

Johannes Herwig-Lempp

Akzeptanz und systemisches Denken im Umgang mit Drogenkonsumenten*

Die Arbeit mit Drogenkonsumenten ist alles andere als leicht – unabhängig davon, ob es sich bei den Drogen um Alkohol, Heroin oder andere Stoffe handelt. Der Umgang mit ihnen, sei es in Beratung, Sozialarbeit oder Therapie, ist nervenaufreibend, kräftezehrend, frustrierend und oft wenig erfolgversprechend. Die Arbeit mit den »Suchties« oder »Alkies« und ihren Familien wird als einer der schwierigsten Arbeitsbereiche in der Sozialarbeit gesehen.

Die Gründe hierfür werden in der Regel in der Krankheit der »Abhängigkeit« gesucht und in den Menschen, die Alkoholiker sind oder Suchtprobleme haben: Sie sind so krank, so kaputt und machen uns professionellen Helfern deshalb das Leben schwer. Sie sind uneinsichtig in ihrer Krankheit, sie leisten Widerstand gegen alle Beratungsofferten und therapeutischen Angebote, sie sind nicht immer ganz ehrlich, sie hintergehen ihre Mitmenschen, verführen sie zur Co-Abhängigkeit, kurz: Sie weigern sich, die angebotene Hilfe anzunehmen. Es ist schwierig, jemandem zu helfen, der sich nicht helfen lassen will, dem aber allem Anschein nach unbedingt geholfen werden muß.

Mit dem systemischen Ansatz haben wir in den letzten Jahren gelernt, die Klienten nicht isoliert und für sich alleine zu sehen, sondern in ihrem familiären und sozialen Umfeld. Probleme und problematische Verhaltensmuster werden auf den Kontext bezogen. Man berücksichtigt die soziale Situation der Klienten und ihre Einbindung in ihre Familie ebenso wie ihre anderen Lebens- und Arbeitsbedin-

gungen. Der Blickwinkel hat sich verändert.

Systemiker haben den Anspruch und die Vorstellung, daß ein wesentlicher Aspekt ihrer Arbeit die Entwicklung neuer Sichtweisen für die Klienten ist: Probleme und Schwierigkeiten entstehen, weil aus irgendwelchen Gründen dem Klienten der Blick auf einen mehr oder weniger großen Teil der ihm zur Verfügung stehenden Handlungsalternativen versperrt ist. Aufgabe des Therapeuten ist es, neue Ideen und Anregungen zu entwickeln und dem Patienten anzubieten. Die Kunst besteht – »ganz einfach« – darin, den Klienten in die Lage zu versetzen, sich bisher für ihn Unvorstellbares vorzustellen.

Paul Watzlawick hat (vielleicht nicht als erster, aber dafür eindrücklich) beschrieben, wie ein Festhalten an der Strategie des Mehrdesselben den Ausweg aus einem Problem verhindert (Watzlawick 1969). Der einmal eingeschlagene Lösungsweg wird um jeden Preis beibehalten. Bleibt er erfolglos oder wenig befriedigend, probiert man nicht etwa Neues aus, sondern verstärkt die Anstrengungen in der Hoffnung und Erwartung, daß ein Mehrdesselben schließlich den gewünschten Effekt hervorbringt.

Unser professioneller Umgang mit den Konsumenten legaler und illegaler Drogen ist, wenn wir es einmal unter dem Strich betrachten, auf jeden Fall lange nicht so erfolgreich und befriedigend, wie wir es uns und unseren Klienten wünschen würden. Zu kräfteaufreibend ist diese Arbeit, zu wenig kommt trotz aller Bemühungen dabei heraus.

* Vortrag auf dem Sozialarbeiterstag des Jugendamts Böblingen am 16. 10. 1990.

Traditioneller Umgang

Frage ist nun: Muß das so sein? Oder trägt die traditionelle Haltung gegenüber Alkoholikern und Heroinfixern vielleicht selbst dazu bei, die Arbeit so wenig erfolgreich zu machen?

