

ging davon aus,
aktion von Orga-
rstellt. (vgl. Bate-

ndel. Dortmund

Gestalttherapie. In:

Berlin

herapie. Münster

lttherapie 2

stalttherapie. Köln

Psychosen. In: Inte-

54

amnik, 8, 73-81

ra Acta Leopoldina

(Hg.): Zur Biologie

ligten Patienten. In:

Udo Röser / Achim Votsmeier

GESTALT THERAPIE IN DER BEHANDLUNG VON SUCHTKRANKEN AM BEISPIEL DER DROGENABHÄNGIGKEIT

Die Gestalttherapie hat die Entwicklung von Behandlungsansätzen und -formen innerhalb der Drogentherapie in den letzten drei Jahrzehnten wesentlich mitbeeinflusst. Dieser Artikel legt ein störungsspezifisches Konzept vor, das auf der Basis einer Präzisierung der komplexen Persönlichkeitstheorie der Person in der Gestalttherapie und von Erfahrungen in der stationären Behandlung Drogenabhängiger ein Entstehungsmodell der Drogenabhängigkeit und gestalttherapeutische Ansatzpunkte skizziert.

Gestalt therapy in working with addictive people – in particular those suffering from drug abuse. During the last three decades, Gestalt therapy has influenced the development of treatment plans and the ways, in which people are being treated in a significant manner. This article attempts to show a concept, which operates on the basis of disturbances and by including the theory of personality function together with the experience of working with inpatients, will try to develop an aetiology of drug dependency.

EINLEITUNG

Im gestalttherapeutischen Umfeld ist immer häufiger zu hören, daß die Gestalttherapie besonders auf der Interventionsebene vieles zur allgemeinen Psychotherapie beizutragen hat. Es mangelt jedoch noch an empirischen Forschungsergebnissen und an einer systematischen Theorie (vgl. Greenberg & Brownell 1997). Über letzteres kann man unterschiedlicher Auffassung sein. Es existieren zumindest einige systematische Ansätze in der Gestalttherapie mit unterschiedlicher metatheoretischer Perspektive. Damit die Anwendung der Gestalttherapie auf klinische Fragestellungen fruchtbar sein kann, bedarf es u.E. einer Präzisierung der komplexen Persönlichkeitstheorie der Gestalttherapie sowie ein systematisches Zusammenfügen von Konzepten, die üblicherweise unverbunden nebeneinander stehen. Dies soll in dem vorliegenden Artikel für den Bereich der Suchttherapie versucht werden. An anderer Stelle wurde ein solcher Versuch bereits für den Bereich der strukturellen Störungen vorgelegt (Votsmeier 1999).

Der jeweilige Behandlungsrahmen und klinische Erfahrungshintergrund der Autoren ist das Therapiedorf *Villa Lilly* und die Klinik für Psychosomatische Medizin Bad Grönenbach (Hs. 1).

Das Therapiedorf *Villa Lilly* in Bad Schwalbach ist eine Einrichtung zur medizinischen und sozialen Rehabilitation drogen- bzw. mehrfachabhängiger volljähriger Frauen und Männer. Der Rehabilitations- bzw. Behandlungsansatz basiert auf einem Verständnis von Drogenabhängigkeit als komplexer Erkrankung, welche die gesamte Persönlichkeitsentwicklung tiefgreifend beeinträchtigt und durch die Unfähigkeit zur Abstinenz, dem Verlust von Selbstkontrolle sowie erheblichen Defiziten bei den für die persönliche Lebensgestaltung notwendigen Handlungskompetenzen gekennzeichnet ist.

Die mit der Suchterkrankung bzw. Drogenabhängigkeit verbundenen Folgeschäden haben gravierende Auswirkungen auf die eigene Gesundheit (Infektionskrankheiten wie Hepatitiden, HIV), das unmittelbare soziale Umfeld (Verlust von Freunden, Bekannten, Integration in die Drogenszene, kriminelles Umfeld, Prostitutionsmilieu), auf schulische und berufliche Ressourcen (fehlende schulische und/oder berufliche Ausbildung, Erwerbslosigkeit) mit prognostisch eher ungünstigen Faktoren (Kriminalitätsbelastung, justitielle Auffälligkeiten, hohe Verschuldung, unbefriedigende Wohnsituation).

Eine derart multidifferentielle Erkrankung wie die Drogenabhängigkeit erfordert ganzheitliche Behandlungsplanungen. Daher werden im Rahmen der Entwöhnungsbehandlung neben psychotherapeutischen Behandlungsansätzen, medizinische, arbeitstherapeutische, sozialtherapeutische, pädagogische, beratende und allgemein stützende Hilfen angeboten.

Drei Jahrzehnte psychotherapeutischer Arbeit mit Drogenabhängigen haben aber auch gezeigt, daß das Störungsbild der Drogenabhängigkeit die schulenorientierte Psychotherapie an ihre Grenzen gebracht hat und heute überwiegend schulen- und verfahrensübergreifend auf der Grundlage einer humanistischen, ganzheitlichen und wissenschaftlich abgesicherten Grundorientierung gearbeitet wird. Der Erfolg und die Wirksamkeit bei der Behandlung Drogenabhängiger ist zudem an ein Verbundsystem der Drogenhilfe gebunden, die die geplante, abgestimmte und in sich konsistente Kooperation von ambulanten und stationären Einrichtungen miteinander verbindet.

Die Gestalttherapie hat die Entwicklung der Behandlungsansätze und -formen innerhalb der Drogenhilfe in diesen drei Jahrzehnten wesentlich mitbeeinflusst. Dieser Artikel zeigt, wie innerhalb des komplexen Gesamtgeschehens der stationären Behandlung Drogenabhängiger die Gestalttherapie ein störungsspezifisches Konzept vorlegen kann, das sowohl auf der Erklärungsebene als auch auf der Interventionsebene zum aktuellen Verständnis von Drogenabhängigkeit vieles beizutragen hat.

Die Klinik für Psychosomatische Medizin Bad Grönenbach ist eine medizinische Reha-Einrichtung, in der im Rahmen eines differenzierten Indikationsspektrums von neurotischen Störungen, Persönlichkeits- und psychosomatischen Störungen auch Mischbilder mit Suchterkrankungen behandelt werden. Das Behandlungskonzept ist psychodynamisch-integrativ und verbindet ein psychodynamisches Verständnis intrapsychischer und interpersoneller Prozesse mit Interventionsstrategien aus erfahrungsorientierten Psychotherapieverfahren wie Gestalttherapie, Psychodrama, New Identity Process und körperorientierten Verfahren. Gegebenenfalls werden auch kognitiv-verhaltenstherapeutische Maßnahmen in die Arbeit integriert.

Was ist Sucht?

Gross definiert Sucht als unabweisbares Verlangen nach einem bestimmten Gefühls-, Erlebnis- und Bewußtseinszustand, der entweder durch eine Droge, d.h. durch psychotrope Substanzen wie Alkohol, Drogen, Medikamente oder durch süchtig entgleiste Verhaltensweisen wie übermäßiges Essen, Arbeiten, Spielen, Fernsehen etc. herbeigeführt werden kann (1995, 13). Die Sucht ist der krankhafte

verbundenen Folge-
krankheit (Infektions-
umfeld (Verlust von
des Umfeld, Prostitu-
rende schulische
sch eher ungünsti-
che Verschuldung,

abhängigkeit erfordert
imen der Entwöh-
ansätzen, medizini-
he, beratende und

abhängigen haben
igkeit die schulen-
eute überwiegend
r humanistischen,
tierung gearbeitet
genabhängiger ist
ie geplante, abge-
nd stationären Ein-

sätze und -formen
mitbeeinflusst. Die-
ns der stationären
spezifisches Kon-
uch auf der Inter-
eit vieles beizutra-

eine medizinische
onsspektrums von
n Störungen auch
dlungskonzept ist
ches Verständnis
ategien aus erfah-
sychodrama, New
alls werden auch
art.

nem bestimmten
eine Droge, d.h.
ente oder durch
rbeiten, Spielen,
ist der krankhafte

Endzustand einer Abhängigkeit, der mit Kontrollverlust, Toleranzentwicklung und Entzugserscheinungen einhergeht, wobei sich das Leben immer mehr um das Suchtverhalten zentriert, mit oftmals katastrophalen Folgen für die eigene Gesundheit, die soziale Integration und die Menschen in der Umgebung des oder der Süchtigen.

Sucht beginnt mit der Unfähigkeit, elementare Bedürfnisse zu befriedigen oder sich mit Problemen und Schwierigkeiten angemessen auseinanderzusetzen. Dieses Defizit bewirkt eine Flucht in einen anderen Gefühls-, Erlebnis- oder Bewußtseinszustand, d.h. eine dysfunktionale Anpassung. Die Anpassung ist ursprünglich ein Lösungsversuch, der jedoch eine Eigendynamik gewinnt und in eine fatale Fixierung mündet, in einen Teufelskreis, der nicht selten zu einem Zusammenbruch auf allen Ebenen führt. So lange es geht, wird versucht, die Suchtidentität aufrechtzuerhalten, und oft ist erst im Zusammenbruch dieser Identität, an einem solchen Tiefpunkt, eine Neuorientierung möglich. Hier setzt beispielsweise das Genesungsmodell der Anonymen Alkoholiker an.

Als elementare Bedürfnisse können die Bedürfnisse nach Orientierung und Kontrolle, nach Lustgewinn und Unlustvermeidung, nach Bindung und Selbstwert-erhöhung (Epstein 1990) und nach Selbstaktualisierung (Goldstein 1971) verstanden werden. Nicht verarbeitete traumatische Lebensereignisse und beeinträchtigte Kontakt- und Stützungsfunktionen verhindern die Befriedigung dieser elementaren Bedürfnisse. Der homöostatische Prozeß der organismischen Selbstregulierung wird permanent unterbrochen, die Ausgleichsprozesse sind mangelhaft. Es kann zu Ersatzhandlungen, in diesem Fall dem süchtigen Verhalten kommen, die Bedürfnis-Gestalt kann sich jedoch nicht schließen, sie wiederholt sich stereotyp und automatisiert in der Eigendynamik der Sucht.

Voraussetzung für eine effiziente Behandlung einer Suchterkrankung ist die Unterbrechung der Eigendynamik der süchtigen dysfunktionalen Anpassung in Form von Abstinenz. Dadurch werden meist die vorher kompensierten strukturellen Defizite, die beeinträchtigten Kontakt- und Stützungsfunktionen deutlich, die es in diesen Fällen erlauben, von strukturellen Störungen der Person zu sprechen. Dies werden wir hier am Beispiel der Drogenabhängigkeit weiter ausführen. Vorher möchten wir jedoch unseren Bezugsrahmen einer mehrdimensionalen Theorie der Person in der Gestalttherapie vorstellen.

Eine anwendungsorientierte Theorie der »Person«

Die Konzeptualisierung der *Person* oder des *Selbst* in der Gestalttherapie ist sehr heterogen. Die jeweiligen Autoren vertreten so unterschiedliche Perspektiven wie das Selbst als Kontakt (Perls, Hefferline & Goodman 1979 – im weiteren PHG), das Selbst als Kern (F. Perls 1986, Tobin 1982), Selbst gleich Ich (Polster & Polster 1977), das Selbst als Funktion des Feldes (Latner 1973) oder Selbst als die Person als Ganzes (Hycner 1985, Yontef 1988; vgl. McLeod 1993).

