

Diagnostische Erwägungen und therapeutische Erfahrungen bei drogengefährdeten Jugendlichen

Autor(en): **Sondheimer, G.**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Fachblatt für schweizerisches Heim- und Anstaltswesen = Revue suisse des établissements hospitaliers**

Band (Jahr): **45 (1974)**

Heft 7

PDF erstellt am: **06.08.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-806593>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

therapeutische Diagnostische Erwägungen und Erfahrungen bei drogengefährdeten Jugendlichen

Bei der Vorbesprechung über den Vortrag ging es zunächst nur darum, über eine «Therapie Drogenabhängiger in einer Beratungsstelle» zu referieren. Da jede Art einer Therapie aber von der Art der gestellten Diagnose abhängt, wurde der Vorschlag gemacht, das Thema in einen diagnostischen und einen therapeutischen Abschnitt aufzuteilen. Beginnt doch eine Therapie bereits mit dem Verhalten und der Haltung von Therapeut und Klient während des Prozesses der Diagnosenbildung, nämlich überall dort, wo die Beziehung zwischen Therapeut und Klient und nicht nur eine Technik zur Erfassung harter Daten eine Rolle spielt. In diesem Referat soll auf die medizinische Diagnostik und Therapie im engeren Sinn nicht eingegangen werden. Dagegen wird grosser Wert darauf gelegt, den Prozess der Diagnosenbildung und die darauf folgende Entscheidung zur Therapie zu verdeutlichen.

Die Diagnostik drogengefährdeter und -abhängiger Jugendlicher.

Eine gründliche Diagnostik muss die drei Faktoren Drogen, Persönlichkeit und Sozialfeld berücksichtigen, die in einer engen «multifaktoriellen» Beziehung zueinander stehen. Die Kenntnis dieser drei Faktoren muss im wesentlichen für dieses Referat vorausgesetzt werden.

Es sei betont darauf hingewiesen, dass heute viele therapeutisch Tätige im Umgang mit Drogengefährdeten ohne eine genauere Diagnose meinen auskommen zu können, ja geradezu glauben, es sei aus persönlichen und gesellschaftskritischen Gründen schädlich, eine Diagnose zu stellen. Es ist begreiflich, dass das therapeutische Vorgehen wesentlich von der diagnostischen Vorarbeit abhängt und entsprechend ausfallen wird.

KEUP forderte mit Recht bei der diagnostischen Klärung des Zustandes eines Drogenabhängigen vier Punkte:

1. Psychiatrische Diagnose.
2. Feststellen des Motivationstypes des Jugendlichen.
3. Entwicklung der Drogenkarriere.
4. Schädigungsmuster.

Punkt zwei sei besonders herausgegriffen: KEUP fand unter 1500 drogenkonsumierenden Jugendlichen in den USA im wesentlichen fünf Motivationstypen. Es leuchtet ein, dass die Motivation zum Drogenkonsum von dem Hintergrund der Persönlichkeit und ihren augenblicklichen Konflikten abhängt.

Die Konformisten (meist jüngere Jugendliche, häufiger Mädchen)

Die Experimentierer (meist ältere männliche Jugendliche)

Die Geniesser

Die Sucher (Jugendliche mit ungeklärten, zum Teil unbewussten Problemen)

Die Wahllosen (oft verwahrloste Jugendliche)

Je nach Persönlichkeit und Sozialfeld sind die Typen eins bis drei eher weniger gefährdet, drogenabhängig zu werden. Die Typen vier und fünf dagegen können in eine schwere chronische Abhängigkeit geraten, falls nicht früh genug geholfen wird, wie noch zu zeigen sein wird.

In Abwandlung des KEUP'schen Diagnoseschemas sollen **drei Stufen der Diagnostik** beschrieben werden.

1. Stufe: Das oberflächliche Symptom- und Beschwerdebild des Jugendlichen.

Aussehen, Auftreten, Verhalten, Diskussionsgegenstände, Beschwerdeschilderung, Anliegen.

Psychische Verfassung des Klienten, Eindruck des Untersuchers.

Zunächst sollen die typischen Symptombilder von Jugendlichen, die drogengefährdet sind, knapp geschildert werden:

Haschisch- und LSD-Typ (nicht unter akutem Drogeneinfluss): Eher langsame motorische Aeusserungen — Neigung zu gleichgültigem, schweigsamem, umständlichem, bisweilen versponnenem und leicht sprunghaftem Verhalten — oft unerschütterbare, manchmal verklärt-glückliche Einstellung — wechselnd ängstliche und/oder phobische und/oder paranoide psychische Verfassung.

Speed-Typ (nicht akuter Drogeneinfluss): Blasse Hautfarbe — stechende Augen — ständige psychomotori-

sche Erregung mit unruhigem Verhalten — Klagen über Herzjagen, Schlafstörungen, Magenstörungen — fehlende Konzentrationsfähigkeit, häufig zerfahrener Gedankengang — Beachtung von Injektionsstellen bei intravenöser Applikation.

Polymorpher Typ: Dieser Typ lässt sich nur sehr schlecht beschreiben, da er die verschiedensten Symptome aufweisen kann. Es werden nebeneinander oder nacheinander die verschiedensten Medikamente, Alkohol, harte und weiche Drogen konsumiert. Entsprechend häufig wechselt auch das psychische Zustandsbild. Hervorstechendstes Merkmal ist gerade dieser häufig beobachtete Wechsel im Ergehen und Verhalten der jugendlichen Klienten.

Der Opium-Typ: Dieser Typ gelangt erst seit dem letzten Jahr regelmässiger in die Beratung. Anfangs unterscheidet sich dieser Typ wenig vom Haschisch-Typ. Später fällt das schlechte körperliche, blasse, ausgemergelte Aussehen auf. Verhalten und Stimmung sind gedämpft, lahm und passiv. Ueberwiegend intravenöse Applikation.

