt oder völlig unterbunden werden (gängige Praxis vieler Therapieeinrichtungen).

Sowohl die machtvolle Stellung des Therapeuten in stationären Einrichtungen als auch die fehlende allgemein verbindliche wissenschaftliche Grundlage in diesem Arbeitsfeld begünstigen die Gefahr von Beliebigkeit, eventueller Willkür und ein Handeln, das eher an eigenen Impulsen, Spekulationen und Alltagstheorien orientiert ist als daß es ein fundiertes, adäquates Vorgehen darstellt. Um Therapeuten (und Klienten) davor zu schützen ist eine in sich widerspruchsfreie Theoriebildung zur Frage der Drogenabhängigkeit und zur Drogentherapie notwendig.

Aus meinem eigenen Verständnis als Psychodramatiker ist mir natürlich an einer psychodramatischen Theorie zur Drogenabhängigkeit und Drogentherapie gelegen. Bei der Literatursuche wurde klar, daß die praktische Bedeutung des Psychodramas in der Arbeit mit Drogenabhängigen mehrfach herausgestellt wird (Leutz 1973: 57; Petzold 1983: 271; vgl. die Aufzählung bei Truöl 1981:222; Leutz/Engelke 1983: 1024), eine in sich schlüssige theoretische Bearbeitung des Phänomens der Drogenabhängigkeit vor dem Hintergrund der psychodramatischen Theorie ist jedoch noch nicht erfolgt und überfällig. Die Veröffentlichungen zum Thema Psychodrama und Drogenabhängigkeit sind – gemessen an der Flut der Literatur zum Thema Drogen und Drogentherapie – gering (Leutz 1973, 1983; Truöl 1981; Petzold 1983; Wöhrle 1986; Gneist/Stimmer 1987; Simonsen 1990).

Die zur Verfügung stehende Literatur verringert sich noch, trennt man die Arbeiten zum Alkohol- und Medikamentenmißbrauch von denen über illegale Drogen ab.

Meist wird im entsprechenden Zusammenhang auf einen Artikel von Grete Leutz (1973) Bezug genommen, in dem Drogenabhängige vorwiegend als "Beziehungsgestörte" (S. 58) gesehen werden. Dieser durchaus furchtbare Ansatz bleibt jedoch der soziometrischen Betrachtungsweise des Phänomens verhaftet und hat eine mehr pragmatische Ausrichtung (vgl. ebenso Truöl 1981). Wichtige Anstöße zum Thema aus der Theorie Morenos wie etwa zur Entwicklungstheorie, Rollenentwicklung, Ätiologie werden nicht erwähnt. Außerdem läßt der Ansatz von Leutz die bedeutsame Frage offen, warum nur eine relativ kleine Gruppe an einem "allgemeinen Beziehungszerrfall als Voraussetzung von Süchtigkeit" (Leutz 1973: 58) leidet, während seelische Verarmung, Sinnentleerung und die Auswirkungen der Industrialisierung (vgl. ebd.) als Wurzeln dieses oben angeführten Beziehungszerrfalls beim großen Teil der Bevölkerung nicht zur Drogenabhängigkeit führen. Ein weiterer im Zusammenhang von Psychodrama und Drogenabhängigkeit häufig erwähnter Autor ist H. Petzold. Während seine Arbeiten zur Therapie von Alkoholikern noch stark durch seine Ausbildung und Arbeit als Psychodramatiker geprägt waren (vgl. Petzold 1983), sind die Einflüsse des Psychodramas in seiner heutigen Sichtweise von Drogenabhängigkeit und Drogentherapie nicht mehr so deutlich auszumachen.

Die Persönlichkeit des Drogenabhängigen ist nach Petzold gekennzeichnet durch "pathologische Konfluenz", worunter er die Unfähigkeit versteht, sich nach außen gegen die Einflüsse der Umwelt und nach innen gegen die Erinnerungen, Gefühle und Phantasien angemessen abgrenzen zu können (vgl. Petzold 1983: 252). Dieser "grenzenlose" Zustand (grenzenlos nach außen und nach innen) in den der

Drogenabhängige unter dem Druck des Lebens regrediert, läßt sich leicht in die Termini der "All-Identität" und "All-Realität" im Denksystem Morenos übersetzen, zumal Petzold bei der Definition der pathologischen Konfluenz selbst auf Moreno verweist (ebd.). Der Begriff der pathologischen Konfluenz hat sich jedoch heute in der integrativen Therapie/Gestalttherapie etabliert, ohne daß seine Verbindungen oder möglicherweise gar Wurzeln in der Psychodramatherapie deutlich werden.

Die integrative Therapie/Gestalttherapie mit Petzold als ihrem wichtigsten Protagonisten bietet heute als eine der ganz wenigen Theorien ein ausführliches, in sich schlüssiges Denksystem zum Phänomen Drogenabhängigkeit an, mit den daraus abgeleiteten therapeutischen Handlungsanweisungen sowie strukturierten Ausbildungsabläufen zum Suchttherapeuten.

Aus dem bisher gesagten sollte folgendes deutlich werden: Als Psychodramatiker in der praktischen Arbeit mit Drogenabhängigen fand ich die sporadischen Aussagen in der Psychodramaliteratur zur Drogenabhängigkeit und Drogentherapie unbefriedigend.

Die vorliegende Arbeit stellt den Versuch dar, ausgewählte psychodramatische Momente auf die Phänomene von Drogenabhängigkeit und auf die Erfordernisse von stationärer Drogentherapie zu beziehen. Dies erscheint mir sinnvoller, als Phänomene der Abhängigkeit und aufkommende Fragen in der Drogentherapie mit Versatzstücken verschiedener, zum Teil sich widersprechender Theorien erklären zu wollen, daß hier nur ein bescheidener kleiner Schritt in Richtung einer umfassenden psychodramatischen Theorie zur Drogenabhängigkeit und zur Drogentherapie getan werden kann, ist selbstverständlich.

Ein Versuch in diese Richtung erscheint mir jedoch notwendig zu sein. Gerade um sich vor den vorher beschriebenen Gefahren im Bereich der Drogenarbeit zu schützen, halte ich eine schlüssige Theorie als Grundlage psychodramatischen Handelns für notwendig. Wünschenswert wäre weiterhin eine empirische Absicherung dieser zu entwerfenden Theorie. Letztendlich bleibt jede noch so gute theoretische Überlegung ein Konstrukt, eines unter vielen anderen, das nicht den Anspruch haben kann "wahr" zu sein, sondern nur solange als "nicht falsch"

DAS KONZEPT DER SPONTANITÄT BEZOGEN AUF DROGENABHÄNGIGKEIT

Im folgenden sollen Gedanken zur Drogenabhängigkeit/Drogentherapie entlang dem entwicklungstheoretischen Konzept von Moreno dargestellt werden.

In einem Artikel von 1944 zeichnete Moreno (zusammen mit seiner damaligen Frau Florence) erstmals seine Sichtweise von Spontaneität als der grundlegenden Kraft im Menschen auf. "Der S-Faktor (Spontaneität, d. Verf.) ist der Boden, auf dem später die spontane und kreative Matrix der Persönlichkeit wächst" (Moreno/Moreno 1944: 5).³

Darüber hinaus war für Moreno Spontaneität eine unkonservierbare Form der Energie, ohne die das gesamte Universum zum Stillstand käme (Moreno 1974: 18).⁴ Zum Wesen der Spontaneität schreibt Moreno: "Spontaneität wirkt in der Gegenwart, jetzt und hier; sie treibt den Einzelnen zu angemessenen Reaktionen auf eine neue Situation oder zu neuen Reaktionen auf eine alte Situation" (ebd., S. 13). Sie ist als ursprüngliche und positive Kraft jedem Menschen zu eigen (Moreno/Moreno 1944: 7). Folgerichtig sieht er das Kind als mögliches Genie. Im

“wahren Genie” sind nach Moreno diese allgemeinen menschlichen Fähigkeiten nur zu ihrem höchsten Ausdruck gekommen. Zur Bewältigung des Lebens braucht der Mensch Spontaneität – ohne sie ist er nicht überlebensfähig. Nach Moreno ist die Spontaneität auf ursprünglichere Hirnfunktionen zurückzuführen als z.B. Gedächtnis, Intelligenz etc. auch sieht er Spontaneität als eingeständiges und ursprüngliches Phänomen und nicht etwa abgeleitet von der Libido oder ähnlichem (ebd. S. 7).