Die hier vertretene Position schließt an Hycner (1985) und Yontef (1988) als Vertreter einer »Dialogischen Gestalttherapie« an. Danach handelt die *Person* als Ganzheit, nicht das *Selbst* oder ein anderer Teilaspekt; Aspekte des Selbst in der Metatheorie (PHG 1979) werden als Funktionen der Person als einer Ganzheit auf-

gefaßt (vgl. Yontef 1988). Außerdem werden in dem hier vorgeschlagenen mehrdimensionalen Modell Konzepte von L. Perls (1989; Selbst-Stützung), Polster & Polster (1977; Ich-Grenze) und Goldstein (1971; Selbstaktualisierung, abstrakt/konkreter Funktionsmodus) integriert.

In diesem Modell existiert die Person immer als einheitliches Ganzes. Die Unterscheidung einzelner Qualitäten voneinander ist eine Abstraktion des Betrachters, diese sollten nicht als real in der Person vorhandene Entitäten mißverstanden werden. Es sind eher unterschiedliche Perspektiven, unter denen man den menschlichen Organismus als einheitliches Ganzes betrachten kann.

So ist es hilfreich, die Person nicht dualistisch als einen Organismus in einem unabhängig von ihm existierenden Feld zu verstehen, sondern als Teil eines integrierten Organismus-Umwelt-Feldes. Dieses erschafft sich ständig selbst, indem der Organismus das übrige Feld beeinflusst und dieses gleichzeitig den Organismus (vgl. Yontef 1993, 289 zur Feldtheorie in der Gestalttherapie).

Die *Person*, der *persönliche Teil* des Feldes, ist es, die ihre Innen- und Außenwelt, körperliche Empfindungen, Gefühle, Gedanken und Wahrnehmungen erlebt, und die handelt (also nicht *das Selbst*). Die zu unterscheidenden ganzheitlichen Qualitäten der Person werden in diesem Modell drei Ebenen zugeordnet (s. Abb.1), wobei die erste Ebene Teilaspekte der Person umfaßt, die zweite Ebene die Dynamik der Teilaspekte als kreative und regulierende Anpassungsprozesse beschreibt. Die dritte Ebene stellt eine übergeordnete Ebene der kreativen Anpassung der Person als Ganzheit dar. Die *erste Ebene* des Modells umfaßt die Ich-Grenze, das Differenzierungsvermögen, das Integrierende Selbst und die Selbst-Stützung sowie deren Relationen untereinander.

Die *Ich-Grenze* der Person begrenzt nach Polster & Polster (1977) den Bereich der für sie zulässigen Kontaktmöglichkeiten unter Erhaltung ihrer Identität. Im einzelnen schreiben Polster & Polster:

Die Grenzen des menschlichen Wesens, die Ich-Grenzen, sind durch seine sämtlichen Lebenserfahrungen und seine eingebauten Fähigkeiten bestimmt, neue oder intensiviertere Erfahrungen zu assimilieren. Die Ich-Grenze eines Menschen ist die der für ihn zulässigen Kontaktmöglichkeiten. Sie besteht aus einer ganzen Reihe von Kontaktgrenzen und definiert jene Handlungen, Ideen, Menschen, Werte, Situationen, Vorstellungen, Erinnerungen und so weiter, bei denen man sich bereitwillig oder verhältnismäßig frei engagieren kann, sowohl mit der Welt außerhalb seiner selbst wie auch in dem Nachhall in sich selbst, den dieses Engagement erwecken mag. Die Ich-Grenze schließt auch ein Gefühl dafür ein, welches Risiko man auf sich nehmen will, wo die Möglichkeiten der persönlichen Steigerung groß sind, wo aber die Konsequenzen neue persönliche Erfordernisse mit sich bringen könnten, denen er vielleicht nicht gewachsen ist (a.a.O., 110).

Die Qualität des *Differenzierungsvermögens* erlaubt die Unterscheidung und das Erleben der Person als Eigenwesen (Subjekt), wenn sie Andersartigem (Objekt) begegnet. Dies geschieht durch Identifikation mit dem, was *zu mir gehört* (Ich) und Entfremdung dessen, was *nicht zu mir gehört* (Nicht-Ich). Im Kontakt mit dem anderen, dem Verschiedenen, dem Fremden oder dem Neuartigen beginnt

chlagenen mehrdi-
ung), Polster & Pol-
rung, abstrakt/kon-

Ganzes. Die Unter-
n des Betrachters,
nißverstanden wer-
man den mensch-

ganismus in einem
als Teil eines inte-
ndig selbst, indem
zeitig den Organis-
e).

Innen- und Außen-
nehmungen erlebt,
den ganzheitlichen
enen zugeordnet
t, die zweite Ebene
passungsprozesse
r kreativen Anpas-
lls umfaßt die Ich-
st und die Selbst-

1977) den Bereich
r Identität. Im ein-

, sind durch seine
ten Fähigkeiten
ren. Die Ich-Gren-
möglichkeiten. Sie
ind definiert jene
tellungen, Erinne-
r verhältnismäßig
r selbst wie auch
wecken mag. Die
siko man auf sich
gerung groß sind,
e mit sich bringen
10).

erscheidung und
e Andersartigem
vas zu mir gehört
). Im Kontakt mit
uartigen beginnt

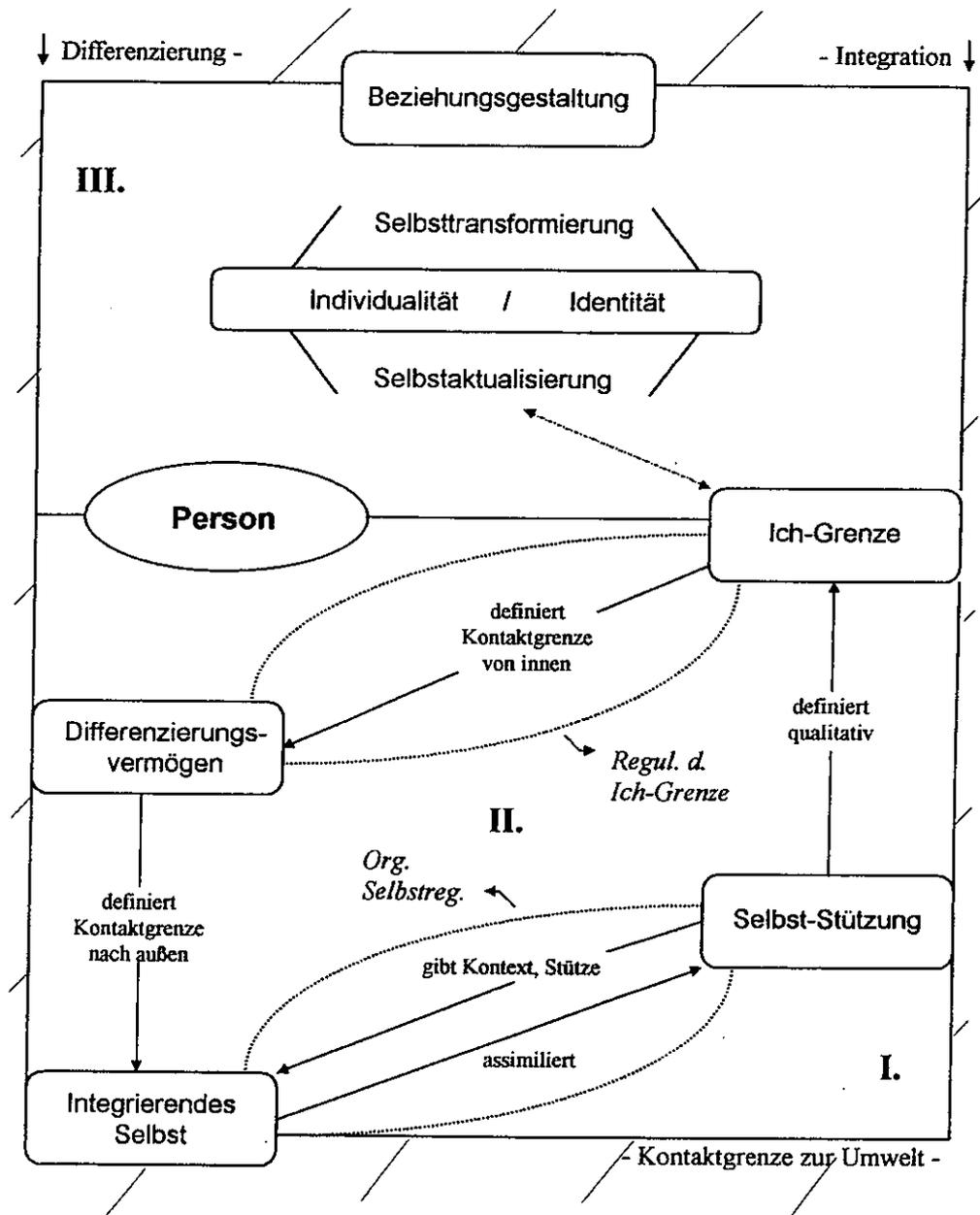


Abb. 1: Die ganzheitlichen Qualitäten der Person auf drei Ebenen und ihre Relationen zueinander.

diese Funktion, die Grenze zwischen dem persönlichen und dem unpersönlichen Feld zu bestimmen (vgl. Perls 1978, 171f), sodaß der Kontakt adäquat reguliert werden kann.

Das *integrierende Selbst* umfaßt als unterschiedliche Aspekte die Bewußtheit, die Kontaktprozesse und die Verarbeitung des In-Kontakt-Genommenen. Bewußtheit bedeutet, daß sich in einem psychischen Prozeß (Wahrnehmen oder Denken etc.) eine Figur von einem Hintergrund abhebt und bewußt erkannt wird. Bewußtheit von etwas heißt, daß deutlich wird, was ein bewußt erlebtes Ereignis für die Person vor ihrem persönlichen Hintergrund bedeutet. Man kann sagen, dieses Figur-Grund-Verhältnis ist die jeweilige Bedeutung. Bewußtheit ist ein Synthetisieren von Ganzheiten, die damit einen Sinn ergeben. Dieser Prozeß ist subjektiv und entspricht dem Konstruieren der phänomenologischen Welt der Person. Bewußtheit beinhaltet darüber hinaus die Möglichkeit, die Inhalte in Sprache, Körperbewegungen, Bildern etc. zu symbolisieren. Yontef (1988) beschreibt verschiedene Stadien der Bewußtheit, von der inhaltlichen Bewußtheit, was die Person tut und erlebt, zur Bewußtheit über den Prozeß, wie sie es tut, zum Erkennen sich wiederholender, situationsübergreifender Muster.

Die Kontaktprozesse umfassen Funktionen und Fähigkeiten wie:

- Aufmerksamkeit und Interesse aktivieren (Organisieren der Wahrnehmung um ein Bedürfnis herum);
- Orientierung (wahrnehmen, fühlen, denken, erinnern);
- Bewerten und Urteilen (was als richtig, wahr, adäquat empfunden wird; wissen und antizipieren, was am besten zu tun ist; auswählen und entscheiden);
- Aktivieren von Energie (Erregung aufbauen, Impuls- und Affektsteuerung);
- Initiative ergreifen (aktives, »aggressives« Herangehen an die Situation, in Kontakt nehmen oder sich dem Kontakt überlassen).