Stellt man neben das Bild der Drogengefährdung und -abhängigkeit das psychische Bild, wie es dem Untersucher imponiert, gäbe es noch eine andere Möglichkeit, das Beschwerdebild des Jugendlichen zu beschreiben:

Der verwahrloste Jugendliche
Der verträumte Jugendliche
Der depressive Jugendliche
Der vertrotzte Jugendliche
Der gehemmte Jugendliche
Der progressive Jugendliche
Der arbeits- und lerngestörte Jugendliche

Bei unseren Erstgesprächen vernachlässigen wir das Symptombild des Drogenkonsums ganz bewusst, da es uns zunächst darum geht, eine Beziehung zu dem Jugendlichen, der uns aufsucht, herzustellen, so dass wir zunächst auf mögliche Probleme einzugehen versuchen, anstatt uns sofort mit dem Drogenkonsum abzugeben. Drogennotfälle sind natürlich eine Ausnahme.

Nach unserer Beobachtung bleiben viele, die sich mit Drogengefährdeten abgeben, insbesondere Selbsthilfe- und Laienorganisationen in ihren diagnostischen Ueberlegungen bei diesem Oberflächenbild des Jugendlichen stehen, falls sie überhaupt gewillt sind, sich diagnostisch auseinanderzusetzen und nicht einfach alles auf gesellschaftliche Mißstände zurückzuführen.

2. Stufe: In einer zweiten Stufe der Diagnostik würde es nun darum gehen, ein genaues Bild darüber zu erhalten, wie es dem Jugendlichen wirklich geht und wo seine eigentlichen Konflikte liegen. Der Weg zu diesem Bild führt nur über eine gründliche Exploration, in der versucht wird, Familienstruktur, persönliche Lebensgeschichte und augenblickliche Situation des Jugendlichen zu erfassen. Natürlich interessiert jetzt auch die Drogenerfahrung, Drogenmotivation, Drogenkarriere und das durch den Drogenkonsum bedingte Schädigungsmuster. Es muss abgeklärt werden, an welcher Stelle der Drogenkarriere und in welcher Verlaufsphase des Drogenkonsums der Jugendliche steht. Auf dieser 2. Stufe wird auch eine genaue psychiatrische Diagnose gestellt: Handelt es sich nur um Reaktionen einer phasenspezifischen Labilität des Jugendlichen, liegen einfache Reaktionen auf situativ bedingte Kon-

flikte vor, stehen entwicklungsbedingte, frühkindliche Störungen im Vordergrund, müssen konstitutionelle Gegebenheiten, körperliche und speziell hirnorganische Schäden, Geisteskrankheit im engeren Sinn berücksichtigt werden?

Bei der Exploration geht es im wesentlichen um ein einführendes und mitfühlendes Verstehen und vorsichtiges Objektivieren der Problematik des ratsuchenden Jugendlichen und nicht um eine kühl-distanzierte, fast herablassende Erhebung einer Anamnese von mehr oder weniger harten Daten der Vergangenheit und Gegenwart des Jugendlichen.

3. Stufe: Die dritte Stufe der Diagnostik wird in der Regel in unserer Beratungsstelle in den regelmässig stattfindenden Fallbesprechungen oder in der Supervision diskutiert, wobei das Ziel ist, zu einer endgültigen Diagnosenstellung zu kommen. Unmittelbar anschließend folgt der Therapievorschlag als Konsequenz aus der vorhergestellten Diagnose.

Bei der dritten Stufe geht es insbesondere um die Aufhellung des tiefenpsychologischen Hintergrundes. Wir legen uns die Frage vor, inwieweit bestimmte Ich-Strukturen und Ich-Funktionen des Drogengefährdeten überhaupt entwickelt sind. Wichtig ist die Feststellung, ob und welche Abwehrmechanismen dem Klienten zur Verfügung stehen. Bereits während der ersten Gespräche werden Uebertragungsbeziehungen beobachtet. Nicht zuletzt geht es darum festzustellen, auf welcher Ebene frühkindlicher Entwicklung der Klient gestört ist beziehungsweise fixiert oder regrediert ist. Neben den fünf Hauptproblemen des Jugendlichen, die in einem verschiedenen Mischungs- und Verdünnungsverhältnis vorliegen können — Geborgenheit, Abhängigkeit, (Geschlechts-) Rolle, Leistung, Identität —, geht es insbesondere um die Unterscheidung von Verwahrlosung und Neurose, da das Ergebnis der diagnostischen Ueberlegungen unmittelbare therapeutische Konsequenzen nach sich zieht.

Bei der dritten Stufe versuchen wir auch, die Rollendynamik des Gefährdeten im Hinblick auf die Beziehung zu den Eltern und zur Familie zu klären, da es unmöglich ist, das Einzelschicksal eines Jugendlichen unabhängig von dem seiner Familie zu sehen.

Als allgemeines Ergebnis über die Diagnostik drogengefährdeter Jugendlicher kann festgehalten werden, dass die ganze Palette (jugend-) psychiatrischer Diagnosen anzutreffen ist. Nicht zu selten wenden sich Jugendliche wegen irgendwelcher Probleme und Konflikte an die Beratungsstelle, und nur nebenbei berichten sie über einen gelegentlichen oder regelmässigen Drogenkonsum.

Nach der kursorischen Einleitung mit den drei Stufen der Diagnostik sollen **drei Schwerpunkte der Diagnostik** im besonderen herausgegriffen werden, die wir immer wieder zu diskutieren haben:

1. Welche Beziehungen bestehen zwischen dem Jugendlichen und seinen Eltern und seiner Familie?
2. Wie ist das Verhältnis von phasenspezifischer Krise der Adoleszenz, neurotischer Störung und Verwahrlosung?
3. Welcher Schweregrad der Drogenabhängigkeit liegt vor?