Die Notwendigkeit der Existenz des Spontaneitätsfaktors sieht Moreno z.B. in der Tatsache der “frühen” Geburt begründet, die den Säugling zu einem raschen Übergang vom intra- auf das extrauterine Dasein ohne Rückgriffe auf Erfahrungen oder Muster zwingt.

Das Neugeborene muß auf völlig neue Situationen eine Antwort finden, wobei es wie niemals später mehr, auf den S-Faktor angewiesen ist. Die Entstehung des S-Faktors liegt nach Moreno im Zwischenbereich von Erbanlagen und Umwelt.

Die erste Erscheinungsform der Spontaneität ist der Erwärmungsprozeß (ebd. S. 10). Um den Erwärmungsprozeß einleiten zu können, bedarf es sogenannter “Starter”, die sowohl körperlicher, emotionaler, geistiger und sozialer Art sein können (ebd. S. 12).⁵ Ein körperlicher Starter ist z.B. “Hunger”, der den Erwärmungsprozeß für die Aktion des Essens einleitet. Das Neugeborene benutzt fast ausschließlich körperliche Starter, wobei ihm z.B. beim Akt der Geburt durch geistige Starter der Hilfs-Iche (Mutter, Hebamme, etc.) Unterstützung geleistet wird (ebd.S. 12).

Gerade körperliche Starter bleiben ein Leben lang in vielen Bereichen von großer Bedeutung. Auf Drogenabhängigkeit übertragen heißt dies z.B.; das Entzugserscheinungen als startke körperliche Starter für einen erneuten Erwärmungsprozeß in Richtung Drogenkonsum angesehen werden müssen.

Spontaneität wird gemessen im Erwärmungsprozeß; fehlende Zeichen eines Erwärmungsprozesses zeigen nach Moreno fehlende Spontaneität. Bei Mutter und Kind kommt es zu einer gegenseitigen Erwärmung, wobei die Mutter die Rolle des “natürlichen Hilfs-Iches” einnimmt. Das Neugeborene erlebt alles mit sich verbunden (co-existent, co-action, co-being; ebd. S. 19). Diese frühe Phase bezeichnet Moreno als “matrix of identity” (etwa: Entstehungsort der Persönlichkeit). Über mehrere Schritte werden hier Rollen erlernt und die Basis für den emotionalen Erfahrungsprozeß gelegt. Hier werden auch Gefühle von Nähe und Distanz entwickelt und die Grundlage für das bestimmende Moment im sozialen Feld des Individuums, den Telefaktor, gelegt.

Dies ist jedoch erst möglich, wenn das Kind lernt, zwischen sich und anderen zu unterscheiden.

Nach Morenos entwicklungstheoretischem Konzept ist das gegen Ende des sogenannten “ersten psychischen Universums” der Fall, Das Kind unterscheidet jedoch noch nicht zwischen Vorstellung und Realität; alles ist real, dahr auch: Matrix der All-Realität. Erst im Übergang zum zweiten psychischen Universum erfolgt eine Unterteilung in Realwelt und Phantasiewelt (ebd, S. 30). Spontaneität und Erwärmungsprozeß verlaufen jetzt in zwei Bahnen, wobei der Wechsel von einer zur anderen Welt (Realität und Phantasie) über die Spontaneität läuft. Kein Mensch kann nur in einer der beiden Welten leben (vgl. Stimmer 1991). Der Mensch ist nach Moreno jedoch lebenslang auf der Suche nach der ursprünglichen Einheit von Phantasie und Realität.

Zum besseren Verständnis möchte ich eine Übersicht der kindlichen Rollenentwicklung nach Moreno einflechten; (vgl. Stimmer 1982: 148).

A Erstes psych. Universum: All-Identität: Kind erlebt Mutter als Teil seiner selbst

B " " " : " " : Kind konzentriert sich

auf Teile (z.B. Mutter)

C " " " : All-Realität: Teile werden in ihrer Eigenständigkeit wahrgenommen

D Zweites psych. Universum: Trennung von Phantasie- und Realwelt:
Kind ahmt Rollen nach

E " " " : Kind spielt Rollen und sieht sich selbst aus den
Rollen anderer (Rollentausch möglich)
(vgl. Leutz 1986, S. 43)

Im weiteren Verlauf der Entwicklung treten neben den Spontaneitätsfaktor als hauptsächliche Kraft andere Orientierungshilfen für das kindliche Leben wie z. B. Intelligenz, Gedächtnis, etc., die mehr und mehr in den Vordergrund kommen (Moreno/Moreno 1944, S. 37). In seinem gesamten Lebensverlauf "bleibt dem Individuum nichts anderes übrig, als seinem Spontaneitätsfaktor wie einer Laterne zu vertrauen, die es ihm ermöglicht, im Wirbel seiner Gefühle, Gedanken und Handlungen die passendste Wahl zu treffen" (Moreno 1974, S.15). Er ist jedoch nie mehr so existentiell auf Spontaneität angewiesen wie bei den ersten Entwicklungsschritten.

Folgerichtig muß dann ein Mangel an Spontaneität schwerwiegende Entwicklungsstörungen nach sich ziehen. Dies kommt auch in der Aussage Morenos zum Ausdruck, daß ein großer Teil der menschlichen Psycho- und Soziopathologien der ungenügenden Entwicklung der Spontaneität zugeschrieben werden (ebd, S. 13/14).

Subsumiert man Drogenabhängigkeit unter die Psycho- und Soziopathologien, so ist zu fragen, ob ein ursprünglicher Mangel an Spontaneität bzw. eine Entwicklungshemmung als eine mögliche Ursache für Drogenabhängigkeit auszumachen ist.

In keiner mir bekannten Untersuchung über Drogenabhängige und ihre Lebensgeschichte ist eine signifikante Steigerung prä-, peri- oder postnataler Störungen festgestellt worden. Es gibt somit keinerlei Hinweise darauf, daß der S-

Faktor nicht in gleichem Maße bei Drogenabhängigen ausgeprägt ist wie bei Nichtabhängigen. Den Übergang von intra- ins extrauterine Leben meistern sie offensichtlich, ohne auffällige Symptome zu entwickeln.

Während der ersten Lebensphase existiert das Neugeborene im Stadium der All-Identität – einer psychischen Fortsetzung des vorgeburtlichen Zustandes: alles ist mit dem Kind eins in seinem Lebensgefühl, nichts ist getrennt von ihm. Erst in dem fortgeschrittenen Entwicklungsstadium der All-Realität erlebt das Kind erstmalig eine Trennung zwischen sich und seinen "Hilfs-Ichen". Letztere stellen eine Ausweitung des kindlichen Selbst dar, die notwendig sind, um dem Kind eine angemessene Lebensführung zu ermöglichen; diese Funktionen nehmen in der Regel die Personen im Umkreis des Kindes wahr, wobei das wichtigste Hilfs-Ich am Anfang sicherlich die Mutter ist (vgl. Moreno/Moreno 1944: 17). Mutter und Kind beziehen sich in einem kommunikativen Prozeß aufeinander, wobei reziproke Rollenerwartungen ausgetauscht und etabliert werden und so die Grundlage für das Herausbilden eigener Rollen des Kindes gelegt wird (ebd. S. 20/21).

Es ist eine schwierig, vielleicht sogar schockierende Situation für das Kind, sich aus der vertrauten, alles umfassenden Einheit lösen zu müssen und zu erleben, daß seine Hilfs-Iche, die bisher mit ihm verbunden waren, sich unabhängig von ihm bewegen können – zu ihm hin, aber auch von ihm weg.