Betrachten wir einmal nur unseren professionellen Umgang mit Klienten und die uns inzwischen in Fleisch und Blut übergegangenen Konzepte und Handlungsmodelle, so fällt uns auf:

So gut wie alle Probleme der Klienten werden auf Alkohol oder Drogenkonsum zurückgeführt. Drogenabhängigkeit oder Sucht werden also in den Vordergrund gestellt. Und zugleich wird Abstinenz als entscheidende Voraussetzung für eine Lösung betrachtet. Unter Umständen wird die Arbeit mit nicht-trockenen Klienten von vornherein abgelehnt, zumindest aber wird zunächst und zu allererst verlangt, daß sie mit dem Drogenkonsum aufhören, bevor sinnvollerweise Hilfe angeboten wird.

Dabei erscheint bei genauerem Hinsehen die Forderung »Erst Abstinenz, dann Hilfe« als paradox. Denn das Problem besteht ja laut Definition gerade darin, daß der Abhängige krank ist und mit dieser Krankheit die Kontrolle über sein Konsumverhalten verloren hat. Dies würde bedeuten, daß das Nicht-Trinken-Können am Ende des Therapieprozesses steht. Doch wird die Abstinenz bereits als Ausgangspunkt dafür verlangt, daß Hilfe und Unterstützung gewährt werden kann.

Die Meßlatte für den Erfolg der sozialpädagogischen Intervention ist dadurch sehr hoch angesetzt. Sowohl konzeptionell als auch praktisch sind damit keine Veränderungen und Verbesserungen möglich, solange der Klient oder die Klientin weiter trinkt. Man verfährt nach dem Prinzip »alles oder nichts« und wird sich allein schon aus diesem Grund auf eine »Durststrecke« einzustellen haben, bevor – wenn überhaupt – etwas passiert.

Es wird bewußt versucht, den Druck auf

den Klienten und seine Angehörigen zu verstärken, um möglichst schnell Abstinenz, Aufnahme in eine Entzugsklinik oder die Teilnahme an einer Therapie zu erzwingen. Gezielt soll der Leidensdruck dadurch erhöht werden, daß alle Unterstützung und Hilfe für den Abhängigen soweit wie möglich unterbunden wird. Die Nicht-Unterstützung ist wesentlicher Bestandteil des Hilfekonzpts. So unhinterfragt und zugleich unverhohlen wie im Bereich der legalen und illegalen Drogen wird wohl nirgends mehr in der Sozialarbeit versucht, bei den Klienten durch Druck und Zwang ein bestimmtes Verhalten zu erreichen.

Die hochgesteckten Ziele und Erwartungen in der Arbeit mit Alkoholikern bringen mit sich, daß sich die Wahrscheinlichkeit des Eintretens von Erfolgen erheblich verringert. Gleichzeitig setzt man damit aber auch sich selbst gehörig unter Druck. So wenig zimperlich, wie man mit den Klienten umgeht, so hart begegnet man sich selbst. Beides führt dazu, daß man den Spaß an der Arbeit verlieren kann.

Alkoholiker »weigern« sich oft und leisten »Widerstand« dagegen, daß ihnen das Alkoholproblem zugeschrieben wird. Sie wollen nicht »zugeben«, daß sie im Grunde Unmengen trinken und schon lange Alkoholiker sind und eine gründliche Therapie benötigen. Die Folge ist, daß Helfer, Berater und Therapeuten einen Großteil ihrer Zeit damit zubringen, ihre Klienten sowohl durch gutes Zureden als auch durch Zwang zu einer Krankheitseinsicht zu bewegen.

Es fällt ebenfalls auf, daß es keine klare, eindeutige Theorie zum Alkoholismus und zur Drogenabhängigkeit gibt, sondern unzählige, unterschiedliche Beschreibungs- und Erklärungsansätze, die sich aber trotz aller Forschung und engagiertesten Bemühungen bislang nicht zu einer einheitlichen Theorie der Sucht vereinen ließen (vgl. Feuerlein, Lettieri et al.). Dies führt dazu, daß zwar jeder Helfer und Therapeut selbst genau zu wissen meint, wogegen oder womit er kämpft, es ande-

rerseits keine Klarheit und Sicherheit über Vorgehensweisen und Methoden gibt. Die Härte des Vorgehens gegenüber den Klienten, die sich in der Verweigerung der Hilfe bei fehlender Krankheitseinsicht und bei noch nicht erreichter Abstinenz zeigt, ist dadurch zumindest mitbegründet, daß im Krieg gegen Drogen und Alkoholismus (fast) jedes Mittel erlaubt ist. Da Drogen »an sich« gefährlich, schädlich und damit »schlecht« sind, muß und darf ihr Konsum *um jeden Preis* verhindert werden, braucht man in der Wahl der Mittel nicht zimperlich zu sein. Hinzu kommt zuweilen auch heute noch die Auffassung, daß Alkoholiker und die Politoxikomanen der Drogen-Szene ihre Menschenwürde verloren haben und damit auch das Recht, eine menschenwürdige Behandlung zu erhalten.