Zur ersten Frage: Neben den bekannten broken-home-Situationen und der Wohlstandsverwahrlosung übersättigter, verwöhnter Jugendlicher treffen wir häufig auf äusserlich intakte Familien, bei denen aber schwere neurotische Familien-, Ehe- und Generationenkonflikte vorliegen.

Beim Studium der Familien- und Ehestruktur und der Beziehung der Eltern zu ihren Kindern stösst man auf grosse Regelmässigkeiten: Neben phasenspezifischen Problemen und echten Geisteskrankheiten, über die an dieser Stelle nicht gesprochen werden soll, finden sich oft

eine neurotische Partnerwahl der Eltern

Die Entwicklung einer neurotischen Ehestruktur der Eltern (WILLI),

die sich schliesslich in einer neurotischen Familienstruktur (RICHTER) niederschlägt.

Häufig beobachten wir, dass ein Einzelkind oder ein Jugendlicher unter mehreren Geschwistern — manchmal suchen sogar mehrere Geschwister aus einer Familie unsere Beratungsstelle auf — sich diesem neurotischen Druck seitens der Eltern oder der Familie nicht entziehen kann und schliesslich im gefährdeten Jugendalter dekomponiert. Dem Jugendlichen werden in der Regel eine von zwei möglichen Hauptrollen (nach RICHTER) aufgedrückt:

a) die Rolle einer Uebertragungs- und Beziehungsperson (am häufigsten die Gatten- oder Elternrolle eines Elternteils)

b) die Rolle eines Persönlichkeitsanteiles eines Elters oder des «Patienten Familie» (meistens negative Anteile des eigenen Selbst, die bisher abgelehnt wurden).

Es ist hier nicht der Raum, um die unmittelbaren Auswirkungen dieser dem Jugendlichen zudiktierten Rollen zu besprechen. Es sei nur soviel erwähnt, dass die extremsten Störungen sich in einer überengen pathologischen Bindung an einen Elternteil oder auch in einer Ausstossung des Jugendlichen aus der Familie manifestieren können.

Zur zweiten Frage: Unterscheidung der Krise in Pubertät und Adoleszenz — Neurose — Verwahrlosung.

Im Grunde geht es hier um wichtige differentialdiagnostische Ueberlegungen, die an dieser Stelle nur ansatzweise besprochen werden können. Jeder Jugendliche macht seine phasenspezifische Labilität des Jugendalters durch, die nicht zu selten Züge einer Krise bekommen kann. Handelt es sich doch um so wichtige Fragen, wie die Ablösung vom Elternhaus, Klärung der beruflichen Zukunft, Stabilisierung der eigenen Geschlechtsrolle und um die Sinnfindung des Lebens mit seinen persönlichen und gesellschaftlichen Werten. ERIKSON prägte für die Zeit der Spätadoleszenz den Begriff der Identität — «das Gefühl von Kontinuität und Sicherheit» — die es am Ende eines jeden Jugendalters zu gewinnen gilt, wenn die verschiedenen Lebensbereiche und die Spannung zwischen Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft erfolgreich integriert werden sollen. Ist es verwunderlich, wenn viele Jugendliche eine «normative Krise» durchlaufen, die bisweilen recht dramatische Formen annehmen kann?

Genau an dieser Stelle beginnen nun die diagnostischen Schwierigkeiten. Handelt es sich noch um eine normale Krise im Rahmen der Adoleszenzzeit? Oder machen sich hier bereits phasenunspezifische Probleme und Konflikte bemerkbar, die ihre tieferen Wurzeln in der Kindheit, wenn nicht sogar in der frühkindlichen Entwicklung haben? Unmerklich wäre man damit in den Bereich der neurotischen Störungen Jugendlicher gelangt, wobei man viele feine Facetten, Uebergänge und noch völlig im Fluss befindliche Abwehrvorgänge beobachten kann. Es würde zu weit führen, auf die einzelnen Störungen im Rahmen dieses Referates einzugehen.

Sowohl die Krise der Adoleszenz als auch der neurotische Konflikt können im Gewand einer Verwahrlosung auftreten, so dass nochmals eine weitere Unterscheidung getroffen werden muss, ob es sich nun um eine Verwahrlosung als Symptom oder eine Verwahrlosung als psychopathologischen Prozess handelt. Bedenkt man weiter, dass der Drogenkonsum in seinen verschiedensten Formen zusätzlich das Zustandsbild des Jugendlichen beeinflussen und überlagern kann, dann erhält man einen Eindruck von der möglichen multifaktoriellen Komplexität des Geschehens im Jugendalter. Darum ist es so wichtig festzustellen, ob bestimmte Merkmale und Auffälligkeiten bereits vor Eintritt in die Pubertät bei einem Jugendlichen bestanden haben. Der Prozess einer Verwahrlosungsstruktur lässt sich sehr gut bis in die frühe Kindheit zurückverfolgen. Die Zeichen der Verwahrlosung, das fortgesetzte und allgemeine soziale Versagen lassen sich, wann immer man der Sache auf den Grund geht, durch alle Stadien der Kindheit genau verfolgen. Es ist darum nicht statthaft, das Bild eines verwahrlosten Drogenkonsumenten nur auf den Drogenkonsum selbst zurückführen zu wollen. Man muss immer auch die Frage nach der Primärpersonlichkeit des Jugendlichen stellen.