Die Trennung zwischen Ich und Du ist notwendig, um zum Aufbau eigener Rollen zu kommen.

Wie diese Situation verarbeitet wird, hängt jedoch wahrscheinlich wesentlich vom adäquaten Verhalten der Hilfs-Iche ab. Angenommen, die Hilfs-Iche reagieren nicht adäquat, sie gehen z.B. auf die Bedürfnisse des Kindes nicht ein, überhäufen es mit eigenen Impulsen ohne auf seine zu achten, finden keine Verbindung zu dem Kind etc, dann liegt die Schlußfolgerung nahe, daß dieses erste Trennerlebnis das Kind beängstigt und verunsichert (vgl. Stimmer 1991).

Moreno widersprach schon früh der These von Rank, daß die Geburt per se ein traumatisches Erlebnis sei; für ihn war sie Ausdruck höchster Spontaneität und Katharsis für Mutter und Kind (Moreno 1974: 14).

Auch das nachgeburtliche Erleben des Kindes ist nach Moreno in der Regel durch das Gefühl der Einheit geprägt. Es sind jedoch diese ersten Trennungserfahrungen beim Übergang von der All-Identität zur All-Realität, die möglicherweise schwerwiegende Folgen für die weitere Entwicklung haben.

Unter ungünstigen Umständen erzeugen diese Trennungserfahrungen Angst und Unsicherheit, die als Gegenspieler der Spontaneität wirken. Sie verhindern eine Weiterentwicklung der ursprünglichen Spontaneität des Kindes und lassen es letztendlich Zuflucht nehmen zu rigiden Konserven und pathologischen Mustern (vgl. Schacht 1992: 118/119). Die Angst und die Unsicherheit des Individuums vor seiner eigenen Spontaneität und die Haltung seines Umfeldes sind entscheidende Variablen im Konflikt zwischen spontanem Zugriff auf die Welt und ängstlichem Rückzug von der Welt (vgl. ebd.).

Spontanes Handeln trägt eine Ungewißheit und ein hohes Risiko (des Irrtums, der Ablehnung etc.) in sich, dem sich das Individuum nur aussetzt, wenn es eine "innere Freiheit" verspürt, die gefördert wird durch psychische Sicherheit, Offenheit, Akzeptanz und Empathie (Rogers 1973: 349).

Der S-Faktor kann dann in seiner Entwicklung als abhängige Variable von innerpsychischen Vorgängen der Erlebnisverarbeitung und von umweltbedingten Einflüssen angesehen werden.

“Moreno hat zwei große Entdeckungen gemacht. Die erste Entdeckung war, daß Spontaneität sterben kann, wenn man sich nicht konstant mit ihrer Entwicklung befaßt. Die zweite Entdeckung war, daß Spontaneität herstellbar, trainierbar ist” (Shearon 1989: 1).

Im folgenden möchte ich nun verschiedene Hypothesen vorstellen, die das Erstreben von Spontaneität als mögliche Ursache von Drogenabhängigkeit zu erklären versuchen. Im weiteren werden Bedingungen für die stationäre Therapie Drogenabhängiger benannt, die Spontaneität fördern und somit zur Rollenflexibilität beitragen sollen. Dies ermöglicht letztendlich den Aufbau alternativer Rollenkonzepte zur Rolle des Drogenabhängigen und alternative Verhaltensmöglichkeiten zur rigiden Konserve “Drogenabhängigkeit” als Antwort auf die Anforderungen der Welt.

FÜNF HYPOTHESEN ZUR ENTSTEHUNG VON DROGENABHÄNGIGKEIT

Hypothese 1:

Reagieren die natürlichen Hilfs-Iche des Kindes nicht in adäquater Weise auf das Neugeborene, so wird dieses die ersten Trennungserfahrungen beim Übergang von der Phase der All-Identität zur Phase der All-Realität als beängstigend und verunsichernd erleben und dies um so mehr, je weniger das Verhalten der Hilfs-Iche seine Bedürfnisse entspricht. Je größer nun seine Gefühle von Angst und Unsicherheit bei diesen Trennungserlebnissen sind, desto mehr verhindern sie eine ausreichende Entwicklung des Spontaneitätsfaktor zur Bewältigung auftauchender Probleme und Situationen im weiteren Verlauf.

Nach Morenos Entwicklungstheorie kommt es zu einem späteren Zeitpunkt zu einem erneuten Bruch in der Erfahrungswelt des Kindes. Der Beginn des sogenannten zweiten psychischen Universums markiert eine neue Entwicklungsphase. Der Erwärmungsprozeß beginnt sich in zwei verschiedenen Richtungen auszuformen. Hat das Kind bisher allem den gleichen Grad von Realität zuerkannt, so beginnt sich nun der Bereich der Phantasie von dem der Realität zu trennen. “Wie groß auch immer die Ängste und Unsicherheiten des Kindes sein mögen, es mußte den einen Teil seines Selbst vom anderen trennen” (Moreno/Moreno 1944: 31). Wieder muß das Kind ein einheitliches Erleben (All-Realität = alles ist real) zugunsten einer Höherentwicklung in ein differenziertes Erleben (Imagination vs. Realität) aufgeben. Solange er lebt, möchte der Mensch diesen frühen Bruch verschmelzen, aber seine Bemühungen bleiben erfolglos (ebd. S. 30). Je tiefer die Spuren zwischen den beiden Welten eingeschliffen sind, desto schwieriger ist der Wechsel zwischen ihnen. Die Kraft, die diesen Wechsel ermöglicht, ist die Spontaneität.

Hypothese 2:

Die in Hypothese 1 beschriebenen angstbesetzten Trennungserlebnisse wiederholen und verstärken sich bei der Trennung von Phantasie- und Realwelt. Erleben Kinder diese Trennungen angstbesetzt ohne entsprechende Phantasie und Realität und als notwendige, lebensbewältigende Kraft behindert.

Die innerpsychischen Entwicklungsschritte des Kindes vollziehen sich in permanenter Interaktion mit den Umweltbedingungen. Das Umfeld des Kindes müßte akzeptierend, stabil und angstabbauend sein, um seine spontanen Kräfte zu steigern; gegenteilige Qualitäten der Umwelt hemmen weiterhin die Spontaneitätsentwicklung.

Hypothese 3:

Die in den Trennungsvorgängen der Entwicklung des Kindes gemachten angstbesetzten und spontaneitätshemmenden Erfahrungen können je nach Qualität der Umwelt des Kindes in seinem weiteren Lebensprozeß diese entweder negativ verstärken oder positiv kompensieren.

Schaut man sich unter diesem Blickwinkel die Lebensbedingungen von Drogenabhängigen an, so ergibt nach allen mir bekannten Untersuchungen eine Häufung von "negativen Lebensumständen" bei diesem Klientel.

Beispielhaft sei ein Untersuchung zitiert, in der Klienten stationärer Drogeneinrichtungen befragt wurden nach Ersatzerziehung, Scheidung, Tod von Familienangehörigen, schweren Krankheiten wichtiger Bezugspersonen oder deren langandauernde Abwesenheit, ob sie von Zuhause fortgelaufen waren oder ob sie sexuell mißbraucht worden waren.

Mehr als 80% der Befragten teilten mindestens eine, viele mehrere der genannten und weitere schwerwiegende Lebensereignisse mit (Hanel/Herbst 1988: 11).

Hypothese 4:

In der Biographie von Drogenabhängigen finden sich häufig belastende Lebenssituationen, die eher Angst und Unsicherheit verstärken, als daß sie sie abbauen helfen. Sie wirken sich im Bezug auf Spontaneität eher entwicklungshemmend aus.

In der Entwicklung von der Kindheit zur Adoleszenz wird das Stadium der Pubertät, die Zeit der Geschlechtsreifung, durchlaufen. Die Heranwachsenden erleben physische und psychische Veränderungen und neue Rollenzuschreibungen, die sie insgesamt erheblich verunsichern. Es gilt, die Geschlechtsrolle als junge Frau und als junger Mann zu finden, Anbindungen an die peer group zu bekommen, eigene Lebensnormen außerhalb der Familie zu suchen und eigene, d. h. auch neue, Lebensziele zu entwickeln.