Die Verarbeitung im Kontaktprozeß bedeutet, das In-Kontakt-Genommene zu assimilieren und integrieren. Dies resultiert in integrierten Strukturen als Muster von Prozessen (»Transformation von Neuartigem in Routine«; F. Perls 1980, 82). Diese können Bedeutungsstrukturen, d.h. Konzepte, Schemata und Repräsentationen, wie bspw. Überzeugungen, Einstellungen, daraus sich ergebende Arbeitsmodelle (die weitere Reaktionen organisieren) oder Gewohnheiten, ebenso wie Verhaltensmuster oder körperliche Muster, Haltungen oder Fixierungen sein.

Die *Selbst-Stützung* der Person umfaßt alle organisierenden Stützfunktionen des organismischen Hintergrundes. Diese sollen dazu dienen, die Assimilation und Integration von Erfahrungen zu erleichtern und zu fördern. Ressourcen sind beispielsweise angeborene Fähigkeiten oder alles, was als Resultat der Assimilation von Neuem durch Kontakt erworben, erlernt wurde. D.h., daß auch die o.g. integrierten Strukturen Teil der Selbst-Stützung sind. Diese beinhalten auch dysfunktionale Anpassungsmuster, die ja ursprünglich als Stützfunktionen gebildet wurden. Stütze ist der gesamte Hintergrund, vor dem sich die gegenwärtige Erfahrung hervorhebt und eine bedeutungsvolle Gestalt bildet (vgl. L. Perls 1989, 183f)

Eine wichtige Stützfunktion wurde von Goldstein (1971, 365ff) als die Fähigkeit zur »abstrakten Einstellung« bezeichnet, die mit dem »konkreten Verhalten« in einem Figur-Grund-Verhältnis steht. Ich habe diesen Zusammenhang an anderer

dem unpersönlichen
akt adäquat reguliert

ekte die Bewußtheit,
nommenen. Bewußt-
ehmen oder Denken
rkannt wird. Bewußt-
btes Ereignis für die
kann sagen, dieses
it ist ein Synthetisie-
zeß ist subjektiv und
der Person. Bewußt-
sprache, Körperbewe-
ot verschiedene Sta-
die Person tut und
kennen sich wieder-

3:
Wahrnehmung um

unden wird; wissen
entscheiden);
ektsteuerung);
ie Situation, in Kon-

ikt-Genommene zu
ren als Muster von
(s 1980, 82). Diese
Repräsentationen,
de Arbeitsmodelle
iso wie Verhaltens-
in.

stützfunktionen des
3 Assimilation und
ssourcen sind bei-
at der Assimilation
auch die o.g. inte-
ten auch dysfun-
nen gebildet wur-
wärtige Erfahrung
1989, 183f)

) als die Fähigkeit
ten Verhalten« in
hang an anderer

Stelle ausführlicher beschrieben (Votsmeier 1988, 1995). Da die Begriffe in der Vergangenheit mißverständlich aufgefaßt wurden, verwende ich in diesem Modell den Begriff des selbst-reflexiven Modus und den des responsiven Modus.

Im *selbst-reflexiven* Funktionsmodus wird die Kraft und Aufmerksamkeit bewußt gerichtet. Dies impliziert ein vorbereitendes, inneres Herangehen an eine Situation, das diese als Ganzes miteinbezieht, sie von einer Meta-Ebene aus betrachten kann. Dieser Modus erlaubt daher, sich von gegebenen Sinneseindrücken loszulösen oder von inneren Erfahrungen zu distanzieren, Perspektiven zu variieren und für das Verständnis der Welt verschiedene Bezugsrahmen zu wählen. Im *responsiven* Funktionsmodus werden wir direkt durch die Stimuli bestimmt, die Aufmerksamkeit wird von außen gelenkt. Unsere Beziehung zur Welt ist konkret und direkt, wir überlassen uns dem sinnlichen Eindruck der gegebenen inneren oder äußeren Situation. Beide Modi wirken zusammen in Form eines Figur-Hintergrund-Geschehens. Je nach Anforderung der Situation tritt der eine oder andere Modus in den Vordergrund. Üblicherweise agieren wir meist im responsiven Modus, vieles, was wir tun, ist Gewohnheit, Routine, bekannt. Dennoch ist dieses Verhalten als Vordergrund-Prozeß immer eingebettet und mitbestimmt durch den selbst-reflexiven Modus im Hintergrund. Kommt es bei der Durchführung einer Aktivität zu einer Störung, tritt gleich der selbst-reflexive Modus in den Vordergrund und führt zu einer Neuorientierung. Danach kann wieder Verhalten im responsiven Modus stattfinden.

Dieses Figur-Grund-Geschehen kann gestört werden, und Goldstein hat die Auswirkungen ausführlich erforscht (vgl. Goldstein 1971). Insbesondere im Zustand der Angst nach Erschütterungen und Traumatisierungen ist die organisierende Stützfunktion des selbst-reflexiven Modus beeinträchtigt und kann in einer Desintegration beider Funktionsmodi resultieren. Erleben und Verhalten werden dann extrem responsiv, da der entsprechende adäquate innere Kontext bzw. Hintergrundprozeß beeinträchtigt ist oder völlig fehlt. Dies ist bei strukturellen Störungen deutlich erkennbar.

Dieses Konzept der unterschiedlichen Funktionsmodi taucht zwar explizit in der Gestalttherapie-Literatur nicht auf, implizit liegt es jedoch m.E. dem *Kontakt-Support-Konzept* von L. Perls zugrunde. Kontakt und Support stehen in einem Figur-Grund-Verhältnis zueinander. Kontakt ist immer im Vordergrund und kann nur Gestalt werden, wenn die Stützung als organismischer Hintergrund andauernd verfügbar ist. Dieser Hintergrund gibt der Gestaltbildung im Vordergrund seine Bedeutung (vgl. L. Perls 1989, 183f). Ein dysfunktionaler organismischer Hintergrund verhindert bedeutungsvollen Kontakt und führt zu Störungen der Integration und Organisation von Erfahrungen.

Die bisher beschriebenen Teilaspekte der Person stehen in folgenden Relationen zueinander: Die Ich-Grenze definiert die möglichen Kontaktgrenzen der Person von innen heraus, d.h. je nach den vorhandenen Fähigkeiten und zulässigen Kontaktmöglichkeiten. Das Differenzierungsvermögen definiert auf der Basis der Ich-Grenze die Kontaktgrenze nach außen. Diese verbindet und trennt bzw. unterscheidet gleichzeitig, sie »begrenzt den Organismus, umfängt und schützt ihn und berührt zu gleicher Zeit die Umwelt« (PHG 1979, 11). An dieser Kontaktgrenze ereignet sich dann die Erfahrung und tritt das integrierende Selbst als Vordergrundprozeß in Aktion. Durch die Assimilation und Integration der Erfahrung wird diese zum organismischen Hintergrund und Teil der Selbst-Stützung.

Die Selbst-Stützung als Hintergrundprozeß steht in reziproker Relation zum integrierenden Selbst und bildet den Kontext für dessen Aktivität im Vordergrund. Je nach Güte der organisierenden Stützfunktionen, insbesondere der Funktionsfähigkeit des selbst-reflexiven Modus gestaltet sich die Qualität der Bewußtheit, der Kontaktprozesse und Verarbeitungskapazitäten. Die Qualität der Selbst-Stützung definiert wiederum die Ich-Grenze und deren Flexibilität, je nach Güte der organisierenden Stützfunktionen ergibt sich das zulässige Spektrum der Kontaktmöglichkeiten.

Die *zweite Ebene* des Modells beschreibt die Dynamik der Teilaspekte als kreative und regulierende Anpassungsprozesse, die der Organismischen Selbstregulierung und der Regulierung der Ich-Grenze.

Die *Organismische Selbstregulierung* hält je nach Bedürfnislage die kreative Anpassung, die fortlaufende Gestaltbildung und Assimilation an der Kontaktgrenze aufrecht und hat die Funktion, die Homöostase, das dynamische Gleichgewicht des Organismus zu garantieren. Wenn die Homöostase des Organismus aus dem Gleichgewicht gerät, tritt das integrierende Selbst in Aktion. So sorgt der Organismus dafür, daß seine Bedürfnisse befriedigt werden, was körperliche Bedürfnisse wie Hunger, Durst oder psychische Bedürfnisse nach Liebe, Freundschaft oder Stimulation etc. sein können. In der Abfolge eines Kontaktzyklus (vgl. PHG 1979, Zinker 1982) wird das Aufgenommene verarbeitet und assimiliert und steht dann als organismischer Hintergrund zur Verfügung.

Die Regulierung der Ich-Grenze folgt nicht einem homöostatischen Prinzip, sondern hier geht es darum, ein dynamisches Ungleichgewicht, nämlich die spezifische Identität und Individualität der Person aufrechtzuerhalten. Eine fortlaufende adaptive Kontaktregulierung hat die Funktion, die Ich-Grenze zu erhalten, d.h. zum Beispiel dafür zu sorgen, daß Kontaktsituationen so reguliert werden, daß die Erregung erträglich bleibt und nicht die Integrität des Organismus gefährdet. Dies geschieht durch einen kontinuierlichen Anpassungsprozeß, durch den die Kontaktgrenzen in der jeweiligen Situation bestimmt werden, d.h. welche Kontakte überhaupt eingegangen werden, so daß man sich entweder »verhältnismäßig frei engagieren kann«, wie Polster & Polster sagen (1977, 110) oder entscheiden muß, welches Risiko man für die Verwirklichung seiner individuellen Möglichkeiten auf sich nehmen will. Konkret zeigt sich dies darin, daß die Person bspw. Grenzen setzt, sich selbst definiert und behauptet, etwas nicht Assimilierbares ablehnt, zurückweist oder sich zurückzieht. Oder es kann das adaptive Einsetzen von Mechanismen wie Introjizieren, Projizieren, Retroflektieren, Konfluenz etc. bedeuten. Auch die vorübergehende Dissoziation kann in diesem Sinne eine Form einer adaptiven Kontaktregulierung sein.

Die *dritte Ebene* des Modells umfaßt die Selbstaktualisierung, Selbst-Transformierung und die Interpersonale Beziehungsgestaltung als Qualitäten einer übergeordneten Ebene der kreativen Anpassung der Person als Ganzheit.