Zusammenfassend: Nicht nur auf den politischen und juristischen Ebenen, sondern auch in Beratung und Therapie ist unsere Haltung die des Kampfes. Der Umgang mit Drogenkonsumenten ist konzeptionell, methodisch und begrifflich gekennzeichnet von Druck, Zwang, Härte, Widerstand und einer erheblichen Rigorosität im Hinblick auf Ziele und Methoden. Welche Bedeutung kann da anderen Ansätzen zukommen?

Akzeptierende Drogenarbeit

Im Bereich der illegalen Drogen gab es in den letzten Jahren in der Bundesrepublik einige zunächst vereinzelte Versuche, neue Wege zu gehen. Sie wurden bekannt unter Stichworten wie »niedrigschwellige«, »suchtbegleitende«, »nichtbevormundende« oder – am programmatisch klarsten – »akzeptierende Drogenarbeit«. Dabei fand bewußt eine Abkehrung von den traditionellen Prinzipien der Drogenberatung (Abstinenz sowohl als Voraussetzung für Hilfestellung als auch als Therapieziel) statt.

Anlaß für die Neuansätze waren vor allem die beobachtete zunehmende Verelen-

dung in der Drogenszene und die ungenügende Wirksamkeit der mit einem Abstinenzgebot verknüpften Beratungs- und Therapieangebote. Begünstigt wurden diese Ansätze sicherlich auch durch die zunehmende Gefahr der HIV-Ansteckung gerade unter intravenös konsumierenden Drogengebrauchern.

Stichworte der Praxis akzeptierender Drogenarbeit sind der Austausch von Spritzbestecken, sind Spritzenautomaten, Streetwork, Beratungsläden, in denen ohne Vorbedingungen Essens- und Schlafmöglichkeiten geboten werden, und schließlich, besonders umstritten, Methadon bzw. andere Substitutionsmittel. Akzeptierend heißt diese Drogenarbeit, weil sie den Drogenkonsum zunächst als gegeben akzeptiert und nicht vorrangig in Frage stellt. Im Vordergrund steht das Recht des Drogenkonsumenten auf ein menschenwürdiges Leben, – das heißt auch auf gesundheitliche und soziale Bedingungen, die unseren gesellschaftlichen Standards entsprechen. Hilfe hat auch der zu erhalten, der ein scheinbar unverständliches Konsumverhalten an den Tag legt. Dieses Verhalten muß zudem nicht zwangsläufig als Sucht und Abhängigkeit gesehen werden, sondern kann ebensogut als eine persönliche Entscheidung auf der Grundlage eines anderen Wertekonzepts und Lebensstils verstanden werden.

Drogenkonsumenten, so die Prämissen akzeptierender Drogenarbeit weiter, brauchen keinen Vormund, der für sie entscheidet und über sie bestimmt. Freiwilligkeit und Autonomie in den Beratungsbeziehungen sind unabdingbare Voraussetzungen. Sozialarbeiter und Therapeuten brauchen nicht zu wissen und können vor allem auch nicht wissen, was für den einzelnen Drogenkonsumenten richtig, sinnvoll und »gut« ist. Sie überlassen solche Entscheidungen ihren Klienten (vgl. Herwig-Lempp/Stöver 1989).

Akzeptierende Drogenarbeit ist anders, aber ist sie auch erfolgreich?

Eine Beurteilung fällt nicht ganz leicht. Sie

alle kennen sicher die erbitterte Diskussion um das Für und Wider von Methadon. Bei uns in der Bundesrepublik ist es zu einer Glaubensfrage geworden, wie man dazu steht. Die einen sehen darin eine Methode, bei der der Teufel mit dem Beelzebub ausgetrieben werden soll, die anderen vermuten ein Wundermittel. Erstaunlich ist es, wenn man dann in die Schweiz, nach Dänemark oder in die Niederlande kommt und diejenigen hört, die dort die entsprechenden Programme durchführen und in der Praxis erleben: »Ein Wundermittel ist es nicht, für einen Teil der Drogenkonsumenten ist ein Methadon-Angebot sinnvoll, für einen anderen Teil eher nicht, es gibt da kein Patentrezept.« Eine sehr pragmatische Haltung, von der wir in der Bundesrepublik noch einiges entfernt sind. Immerhin aber haben akzeptierende Ansätze inzwischen vor allem in den nördlichen und nordwestlichen Teilen unserer Republik einen Platz innerhalb der Drogenhelfer-Szene gefunden.