Es lassen sich gewisse Parallelen in Bezug auf die Anforderungen dieser Entwicklungsphase zur nachgeburtlichen Phase finden. Über körperliche Starter (Geschlechtsreifung) kommt es zu biographisch völlig neuen Erwärmungsprozessen, die letztendlich zum Aufbau neuer Rollen führen. Allgemein geht es um das Heraustreten aus der Kindheitsphase und um Neuorientierung. Ähnlich wie das Neugeborene über körperliche Starter und Erwärmungsprozesse seine völlig neuen Lebensumstände meistern muß, so muß auch der Pubertierende sehr viel Neues verarbeiten. Vielleicht sind deshalb gerade die nachgeburtliche Phase und die Phase der Pubertät die Entwicklungsabschnitte, in denen der Mensch neben der Unterstützung seiner Hilfs-Iche am meisten auf die eigene Spontaneität angewiesen ist. Ein Mangel an Spontaneität kann sich gerade in dieser Phase negativ auswirken. Pubertät und Nachpubertät stellen jedoch auch in der Regel die Zeiträume dar, in denen der Drogenkonsum beginnt (vgl. Hanel/Herbst 1988: 14). Während das neugierige Antesten oder der gelegentliche Gebrauch von Drogen zumindest in

Amerika schon eher die Regel als die Ausnahme ist (vgl. Der Spiegel, Nr. 21, 1991: 76), so wächst er sich bei einigen (vergleichsweise) wenigen Jugendlichen zum Drogenmißbrauch und zur Drogenabhängigkeit aus.

In einer letzten Hypothese möchte ich die bisherigen Überlegungen zusammenfassen:

Hypothese 5:

Drogenabhängigkeit ist Ausdruck von mangelnder Spontaneität und eine im Sinne der psychischen Gesundheit nicht angemessene Antwort auf die Lebensanforderungen (Konserven). Sie manifestiert sich in der Regel im Zeitraum von Pubertät und Nachpubertät, in der der Mensch –ähnlich wie in der nachgeburtlichen Phase- auf seine Spontaneität in besonderem Maße angewiesen ist. Mangelnde Spontaneität ist jedoch nicht erblich bedingt oder von Geburt an gegeben, sondern wird im Laufe der Entwicklung erzeugt. Ursache dafür sind primär Ängste und Unsicherheiten, die sich vor allem bei den Trennungserlebnissen Ich und Du (All-Identität zur All-Realität) und von Phantasie und Realität (Übergang vom ersten zum zweiten psychischen Universum) bei nicht adäquatem Verhalten der Hilfs-Iche verfestigen. Sekundär können Angst und Unsicherheit noch durch besondere Lebensumstände, wie sei bei vielen Drogenabhängigen gefunden werden, verstärkt werden. Diese Ängste und Unsicherheiten behindern die Entwicklung von Spontaneität und somit die ursprüngliche Lebens- und Entwicklungskraft des Menschen. Ohne genügende Spontaneität scheint die Lebensbewältigung zu schwer. Die weitere Entwicklung erscheint eher angstbesetzt als verlockend, regressiv Wünsche gewinnen die Oberhand. Gegenüber den höheren, differenzierten Entwicklungsphasen wird das ursprüngliche, alles umfassende Erleben, wie es im Stadium der All-Identität vorhanden war, gesucht. Drogen dienen dann der Wiederherstellung des allumfassenden, alten Einheitsgefühls und sollen den Bruch zwischen Phantasie und Realität wieder rückgängig machen; gleichzeitig bieten sie Schutz und Rückzug vor den angstbesetzten realen Lebensanforderungen.

KONSEQUENZEN FÜR DIE PRAXIS STATIONÄRER DROGENTHERAPIE

Akzeptiert man die vorangegangenen Hypothesen, so haben diese weitreichende Konsequenzen für die Praxis. Allgemein könnten die Aufgaben stationärer Drogentherapie dann wie folgt formuliert werden:

In einer Atmosphäre von physischer und psychischer Sicherheit sollen Angst und Unsicherheit abgebaut werden und Spontaneität gefördert werden zur besseren Bewältigung der Lebensanforderungen. Durch psychische Qualitäten wie Mut, Sicherheit und Spontaneität können neue Rollen möglich werden, die eine Alternative zur Rolle des Drogenabhängigen darstellen und ein neues Selbstkonzept ermöglichen. Diese Aufgaben können nicht gleichzeitig, sondern nur sukzessive bewältigt werden, d. h.:

1. Abbau von Angst und Unsicherheit
2. Förderung von Spontaneität

3. Aufbau neuer Rollen und damit
4. Aufbau eines neuen Selbstkonzepts

Am Beginn des therapeutischen Prozesses muß als Ausgangslage die momentane Befindlichkeit des Drogenabhängigen stehen, auf die bestimmte Interventionen bezogen sein müssen. In der Regel kommen die Drogenabhängigen aus dem Gefängnis oder aus der Entgiftung in die Drogentherapie. In beiden Fällen sind sie der Droge beraubt, d. h. dem bisherigen Zentrum ihres Lebens; meist fühlen sie sich schutzlos und hilflos. Dies wiederum wird durch ein möglichst lockeres und cooles Verhalten überdeckt. Nach einer Untersuchung von Klienten stationärer Drogentherapieeinrichtungen waren diese zu Beginn der Behandlung hochgradig depressiv; die Werte der Frauen übersteigen sogar die einer psychiatrischen Vergleichsgruppe (Heinel/Herbst 1988: 17).

Diese Aussagen zeigen Drogenabhängige als innerlich einsame, passive Menschen mit viel Angst und Unsicherheit, was den vorangestellten Hypothesen entspricht. Welche Verfahren der Psychodramatherapie erscheinen bei dieser Ausgangssituation besonders geeignet?

In der Fachliteratur wird das vorsichtige Herangehen betont und auch auf die Widerstände hingewiesen, die Drogenabhängige dem psychodramatischen Arbeiten entgegenbringen. "Die hohe Abbruchquote von 20 – 25% der Klienten bei Behandlungsbeginn scheint mir ein wichtiger Beweis für diese These zu sein, daß gerade zu Beginn der Behandlung die therapeutischen Mittel besonders vorsichtig eingesetzt werden sollten" (Truöl 1981: 204). Auch Wöhrle beschreibt die Klienten in der Eingangsphase als übersensibel, störanfällig und mit einem geringen Selbstwertgefühl als Zeichen einer ausgeprägten Ich-Schwäche und fehlender Autonomie (1986: 178).

Diese Aussagen werden durch die Zahlen des "Institut für Therapieforschung" bestätigt, wonach 60% aller Therapieabbrüche in den ersten 90 Tagen der stationären Behandlung erfolgen (IFT 1990: 9).

Um diesen besonderen Umständen zu Beginn der Therapie Rechnung zu tragen, schlagen die o.g. Autoren ein stufenweises Vorgehen vor. Wöhrle führt z.B., ausgehend von der aktuellen Situation, soziometrische Verfahren ein, die dann in Rollenspiele, Vignetten und schließlich in protagonistenzentrierte Psychodramen übergehen (vgl. 1986: 179). Auch Truöl scheint erst verschiedene Techniken wie Rollentausch und Doppeln in Gesprächssituationen einzuführen, ehe er den Sprung auf die Bühne wagt (vgl. 1981: 204-206).

Leutz schlägt vor, unterschiedliche Formen des Psychodramas phasengerecht einzusetzen: als Erwärmung zu Beginn der Behandlung und gleichzeitig als Diagnostik z.B. Stegreifspiele und Rollenspiele, gefolgt von psychodramatischen Darstellungen von Phantasien und Träumen, konfliktzentrierten und später protagonistenzentrierte Psychodramen bis hin zu Zukunftsprojektionen und Behaviourdramen, um neues Verhalten einzuüben (vgl. 1983: 8).