Vom ichpsychologischen Standpunkt aus ist es gut möglich, die diagnostische Frage zu klären, ob es sich jetzt um eine Verwahrlosung handelt, die auf frühen Störungen und Defekten des Ich-Aufbaus und der Ich-Funktionen beruht. Weiterhin lässt sich untersuchen, wie weit bestimmte Ich-Funktionen zwar wohl ausgebildet sind, wo sich aber trotzdem aufgrund frühkindlicher und kindlicher Konflikte bestimmte Abwehrmechanismen ausgebildet haben, die nun in vehementer Weise durch den Umbruch im Jugendalter, nämlich durch den neuen Trieb Schub, durch Probleme der Aussenwelt und durch die Unsicherheit normativer Werte aktualisiert werden. Geht man so schrittweise vor, lässt sich auch mit einiger Sicherheit sagen, ob es sich nur um eine sogenannte einfache Krise handle, die bald überwunden sein wird.

Natürlich ist es möglich, dass eine latente Verwahrlosung oder ein unmerklich schwelender neurotischer Konflikt mit dem Ausbruch der Pubertät und der Belastung der Adoleszenz erst manifest werden, da sich in dieser Zeit bei jedem Jugendlichen eine vorübergehende Ich-Labilität bemerkbar macht, so dass tieferliegende Störungen ungehinderter an die Oberfläche auftauchen können.

Zur dritten Frage nach dem Schweregrad der Drogenabhängigkeit: Wichtige Parameter der Drogenabhängigkeit sind die Drogenkarriere und der Phasenverlauf des Drogenkonsums.

Zunächst zur Drogenkarriere: Entsprechend Konflikt, Persönlichkeit und Sozialfeld kann der Griff eines Jugendlichen nach der Droge sehr verschieden sein. Man hat von einer Karriere im Drogenkonsum gesprochen. Am häufigsten wird mit Nikotin und Alkohol begonnen. Es folgen Haschisch und in mehr oder weniger kurzem Abstand LSD. Zirka 85 Prozent der Jugendlichen brechen an dieser Stelle bereits den Drogenkonsum aus verschiedensten Gründen wieder ab. Häufig wird auch mit anderen Stoffen, die bestimmte Drogenanteile enthalten, geprübelt: Hustensaft, Schnüffelstoffe, Asthmazigaretten und anderes. Manchmal kommen Schlaf- und Schmerzmittel hinzu. Bei Fortschreiten der Karriere wird auf zunehmend härtere Drogen zurückgegriffen: Speed, Rohopium, Kokain, Heroin. In letzter Zeit beginnen vor allem jüngere Jugendliche direkt mit dem Einstieg in härtere Drogen, wahrscheinlich aus einer gewissen Renommiersucht.

Als Zweites zum Phasenverlauf des Drogenkonsums: Man könnte drei Phasen unterscheiden, die

Experimentierphase

Gewöhnungsphase

chronische Phase.

Hier ist es wichtig zu unterscheiden, ob nur eine psychische Form der Abhängigkeit oder bereits eine physische Form der Drogenabhängigkeit besteht (nur beim Abhängigkeitstyp der Opiate und des Alkohol/Barbiturat-Typs). Auch müsste hier untersucht werden, ob es sich, was meist für die Experimentierphase, die «Flitterwochen» des Drogenkonsums, zu trifft, nur um einen gelegentlichen Drogenkonsum handelt oder ob es zu einer regelmässigen Einnahme von Drogen mit der Entwicklung einer regelrechten Drogenkarriere gekommen ist.

Wie bereits gesagt, brechen 85 Prozent der Jugendlichen den Drogenkonsum in der Experimentierphase ab. Bei den anderen 15 Prozent kommt es zu einer regelmässigen Einnahme zunächst schwächerer Drogen. Wird der kritische Punkt überschritten, den die Jugendlichen häufig selbst genau angeben können («wenn jetzt nichts passiert, dann...»), gleitet die Gewöhnungsphase unmerklich in eine chronische Phase mit ihren schweren Problemen über. Schule, Lehre und Beruf werden aufgegeben, die sozialen Kontakte zur Familie und zu Freunden brechen ab oder verschieben sich, körperliche Schäden treten auf, häufig entwickelt sich eine «Beschaffungs- und Folgekriminalität».

Bei der schweren Drogenabhängigkeit in der chronischen Phase handelt es sich immer um einen echten Krankheitsprozess. Aus jugendpsychiatrischer Sicht beobachten wir bei diesen Jugendlichen häufig eine Verwahrlosungsstruktur mit den Symptomen der Wahllosigkeit im Drogenkonsum (5. Motivationstyp nach KEUP).

Neben der frühkindlichen Verwahrlosung entdeckten wir in einigen Fällen zusätzlich Zeichen einer frühkindlichen Hirnschädigung, die offensichtlich mitverursachend für die Ausbildung einer chronischen Drogenabhängigkeit waren.

Als zweite kleinere Gruppe sahen wir Jugendliche mit destruktiven neurotischen Reaktionen — im Rahmen der phasenspezifischen Konflikte der Pubertät und

Adoleszenz — und mit neurotischen Entwicklungen, bei denen sich im Gefolge negativer Identifikationen eine völlig ablehnende und zerstörerische Haltung dem ganzen Leben gegenüber entwickelte. Bei diesen Jugendlichen gewinnt der chronische harte Drogenkonsum den Stellenwert eines sukzessiven Selbstmordes — eine nicht ungefährliche Gefühlsströmung, mit der man schliesslich nicht nur sich selbst mitreissen lässt, sondern auch noch andere mithineinzuziehen versucht.

In seltenen Fällen fanden wir unter den chronisch Abhängigen auch Jugendliche mit einem psychotischen Geschehen und Erleben, die im Sinne eines Selbstteilungsversuches und aus Angst und Abwehr gegen die drohende Ich-Auflösung zu vorübergehend dämpfenden und spannungslösenden Drogen griffen.