Wer den Erfolg von Maßnahmen akzeptierender Drogenarbeit beurteilen will, muß einberechnen, daß das Ziel nicht Abstinenz, sondern eine Verbesserung der Lebensqualität von Drogenkonsumenten sein soll. Wichtiger als möglichst schnelle Abstinenz oder baldige Teilnahme an einer Therapie ist jedoch, daß sich die gesundheitliche und soziale Situation der »Junkies« zunächst verbessert und stabilisiert, und daß die Klienten – ganz wichtig – mit dem Streetworker oder den MitarbeiterInnen der Beratungsstellen in Kontakt und im Gespräch bleiben. Dies wird als entscheidende Grundlage dafür gesehen, daß die Klienten selbst in der Lage sind, früher oder später selbständig Veränderungen in ihrer Lebensweise vorzunehmen. Zudem werden die Prognosen umso günstiger, je mehr es von vornherein gelingt, gesundheitliche, soziale und psychische Schäden zu vermeiden, anstatt sie als ein Mittel zur Erhöhung des Leidensdrucks gezielt einzusetzen.

Systemischer Ansatz

Ich komme zum systemischen Ansatz, der in der akzeptierenden Drogenarbeit bisher keine Bedeutung hatte. Der Grund liegt mit darin, daß die Sozialarbeiter dort der Gefahr und Verlockung, womöglich doch wieder mit ihren Klienten auch nur im entferntesten so etwas wie Therapie zu machen, auf jeden Fall entgehen wollten. Erst in letzter Zeit beginnt man in diesem Bereich, die Chancen und Möglichkeiten dieses Therapie- und Beratungsansatzes zu erkennen.

»Systemisch« zu arbeiten ist »in«. Die Gefahr besteht, daß »systemisch« zu einem Schlagwort verkommt. Wenn man genauer hinschaut, gibt es viele unterschiedliche Schulen, die sich »systemisch« nennen. Natürlich wird damit zunächst einmal betont, daß man es mit einem System von Menschen zu tun hat, also Menschen, die miteinander in Verbindung stehen und miteinander kommunizieren, die füreinander eine besondere Bedeutung haben. Als ein System kann ein Paar, eine Familie, eine Freundesclique oder eine Gruppe von Menschen an ihrem Arbeitsplatz betrachtet werden.

Doch stehen die Begriffe »Systemische Therapie« oder »Systemische Beratung« inzwischen für weitäus mehr als lediglich die Tatsache, daß man das Umfeld des »identifizierten Patienten« mitberücksichtigt und daß man mehr als eine Person zur Therapiesitzung oder zum Beratungsgespräch einlädt.

Das für mich Wichtigste am Systemischen Ansatz ist, daß systemische Therapeuten und Berater ihre Klienten unabhängig davon, mit welchem Leiden oder Problem sie kommen, als selbständige, erwachsene Menschen behandeln. Sie sehen sie von vornherein als autonome Subjekte, die so wie alle anderen Menschen auch eigensinnig sind, d. h. selbst Sinn herstellen. Das Wort »eigensinnig« wird meist abwertend auf widerspenstige Kinder angewandt, es

bedeutet aber nichts anderes, als daß der oder die Betreffende einen eigenen Willen hat und »seinen Kopf durchsetzen« will, auch wenn dies nicht mit den Interessen der anderen übereinstimmt. Aus systemischer Sicht sind Lebewesen, ich zitiere Efran und Kollegen, »so geschaffen, daß sie *immer* das tun, was sie wollen. Sie tun aber nicht immer das, was sie *sagen*, sie möchten es tun, oder was andere denken, sie sollten es tun« (Efran et al. 1989, S. 10).