Diese entwürfe sind sicherlich nicht als rigide Einteilungen zu verstehen, sondern als Stufenmodelle, die den besonderen Bedingungen und Schwierigkeiten stationärer Drogentherapie Rechnung tragen sollen.

Vor allem scheint mir jedoch besonders wichtig zu sein, daß psychodramatische Drogentherapie nicht zur Behandlung in einer Subjekt-Objekt-Beziehung erstarren darf. Sie muß den Drogenabhängigen als Protagonisten sehen, in ihm den Schöpfer

wecken und ihm die Rolle des handelnden Subjekts ermögliche, statt ihn zum Behandelten zu machen. Heilung ist dann zu erwarten, wenn der Drogenabhängige seine spontanen Kräfte wiederfindet und sowohl den Mut hat, als auch seine eigene Macht verspürt, neue Rollen zu kreieren.

AUSGESUCHTE INTERVENTIONSTECHNIKEN DES PSYCHODRAMAS IN DER DROGENTHERAPIE

In der Arbeit mit Drogenabhängigen habe ich verschiedene Formen des Psychodramas und verschiedene Techniken mit unterschiedlichem Erfolg angewandt. In der Anfangsphase der Therapie waren meine Erfahrungen mit der Doppelgängertechnik die bisher positivsten. Im weiteren Verlauf der Behandlung habe ich gute Erfahrungen mit behutsamen Übergängen zum eigentlichen psychodramatischen Spiel gemacht, die zum Teil mit Hilfsmitteln unterstützt wurden. Als letztes möchte ich eine psychodramatische Form des Umgangs mit Suchtdruck und Rückfalltendenzen anführen.

Doppelgängertechnik

Die Technik des Doppelgängers beinhaltet anders als die Technik des Rollentauschs oder des Spiegels erst einmal wenig Konfrontation. Das Doppeln schafft Verbindung, schafft Vertrauen und Gemeinsamkeit. Es kommt den Bedürfnissen nach Nähe, Verständnis ja sogar Verschmelzung entgegen. "Die Doppelgängermethode ist die Wichtigste Therapie für einsame Leute, sie ist deshalb auch wichtig für isolierte und zurückgesetzte Kinder. Ein einsames Kind wird, ähnlich einem schizophrenen Patienten, vielleicht nie im Stande sein, Rollenwechsel vorzunehmen, aber es wird einen Doppelgänger annehmen" (Moreno 1973: 200).

Beim Doppeln werden die Grenzen aufgelöst, die Strukturen von "ich-bin-hier" und "du-bist-da" fallen weg. Nach Moreno entspricht das Doppeln ontogenetisch gesehen dem frühesten Kindheitsstadium (ebd., S. 85; vgl. dazu auch Leutz 1986: 45). Durch das Doppeln werden also Erfahrungen wieder ermöglicht, die an frühkindliche Entwicklungsphasen anknüpfen, die in dieser Arbeit als problematisch für eine spätere Drogenabhängigkeit eingeschätzt wurden. Die Gefühle des Einsseins mit anderen, wie sie in der Phase der All-Identität erlebt werden, können wiederholt werden.

Bezogen auf die o.g. Hypothesen kann vielleicht gerade das Doppeln den schmerzhaften Trennungsempfindungen beim Übergang von All-Identität zur All-Realität (vgl. Hypothese 1) eine alternative Erfahrung entgegensetzen. Diese Art der Intervention verstärkt jedoch nicht das Bedürfnis nach pathologischer Verschmelzung und Abhängigkeit, sondern setzt ihm eine reale, heilende Erfahrung von zwischenmenschlichem Verstanden- und Aufgehobensein entgegen. Dies ist jedoch Grundvoraussetzung zur Reduzierung von Angst und Unsicherheit. Erst eine Verringerung der Angst läßt Raum für wachsende Spontaneität.

Ist den Klienten die Doppelgängertechnik durch den Therapeuten erst einmal vertraut gemacht worden, so können sie sich gegenseitig doppelten. Sie begreifen sich dann als "therapeutisches Agens" und als wichtiges Mitglied der Therapiegruppe. Dies wirkt sich positiv auf die Soziometrie und die Gruppendynamik aus, in dem sich das soziale Netz verstärkt und die Gruppenstruktur sich von einer hierarchischen Zentralisierung auf den Leiter in Richtung auf ein demokratisches Miteinander verändert.

In der Praxis stellte es sich als notwendig heraus, die wichtigsten Regeln zur Doppelgängertechnik zu erklären und in der Gruppe zu demonstrieren. Danach konnte z.B. die wöchentliche Ausgangsbesprechung als Doppelübung gestaltet werden. Die Gruppe fand sich paarweise zusammen und jeder wurde in der Zweiergruppe von seinem Partner zum bevorstehenden Wochenendausgang gedoppelt. Nach einem kurzen Austausch wurden die Rollen getauscht. Nach anfänglicher Skepsis waren die Klienten erstaunt darüber, wieviel das Doppel aus der Einführung heraus zu den jeweiligen Protagonisten sagen konnte. Alle Gruppenmitglieder waren bei dieser Übung beteiligt und jeder fühlte sich mehr oder weniger stark angenommen und verstanden. Solche Doppelübungen in der Gruppe erleichtern es auch den Klienten, im späteren Spiel spontan auf die Bühne zu gehen und dort zu doppel.

Spiegeln

Das Spiegeln entspricht in der Ontogenese dem Entwicklungsstadium der All-Realität. Das Kind differenziert zwischen sich und anderen; es erlebt sein reales Spiegelbild als etwas von ihm getrenntes. Bei der Verwendung des Spiegels im Psychodrama sieht der Protagonist sich selbst, er kann sich mit dem Antagonisten identifizieren und vielleicht schon eine Verhaltensänderung bewerkstelligen (Leutz 1986: 46).

Das Spiegeln kann neben seinem Einsatz auf der Bühne, auch recht gut als eigenständige Technik eingesetzt werden. Spiegeln hat dann aber einen relativ hohen konfrontativen Charakter und setzt ein Vertrauen des Einzelnen in der Gruppe voraus (vgl. Zeintlinger 1981 a, S. 103).

Sie Spiegeltechnik kann in zwei Variationen eingesetzt werden:

- Einmal wird ein Teilnehmer der Gruppe von einem anderen Klienten gespiegelt, indem er die Körperhaltung des Klienten übernimmt und einen zentralen, für die zu spiegelnde Person typischen Satz äußert, den diese nicht unbedingt schon selbst gesagt haben muß. Alle übrigen Gruppenmitglieder schließen sich an, so daß zuletzt mehrere Spiegelbilder einer einzelnen Person im Raum stehen. Dabei kristallisieren sich erfahrungsgemäß schwerpunktmäßig eine besondere Körperhaltung und ein oder zwei dominierende Sätze heraus; diese Übung hat erfahrungsgemäß einen relativ hohen aufdeckenden Charakter und kann im späteren Verlauf der Therapie schnell zu einem protagonistenzentrierten Spiel führen.
- Bei der zweiten Variante wird die ganze Gruppe in zwei Untergruppen geteilt. Beide Subgruppen kreieren in getrennten Räumen einen Spiegel für jeweils eine Person der anderen Gruppe. Die Art der Darstellung ist nicht vorgegeben, oft werden typische Alltagsszenen wiedergegeben, wobei ein Mitglieder der Untergruppe eine stand-in-Funktion für den Protagonisten übernimmt. Die einzige Auflage besteht darin, daß die gesamte Subgruppe in der Szene beteiligt ist.

Es ist darauf zu achten, daß über die Spiegelübungen keine "offenen Rechnungen" innerhalb der Gruppe ausgetragen werden.

Diese Übung bringt erfahrungsgemäß viel Material hoch und gleichzeitig viel Bewegung in die Gruppe. Da alle Beteiligten agieren, ist der Focus nicht auf einzelne

Spieler gerichtet, was die Hemmschwelle der Klienten vor der Übung senkt (Wirthgen 1990: 10 u. 14).