Es sei aber nochmals darauf hingewiesen, dass es zahlreiche **Zwischenstufen der Sucht**, verschiedene «Verdünnungsformen» (BOCHNIK) gibt. Um die Entstehung einer Sucht zu begreifen, muss man sich klarmachen, «dass jedes menschliche Begehren, zu tun oder zu erleben, süchtig entarten kann». Bei einer Sucht geht es um eine Entwicklung, in der zwischen «Hingabe und Verzicht» nicht mehr frei gewählt werden kann. «In der Entwicklung zur Unfreiheit durch Umbau und Gewichtsverschiebung der inneren Rangordnung menschlicher Bedürfnisse liegt das wesentliche Moment der Sucht, nicht in der körperlichen Abhängigkeit von einem Heil- oder Genussmittel.»

Zwischenstufen sind:

Ausgeprägte Sucht

Episodisches Süchteln

«Was man unbedingt braucht» (Zigarette, Fernsehen, Spielen, Sammeln, Geschwindigkeitserleben, sexuelle Erfahrungen u. a.).

Es sind immer wieder bestimmte Persönlichkeiten, die mit der Freiheit des Lebens nicht fertig werden, die diese als gefährlich und bedrückend erleben und die dem Anspruch und der Verantwortung dieser Freiheit auszuweichen versuchen. Bei vielen dieser Persönlichkeiten, die unter Umständen nicht einmal als krank oder gestört auffallen, beobachtet man häufig übereinstimmende Eigenschaften:

Ausweichen vor Schwierigkeiten und Konflikten

Geringe Belastbarkeit bei Anstrengungen oder fordernden Situationen

Mangelhafte Realitätseinschätzung

Kontakt- und Beziehungsstörungen zu den Eltern, zur Familie, zu Gleichaltrigen, zum andern Geschlecht.

Therapeutische Erfahrungen mit drogengefährdeten und -abhängigen Jugendlichen

Die Massnahmen der Therapie werden, wie eingangs erwähnt, von den vorausgehenden diagnostischen Erwägungen bestimmt. Der grobe oder der feine Raster einer Diagnose wirkt sich unmittelbar auf das therapeutisch-pädagogische Programm aus. Folgerichtig gibt es **zwei grundlegende Behandlungsmöglichkeiten**:

1. Die unspezifische Basisbehandlung.
2. Die spezifische Differentialtherapie.

Bei der unspezifischen Basisbehandlung werden einerseits am Symptom orientierte Massnahmen gewählt — man versucht, den Drogenkonsumenten zur völligen Abstinenz zu bewegen, lässt vielleicht den Gebrauch von weichen Drogen noch zu oder erwägt die Abgabe von Substitutionsdrogen (Methadon) — andererseits richtet sich das Hauptanliegen auf die Umstrukturierung des gesamten psychosozialen Feldes, indem hier versucht wird, den Klienten in eine neue Gemeinschaft zu integrieren (Auswechslung des Kollektives, neue Gruppenerfahrung) und ihm eine neue tragfähige Ideologie zu ermöglichen.

Auch in der Schweiz sind auf dem Boden dieser unspezifischen Basisbehandlung in der Bekämpfung der Drogengefährdung viele Selbsthilfe- und sonstige Organisationen und Institutionen aus der Erde geschossen, die sich bei der üblichen Langsamkeit politischer und staatlicher Organe mit zum Teil recht gutem Erfolg der ganzen Behandlungsmalaise angenommen haben. Interessanterweise sind es vor allen Dingen zwei Gruppen, die sich hier besonders engagiert haben, Gruppen, die besonders auf ideologischer Basis interessiert und tätig sind: Christlich orientierte Bewegungen (Jesus-people, Teen Chalange, Gruppe Alternative, Help Center) und linksorientierte (Basis-) Gruppen (Release, Hydra, soziale Aktionsgruppen).

Da es gar nicht so einfach ist, eine spezifische Differentialtherapie aufzubauen, da insbesondere oft sogar jeder institutionelle Rahmen fehlt, braucht es, wie die Erfahrung in vielen Ländern zeigt, eine längere Zeit, bis ein volles, auf dem Boden einer gründlichen Diagnostik aufgebautes Therapieprogramm zur Verfügung gestellt werden kann.

Als Ausgangspunkt eines kompletten Therapieprogramms muss die schwere Drogenabhängigkeit eines Jugendlichen gewählt werden.

Wir glauben, dass es öffentlichen Institutionen nicht ohne weiteres erlaubt ist, das bei privaten Organisationen mit gutem Recht geübte Ausleseverfahren der Klienten im Sinne einer bestimmten Motiviertheit anzuwenden. Es muss davon ausgegangen werden, dass auch schwerst gefährdete, verwahrloste, delinquente, bereits körperlich geschädigte und in keiner Weise motivierte Jugendliche ohne jede Krankheitseinsicht einer wirkungsvollen Betreuung und Therapie zugeführt werden können.

Eine effektive Zusammenarbeit der verschiedensten Institutionen, wie psychiatrische Klinik, Heilstätte, freie und gesetzliche Fürsorge, ist selbstverständlich unumgänglich. Es wäre durchaus an der Zeit, die gegenseitigen Vorwürfe und Verdächtigungen aufzugeben, da inzwischen deutlich geworden ist, was wirklich getan werden müsste.

Bei jeder Kontaktnahme mit einem drogengefährdeten Jugendlichen, beginnend mit dem Erstgespräch, ist der Versuch eines **Beziehungsaufbaues** von grundlegender Wichtigkeit. Dabei erscheint es uns zuerst gleichgültig, welches Problem überhaupt zur Sprache kommt. Wie bereits früher erwähnt, halten wir es ausser Notfällen geradezu für falsch, direkt beim ersten Kontakt über Drogen zu reden. Vielmehr sollte dem Jugendlichen das Gefühl zu vermitteln sein, er werde in jedem Fall — auch bei Anti- und Asozialität — angenommen. Die

Haltung des Therapeuten sollte wohlwollend, aber nicht überfreundlich, unbedingt sachlich, echt und hilfsbereit sein. Für weitere grundlegende Ziele der Therapie halten wir das Angebot einer Identifikationsmöglichkeit durch den Therapeuten und die Findung der eigenen Identität des Jugendlichen in einem (Nach-) Reifungsprozess.