Es handelt sich hierbei um eine Grundvoraussetzung: *jeder* Mensch ist eigensinnig, selbständig, autonom. Sein Verhalten macht Sinn, ist sinnvoll – wenn nicht für mich, so doch für ihn selbst und aus seiner Sicht. Diese Ausgangsannahme wird grundsätzlich auf jede Klientin und jeden Klienten rücksichtslos angewendet – »rücksichtslos« weil ohne Rücksicht auf traditionelle psychotherapeutische, medizinische oder sozialwissenschaftliche Konzepte: was dort als krankhaftes, weil abweichendes Verhalten beschrieben, definiert und behandelt wird, gilt unter systemischen Therapeuten auf jeden Fall nicht als »verrückt« und »unsinnig«: Das Verhalten des Klienten macht einen Sinn, es ist sinnvoll, das heißt es ist das Beste unter den aus seiner Perspektive erkennbaren und möglichen Verhaltensalternativen. Diese Prämisse, dieses Menschenbild ist Grundlage für Therapie und Beratung, ob mit Familien, Paaren oder Einzelnen. Denn nicht die Anzahl der Teilnehmer an einer Sitzung macht »das Systemische« aus, sondern das theoretische und handlungsorientierte Gerüst, das sich um den Kerngedanken des autonomen Subjekts, dessen unantastbare Menschenwürde gerade in seiner Eigensinnigkeit liegt, aufbaut und das ich nun in einigen Punkten skizzieren will.

1. Der Klient ist für sich selbst verantwortlich. Er hat selbst zu entscheiden und zu bewerten, was gut für ihn ist. Diese Verantwortung kann ihm nicht abgenommen wer-

den, das heißt auch: Sie darf ihm nicht abgenommen werden. Der Therapeut oder Berater ist lediglich für sich selbst und sein Handeln während der Beratung und Therapie verantwortlich, nicht aber für seinen Klienten und nicht dafür, wie dieser sich im Einzelfall und im Allgemeinen zu handeln und zu leben entscheidet.

2. Instruktive Interaktion ist nicht möglich, das heißt, ein unmittelbarer Zugriff auf die Person und Persönlichkeit des Gegenübers kann nicht erfolgen. Zwar kann man den anderen täuschen, manipulieren oder zwingen, um ein bestimmtes Verhalten zu erreichen, doch läßt sich seine Persönlichkeit nicht beeinflussen. Nicht der Therapeut verändert den Klienten, sondern der Klient verändert sich selbst.

3. Jeder Mensch wählt unter den ihm erkennbaren und erreichbaren Handlungsmöglichkeiten die ihm jeweils am besten erscheinende. Naturgemäß ist unsere Sicht immer eingeschränkt, gemessen an dem, was (uns) alles möglich wäre. In der Regel leiden wir nicht darunter. So tritt der systemische Therapeut erst dann in Erscheinung, wenn der Klient ihn um Hilfe bittet, weil er keinen Ausweg mehr sieht oder aber nur noch Lösungsmöglichkeiten erblickt, die alle gleich schlecht sind. Aufgabe des Therapeuten ist es, die Bandbreite oder Sichtweisen zu vergrößern, um dem Klienten eine größere Auswahl zu erlauben. Mit den Worten von Ebeling: »Systemische Therapie ist dann effektiv, respektvoll und schön zu nennen, wenn sie dazu anregt, für alle Beteiligten stets neue, konstruktive Möglichkeiten zu eröffnen« (Ebeling 1989, S. 26).

4. Systemiker verzichten auf Diagnosen, Etiketten und Ursache-Wirkungskonzepte. Sie kümmern sich wenig um Schulweisheiten in Form von Diagnose-, Erklärungs- und Behandlungskonzepten. Aber gehen sie da nicht völlig an der Realität vorbei, laufen sie damit nicht Gefahr, die Wirklichkeit zu

mißachten und deshalb auch wirkungslos zu werden?

Die Fragen nach der Wirklichkeit – also: »Wie ist es wirklich?« »Was sind die wahren Ursachen?« »Was ist die richtige Behandlung?« – stellen Systemiker deshalb nicht, weil sie sie für unnütz halten. Wirklichkeit oder das, was für die wirkliche Wirklichkeit gehalten wird, ist für sie ein Konstrukt. Wie Heinz von Foerster, Kybernetiker und einer der theoretischen Väter (man kann auch sagen: eine der Bezugspersonen) der Systemischen Therapie formuliert, ist »Objektivität ... die Wahnvorstellung eines Subjekts, daß es beobachten könnte ohne sich selbst« (Einführung in den Konstruktivismus, S. 19).