Wie weit oder eng, flexibel oder starr die Ich-Grenze auch sein mag, stets strebt die Person nach *Selbstaktualisierung* ihrer Identität und Individualität. Goldstein (1971, 471) sieht als grundlegendes Motiv jeder Aktivität eines Organismus dessen Streben danach, sein individuelles Wesen (seine Fähigkeiten, seine Persönlichkeit) in der Auseinandersetzung mit der Welt so optimal wie möglich zu verwirklichen. Dies geschieht durch fortlaufende Differenzierung und Integration bzw. Organisation von Erfahrungen und Bedeutungsstrukturen auf einem höheren Niveau. Die

oker Relation zum inte-
rität im Vordergrund. Je
e der Funktionsfähigkeit
bewußtheit, der Kontakt-
selbst-Stützung definiert
ite der organisierenden
aktmöglichkeiten.
er Teilaspekte als krea-
nismischen Selbstregu-

ürfnislage die kreative
n an der Kontaktgrenze
amische Gleichgewicht
s Organismus aus dem
. So sorgt der Organis-
örperliche Bedürfnisse
be, Freundschaft oder
zyklus (vgl. PHG 1979,
imiliert und steht dann

statischen Prinzip, son-
ht, nämlich die spezifi-
alten. Eine fortlaufende
e zu erhalten, d.h. zum
t werden, daß die Erre-
ismus gefährdet. Dies
durch den die Kontakt-
welche Kontakte über-
hältnismäßig frei enga-
entscheiden muß, wel-
Möglichkeiten auf sich
bspw. Grenzen setzt,
ares ablehnt, zurück-
setzen von Mechanis-
z etc. bedeuten. Auch
Form einer adaptiven

urung, Selbst-Transfor-
ualitäten einer überge-
nzheit.

sein mag, stets strebt
dividualität. Goldstein
s Organismus dessen
, seine Persönlichkeit)
glichen zu verwirklichen.
ration bzw. Organisa-
höheren Niveau. Die

Funktion dieses fortlaufenden Prozesses ist es, den vorhandenen Grad der Diffe-
renzierung und Komplexität der Person aufrechtzuerhalten.

Neben der Aufrechterhaltung von Differenzierung und Komplexität betont die
Gestalttherapie die Möglichkeiten der persönlichen Entwicklung und des Wach-
stums, *der Selbst-Transformierung*. So sagt L. Perls: »Any step in development is a
transcendence of what there was before. (...) in transcending it, one gives up some-
thing« (1982, 15). *Krisen-Erfahrungen* von Instabilität, Erschütterung und Angst,
Krankheit, Unsicherheit, Ungewißheit, aber auch positive Grenzerfahrungen sind
Gelegenheiten, durch das *Durchleiden* dieser Engpässe und das Aufgeben frühe-
rer Identifikationen mit überkommenen Konzepten von sich, anderen oder der Welt
eine Neustrukturierung der Persönlichkeit und Erweiterung der Ich-Grenze herbei-
zuführen bzw. *zuzulassen*. Die Paradoxe Theorie der Veränderung (Beisser 1970)
und das Impasse-Modell (Perls 1980, 95ff) geben in der Gestalttherapie hierfür
den konzeptuellen Rahmen.

Die *Interpersonale Beziehungsgestaltung* ist die persönliche Gestaltung des
Kontakts an der Kontaktgrenze auf einer übergeordneten Ebene in Form des Dia-
logs im Sinne Bubers (1984). Die Begegnung zwischen Menschen bedeutet Bezo-
genheit und Hinwendung zum anderen, bei gleichzeitiger Beibehaltung der per-
sönlichen Autonomie und Identität.

Allgemein wirken auf allen beschriebenen Ebenen komplementäre Prozesse der
Differenzierung und Integration, deren Zusammenwirken Perls als grundlegende
Lehre der Gestalttherapie bezeichnet (1980, 155).

Behandlungsaspekte der Drogenabhängigkeit

Drogenabhängigkeit im Kontext des vorgestellten Persönlichkeitsmodells läßt
sich am besten anhand von Störungen der kreativen Anpassung der Person als
Ganzheit und damit der dritten Ebene als übergeordneter Ebene betrachten. Die
hier implizierte Tendenz zur Fixierung der bestehenden Drogen- oder Suchtident-
tät als wesentliches deskriptives Merkmal von Drogenabhängigkeit ist umfassend
und beeinflußt alle Teilaspekte der beiden anderen Ebenen der Person. Herausge-
hoben werden Störungen der Selbst-Stützung, da diese im folgenden Text als
strukturelles Defizit mit weitreichenden dysfunktionalen Anpassungsleistungen
beschrieben werden. Die Ausbildung einer Drogen- oder Suchtidentität (Röser
1994) ist wesentliche Folge von im Entwicklungsverlauf strukturell nicht ausrei-
chend ausgebildeten Stützfunktionen und für die therapeutische Arbeit mit Dro-
genabhängigen wesentliches Agens.

Die Entwicklung von Drogenabhängigkeit

Das Verständnis struktureller Störungen orientiert sich an dem von A. Votsmeier
(1999) vorgestellten gestalttherapeutischen Konzept der Einordnung und Entste-
hung struktureller Störungen. Danach leiden Menschen mit strukturellen Störungen
darunter, daß die Integration ihrer psychischen Struktur beeinträchtigt ist. Mit psy-
chischer Struktur ist das Gefüge von psychischen Funktionen und Strukturen und

deren innerer Zusammenhalt gemeint, welches der Person ihre Selbstregulierung und kreative Anpassung in ihrer Lebensgestaltung und das Empfinden von Identität und Selbstwert ermöglicht. Unter die Kategorie der strukturellen Störungen fallen in erster Linie Krankheitsbilder wie Persönlichkeitsstörungen (Schizoide, Paranoide, Borderline oder Narzißtische Persönlichkeitsstörung), aber auch Suchtpatienten mit strukturellen Beeinträchtigungen. Entscheidend für das Vorliegen einer strukturellen Störung ist der Grad des Integrationsniveaus der psychischen Struktur.

Während diese Art von Störungen bis vor nicht allzulanger Zeit noch als Frühstörungen bezeichnet wurden (Lohmer et al. 1992), deren Genese auf Entwicklungsstörungen innerhalb der ersten beiden Lebensjahre zurückzuführen waren, kann diese Hypothese neueren Forschungsergebnissen zufolge (Saunders & Arnold 1993, Rohde-Dachser 1996) nicht aufrechterhalten werden. Die Entwicklung struktureller Störungen ist diesen Ergebnissen zufolge in der Regel auf kumulative Kindheitstraumata zurückzuführen, die in jeder Phase der kindlichen Entwicklung stattgefunden haben können. Die Symptombildungen sind nicht der Ausdruck eines frühkindlichen, fixierten Spaltungsmechanismus, sondern Auswirkungen einer dissoziativen Verarbeitung der erlebten Traumatisierungen. Identität, Selbstwert, Selbstbild sowie die Regulierung der Ich-Grenze und damit das Potential an Kontakt-, Begegnungs-, Beziehungs- und Bindungsfähigkeiten sowie die Kompetenz der Kommunikations- und Kooperationsfähigkeit, aber auch Handlungs- und Lebensorientierung werden grundlegend und umfassend beeinflusst.

Ebenso wie bei der Entstehung struktureller Störungen wird hier nicht vom Paradigma der »frühen Genese« der Drogenabhängigkeit ausgegangen, sondern vom Aufwachsen und Leben vieler Drogenabhängiger in prävalenten Milieus (Funk 1994), von der die Gesamtpersönlichkeit prägenden Akkumulation von »critical or stressful live events« (Newcomb et al. 1981), von Negativkarrieren voller »maligner Narrative« (Petzold & Hentschel 1994) und der pathogenen Valenz (Verelendung, Kriminalisierung, Obdachlosigkeit, Prostitution) während der Adoleszenz (Petzold 1995).

Das Erleben und die Auswirkungen des Aufwachsens und Aufhaltens in prävalenten Milieus ist bestimmt durch Gewalt, Angst und Schrecken. Viele Abhängige kommen aus Suchtfamilien, viele aus Heimen oder sind in zerrütteten oder zerbrochenen Familien aufgewachsen, in denen es an

... Halt, Geborgenheit, Wärme, Zuneigung und Sicherheit gefehlt hat. Viele drogenabhängige Frauen und auch Männer sind sexuell mißbraucht, körperlich mißhandelt und schlimm vernachlässigt worden. Für die meisten, um nicht zu sagen für alle, war die Droge, insbesondere Heroin, ideal, um die Gefühle und Stimmungen zu verdrängen (Funk 1994, 123).

Existentiell bedrohliche Situationen führen bei nicht ausreichenden Stützfunktionen zu Überforderung und Grenzverletzungen. Es kommt zu sogenannten Katastrophenreaktionen, Erschütterungen der gesamten Person, die ihren Systemzusammenhang gefährden. Wiederholte reale Beziehungserfahrungen der Mißhandlung, der Mißachtung von Grundbedürfnissen oder Erschütterungen, die aufgrund mangelnden Supports nicht zu bewältigen sind, können zu kumulativen Traumatisierungen führen. Diese traumatischen Erschütterungen überfordern die integri-

ihre Selbstregulierung empfinden von Identität len Störungen fallen in Schizoide, Paranoide, Suchtpatienten mit gen einer strukturellen Struktur.

er Zeit noch als Früh-Genese auf Entwick-urückzuführen waren, zufolge (Saunders & rden. Die Entwicklung Regel auf kumulative indlichen Entwicklung iht der Ausdruck eines iswirkungen einer dis-Identität, Selbstwert, das Potential an Kon-sowie die Kompetenz i Handlungs- und Le-lußt.

wird hier nicht vom usgegangen, sondern valenten Milieus (Funk-ulation von »critical or-ieren voller »maligner Valenz (Verelendung, Adoleszenz (Petzold

l Aufhaltens in präva-ken. Viele Abhängige rrütteten oder zerbro-

heit gefehlt hat. Viele il mißbraucht, körper-Für die meisten, um Heroin, ideal, um die 23).

shenden Stützfunktio-u sogenannten Kata-die ihren Systemzu-rungen der Mißhand-rungen, die aufgrund umulativen Traumati-fordern die integriati-

ven Funktionen der Person. Bewältigungsversuche des integrierenden Selbst in Form von sinnvoller Einordnung des Erlebten, aggressiver Auseinandersetzung oder Rückzug scheitern, da der organismische Hintergrund (aber auch die Umwelt) keine adäquate Stützung geben kann. Der Versuch der organismischen Selbstregulation scheitert. Die Person als Ganzheit ist in einem Zustand der Angst und existentiellen Bedrohung und in ihrer Identität gefährdet.

Anhaltende Mißbrauchs- und Gewalterfahrungen kennzeichnen die Biographien vieler Drogenabhängiger. Kumulative Traumatisierungen beziehen sich jedoch nicht nur auf physische Mißhandlungen, sondern ebenso auf emotionale Mißhandlungen (ängstigen, überfordern, bedrohen, das Gefühl der eigenen Wertlosigkeit vermitteln, mit langanhaltendem Liebesentzug bestrafen, fehlende elterliche Zuwendung) und Vernachlässigungen (z.B. unzureichende Ernährung, Pflege, keine Förderung affektiv-zugewandter Kommunikation und gesundheitlicher Versorgung, häufiger Wechsel von Bezugspersonen).

Die dissoziative Verarbeitung anhaltender Traumatisierungen kann zu einer verzerrten, fragmentierten Repräsentation der Ereignisse selbst sowie des Selbstbildes, des Bildes von anderen Personen und von Beziehungen führen. Es werden *Skripten* gebildet, die auf das Scheitern fixiert sind, Schemata, die negative Erwartungen hinsichtlich des Eintretens und Ablaufs von entsprechenden Ereignissen beinhalten und die das ganze Leben diktieren können (Horowitz 1991).