Der Schritt auf die Bühne

Das Spiegeln selbst ruft meiner Erfahrung nach durchaus ambivalente Reaktionen bei Drogenabhängigen hervor. Einmal wird es intuitiv in seinem aufdeckenden Charakter erkannt. Gemäß dem chinesischem Sprichwort –ein Bild zeigt mehr als tausend Worte– “kleben” viele Klienten auf den Stühlen, möchten lieber reden, diskutieren, analysieren und kritisieren, als aufzustehen und etwas von sich zu zeigen. Dieses Verhalten muß als produktiver Widerstand verstanden und behutsam angegangen werden. Auf der anderen Seite wird das Spielen auf der Bühne als interessant erlebt; “etwas passiert” anstatt daß darüber geredet wird. Hat ein Klient den Sprung auf die Bühne getan, erhält er von den anderen Gruppenmitglieder Anerkennung, ja Bewunderung. Der Schritt auf die Bühne bedeutet eine klaren, nachweisbaren Schritt vorwärts in der Therapie, erfüllt den Protagonisten mit Stolz und Macht.

Spielen heißt auch: aufstehen, sich bewegen. Shearon schreibt dazu: “Moreno beobachtete, daß Individuen spontan sind, wenn sie in Aktion sind, wenn sie in Bewegung sind. Diese Bewegung hilft dem Protagonisten mit den unbewußten Schichten in Kontakt zu kommen” (Shearon, 1988: 15).

Auch kleine, nicht so tiefgehende Spielszenen haben demnach eine hohe Bedeutung. Helfen sie doch dem Protagonisten und seinen Hilfs-Ichen wieder mit ihrer Spontaneität in Kontakt zu kommen. Gerade in Bezug auf die hier vorgestellten Hypothesen über Ursache und Verlauf von Drogenabhängigkeit ist dies ein wesentlicher Aspekt in der Therapie.

Um den Schritt auf die Bühne zu erleichtern, haben sich nach meiner Erfahrung bestimmte Hilfestellungen bewährt:

Die häufig vorgefaßte Meinung der Klienten, daß man bei Therapie im Kreis sitzt und redet wird zu Anfangs auch übernommen. Doppelgängertechnik, Rollentausch und auch kurze Spiegelungen werden innerhalb der im Kreis sitzenden Gruppe vom Therapeuten erst als Modell praktiziert und dann für alle eingeführt. Diese Techniken erfolgen erst einmal losgelöst von Spielszenen und einer besonderen Bühne

Der nächste Schritt besteht dann darin, Klienten bei der Erzählung von Abläufen dazu zu motivieren, innerhalb des Stuhlkreises kurze Standbilder und auch kleine Szenen aufzubauen. Durch die im Zentrum des Stuhlkreises eingerichtete Bühne sind die anderen Gruppenmitglieder alle sehr dicht am Geschehen und innerlich beteiligt. Die Spieler agieren im Schutz der Gruppe und müssen nicht aus dieser heraustreten und sich auf einer offenen Bühne exponieren. Sind die Klienten diese Form der Arbeit erst einmal gewöhnt, ist es leicht, den Stuhlkreis zu öffnen und an einer Seite des Raumes eine Bühne für weitere Darstellungen einzurichten. Für spontan sich ergebende, kurze Szenen nutze ich jedoch auch weiterhin gerne die Bühne im Zentrum des Stuhlkreises (die Anregung zu diesem Verfahren entnahm ich dem Buch von Leveton [1979]).

Erwärmung mit kreativen Medien

Es handelt sich hierbei um eine Verbindung von psychodramatischer Darstellung und der Arbeit mit kreativen Medien (Papier, Farbe, Ton, Materialkollagen, etc.). Gerade in der Anfangsphase der Therapie möchten Klienten gerne etwas in der Gruppe über

sich zeigen, wissen aber nicht, wo und wie sie anfangen sollen. Ich bat sie dann manchmal, ein Bild oder eine Tonplastik mit in die Gruppe zu bringen. Das kreative Arbeiten sprach zum Teil Klienten an, die sonst stark ausdrucksgehemmt waren und diente gleichzeitig als Erwärmung für das Spiel in der Gruppe.

Ein Klient hatte z.B. in der Töpferei einen kleinen Topf mit groben, primitiven Gesichtszügen modelliert und brachte ihn mit in die Gruppe aus dem Gefühl heraus, daß der Kopf vielleicht viel mit seinem Inneren zu tun habe. Ich ließ den Kopf dann erst einmal in der Gruppe von Hand zu Hand gehen und ihn auf die Klienten einwirken. Jeder assoziierte dann frei die von dem Kopf in ihm ausgelösten Bilder. Einige Kommentare waren z.B.: Das ist ein Neandertaler; der ist leer; erinnert mich an Tod/Gewalt. Erst am Ende der Runde durfte der Protagonist seine Gedanken äußern. Für ihn stellte der Kopf überraschenderweise einen alten Mann dar, der ruhig und gelassen seinen Lebensabend verbringt. Der Klient spielte dann auf der Bühne diesen alten Mann mit unterschiedlichen Stationen auf seinem Lebensweg, u.a. auch den Tod seiner Lieblingsenkelin. Im Spiel erinnerte der Protagonist dann plötzlich die gemeinsame Kindheit mit einer Cousine, die kurz vor Beginn der Therapie an einer Überdosis gestorben war. Es folgte dann eine psychodramatische Aufarbeitung des Verlustes der Freundin und der Trauer über ihren Tod.

Offenbar hatte über die Tonarbeit eine unbewußte Erwärmung zu einem den Klienten tiefbewegenden Thema von Tod und Trauer stattgefunden.

Surplus reality

Die psychodramatische Bühne verschafft einen "Spiel-Raum" in dem jeder ausprobieren kann, was ihm möglich oder unmöglich ist, ohne reale Konsequenzen erwarten zu müssen. Die Realität wird handelnd nachgebildet. Der Protagonist spürt, daß die Realität der psychodramatischen Situation seiner sonstigen Lebensrealität entspricht, daß sie aber mehr Freiheit des Ausdrucks und des Variierens erlaubt. Als besonders wichtig gilt die Darstellung von Dimensionen, Rollen, Szenen und Interaktionen, die das Leben weniger zulassen konnte, noch kann und die es vermutlich auch in Zukunft nicht gestatten wird. Durch eine Intensivierung und lebendige Anwendung der Imagination kann der Protagonist über die Lebensrealität hinausgehen, "Überschuß – Realität" bzw. "surplus reality" erleben (Zeintlinger 1981 b, S. 79). Ebenso wie Zeintlinger den übergreifenden Charakter des psychodramatischen Spiels hervorhebt, betont auch Shearon das "Grenzenlose" im Psychodrama, die Überwindung von Zeit und Raum. "Surplus reality ist eines der wichtigen Elemente im Psychodrama. In der surplus reality gibt es keine Grenzen zwischen Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft; es gibt keine Grenzen zwischen Phantasie und Realität; es gibt keine Grenzen zwischen Tag und Nacht. Surplus reality ist eine Art der Erfahrung, die weit über die Realität hinausgeht" (Shearon 1989: 17).

Wesentlich im thematischen Zusammenhang der vorliegenden Arbeit ist die Möglichkeit, die Grenzen zwischen Realität und Phantasie zu überwinden. Damit spricht das psychodramatische Spiel das zweite Trennungserlebnis in der Entwicklung des Kindes an, das in den o.g. Hypothesen als relevant für die Entstehung von Drogenabhängigkeit vorgestellt wurde.

Während gerade die Doppelgängertechnik auf das erste Trennungserlebnis bezogen werden kann (vgl. Hypothese 1 zum Übergang von All-Identität zur All-Realität), kann das psychodramatische Spiel mit der Möglichkeit der surplus reality als Brücke

zwischen Realität und Phantasie auf das zweite Trennungserlebnis bezogen werden (vgl. Hypothese 2 zur Ausdifferenzierung von Real- und Phantasiewelt).