Therapeutisch-pädagogisches Vorgehen bei den drei skizzierten diagnostischen Schwerpunkten:

1. Beziehungsstörungen zwischen dem Jugendlichen, seinen Eltern und seiner Familie.

Es ist ein Unterschied, ob die Eltern einen Jugendlichen anmelden oder ob der Jugendliche von sich aus, ohne Wissen der Eltern, die Beratungsstelle aufsucht. Im ersten Fall ist bei dem ersten Anruf eines Elternteils immer eine gewisse Vorsicht geboten, da oft mehr oder weniger offen schon am Telefon versteckte Forderungen an den Therapeuten gestellt werden. Niemals darf der Therapeut Komplize der Eltern werden, da sonst der Beziehungsaufbau zu dem Jugendlichen gestört werden wird. Andererseits aber muss genauso betont werden, dass es zu keiner Ueberidentifikation mit dem Jugendlichen kommen darf, da es dabei leicht zu einem Mitagieren des Therapeuten mit diesem kommt. Zur Frage der Familientherapie: Eine regelrechte Familientherapie haben wir bisher noch nicht durchführen können, da wir den Eindruck hatten, das Ziel, die ganze Familie zu therapieren, sei gar nicht zu erreichen. Wir fanden drei Gründe für die Schwierigkeit einer Familientherapie. Die meisten Familien haben überhaupt Schwierigkeiten, ihre Konflikte und Probleme untereinander deutlich zu verbalisieren. Zweitens scheint uns die für den Jugendlichen charakteristische Ablösungsproblematik eher gegen eine Familientherapie zu sprechen. Drittens ist der «Patient Familie» so schwer gestört, dass ein gemeinsames Aufeinandereingehen und ein Gespräch miteinander völlig unmöglich ist.

Wir wenden häufig ein abgewandeltes Therapiekonzept mit der Familie an: Der Jugendliche und ein Elternteil beziehungsweise die Eltern kommen getrennt zur Beratung oder Therapie, in der Regel zu zwei verschiedenen Therapeuten. Wir beobachteten häufiger, dass es Jugendlichen schlagartig von dem Moment an besser ging, bei welchem sich die Eltern über Schwierigkeiten in der Familie und über eigene Probleme aussprechen konnten. Nicht zu selten zogen sich Eltern nach anfänglicher Aufgeschlossenheit aus der Beratung zurück, da sie es ablehnten, die Schwierigkeiten des Kindes mit der eigenen Person und Familie in Zusammenhang zu bringen. Nur in Ausnahmefällen brach ein Jugendlicher von seiner Seite aus die Therapie ab.

Die Bemühungen, Pflegefamilien zu finden, schlugen bisher immer fehl. Ganz offensichtlich kommen für den Umgang mit drogengefährdeten Jugendlichen nur junge, dynamische, meist kinderlose Ehepaare in Frage, da andere Eltern Angst davor haben, eigene Kinder könnten durch drogengefährdete Jugendliche schädlich beeinflusst werden.

Bei einem kranken «Patient Familie» scheint uns die Platzierung des Jugendlichen ausserhalb der Familie angezeigt. Einerseits kann so der Jugendliche von den Spannungen der Familie entlastet werden, andererseits

entspannt sich die Familiensituation durch den Austritt des Jugendlichen.

In Winterthur stehen uns zwei stationäre Institutionen für Jugendliche zur Verfügung. Einmal sind wir in der glücklichen Lage, Jugendliche mit einer Adoleszenzkrise und anderen neurotischen Konflikten — aber keine Verwahrlosten — auf die Psychotherapiestation der Psychiatrischen Poliklinik des Kantonsspitals einzuweisen.

Als zweites besteht die Möglichkeit, den Jugendlichen in eine kleine therapeutische Wohngemeinschaft aufzunehmen, die der Beratungsstelle angegliedert ist und für die im Herbst 1973 ein «Verein für therapeutische Wohngemeinschaften Winterthur» gegründet wurde.

2. Phasenspezifische Krise in Pubertät und Adoleszenz — Neurose — Verwahrlosung.

Bei phasenspezifischen Konflikten des Jugendlichen scheint uns ein situations- und themenzentriertes Vorgehen am besten geeignet zu sein. Dabei geht es vor allem um eine wirklichkeitsgerechte Realitätsvermittlung durch ein offenes und persönliches Gespräch, das in der Regel nicht-direktiv geführt wird. Einige Male konnten wir beobachten, dass bereits eine gründliche Exploration ausreichte, um einen anhaltenden Klärungs- und Selbstfindungsprozess einzuleiten.

Bei neurotischen Störungen gehen wir im wesentlichen ähnlich, wie gerade beschrieben, vor. Wir haben schon darauf hingewiesen, dass es beim Jugendlichen oft recht schwierig sein kann, zwischen normativer Krise und Neurose zu unterscheiden. Ein Merkmal des neurotischen Hintergrunds ist das mehr oder weniger charakteristische Abwehrverhalten, in dem zum Beispiel sexuelle Ängste oder aggressive Gefühle, Geborgenheitswünsche und Abhängigkeitsprobleme verdrängt, intellektualisiert, verschoben oder projiziert werden. Im Gespräch macht sich, wenn diese wunden Punkte berührt werden, meist ein deutlicher Widerstand bemerkbar, den man, wenn er sich zeigt, umgehend bearbeiten muss, da sonst die Jugendlichen dazu neigen, den Gesprächskontakt abzubrechen. Das Konzept der Kurztherapie ist auch hier gut geeignet, seltener kommt eine analytische Psychotherapie in Frage, nämlich dann, wenn es sich bereits um verfestigte neurotische Prozesse handelt. Es scheint uns fraglich, ob bei einem Jugendlichen schon eine regelrechte Psychoanalyse durchgeführt werden sollte.