Zu Beginn jeder stationären Therapie fällt das extreme Mißtrauen Drogenabhängiger allen Mitmenschen gegenüber auf. Jeder hat sich auf seine Weise eingegelt, eingemauert, eingesperrt, um sich zu schützen und zu verstecken, aber vor allem um seine Umwelt beobachten, registrieren, einschätzen, »abchecken« zu können. Dieses Beziehungsschema wurde lebensnotwendig, um zu Hause, in der Drogenszene, in kriminellen Kreisen überleben zu können. Die anhaltenden Lebenserfahrungen des Bedrohtseins, des Nicht-Angenommenseins, der Gefährdung, der Unsicherheit, der Macht des Stärkeren, der Ohnmacht des Unterlegenen führen zu einer Lebenshaltung, sich letztendlich nur auf sich selbst verlassen zu können. Dahinter verbergen sich Gefühle der Leere, des Allein-Seins, der Nichtakzeptanz, ungesteuerter Wut, Schuld und Scham, Selbst- und Lebenshaß, die Sehnsucht nach Liebe, Angenommensein und Zärtlichkeit, die alle nicht zugelassen werden dürfen, da zu Beginn der Therapie nach wie vor die ausreichende Selbst- und Fremdstützung fehlen und diese Gefühle als Angst, existentielle Bedrohung und einer Gefährdung der Identität erlebt werden.

Das Selbstbild vieler Drogenabhängiger ist geprägt von der Einstellung, nichts wert, nutzlos, nicht liebenswert zu sein, nicht »normal« leben zu können, das Leben wird als sinnlos und nicht veränderbar beschrieben, die der stationären Therapie zugeschriebene hohe Rückfallquote als Indiz dafür gesehen, daß alles sowieso keinen Zweck habe.

Die mit Drogen (und anderen Suchtmitteln) verbundenen Erfahrungen stehen für Lösungs-, Bewältigungs- und Lebensversuche, die mit den Traumatisierungen verbundenen Erfahrungen und strukturellen Entwicklungsdefizite auszugleichen. Im wesentlichen beziehen sich diese auf nicht ausreichend integrierte Beziehungs- und Bindungserfahrungen des Angenommenseins und Akzeptiertwerdens, der liebevollen Zuwendung, auf Lebensbejahung und das Vertrauen auf die eigenen Potentiale und Fähigkeiten in der ständigen Auseinandersetzung mit der Welt.

Störungen der kreativen Anpassung der Person als Ganzheit

Betrachtet man Drogenabhängigkeit als eine Störung der kreativen Anpassung der Person als Ganzheit (dritte Ebene), im Sinne von *Selbsterhaltung statt Selbstaktualisierung*, fällt die Tendenz zur Fixierung der bestehenden Identität sowie die aufgrund mangelnden Supports eingeschränkte (fixierte) Auseinandersetzung mit der Welt auf. Drogenabhängig bzw. suchtkrank zu sein bedeutet Stagnation im Austausch mit der Welt, Fixierung auf den Kreislauf von Droge (Suchtmittel) und Geld (Beschaffung) sowie die darin implizierten Werte, Regeln, Handlungsorientierungen und Bedeutungsstrukturen. Dies resultiert in fixierten, stereotypen Beziehungs- und Interaktionsmustern, letztendlich in einer Fixierung des gesamten Status Quo, einem Festhalten an der suchtbestimmten Identität.

Identität kann verstanden werden als lebenslang geforderte Entwicklungsleistung der Person, Selbst- und Fremdbilder in die verschiedenen Bereiche der Realität und in das Lebenskontinuum zu integrieren. Die Fixierung der Identität mittels süchtiger Verhaltensweisen und Einstellungen verdeckt den strukturellen Mangel einer im Entwicklungsverlauf nicht ausreichend ausgebildeten Selbst-Stützung. Der Mangel an hinreichend haltender oder fördernder Zuwendung, an Stärkung in der Primärbeziehung und weiteren bedeutungsvollen Beziehungen, führt zur Assimilation und Integration von Erfahrungen und Bedeutungsstrukturen, welche Selbst-Stützung in einer positiven, das Selbst und den anderen akzeptierende Weise nicht ermöglichen. Stattdessen werden Stützfunktionen im Sinne einer Bedeutungsstruktur – sich nur auf sich selbst verlassen zu können und sich vor den anderen schützen zu müssen – ausgebildet. Familiäre Systeme, die die Entwicklung von fördernder Selbst-Stützung verhindern und die den familiären Hintergrund vieler Drogenabhängiger bilden, beschreibt Wurmser folgendermaßen:

Familien hüten Geheimnisse und verbergen Wahrheiten hinter fassadärer Anpassung an familiäre oder gesellschaftliche Normen im Sinne einer »Lebenslüge«, in ihnen gibt es schwer durchschaubare, verwirrende Atmosphären von verzerrter Wirklichkeit und Fremdheit. Familien schaffen eine Chronizität von Brüchen und Abbrüchen. Es gibt keine hinreichende Kontinuität von Haltungen, Gefühlen, Verhalten. Impulsivität, Grenzverwischungen und Inkonsequenz prägen den Kommunikationsstil. (Wurmser, zit. nach Schneewind 1995, 44)

Ein Aufwachsen in diesem brüchigen, prävalenten Milieu führt nach Schneewind (1995) zur frühkindlichen Ausbildung einer Pseudoidentität, zu einer Maske, hinter der das Kind sein eigentliches Wesen versteckt. Integriert werden Erfahrungen von Verlassenheit, des Auf-Sich-Selbst-Angewiesen-Seins, von Diskontinuität und Bedrohlichkeit, von Angst und Scham, Schuld und Ohnmacht.

Da im Entwicklungsverlauf die maßgeblichen Bezugspersonen keinen effektiven Halt und keine Stütze geben, können die für eine autonome und selbstverantwortliche Entwicklung und Auseinandersetzung mit der Welt strukturell notwendigen Stützfunktionen nicht oder nur rudimentär ausgebildet werden. Dies führt charakteristischerweise gerade im Verlauf der Adoleszenz, in der tradierte Identitätswürfe abgelöst und in einem weiteren Differenzierungs- und Konturierungsprozeß ein

zeit

aktiven Anpassung
leistung statt Selbst-
Identität sowie die
Ersatzsetzung mit
aktiver Stagnation im
Verbrauch (Suchtmittel) und
handlungsorientie-
retereotypen Bezie-
hungen des gesamten Sta-

die Entwicklungslei-
stungsbereiche der Rea-
ktionen Identität mittels
strukturellen Mangel
an Selbst-Stützung.
Anfang, an Stärkung in
den Jahren, führt zur Assi-
milationsstrukturen, welche
den akzeptierende
Anpassungen im Sinne einer
Anpassung und sich vor-
bereiten, die die Ent-
wicklungs- und familiären Hinter-
gründe miteinbeziehen:

hinter Fassadärer
Anpassung im Sinne einer
verwirrende Atmo-
sphäre schaffen eine
ausreichende Konti-
nuitätsgrenzverwischung-
Murmser, zit. nach

nach Schneewind
hinter einer Maske, hinter
den Erfahrungen von
Diskontinuität und

keinen effektiven
selbstverantwort-
lichem notwendigem
es führt charakte-
ristische Identitätsentwür-
fungsprozeß ein

Übergang in die Welt der Erwachsenen vorbereitet wird, zur Etablierung von Suchtverhalten und Fixierung in der Suchtidentität. Die Droge (Suchtmittel) wird zum Substitut, da scheinbar kontrollierbar und verfügbar, verlässlich und nicht enttäuschend. Sie ersetzt somit das strukturelle Defizit der fehlenden Stütz-Funktionen.

Autonomieverlust

Die Begegnung zwischen Menschen bedeutet Bezogenheit und Hinwendung zum anderen, bei gleichzeitiger Beibehaltung der persönlichen Autonomie und Identität. Drogenabhängig zu sein bedeutet, Autonomie im Sinne eines freien und verantwortungsbewußten Handelns nach außen (an die Droge) abzugeben. Der erlebte Autonomieverlust wird von Drogenabhängigen projektiv entäußert. Sind es nicht die Drogen, denen die Verantwortung für die Abhängigkeit, die Krankheit, die Verschuldung, die Einsamkeit zugewiesen werden kann, sind es andere, die dafür einstehen müssen: die Eltern, Freunde, Dealer, Zuhälter, die Drogenpolitik, der Staat.

»Verantwortung übersetzt Perls mit response – ability, der Fähigkeit zu antworten auf das jeweilige Ereignis.« (Portele 1997, 25). Vor dem Hintergrund des Aufwachsens in dem beschriebenen prävalenten Milieu, der Dominanz von Gewalt und Macht, ist die Fähigkeit zu antworten oft traumatisiert, mit Macht und Ohnmacht verbunden und führt zu einem Lebenskonzept, in dem Autonomie negiert und die Umwelt als eine den Gesetzen und Regeln von Macht und Stärke gehorchende Welt erfahren und gesehen wird.

Suchtbestimmte dysfunktionale Anpassungsleistungen als Lebensorientierung

Lore Perls (1989) wies auf die Bedeutung von ausreichender Stütze (Support) für den Ablauf des Kontaktprozesses und das Gelingen von Assimilation und Integration von Erfahrungen hin. Integrierte Strukturen werden Teil der Selbst-Stützung, auch dysfunktionale Anpassungsleistungen, die ursprünglich als für den Moment sinnvolle Stützfunktionen gebildet wurden.

Die Bedingungen eines suchtfördernden prävalenten Milieus können als Prädiktoren gewertet werden, die der Entwicklung von Support als Grundlage eines weltoffenen, dem anderen zugewandten, aktiven und selbstverantwortlichen Kontaktprozesses und einer auf Autonomie ausgerichteten Lebensgestaltung entgegenstehen.

Auf diesem Hintergrund entwickelt sich neben der dissoziativen Verarbeitung erlebter Traumatisierungen sowie der Unfähigkeit, elementare Bedürfnisse zu befriedigen, ein System dysfunktionaler Anpassungsleistungen, das nach dem Prinzip des Selbstschutzes, der Weltabgewandtheit, des Mißtrauens und der Angst wirkt. Dies ist als ein Lösungsversuch zu verstehen, sich in einer als bedrohlich und nicht verlässlich erlebten Welt zu orientieren und zu überleben. Deutlich wird dies in der sozialen Vereinzelung vieler Drogenabhängiger. Kontakt wird reguliert

über die Gesetze des Drogenmarktes. Daran orientieren sich Beziehungen, Bindungen und Verständigungen. Lebendige und bedeutende Kontakte über diese drogengeleiteten Verbindungen hinaus werden negiert, als oberflächlich, unbedeutend oder als nicht existent beschrieben.

Die Entdeckung sowie der Konsum von Drogen und das Hineinwachsen in eine drogen- und suchtbestimmte Welt umfaßt sowohl die Teilnahme an einer *peer-group* (Drogenszene), deren Mitglieder die beschriebenen Bedeutungsstrukturen und Schemata teilen und die um den Fetisch Droge ein Netz von Verhaltensregeln, Handlungsorientierungen, Ritualen und Kodizes etabliert haben. Zudem wirkt über die Droge die kognitive Erwartungshaltung, alle unangenehmen und störenden Empfindungen und Gefühle manipulieren, ausschalten und/oder beseitigen zu können.