Gerade die Techniken des Psychodramas liefern also Möglichkeiten, den beschriebenen Trennungserlebnissen und ihren Spontaneitätshemmenden Auswirkungen kompensatorisch entgegenzuwirken.

Ebensowenig, wie die Doppelgängertechnik pathologische Verschmelzungstendenzen fördert, sondern durch real erfahrbares zwischenmenschliches Miteinander entlastet, so wenig fördert das psychodramatische Spiel eine unrealistische Verwischung der Grenzen von Realität und Phantasie, denn die Erfahrung des Psychodramas vollzieht sich in einer von unseren Welterfahrungen abgehobenen imaginären Realität, der Spielrealität und ist damit semireal. Es wird von einem latenten Wissen um das Ende des Spiels begleitet und von der Gewißheit, daß die Spielrealität im Unterschied zur Alltagsrealität reversibel ist. Damit erhält der Klient soviel Spielraum im therapeutischen Setting, wie er zur Wiederbelebung und Entfaltung seiner pathologisch veränderten Spontaneität bedarf (vgl. Leutz 1983: 12).

Eine Möglichkeit des psychodramatischen Umgangs mit Suchtdruck

Ein wichtiges und zugleich heikles Thema in der stationären Drogentherapie ist das sporadische oder periodische Auftreten des Verlangens, Drogen zu konsumieren (Suchtdruck, schußgeil sein). Nicht selten ist dies Anlaß für Klienten, die gedamte Therapie in Frage zu stellen bzw. sie sogar zu verlassen. Das Team reagiert häufig mit Konfrontation und Druck, sich für oder gegen Drogen zu entscheiden. Dadurch kann das Paradoxon entstehen, daß gerade der Hunger nach Drogen in der Drogentherapie zum Tabuthema wird, da die Klienten befürchten, Sanktionen ausgeliefert zu werden, Privilegien im Verlauf therapeutischer Stufenmodelle zu verlieren oder besonders "unter die Lupe" genommen zu werden.

Aus psychodramatischer Sicht kann dieses Phänomen anders beurteilt und gehandhabt werden. Drogenabhängige haben im Laufe der Jahre bestimmte neue Starter physischer und psychischer Art entwickelt, die eine Erwärmung bewirken (Drogenhunger), die schließlich zu einer Aktion (Drogenkonsum) führen.

Beim Konsum von Drogen, die eine körperliche Abhängigkeit bewirken, ist eine körperliche Entgiftung notwendig, um physische Starter für einen erneuten Drogenkonsum (Entzugserscheinungen) auszuschalten. Als psychische Starter können jedoch Gespräche über Drogen fungieren, Zeitungsberichte, altbekannte Musikstücke, Erinnerungen, Neuigkeiten von "draußen", etc.. Diese Starter bewirken gerade in der Anfangszeit der Therapie eine starke Erwärmung, die einen Drogenrückfall vorprogrammiert. Nur so läßt sich rechtfertigen, warum in den meisten stationären Einrichtungen der Drogentherapie über strikte Regeln, Kontaktsperren, eingeschränkte Kommunikationsmöglichkeiten und Kontrollen der Versuch unternommen wird, diese Starter fernzuhalten und so einen Erwärmungsprozeß in Richtung Drogenkonsum zu vermeiden.

Über kurz oder lang muß jedoch in jeder Drogentherapie die Auseinandersetzung mit diesen Startern und den Erwärmungsprozessen die Oberhand über Kontrolle und Vermeidung gewinnen, da andernfalls eine realitätsbezogene Vorbereitung auf das Leben nach der Therapie nicht gegeben ist. Hierzu ein letztes Beispiel:

In der ältesten Klientengruppe war viel über die Drogenkarrieren der einzelnen Gruppenmitglieder und ihren biographischen Hintergrund gearbeitet worden. Als einer von ihnen recht detailliert über seinen Drogenkonsum erzählte, wurde die Gruppe –insbesondere ehemals Kokainabhängige- unruhig. Einige berichteten von deutlichen Zeichen körperlicher Erwärmung wie z.B. feuchte Hände, Kribbeln in der Kopfhaut, taubes Gefühl im Mund, etc.. Schnell ging das Gespräch über zu Perspektiven nach der Therapie, Rückfallphantasien etc.

Die Gruppe war offensichtlich stark erwärmt für das Thema Drogen, Drogenkonsum und Rückfall. Statt an dieser Stelle nun zu hinterfragen, zu problematisieren etc., wie es häufig getan wird, entschied ich als Leiter, mit der Erwärmung zu gehen und die Rahmenbedingungen für ein gruppenzentriertes Stegreifspiel, "Wir treffen uns bei Jack, dem Großdealer", wurden festgelegt.

Mit bemerkenswerter Spontaneität wurde ein Appartement in Amsterdam eingerichtet, der Großdealer Jack hielt Hof, wickelte seine Geschäfte ab, das Telefon klingelte, ständig, riesige "Tüten" machten die Runde. Die ganze Szene einschließlich der Geldbeschaffung durch Prostitution war plötzlich auf der Bühne.

Nach ca. 1 Stunde wurde Stegreifspiel beendet; einige Gruppenmitglieder zeigten Zeichen von Erschöpfung, die alte Hektik und Unruhe hatte sie im Spiel wieder voll erfaßt. In einer anschließenden Reflexion waren viele erschrocken darüber, wie schnell und einfach sie in ihr altes Verhalten wieder zurückfallen konnten. Die große Nähe zu Drogen, die Gefahr des Rückfalls waren deutlich und vor allem konkret erfahrbar gemacht worden.

Das psychodramatische Ausleben der Rückfallphantasien wirkte bei einigen noch lange nach und wurde zum Thema auch in der Einzeltherapie. Dazu ein Auszug aus dem Protokoll eines Klienten über die Einzeltherapiestunde: "Dann erzählte ich von dem Gruppenrollenspiel, daß ich mittwochs hatte. Nachdem ich mir darüber Gedanken gemacht habe, mußte ich erschreckend feststellen, daß ich ganz unterbewußt meine Vorsätze, die ich mir gestellt habe, über den haufen geworfen habe. Ich habe wieder krumme Dinger gedreht, bin zum Dealer gegangen um Material zu besorgen und wollte es dann mit Gewinn weiterverkaufen. Was mich am meisten geschockt hat war, daß ich sofort wieder Koks nahm, was ich überhaupt nicht mehr wollte. Irgendwie hat es mir Angst gemacht zu sehen, wie schnell es einen wieder packen kann."

Gerade dieses Beispiel zeigt meiner Meinung nach, wie wichtig es ist, mit der Erwärmung der Klienten zu gehen, auch wenn diese erst einmal gegen das allgemeine Therapieziel (Drogenfreiheit) gerichtet zu sein scheint. Wichtiger als Konfrontation und moralischer Druck ist es, den Wahrnehmungen, Ängsten und Projektionen Raum zu geben, sie auf der Bühne auszuspielen, um so Platz zu schaffen für Telebeziehungen, realistische Welteinschätzungen und den Aufbau neuer Rollenkonzepte.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Absicht dieser Arbeit lag darin, das Spannungsfeld zwischen Psychodramatherapie auf der einen Seite und den Bedingungen stationärer

Drogentherapie von überwiegend heroinabhängigen Klienten andererseits auszuleuchten.

Weiterhin wurde versucht, das Phänomen der Drogenabhängigkeit auf dem Hintergrund einer psychodramatischen Theorie zu begreifen und mit der vorhandenen Terminologie zu erfassen. Es wurden psychodramatische Denkmodelle vorgestellt (Spontaneität, Starter, Erwärmung, Rolle) und Hypothesen zur Entstehung von Drogenabhängigkeit zur Diskussion gestellt, sowie Handlungsanleitungen für die stationäre Drogentherapie entwickelt.