Die Suche nach Wahrheit ist für Systemiker wenig nützlich und hält ihrer Meinung nach nur auf. So haben selbst jahrzehntealte Diagnosen wie Schizophrenie oder Alkoholismus den entscheidenden Nachteil, daß keine eindeutige Festlegung auf eine bestimmte Definition besteht, man also nicht sicherstellen kann, daß jeder dasselbe meint, wenn man davon spricht. Zudem haben sie stigmatisierenden Charakter für den, der von diesen Definitionen betroffen ist, und nicht nur das: sie tragen möglicherweise entscheidend dazu bei, daß bestimmte Verhaltens- oder Konsummuster aufrechterhalten werden.

Bedenken Sie die unglückliche Wirkung im Sinne einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung, die die nur scheinbar gesicherten Merk-Sätze und Regeln wie »einmal Alkoholiker, immer Alkoholiker« oder »nach dem ersten Glas Bier bist du wieder süchtig« sowohl auf den jeweiligen Menschen als auch auf seine Umgebung haben können. Auch aus diesem Grund verzichtet man in Systemischen Kreisen auf traditionelle Krankheitsdefinitionen und mißachtet herkömmliche Erklärungsmodelle.

5. Ausgangspunkt ist immer das Leiden der Klienten – und zwar so, wie sie es benennen. Sie definieren das Problem, legen fest, in welchem Bereich es liegt und

gelöst werden soll und wann es gelöst ist. Systemische Therapeuten legen sehr viel Wert darauf zu achten, daß sie nicht Probleme beraten, die der Klient gar nicht behandelt haben will. Selbstverständlich ist, daß keine Zwangsbehandlung stattfindet, daß die Patienten freiwillig kommen – und wieder gehen können, wenn sie wollen.

6. Der Therapeut kann nicht wissen, was für den Klienten gut ist. Er kennt nicht die Lösung des Problems. Der Ausgang von Therapie und Beratung ist offen. Er versucht nicht, den Klienten irgendwohin zu zerrren und zu ziehen, wo er ihn hinhaben will. Er verlangt nicht ein bestimmtes, von ihm selbst für richtig und gut befundenes Verhalten als Zeichen der erreichten Lösung und des Therapieerfolgs.

Es bestehen die Alternativen, entweder die Wirklichkeit zu verändern (ein bestimmtes Verhalten des Klienten beispielsweise oder seines Mitmenschen) – oder aber man bietet dem Klienten an, daß er sein Bild der Wirklichkeit ändert beziehungsweise eine andere Bewertung von Tatsachen vornimmt.

Einige von ihnen kennen vielleicht die alte Geschichte – alt, weil sie älter ist als die Systemische Therapie –, bei der ein Mann über Schlaflosigkeit klagt. Ein Freund empfiehlt ihm einen Arzt, der ihm möglicherweise helfen könne. Nach einigen Monaten treffen sie sich wieder. »Übrigens, mit dem Arzt, den du mir empfohlen hast, bin ich sehr zufrieden« sagt der eine zum andern. »Ah, schön, liegst Du nachts nicht mehr stundenlang wach?« »Doch, das schon,« antwortet er, »aber jetzt stört es mich nicht mehr.«

Nicht immer muß unmittelbar eine Veränderung erreicht werden, oft lassen sich durch eine andere, »lockerere« Einstellung gegenüber scheinbar unverrückbaren Tatsachen Verbesserungen erreichen. Wird das Problem nicht mehr so drastisch gesehen, verliert es erst mal an Gewicht und Bedeutung, läßt es sich auch leichter ange-

hen, löst sich unter Umständen dann auch »von selbst«. Man kann dann beispielsweise wieder schlafen.

7. Die Achtung der Autonomie des Klienten bringt mit sich, daß das Konzept des »Widerstands« überflüssig wird und verschwindet. Dieser vor allem in der Psychoanalyse entwickelte Begriff wird durch »Kooperation« ersetzt. »Jede Familie, Einzelperson oder Paar zeigt eine einzigartige Weise des Kooperierens und die Aufgabe des Therapeuten besteht zuerst darin, sich selber diese spezifische Weise, die die Familie zeigt, zu beschreiben und dann mit dieser zu kooperieren und auf diese Weise Änderungen zu fördern« (De Shazer 1982, S. 9).