Anhaltspunkte gestalttherapeutischen Arbeitens – der Übergang von äußerer Unterstützung zu Selbstunterstützung

Der Abstand von Drogen, die beginnende Abstinenz, führt zu einer Bedrohung der erworbenen Identität sowie der dysfunktionalen Anpassungsleistungen. Deshalb wird zu Beginn der Therapie aus Sicht der Klienten versucht, jegliche Erschütterung der Existenz möglichst frühzeitig durch entsprechende Anpassung zu verhindern. Dies zeigt sich auch in der Motivation für eine therapeutische Behandlung, die in hohem Umfang auf externe Beweggründe zurückgeführt wird: eine drohende Gerichtsverhandlung, Therapie statt Strafe, Bewährungswiderruf, soziale Verelendung, Verlust der Wohnung, Obdachlosigkeit etc. Und nur selten wird die Therapie als Beginn des Ausstiegs aus der Drogenabhängigkeit und als persönlicher Wunsch nach Veränderung der bisherigen suchtfixierten Lebenssituation betrachtet. Verändert und beruhigt werden soll die äußere Lebenssituation – die Vermeidung von Haftaufenthalten, Regulierung der Schulden, Klärung der Wohnsituation, Wiederherstellung des körperlichen Wohlergehens etc. Eine Veränderung der suchtbefugenen Verhaltens- und Erlebensweisen ist noch in weiter Ferne. Auch hier zeigt sich die Tendenz zur Selbsterhaltung statt Selbstaktualisierung.

Für F. Perls ist Wachstum der »Übergang von äußerer Unterstützung zu Selbstunterstützung« (F. Perls 1999, 8). Auch wenn F. Perls dies im Kontext der Behandlung des »neurotischen Charakters« formuliert, ist mit diesem Verständnis ein zentraler gestalttherapeutischer Behandlungsansatz struktureller Störungen bei Suchtkranken benannt.

Aus der Sicht des *Kontakt-Support-Konzeptes* kann Kontakt im Vordergrund nur Gestalt werden, wenn Unterstützung als organismischer Hintergrund andauernd verfügbar ist. Dies setzt aber aus Sicht der Klienten die Wahrnehmung einer äußeren Unterstützung voraus, auf deren Grundlage Integrations- und Veränderungsprozesse zur Verbesserung der organismischen Stützfunktion stattfinden können. Erst dann ist über die Funktion des integrierenden Selbst die adäquate Assimilation und Integration neuer Erfahrungen erreichbar und damit die Ausbildung neuer gesunder, nicht mehr suchtzentrierter Stützfunktionen, die die alten erworbenen dysfunktionalen Anpassungsleistungen als Stützsystem ablösen.

Beziehungen, Bin-
kontakte über diese
berflächlich, unbe-

reinwachsen in eine
rme an einer peer-
deutungsstrukturen
n Verhaltensregeln,
n. Zudem wirkt über
nen und störenden
oder beseitigen zu

Ubergang

zu einer Bedrohung
ngsleistungen. Des-
ht, jegliche Erschüt-
Anpassung zu ver-
apeutische Behand-
ckgeführt wird: eine
ngswiderruf, soziale
I nur selten wird die
eit und als persönli-
ten Lebenssituation
ebenssituation – die
klärung der Wohnsi-
>. Eine Veränderung
ich in weiter Ferne.
staktualisierung.
rstützung zu Selbst-
Kontext der Behand-
Verständnis ein zen-
störungen bei Sucht-

im Vordergrund nur
tergrund andauernd
ehmung einer äußere-
grations- und Ver-
Stützfunktion statt-
erenden Selbst die
reichbar und damit
Stützfunktionen, die
als Stützsystem ab-

Fokus Äußerer Support

Aus der Sicht der Gestalttherapie ist die Person eingebettet in und Teil eines umfassenden Feldes. Dieses Feld bildet den Kontext für den Kontakt und die jeweilige Kontaktgrenze zwischen Person und unmittelbarer Umwelt. Die Gestaltung der unmittelbaren Umwelt als Teil des therapeutischen Prozesses ist bei der Behandlung von Suchtkranken von elementarer Bedeutung und Wichtigkeit. Auf dem Hintergrund der lebensgeschichtlichen Erfahrungen von Drogenabhängigen wurde und wird Umwelt als nicht verlässlich, bedrohlich, von Diskontinuität und einer Chronizität von Brüchen und Abbrüchen erlebt.

Um die Voraussetzung für die Integration von Erfahrungen zu schaffen, die zur Verbesserung organismischer Selbstunterstützung führen, ist die Gestaltung eines klinisch-stationären oder ambulanten Settings, das an den Kriterien von Qualität, Effizienz und Wirksamkeit ausgerichtet ist, unabdingbar. Ebenso wie die Festlegung eines verbindlichen, klar strukturierten Therapie- oder Rehabilitationsvertrages, der gleichzeitig sowohl die Grenzen des Behandlungsvertrages als auch den Umgang mit Grenzverletzungen festlegt. Mit der Betonung und der Gestaltung der unmittelbaren Umwelt innerhalb des Organismus-Umwelt-Feldes, in diesem Falle des äußeren therapeutischen Settings, ist ein strukturelles Hilfsmittel geschaffen, das den Klienten/innen Orientierung und Richtung, aber auch Sicherheit und Verbindlichkeit bietet.

Fokus Ressourcenaktivierung

Die wichtigste Ressource, die nach Grawe (1994) gezielt aktiviert werden kann, ist eine gute Therapiebeziehung. Beziehungen und Bindungen, die verlässlich sind, können heilend wirken. Petzold (1995) sieht bei Klienten, deren Erkrankungen wesentlich dadurch mitverursacht wurden, daß sie in ihrer früheren Sozialisation und Entwicklung immer wieder Beziehungsverlust, Bindungslosigkeit, zerstörten Bindungen und toxischen Beziehungen ausgesetzt waren, eine solche Zuverlässigkeit als Notwendigkeit an, um die Reproduktion der alten Geschichten von Verlassenheit, Verlust, Verletzung und Ungeborgenheit zu durchbrechen. Zudem ist dies die Voraussetzung für das Schaffen von Hoffnungshorizonten und eines Zukunftsraumes, ohne den das Ziel der Gesundung illusorisch bleibt. Auch L. Perls (1989) sieht in der Verlässlichkeit ein Fundament für die Förderung von Support, ebenso wie in all dem, was die Integrationsprozesse eines einzelnen, einer Beziehung oder Gruppe fördert.

Die Stärkung des Identitätsempfindens, von Selbstwertgefühl und Selbstakzeptanz braucht den Therapeuten als Gegenüber, als reale Beziehung, als Spiegel für die aktuelle Überprüfung der Situation im Hier und Jetzt, als Mensch, der Kontinuität und Verlässlichkeit anbietet, der den Klienten in seiner Verwirrung, emotionalem Durcheinander, Desorientierung, Verzweiflung, Sehnsüchten und Lebenswünschen begleitet, Perspektiven entwickelt und Ansprechpartner bleibt.

Die entscheidende Stütze für den Therapieerfolg, gerade bei Klienten mit strukturellen Problemen, ist die Beziehung zwischen Therapeut und Klient. In diesem Setting, auf der Basis kontinuierlicher Begegnungen, kann der Klient Verlässlichkeit, Zuwendung, Akzeptanz, Veränderung, Nachreifung und Wachsen erfahren. Die

Therapeut-Klient-Beziehung als reale, persönliche Arbeitsbeziehung steht im Vordergrund. Übertragungen, Vermeidungen, Mißtrauen, Ablehnung, Resignation, Hoffnungslosigkeit, Wut, verbale Attacken gegen den Therapeuten werden als Erscheinungen innerhalb des therapeutischen Prozesses gewürdigt, in ihrer persönlichen Bedeutung für den Klienten herausgearbeitet und benannt und an der Realität überprüft. In diesen Begegnungen wachsen Vertrauen und Sicherheit, werden im Kontakt mit dem Therapeuten Erfahrungen assimiliert und integriert, die Kontinuität, Vertrauen, Akzeptanz und Sicherheit betreffen, die zur Stütze werden und im Alltag an realen weiteren Kontakten, Beziehungen und Begegnungen überprüft werden können.

Allerdings weist Grawe (1995) darauf hin, daß die Wirkung dieser Ressource an die vom Klienten tatsächlich erlebten Bedeutungen geknüpft ist. Gerade bei Drogenabhängigen ist dieser Bedeutungszusammenhang grundlegend, da Selbstbild, Lebenseinstellung sowie Denkschemata überwiegend negativistisch, scheiterungsfixiert und abwertend erlebt, gesehen und in der Therapiebeziehung eingesetzt werden. Die defizitär auf Mängel, Fehler und Unzulänglichkeiten fixierte Sichtweise von Klienten (aber auch von Therapeuten) verhindert die Fokussierung evidenter Fähigkeiten, kreativer Potentiale, von Leistungen im Arbeitsverhalten oder von positiven Veränderungen, die besonders für die Veränderung von Bedeutungsstrukturen sowie negativ orientierten Schemata, als verzerrten Repräsentationen von Ereignissen und Selbstbildern, von großer Relevanz sind.

Fokus Bewältigungsstrategien

Die Angst vor einem möglichen Rückfall und den damit verbundenen Konsequenzen ist ein zentraler Bestandteil jedes therapeutischen Prozesses mit Drogenabhängigen. Erlebtes Drogenverlangen während der Therapie, auftretende Wirk- und Effektkopien, die Unsicherheit über das eigene Abstinenzvermögen, die Nähe zu Drogen in Krisenzeiten, die Unmöglichkeit der Vorstellung, nie mehr Drogen nehmen zu dürfen, erfordern einen Support, der es den Klienten im direkten Erleben ermöglicht, sich mit der eigenen Rückfallgefährdung auseinanderzusetzen und Bewältigungsstrategien (*coping*) zu entwickeln, die als Hilfe und Unterstützung erlebt werden und sowohl Selbstsicherheit als auch Selbsterleben stärken, um Rückfallsituationen nicht ohnmächtig und ausweglos ausgeliefert zu sein.