Bei verwahrlosten Jugendlichen wenden wir in der ambulanten Betreuung die Technik der «langen Leine» an, das heisst, wir bemühen uns um einen lockeren Beziehungsaufbau, der sich oft recht unkonventionell vollzieht. Zu einem intensiven Kontakt ist der Verwahrloste zu Beginn einer Betreuung so gut wie nie fähig. Immer wieder kommt es zu Unterbrüchen der Betreuung, zu Unpünktlichkeiten, oft aus reiner Vergesslichkeit und Unkonzentriertheit. Es benötigt einen langen Atem seitens des Therapeuten, um überhaupt mit einem verwahrlosten Jugendlichen im Gespräch zu bleiben, jedenfalls bedarf es nicht zu selten eines hohen zeitlichen Engagements. Es ist immer wieder erstaunlich zu sehen, wie nach langen, scheinbar ergebnislosen Bemühungen langsam doch eine tiefere Beziehung entsteht, ja, wie plötzlich der Jugendliche überanhänglich wird und ganz besondere Ansprüche

an seinen (eigenen) Therapeuten stellt. Die Gefahr des Mitagierens des Therapeuten ist zu diesem Zeitpunkt deutlich gegeben, besonders dann, wenn die primitive Abwehrform des «acting out» abzuklingen scheint. In der Regel geht es bei dem Verwahrlosten um eine mehr oder weniger konkrete pädagogische Führung, das bedeutet auch, dass das Gespräch durchaus in direkter Weise geführt sein kann. Trotz aller positiven Ansätze haben wir den Eindruck, dass die Möglichkeiten einer ambulanten Betreuung verwahrloster Jugendlicher in einer Beratungsstelle beschränkt sind.

3. Therapeutisch-pädagogisches Vorgehen bei verschiedenem Schweregrad der Drogenabhängigkeit.

Das therapeutische Vorgehen wird durch den Schweregrad der Drogenabhängigkeit wesentlich beeinflusst. Man muss sich die Frage vorlegen, welche Bedeutung eine Beratungsstelle für Jugendliche bei der Behandlung einer Drogenabhängigkeit überhaupt hat. Als im Frühjahr 1971 die Beratungsstelle für Jugendliche in Winterthur eröffnet wurde, waren wir recht pessimistisch in bezug auf die Beeinflussung schwerer Drogenabhängigkeit eingestellt. Heute sind wir vorsichtiger geworden, da die Zeit als therapeutischer Faktor nicht vernachlässigt werden darf. Wir haben auch gelernt, bei Nichtmotiviertheit eines Jugendlichen mit der Betreuung und Behandlung zuzuwarten, auch wenn eine Früherfassung des Abhängigen in der Regel wünschenswert ist.

Leider ist es so, dass der Jugendliche während der «Flitterwochen» des Drogenkonsums möglichen Gefahren gegenüber recht uneinsichtig ist. Die Jugendlichen haben es in den letzten Jahren vielfach gelernt, sich selbst bei Drogenproblemen zu helfen. Berichten aus USA zufolge rechnet man etwa mit zwei Jahren des Drogenmissbrauchs, bis es bei einem Jugendlichen zur Krankheitseinsicht und Behandlungsmotivation kommt. Trotzdem halten wir einen lockeren Beziehungsaufbau für bedeutsam, sozusagen für alle Fälle, für die Zukunft mit ihren Ueberraschungen.

Wenn nicht gerade eine schwere Drogenabhängigkeit vorlag, konnten wir wiederholt die Feststellung machen, dass es bei zunehmendem Beziehungsaufbau und bei dem Gefühl des Verstandenwerdens seitens des Jugendlichen zu einem deutlichen Absinken des Drogenkonsums kam. Selbst Fixer, die manchmal geradezu als besondere Menschen klassifiziert werden, sind unter bestimmten Voraussetzungen ambulant zu behandeln. Ueber die Tätigkeit der **Beratungsstelle für Jugendliche** sei noch einiges genauer berichtet. Die in Winterthur existierende Beratungsstelle für Jugendliche ist der Psychiatrischen Poliklinik des Kantonsspitals angegliedert. Seit dem Frühjahr 1972 sind dort 2 Aerzte (Psychiater) und 4 Sozialarbeiter mit verschiedenen Arbeitsgebieten tätig.

In der Tätigkeit der Beratungsstelle werden folgende Arbeitsgebiete und Therapiemöglichkeiten unterschieden:

1. Die Feldarbeit: Es geht dabei um vielfältige Aufgaben ausserhalb der Beratungsstelle selbst. Kontakt zu den Jugendlichen in ihrer eigenen Subkultur. Ferner Aufklärungsarbeit über Jugend- und Drogenprobleme in den verschiedensten Schultypen, bis hin zu jährlich sich wiederholenden Informationen für einen be-

stimmten Jahrgang einer Schulklasse — Öffentlichkeitsarbeit durch Vorträge bei politischen und kirchlichen Veranstaltungen und in der Industrie.

Die Erfahrung zeigte, dass die meisten Jugendlichen freiwillig, von sich aus, ohne von den Eltern, von einem Lehrer oder von einem Arzt geschickt zu sein, unsere Beratungsstelle aufsuchen, dass also die Feldarbeit und auch die Information über die Tätigkeit der Beratungsstelle von grossem Nutzen sind, um mit Jugendlichen, die Konflikte haben, auch völlig unabhängig vom Drogenproblem, in Kontakt zu kommen. Ja es will uns scheinen, dass Jugendliche von einem schweren Drogenmissbrauch zurückgehalten werden können, wenn ihre sonstigen Probleme und Konflikte durchgearbeitet werden. Mit dem Bekanntwerden der Beratungsstelle werden seit dem letzten Jahr immer häufiger Jugendliche durch andere Beziehungspersonen direkt angemeldet.