Aus zwei Gründen erübrigt sich »Widerstand«: Zum einen rein praktisch, denn der Klient fühlt sich ernst genommen und nicht jemandem gegenüber, der ihn bekämpft und mit Gewalt in irgendeine Richtung zerren will. Zum anderen benötige ich »Widerstand« konzeptionell nicht mehr, wenn ich davon ausgehe, daß – wenn der Klient mich nicht versteht oder meine Vorschläge nicht annimmt – meine Ideen einfach nicht »gepaßt« haben und es meine Aufgabe ist, andere zu finden, um ihm gerecht zu werden.

8. Schließlich, last but not least, zeichnen sich in meinen Augen Systemische Beratung und Therapie im Umgang mit den Klienten durch gegenseitigen Respekt und Höflichkeit aus. Gleichzeitig wird der Umgang entspannter, spielerischer und bei aller Ernsthaftigkeit auch humorvoller.

Aber in der Praxis?

Was kann die Anwendung dieser Denk- und Handlungsweisen für den professionellen Umgang mit Drogenkonsumenten bedeuten, welche Unterschiede und neuen Möglichkeiten ergeben sich? Wie und wo

kann man ansatzweise Veränderungen einführen, und wo macht ein Unterschied im Konzept auch einen Unterschied für den Klienten?

In unserer sozialarbeiterischen Praxis verfügen wir nicht über ein therapeutisches Setting. Doch ist meiner Meinung nach Systemische Therapie im Grunde weniger Therapie als vielmehr Beratung – geht es doch nicht um Eingriffe in die Person und nicht um die Reparatur defekter Strukturen, sondern »nur« um die Erweiterung des Handlungs- und Entscheidungsspielraums der Klienten, also genau das, was wir im traditionellen Sinn unter »Beratung« verstehen.

Ich möchte im folgenden einige Anregungen dafür geben, wie Akzeptanz und systemische Gesichtspunkte Eingang finden könnten in den Umgang mit Klienten, die (möglichst allgemein formuliert) »ein Suchtproblem« haben. Dabei geht es nicht um ein völlig neues, großangelegtes und tiefeinschneidendes Konzept. Ich werde einige Möglichkeiten aufzählen, mit denen sich allmählich kleine Veränderungen einrichten lassen.

1. Wir können dem Klienten vermehrt das Recht eingestehen, so zu sein, wie er ist, das heißt, auch seine Probleme in der Art und Weise darzustellen, wie er es tut und er es für richtig hält. Nicht immer mag seine Beschreibung mit unserer Sichtweise übereinstimmen. So wird er vielleicht seine Trinkmuster als Ausdruck und Folge der familiären Schwierigkeiten beschreiben oder aber ganz »ableugnen« und »bestreiten«, während für uns der Alkoholkonsum unübersehbar ist und möglicherweise als eine der entscheidenden Ursachen betrachtet wird.

Es ist nicht notwendig, daß wir unsere eigene Sichtweise in den Vordergrund stellen, womöglich sogar verlangen, daß sie vom Klienten anerkannt wird.

Kein Wunder, daß wir bei einem solchen Versuch dabei auf einigen Widerstand stoßen würden. Oft genug wird die Beziehung

zwischen SozialarbeiterInnen und Ratsuchenden unnötig dadurch belastet, daß die Professionellen meinen, die »wahren« Ursachen der Probleme erkennen zu können und von den Klienten die Übernahme dieser Ansichten verlangen. Eigentlich ja ganz *natürlich*, daß sich Klienten dagegen verwehren und auch wehren, fremde Problemdefinitionen übergestülpt zu bekommen.

Wir können mit den Klienten in ihrer Sicht der Dinge kooperieren. Warum nicht warten, bis sie das Thema Alkohol oder Drogen selbst ansprechen? Aus systemischer Sicht gibt es keine »tieferliegenden« Probleme oder »wahreren« Ursachen. Auch Veränderungen in scheinbar unwichtigen Nebensachen können weitere Veränderungen bewirken. Warum nicht dort anfangen, wo die Klienten bereit und willens sind, mitzuarbeiten. Sich immer gleich auf das vermeintliche Hauptproblem »Sucht« zu stürzen und dann wie das Kaninchen vor der Schlange gebannt davor zu sitzen, das heißt, sich davon auch nicht mehr abbringen zu lassen, hat ganz einfach den Nachteil, daß man schon im voraus zu wissen meint, wie Kontakt und Beratung verlaufen werden, nämlich langwierig, unerfreulich und womöglich nicht unbedingt erfolgreich.