Deutlich zeigt sich dies am oben beschriebenen Modell des selbstreflexiven und responsiven Funktionsmodus. Eine Beeinträchtigung der Stützfunktion des *selbstreflexiven Modus* führt zu einem persistierenden Erleben und Verhalten im *responsiven Modus*. Dies zeigt sich im besonderen in Rückfallkrisen und Situationen mit ausgeprägtem Suchthunger. Der gesamte Organismus ist in einem Zustand der Erregung, des Verlangens und der Gier nach Drogen. Erleben und Verhalten sind in dem Sinne responsiv, daß die einzig adäquate Lösung die Einnahme des Suchtmittels zu sein scheint. Der Suchtmittelhunger überträgt sich auch auf die Suche nach Ersatzstoffen, sofern die primäre Droge nicht verfügbar ist. Dieser responsive Funktionsmodus ist mit dem Erleben der Ausweglosigkeit und Ohnmacht verbunden, der Situation hoffnungslos ausgeliefert zu sein und ihr nichts entgegenzusetzen zu können.

ziehung steht im Vordergrund, Resignation, Reue werden als unwürdig, in ihrer Persönlichkeit benannt und an der eigenen Sicherheit, Identität und Integrität, die sie zur Stütze werden können und Begegnungen

dieser Ressource ankommt. Gerade bei Drogenkonsum, da Selbstbild, Identität, Scheiternsbegegnung eingesetzt werkspezifische Sichtweise von Drogenkonsum evidenter Fähigkeiten oder von positiven Bedeutungsstrukturen, Situationen von Ereignis-

verbundenen Konsequenzen des Drogenkonsums, auftretende Wirkungsvermögen, die Nähe zum Drogenkonsum im direkten Erlebensgeschehen, Hilfe und Unterstützung, Selbstverlebens stärken, liefert zu sein.

des selbstreflexiven Drogenkonsums und Verhalten im Drogenkonsum und Situationen, die zu einem Zustand der Drogenkonsum und Verhalten sind, die Aufnahme des Suchtcharakter auch auf die Suche nach Hilfe. Dieser responsive Drogenkonsum und Ohnmacht verhalten nichts entgegen-

Die Erfahrung des zyklischen und zeitlich begrenzten Verlaufs periodischer Suchtattacken ist ein neues Erleben, das reflektiert in der Erkenntnis mündet, diesen Zuständen doch nicht ohnmächtig und hoffnungslos ausgesetzt zu sein. Auf einer Metaebene kann nun rückblickend Entstehung, Verlauf und Abklingen dieses Prozesses betrachtet werden, um prospektiv Einstellungen, Strategien und Handlungsperspektiven als Stützleistungen zu entwickeln, die den Umgang mit Drogenkonsum, Drogenphantasien sowie Rückfallkrisen verändern.

Ebenso können durch Interventionen im Sinne eines aktiven Experimentierens korrigierende Erfahrungen gemacht werden, durch die Alternativen zu den dysfunktionalen Anpassungsmustern verfügbar werden. Situationen wie die Begegnung mit Freunden, die Drogen anbieten, mit dem Partner oder der Partnerin, die rückfällig wird, ebenso wie die Klärung des Kontextes, wo und wie ein Rückfall beginnt – all dies sind Szenen, die im sozialen Kontext einer Gruppe experimentell erforscht und erprobt werden können. Aktives Experimentieren aktiviert sowohl die Gefühls- als auch Gedankenebene sowie die damit verbundenen Schemata und schafft Voraussetzungen, um neue Erlebensweisen und Handlungsperspektiven zu entwickeln.

Therapeutische Ziele und Maßnahmen auf dem Weg zur Auflösung der fixierten Suchtidentität und Neuorientierung

Die ausgebildete Suchtidentität war eine Möglichkeit der Lebensgestaltung, die mit allen Folgen dysfunktionaler Anpassungsleistungen und maladaptiver Beziehungsmuster ein Leben innerhalb eines sozialen Gebildes ermöglichte, das mit seinen Werten, Haltungen und Regeln Handlungsorientierung und ein gewisses Maß an Sicherheit gab. Der Verzicht und die Aufgabe dieser erworbenen Identität ist mit großen Ängsten und Unsicherheiten verbunden, die einer erneuten existenziellen Bedrohung gleichkommen. Auch hier zeigt sich die Notwendigkeit eines klar strukturierten äußeren Rahmens, auf den sich sowohl Klient als auch Therapeut beziehen können und innerhalb dessen festgelegten Grenzen neue Wachstumsschritte mit existenziellen Krisen, Ängsten, Rückfallgefährdungen, Vermeidungsverhalten, Rückzug, Enttäuschung, aber auch Wünschen, Hoffnungen, Sehnsüchten, Phantasien und Utopien ausprobiert werden können.

Der Weg zur Selbstaktualisierung und damit zur Auflösung der Tendenz zur Fixierung der Suchtidentität beinhaltet eine Reihe von Ansatzpunkten und Teilzielen:

Verringerung dysfunktionaler Anpassungsmuster, insbesondere des destruktiven Ausagierens sowie des automatisierten Vermeidungsverhaltens

In der Drogenszene und im weiteren Umfeld des Drogenkonsums und Drogenhandels sind die dysfunktionalen Anpassungsmuster lebensnotwendig. Die in diesem Umfeld stark ausgeprägten sozialen Regulationsmuster wirken zunächst in jedem therapeutischen Behandlungssetting. Das soziale Miteinander ist durch ein gegenseitiges Mißtrauen geprägt, da sich in der Drogenszene letztendlich jeder

selbst der Nächste ist, und die Gier nach Drogen jegliche soziale Verbundenheit und Verpflichtung außer Kraft setzt. Ebenso übernommen wird die Orientierung zur Lösung von Konflikten an den Regeln von Stärke und Gewalt. Die darin implizite soziale und patriarchale Hierarchisierung bestimmt das Selbst- und Fremdbild der Klienten untereinander und ordnet das soziale Gruppengefüge.

Sehr stark ausgeprägt ist der Ehrenkodex in Bezug auf Verrat bzw. »Verzinken«. Wer jemand anderen verrät, und sei es nur wegen einer Kleinigkeit, dem droht Ächtung und Ausschluß aus der Gemeinschaft. Diese (und noch andere) im Umfeld und Milieu von Drogenhandel und Drogenkonsum etablierten und fest installierten Regulationsmuster führen innerhalb des therapeutischen Rahmens zu gravierenden Beziehungsstörungen, da diese fixierten, sich wiederholenden maladaptiven Beziehungsmuster zunächst weiterwirken.

Destruktives Ausagieren beginnt mit dem »Abchecken« von Mitklienten und Mitarbeitern. Es wird genau überprüft, ob es innerhalb des therapeutischen Behandlungsrahmens Schwachstellen gibt, wie genau es alle Beteiligten mit den Behandlungsregeln nehmen, wer von den Mitklienten still hält, bzw. wer sich an den Therapeuten orientiert. Das destruktive Ausagieren kann sich dahingehend steigern, daß innerhalb der Behandlungseinrichtung eine kleine Drogenszene etabliert wird, Suchtmittel beschafft und diese konsumiert werden.

Automatisiertes Vermeidungsverhalten zeigt sich in Rückzug und Isolation innerhalb der Gemeinschaft. Dieser Rückzug ist mit der Einstellung verbunden, nichts von sich zeigen zu können, da alle anderen ein falsches Spiel spielen würden und er/sie sowieso grundsätzlich allen Menschen mißtraue. Vermeidungsverhalten zeigt sich aber auch in Überanpassung, demonstrativer Korrektheit, der Introjektion von Regeln und Anforderungen, ohne diese zu hinterfragen oder sich mit ihnen auseinanderzusetzen.

Die besondere Anforderung an die Therapeuten besteht darin, diese dysfunktionalen Anpassungsmuster aufzudecken und aufzuzeigen, die darin impliziten Gefährdungen für den einzelnen, die Gruppe und die Gemeinschaft deutlich zu machen, auf Grenzverletzungen und Grenzüberschreitungen zu reagieren, gleichzeitig aber jeden einzelnen bei der Suche nach korrigierenden Neuerfahrungen, Wegen und Möglichkeiten zu unterstützen und zu begleiten. Der hier praktizierte und von den Klienten erlebte Wechsel des therapeutischen Vorgehens von einer konfrontativ-regulierenden zu einer unterstützend-begleitenden Haltung wird in seiner Bedeutung für den Klienten Teil des therapeutischen Prozesses.

Verantwortung für das eigene Handeln und die daraus folgenden Konsequenzen übernehmen

Eigenverantwortlich die Folgen des eigenen Tuns übersehen und übernehmen zu können, erfordert die therapeutische Arbeit an der Bewußtheit und dem jeweils bewußt erlebten Ereignis für die Person vor ihrem persönlichen Hintergrund, um über diese Bewußtheit zum Erkennen sich wiederholender, situationsübergreifender Muster zu gelangen. Es erfordert auch eine gemeinsam von Therapeut und Klient durchgeführte Überprüfung des Bewertens und Urteilens, was als richtig, wahr und adäquat empfunden wird.

soziale Verbundenheit
rd die Orientierung zur
'alt. Die darin implizite
st- und Fremdbild der
ge.

rrat bzw. »Verzinken«.
Kleinigkeit, dem droht
und noch andere) im
etablierten und fest
utischen Rahmens zu
sich wiederholenden

on Mitklienten und Mit-
rapeutischen Behand-
gten mit den Behand-
ver sich an den Thera-
ngehend steigern, daß
szene etabliert wird,

ng und Isolation inner-
ng verbunden, nichts
el spielen würden und
/ermeidungsverhalten
rrektheit, der Introjek-
fragen oder sich mit

arin, diese dysfunktio-
die darin impliziten
einschaft deutlich zu
zu reagieren, gleich-
den Neuerfahrungen,
. Der hier praktizierte
Vorgehens von einer
den Haltung wird in
rozesses.

en und übernehmen
heit und dem jeweils
nen Hintergrund, um
ituationsübergreifen-
von Therapeut und
ens, was als richtig,

Diese Zusammenhänge von Handeln und Konsequenzen, Bewußtheit, Bewerten und Urteilen lassen sich gut in der Gruppentherapie erarbeiten. Im Kontext der Gruppe wird das zwischenmenschliche Miteinander besonders intensiv erlebt. Erlebnisorientierte methodische Ansätze unterstützen das Mit-Und-Voneinander-Lernen. So wird gemeinsam erlebbar, wie z.B. der Umgang mit Frustration, Ärger, Wut oder Enttäuschung, mit Rückfallgedanken oder Drogenphantasien den einzelnen bestimmen, welche Auswirkungen dies aber auch auf alle anderen Gruppenmitglieder (und damit auf die soziale Gemeinschaft und das soziale Miteinander) haben kann und wie gemeinsam nach integrationsfördernden Strategien, neuen Erfahrungen und Bewältigungsleistungen gesucht wird, wie diese erarbeitet werden und zu welchen Veränderungen sie führen.

Verbesserung des Differenzierungsvermögens und Erweiterung der Ich-Grenze

Drogen/Suchtmittel zu nehmen bedeutet, sich mit den den Drogen/Suchtmitteln zugeschriebenen oder inhärenten Wirkungen zu identifizieren. Dies führt zu einem Zustand des symbiotischen Eins-Seins und dem Wunsch und der Sehnsucht nach Verbindung und Vereinigung. Eine wesentliche Folge dieses symbiotischen Urzustandes ist der Verlust der Differenzierung zwischen sich und der Umwelt.

Der therapeutische Fokus liegt hier auf der Verbesserung der Realitätsprüfung, um die Wahrnehmung der Innenwelt von der der Außenwelt klar unterscheiden zu lernen und die Kontaktgrenze auf ihre Klarheit und Prägnanz zu überprüfen. Ziel ist die Förderung der Qualität des Differenzierungsvermögens in der Unterscheidung und dem Erleben der Person als Eigenwesen, wenn sie anderen begegnet. Auch dies ist ein Verfahren, das sich in der Gruppenarbeit gut anwenden und überprüfen läßt.

Die Erweiterung der Ich-Grenze schließt nach Polster & Polster (1977) auch ein Gefühl dafür ein, welches Risiko man auf sich nehmen will oder wo die Konsequenzen neue persönliche Erfordernisse mit sich bringen könnten, denen er/sie vielleicht nicht gewachsen ist. Die Auflösung der bisher fixierten Identität und damit der bisher zulässigen Kontaktmöglichkeiten erfordert Sicherheit, Vertrauen, Unterstützung und den Mut, sich auf neue unbekannte Grenzerfahrungen einzulassen. Dies gilt auch für die Fähigkeit zur Affekttoleranz und Impulssteuerung. Im geschützten Rahmen des Einzel- oder Gruppengesprächs können alternative Regulationsmöglichkeiten zur Spannungsreduktion statt Rückfall, tätlicher Auseinandersetzung oder Selbstverletzung eingeübt werden.