2. Vielfältige, lockere, unverbindliche Kontakte in der Beratungsstelle: Verschiedene Räumlichkeiten stehen zu diesem Zweck zur Verfügung. Getränke werden angeboten. Nicht alle Jugendlichen, die von diesem oberflächlichen Kontakt zu unserer Beratungsstelle Gebrauch machen, sind an einem echten Gespräch interessiert.

3. Kurzdauernde Einzelberatungen: Hierbei wenden sich Jugendliche aus ganz konkreten Anlässen und mit bestimmten Erwartungen an uns — Stipendienwünsche — Beratung bei unerwünschter Schwangerschaft — Schwierigkeiten mit dem Arbeitgeber — Schuldensanierung — Zimmersuche gegen den Rat der Eltern — Drogenberatung und anderes.

4. Langfristige Betreuung und systematische Einzeltherapie: hier geht es um die bereits ausführlich dargelegten Probleme einer eigentlichen Behandlung und therapeutischen Führung.

5. Die Gruppentherapie, wozu wir im weiteren Sinne auch die therapeutisch geleiteten Wohngemeinschaften zählen.

6. Die (oben erwähnte) modifizierte Familientherapie.

7. Die Gruppenaktivitäten: Malgruppe und Beschäftigungsgruppe.

Erster Grundsatz der Therapie ist die Anonymität der Beratungsstelle und die ärztliche Schweigepflicht aller Mitarbeiter, nötigenfalls auch gegenüber den Eltern der Jugendlichen und natürlich gegenüber Behörden und der Polizei. Ausnahmen bestätigen auch hier nur die Regel. Für wichtig und selbstverständlich halten wir die intensive Zusammenarbeit des Mitarbeiter-teams der Beratungsstelle: Wöchentliche Fallbesprechungen und Teamsitzungen, Einzelsupervision, 14 tägliche Arbeitsseminarien über ein freigewähltes Thema. Ausserdem bestehen rege Kontakte mit der Psychiatrischen Poliklinik, mit welcher fachlich und in bezug auf Weiterbildung des Teams eng zusammengearbeitet wird.

Bei der schweren Drogenabhängigkeit kann eine Beratungsstelle als ambulante Institution nur die Bedeutung eines Gliedes in einer ganzen Behandlungskette haben, die zum Schluss noch kurz skizziert werden soll. **Notwendig ist der Aufbau eines vierstufigen Therapieprogrammes im Rahmen einer Rehabilitationskette:**

1. Geschlossene Institutionen

a) zur ersten Entgiftungs- und körperlichen Behandlung der häufig schwerkranken Drogenabhängigen.

b) Behandlung in einer geschlossenen Institution bis zur Entwicklung einer Motivation und Krankheitseinsicht, da erfahrungsgemäss ohne diese Motivation der Klient immer wieder in den alten Teufelskreis zurückfällt.

Zeitdauer: Bis zu zirka 6 Monate.

2. Offene Institutionen (Jugendheilstätte):

Langfristige Entwöhnungsbehandlung mit dem Ziel eines tiefgreifenden Umstrukturierungsprozesses bei dem Jugendlichen in psychischer und psychosozialer Hinsicht.

Zeitdauer: 6—18 Monate.

3. Uebergangsinstitutionen zur Einleitung einer Rehabilitation:

Errichtung von Uebergangsheimen, Tag- und Nachtkliniken, Wohnheimen, therapeutischen Wohngemeinschaften.

Zeitdauer: 3—12 Monate.

4. Ambulante Institutionen (Beratungsstellen für Jugendliche):

Die Bedeutung der Beratungsstelle läge darin, dass zu den Jugendlichen Kontakte gehalten und ausgebaut werden können, zunächst unabhängig von jeder Institution, nur im ambulanten Rahmen, darüber hinaus in vermittelnder Weise zu anderen behandelnden Institutionen, zum Beispiel vor Eintritt in eine Klinik oder in eine Heilstätte, als drittes im Rahmen einer Weiterbetreuung nach Austritt aus einer Institution oder in Begleitung einer Wohngemeinschaft.

Zum Schluss sei noch ein Wort zu den **Drogengefährdeten im Heim** gestattet, auch wenn viele Heimerzieher mehr Erfahrungen auf diesem Gebiet haben dürften als jemand, der nur in einer ambulanten Institution tätig ist.

Wir sind der Ansicht, dass nur drogengefährdete Jugendliche vor dem «kritischen Punkt», das heisst noch in der Gewöhnungsphase, in ein Heim aufgenommen werden sollten. Nach dem kritischen Punkt bildet sich allmählich die chronische Phase heraus, in der es zur Entwicklung eines eigentlichen Krankheitsprozesses kommt, mit der Ausbildung einer echten physischen Abhängigkeit und einer nur mühsam zu revidierenden Drogenkonditionierung. Hilfe ist hier nur noch durch Spezialeinrichtungen möglich, vielleicht durch besonders spezialisierte Abteilungen eines Heimes im Sinne der «Stufe II und III». Bei Nichtbeachtung dieser Aufnahmebedingung besteht die grosse Gefahr einer sozialen Ansteckung und Drogenepidemie im Heim. Am Beispiel der Alkoholismus-Forschung und -Therapie liesse sich diese These sehr leicht verifizieren.

«Von der erstrebten Erlebniserweiterung zur ebenfalls ungewollten Einengung, zum Zwang und zur Abhängigkeit und damit zum Freiheitsverlust ist bedauerlicherweise nur ein kleiner gefahrvoller Schritt» (ANGST).

Dr. G. Sondheimer

Anschrift:

Dr. G. Sondheimer, Beratungsstelle für Jugendliche, Tösstalstrasse 19, 8400 Winterthur