Dabei wurden als wesentliche Ursprünge eines defizitären Entwicklungsprozesses mit dem Ergebnis Drogenabhängigkeit die Trennungserlebnisse beim Übergang von All-Identität zur All-Realität und bei der Ausdifferenzierung von Real- und Phantasiewelt angenommen. Bei nicht adäquatem Verhalten der Hilfs-Iche wird ein hohes Maß an Angst und Unsicherheit erzeugt, das sich spontaneitätshemmend auswirken und somit die weitere Lebensbewältigung behindern kann. Die Pubertätsphase mit neuen körperlichen Starten, neuen Erwärmungsprozessen und der Notwendigkeit, neue Rollen zu erlernen wurde in ihren Anforderungen als prinzipiell vergleichbar dem postnatalen Stadium angesehen. Ein Mangel an Spontaneität muß sich gerade hier verhängnisvoll auswirken. In dieser Entwicklungsphase manifestiert sich in der Regel jedoch auch die Drogenabhängigkeit. Aufgrund der mangelnden Spontaneität erscheint eine adäquate Antwort auf die Anforderungen des Lebens nicht möglich. Drogenabhängigkeit als pathologische Konserve und als Ausweichen vor den Anforderungen der Realität verhindert eine weitere Entwicklung und befriedigt gleichzeitig regressive Bedürfnisse nach ursprünglichen Ganzheitserlebnissen in den frühen Kindheitsphasen.

Psychodrama eignet sich in guter Weise dazu, Ängste und Unsicherheiten zu reduzieren, Spontaneität zu fördern, neue Rollen zu erlernen, ein flexibles Selbst aufzubauen und somit den Lebensanforderungen gerecht zu werden, ohne sich in die pathologische Konserve der Drogenabhängigkeit flüchten zu müssen.

Die in der Literatur angeführte praktische Bedeutung des Psychodramas in der Arbeit mit Drogenabhängigen konnte theoretisch begründet werden. Ein Rückgriff auf andere Theoriemodelle erscheint nicht notwendig und wenig hilfreich.

Abschließend muß gesagt werden, daß die hier vorgelegte Arbeit auf Einzelfallbeobachtungen und Hypothesen beruhen; eine breite, empirische Absicherung fehlt. Damit befinde sich der hier vertretene Ansatz jedoch in guter Gesellschaft mit vielen anderen Theorieentwürfen zur Drogenabhängigkeit und zur Drogentherapie.

Und bei allen Zweifeln und Unsicherheiten, die sich bei der Niederlegung eigener Gedanken einstellen, tröste ich mich mit den Worten von Erich Kästner: "Es gibt nichts Gutes außer man tut es".

LITERATUR

BÖLLINGER, C. (1987): *Drogenrecht, Drogentherapie*, Frankfurt/M.

GEO-WISSEN (1990): *„Clean durch Zucht und Ordnung“*. Themenheft *„Sucht und Rausch“*, Heft 3, S. 154-163

GNEIST, JOCHEN; STIMMER, FRANZ (1987): *Psychodrama und Soziometrie als Methoden der Beratung und Therapie in offenen Gruppen Alkoholabhängiger*. In: *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, S. 154-182

HANEL, E.; HERBST, K. (1988) *Beschreibung und erste Ergebnisse einer prospektiven Studie zur stationären Behandlung von Drogenabhängigen*. In: *Suchtgefahren*, Heft 1, S. 1-21

INSTITUT FÜR THERAPIEFORSCHUNG (IFT) (1990): *Therapieabbruch bei Drogenabhängigen. Ergebnisse einer Zwischenauswertung*. München 1990.

LEUTZ, GRETE. A. (1973): *Die Bedeutung des Psychodramas in der Arbeit mit Süchtigen*. In: Hoffmann J. (Hrsg.): *Zur Therapie Süchtiger*. Freiburg, S. 57-77.

(1983): *Psychodrama als interpersonelle Suchtkrankentherapie*. Punktreihe Nr. 28, Kassel (Nicol-Verlag), S. 5-15.

(1986): *Psychodrama*. Berlin 1986.

LEUTZ, G. A.; ENGELKE, E. (1983): *Psychodrama*. In: Corsini, J. R. (Hrsg.) *Handbuch der Psychotherapie*. Weinheim/Basel, S. 1008-1031.

LEVETON, E. (1979): *Mut zum Psychodrama*. ISKO-Press, Hamburg 1979.

MORENO, J.L. (1973): *Gruppentherapie und Psychodrama*. Stuttgart.

(1974): *Die Grundlagen der Soziometrie*. Opladen (Westdeutscher Verlag).

(1982): *Rollentherapie und das Entstehen des Selbst*. In: Petzold, H., Mathias, U.: *Rollenentwicklung und Identität*. Paderborn, S. 291-293.

MORENO, JAKOB L.; MORENO, F. B. (1944): *„Spontaneity Theory of Child Development“*.

Psychodrama Monographs No. 8, Beacon House. Auch erschienen in: *Psychodrama I*, Beacon 1946, S. 47-152.

PETZOLD, HILARION (Hrsg.) (1980): *Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung*. Paderborn.

(Hrsg.) (1983): *Drogentherapie*. Frankfurt/M.

PETZOLD, HILARION; VORMANN, G. (Hrsg.) (1980): *Therapeutische Wohngemeinschaften*. München.

PETZOLD, HILARION; MATHIAS, ULRIKE (Hrsg.) (1982): *Rollenentwicklung und Identität*. Paderborn 1982.

POPPER, K. R. (1988): *Die Logik der Sozialwissenschaften*. IN: Adorno, T. W. (Hrsg.). *Der Positivismusstreit in der deutschen Soziologie*. Darmstadt S. 103 – 124.

ROGERS, CARL R. (1973): *Die Entwicklung der Persönlichkeit*. Stuttgart 1973.

SCHACHT, MICHAEL (1992): *Zwischen Ordnung und Chaos*. IN: Psychodrama, Heft 1, S. 95 – 130.

SHEARON, ELLA MAE (1988): *Der Schöpfer*. Institut für Psychodrama, Köln.
(1989): *Die Evolution des Stegreiftheaters und die Dimensionen des Selbst*. Symposium zum 100. Geburtstag vom J.L. Moreno, Bad Vöslau.

SIMONSEN, DORIS (1990): *Abhängigkeit und Loslösung*. Psychodramatische Ansätze in der stationären Langzeittherapie mit Alkohol- und Medikamentenabhängigen. Freiburg (Lambertus).

DER SPIEGEL (1991): *„Endlich bewegt sich was. Wie können Kinder vor Drogen geschützt werden?“*, Heft 21, S. 70 – 91.

STIMMER, FRANZ (1982): *Der Beitrag J. L. Morenos zu einem interaktionistischen Ansatz einer Theorie der Institutionalisierung*. IN: Helle, H.J. (Hrsg.): Kultur und Institution. Berlin, S. 131 – 155.

(1991): *Spiegelbilder: Typen und „Sozialkulturelle Atome“ narzißtischen Verhaltens*. IN: Psychodrama, heft 2, S. 203 – 220.

TRUÖL, LOTHAR (1981): *Psychodrama mit Suchtkranken*. IN: Engelke, E. (Hrsg.), Psychodrama in der Praxis, München (Pfeiffer) S. 203 – 223.

WIRTHGEN, R. (1990): *Psychodrama mit spielunerfahrenen Patienten in der Drogenarbeit*. Abschlußarbeit am Institut für Psychodrama Dr. Ella Mae Shaeron, Köln.

WÖHRLE, WILFRIED (1986): *Psychodrama in der Suchtkrankenbehandlung*. IN: Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik, Heft 22, S. 176 – 185.

ZEINTLINGER, KAROLINE E. (1981a): *Analyse, Präzisierung und Reformulierung der Aussagen zur Psychodramatischen Therapie nach J. L. Moreno*. Diss., Salzburg.
(1981b): *Bedingungsfaktoren des individuellen Änderungsprozesses im Psychodrama nach J.: Moreno*. IN: Engelke, E. (Hrsg.): Psychodrama in der Praxis. München (Pfeiffer) S. 68 – 83.