Wiedererlangung der fortlaufenden adaptiven Regulierung der Ich-Grenze

Erregung und Energie im Kontakt so zu regulieren, daß sie erträglich bleiben, ist wesentlicher Bestandteil der fortlaufenden adaptiven Kontaktregulierung. In diesem Bereich erfordert das therapeutische Vorgehen viel Sensibilität, da es zu Rückzug, Beziehungsabbruch sowie zu vorübergehenden Dissoziationen kommen kann. So werden die therapeutischen Anforderungen zu Beginn der Behandlung

oft als Überforderung erlebt, oder nach erstem vorsichtigem Einlassen setzt ein Rückzugsverhalten ein, bei dem Eigenmotivation oder die Frage: Lohnt sich das alles überhaupt? neu überprüft werden. Dies kann bis zum Abbruch der Maßnahme führen. Dieser Entscheidungsprozeß ist notwendig und findet in regelmäßigen Abständen im gesamten Rehabilitationsverlauf statt.

Die therapeutische Aufgabe ist die gemeinsame Überprüfung des Kontaktgeschehens, Überforderung und/oder Rückzugsverhalten, drohenden Beziehungsabbruch aufzuzeigen und zu benennen, den Stand der Persönlichkeitsentwicklung im bisherigen Therapiegeschehen zu reflektieren und neue Schritte zu planen und festzulegen.

Flexible und klientenorientierte Therapieplanung

Die graduell unterschiedlich erlebten, bewältigten oder dissoziierten Traumatisierungen sowie der divergierende Grad der Fixierung einer Drogen- oder Suchtidentität bestimmen grundlegend Therapiezeit und Behandlungsverlauf. Die Möglichkeiten zur Selbstaktualisierung, Stärkung des Identitätsempfindens, Selbstwertgefühl und Selbstakzeptanz müssen auch die theoretischen Vorstellungen der Therapeuten zu Veränderung und Gesundung miteinbeziehen sowie den Grad kumulativer Traumatisierungen, Suchtverlauf und Folgeerscheinungen. Das Potential und der Wunsch nach Veränderung und Selbstaktualisierung eines 40jährigen Drogenabhängigen, der mehrere Therapieversuche hinter sich hat, mehrjährige Haftstrafen verbüßt hat, über keine Berufsausbildung verfügt und hoch verschuldet ist, müssen ebenso realistisch überprüft werden wie bei einer drogenabhängigen 25jährigen Mutter mit einem zwei Jahre alten Kind, die ihre erste Therapie beginnt, über Schul- und Berufsausbildung verfügt, in ihrem Beruf gearbeitet hat und noch eine eigene Wohnung besitzt.

Die Auflösung einer Drogen- und Suchtidentität sowie der Weg von der Selbsterhaltung zur Selbstaktualisierung ist strukturell an die Ausbildung neuer Stützfunktionen gebunden. In welchem Ausmaß der Weg von der Selbsterhaltung zur Selbstaktualisierung führt, ist wiederum vom Grad der Integration neuer Erfahrungen, die als Selbst-Stützung erfahren und strukturell integriert werden, abhängig. Die Konzentration auf mangelnden Support als ein strukturelles Defizit und wesentliches deskriptives Merkmal der Drogenabhängigkeit umfaßt neben den intra-psychischen Stützfunktionen auch den Support in Form der Stützsysteme, die von außen (als Umwelt) den Prozeß der Veränderung begleiten. Diese Stützung reicht von abstinenzorientierten Selbsthilfegruppen und Lebensgemeinschaften bis hin zu indizierter und kontrollierter Substitutionsbehandlung in ambulanter Betreuung.

LITERATUR

Beisser, A. (1970): The paradoxical theory of change. In: Fagan, J. & Shepherd, I. (Hrsg.): Gestalt Therapy Now. New York (Harper & Row), 77-80.

Buber, M. (1984): Das dialogische Prinzip. Heidelberg (Lambert).

Epste
Perso
Funk,
lich, V
Golds
Grawe
nen P
Grawe
130-1
Green
In: Ge
Gross
Horow
aptive
Hycne
23-49.
Latner
McLer
25-40.
Newco
scents
400-4
Perls,
Perls,
Perls,
Perls,
Perls,
Perls,
Perls,
Perls,
Petzok
Konze
Petzok
als Ele
der Sic
Polster
Gestalt
Portele
19-31.
Röser,
plikatio
65-74.
Rohde-
Senf, W
301.
Saunde
borderl
Schnee
(Hrsg.)

Einlassen setzt ein
ge: Lohnt sich das
bruch der Maßnah-
let in regelmäßigen

ng des Kontaktge-
nden Beziehungs-
chkeitsentwicklung
ritte zu planen und

oziierten Traumati-
ogen- oder Sucht-
sverlauf. Die Mög-
rdens, Selbstwert-
Vorstellungen der
sowie den Grad
ingen. Das Poten-
j eines 40jährigen
hat, mehrjährige
hoch verschuldet
rogenabhängigen
Therapie beginnt,
itiet hat und noch

g von der Selbst-
j neuer Stützfunk-
lbsterhaltung zur
ion neuer Erfah-
: werden, abhän-
elles Defizit und
nfaßt neben den
stützsysteme, die
Diese Stützung
xgemeinschaften
j in ambulanter

apherd, I. (Hrsg.):

- Epstein, S. (1990): Cognitive-experiential self-theory. In: Pervin, L. A. (Hrsg.): Handbook of Personality: Theory and Research. New York (Guilford), 165-192.
- Funk, K. (1994): Integrative Therapie mit Drogenabhängigen – ein Praxisbericht. In: Scheiblich, W. (Hrsg.): Sucht aus der Sicht psychotherapeutischer Schulen. Freiburg (Lambertus).
- Goldstein, K. (1971): Selected Papers/Ausgewählte Schriften. The Hague (Nijhoff).
- Grawe, K. (1994): Psychotherapie ohne Grenzen. Von den Therapieschulen zur Allgemeinen Psychotherapie. In: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, No. 3, 357-370.
- Grawe, K. (1995): Grundriß einer Allgemeinen Psychotherapie. In: Psychotherapeut, No. 40, 130-145.
- Greenberg, L. & Brownell, P. (1997): Validating Gestalt. An Interview with Leslie Greenberg. In: Gestalt!, No. 1, 1.
- Gross, W. (1995): Was ist das Süchtige an der Sucht? (Neuland Verlagsgesellschaft).
- Horowitz, M. (1991): Person Schemas. In: Horowitz, M. (Hrsg.): Person Schemas and Maladaptive Interpersonal Patterns. Chicago (The University of Chicago Press), 13-32.
- Hycner, R. (1985): Dialogical Gestalt therapy: An initial proposal. In: Gestalt Journal, No. 8, 23-49.
- Latner, J. (1973): The Gestalt Therapy Book. New York (Julian Press).
- McLeod, L. (1993): The self in gestalt therapy theory. In: The British Gestalt Journal, No. 2, 25-40.
- Newcomb, M. D. (1981): Multidimensional assessment of stressful life events among adolescents: Derivation and correlates. In: Journal of Health and Social Behaviour, No. 22, 400-415.
- Perls, F. S. (1978): Das Ich, der Hunger und die Aggression. Stuttgart (Klett-Cotta).
- Perls, F. S. (1980): Gestalt, Wachstum, Integration. Paderborn (Junfermann).
- Perls, F. S. (1986): Gestalttherapie in Aktion. Stuttgart (Klett-Cotta).
- Perls, F. S. (1999): Was ist Gestalttherapie? In: Gestaltkritik, No. 1, 3-13.
- Perls, F. S., Hefferline, R. F., & Goodman P., (1979): Gestalttherapie: Lebensfreude und Persönlichkeitsentfaltung. Stuttgart (Klett-Cotta).
- Perls, L. (1989): Leben an der Grenze. Köln (Edition Humanistische Psychologie).
- Petzold, H. (1995): Menschenbilder als bestimmendes Moment von Grundhaltungen und Konzepten in der Drogenhilfe. In: Gestalt und Integration, No. 1, 7-32.
- Petzold, H., & Hentschel, U. (1994): Niederschwellige und karrierebegleitende Drogenarbeit als Elemente einer Gesamtstrategie der Drogenhilfe. In: Scheiblich, W. (Hrsg.): Sucht aus der Sicht psychotherapeutischer Schulen. Freiburg (Lambertus), 89-105.
- Polster, E., & Polster, M. (1977): Gestalttherapie. Theorie und Praxis der Integrativen Gestalttherapie. München (Kindler).
- Portele, H. (1997): Was mir an der Gestalttherapie so gut gefällt. In: Gestalttherapie, No. 2, 19-31.
- Röser, U. (1994): Drogenabhängigkeit und Drogenidentität. Gestalttherapeutische Implikationen zur stationären Arbeit mit Drogenabhängigen. In: Gestalttherapie, No. 2, 65-74.
- Rohde-Dachser, C. (1996): Psychoanalytische Therapie bei Borderlinestörungen. In: Senf, W., & Broda, M. (Hrsg.): Praxis der Psychotherapie. Stuttgart, New York (Thieme), 297-301.
- Saunders, E. A. & Arnold, F., (1993): A critique of conceptual and treatment approaches to borderline psychopathology. In: Psychiat, No. 56, 188-203.
- Schneewind, U. J. (1995): Therapie: Begleitung – Beziehung – Abhängigkeit? In: Erbach, F. (Hrsg.): Sucht: Beziehungen und Abhängigkeit. Freiburg (Lambertus).

- Tobin, S. A. (1982): Self-Disorders, Gestalt Therapy and Self Psychology. In: The Gestalt Journal, No. 5, 2, 71-90.
- Votsmeier, A. (1988): Gestalttherapie mit Borderline-Patienten. In: Gestalttherapie, No. 2, 5-15.
- Votsmeier, A. (1995): Gestalttherapie und die »Organismische Theorie«: der Einfluß Kurt Goldsteins. In: Gestalttherapie, No. 1, 2-16.
- Votsmeier, A. (1999): Grundsätze der Gestalttherapie bei Strukturellen Störungen. In: R. Fuhr u.a. (Hrsg.): Das Handbuch der Gestalttherapie. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle (Hogrefe).
- Wurmser, L. (1987): Flucht vor dem Gewissen. Berlin, Heidelberg, New York.
- Yontef, G. (1988): Assimilating diagnostic and psychoanalytic perspectives into Gestalt therapy. In: Gestalt Journal, No. 11, 5-32.
- Yontef, G. (1993): Awareness, Dialogue & Process. Highland (The Gestalt Journal Press).
- Zinker, J. (1982): Gestalttherapie als kreativer Prozeß. Paderborn (Junfermann).

Anschriften der Verfasser:

*Achim Votsmeier
Dieslingerstr. 1
87730 Bad Grönenbach*

*Udo Röser
Hardtstr. 100
65307 Bad Schwalbach*