2. Wir können uns und unseren Klienten Zeit lassen. Gerade als »schwer« eingestufte Probleme werden schon seit längerer Zeit bestehen. Kurzfristig dann eine Lösung anzustreben, ist besonders wenig sinnvoll. Will man von den Klienten nicht ein bestimmtes Verhalten erzwingen, von dem man selbst überzeugt ist, daß es richtig und gut ist, so braucht man »Spielraum« für sich und den Klienten. Ein wesentliches Gestaltungsmittel ist dabei Zeit. Je schneller etwas erreicht werden soll, desto mehr fühlt man sich im Druck, desto weniger hat man Platz zum Phantasieren, zum Generieren neuer Ideen und neuer Verhaltensweisen, zum Ausprobieren.

3. Wir brauchen nicht nur auf »das Problem« zu starren. Wir müssen uns nicht zwangsläufig nur auf die Defizite, die Fehler, Mängel und Schwierigkeiten unserer Klienten stürzen. Wir können, wie es so schön heißt, auch »die Ressourcen der Klienten berücksichtigen«.

Denn kein Problem besteht ständig in der gleichen Intensität, kein Alkoholiker trinkt *immer* gleich viel, keine Familie leidet *immer* gleich stark unter dem Drogenkonsum des Sohnes. Man tendiert dazu, mit den Klienten ausschließlich über Probleme, ihre möglichen Ursachen und wünschenswerten Lösungen zu sprechen. Was weiß man selbst von und mit der Familie darüber, wie oft und wie lange das Problem *nicht* besteht? Oft kann man ohne große Mühe herausfinden, daß der Vater in bestimmten Situationen gar nicht das Verlangen hat zu trinken. Diese Situationen sind unter Umständen allen in der Familie zwar bekannt, werden aber vom Eindruck der Übermacht des Alkoholkonsums gar nicht mehr wahrgenommen. Solange der Berater von solchen Ausnahmen nichts weiß, kann er sie auch nicht für den Beratungsprozeß nutzen – etwa indem er der Familie oder dem Klienten vorschlägt, diese Situation bewußt häufiger herbeizuführen.

Der »(als Drogenkonsument) identifizierte Klient« oder seine Angehörigen stehen schnell als Versager vor uns: Wenn sie nicht – so der unausgesprochene Kontext der Beratungssituation – schon lange vergeblich mit ihren Problemen gekämpft hätten, bräuchten sie keine Hilfe von außen. Von Familie und Helfern wird leicht vergessen, daß die Klienten meist selbst schon erhebliche Anstrengungen unternommen haben. Nach diesen Versuchen können wir fahnden. Wir können unsere Klienten loben und Anerkennung über ihr Bemühen und ihre Anstrengungen äußern, selbst wenn es bisher nichts oder nur wenig geholfen zu haben scheint. Dies hilft uns und ihnen, vorhandene Fähigkeiten und Stärken wiederzuentdecken und auch einzusetzen.

4. Wir können mit den Klienten sehr kleine Schritte vereinbaren, die als Übungen oder Experimente formuliert werden. Sie haben den Vorteil, daß sie, wenn sie einverständlich entwickelt werden, leicht erreichbar sind und damit auch Erfolge ermöglichen. Beispiel kann sein, daß wir mit einem Vater überlegen, wie er sich einmal mit seinen Kindern einen schönen Nachmittag machen kann. Unter dem Anspruch eines Experiments eingeführte minimale Veränderungen haben zudem den Vorteil, daß sie nicht entscheidend in das System eingreifen. Wer kann vorhersagen, was in einer Familie passiert, in der der Vater die Auflage erhält, innerhalb von vier Wochen abstinenz zu werden und eine Therapie zu beginnen, da andernfalls seine Kinder aus der Familie herausgenommen werden müßten? Aus systemischer Sicht regt der Berater lieber zu kleineren Veränderungen an.

5. Wir können mit unseren Klienten gemeinsam über die Zukunft phantasieren. Warum sollten wir, betont Ebeling, »immer nur über die Wahrscheinlichkeit der Hölle reden und nicht auch einmal mit dem Paradies drohen?« (Ebeling, S. 40). Eine, wie ich finde, sehr elegante Art, Phantasien über die Zeit nach der Lösung des Problems zu wecken und damit auch Vorstellungen über konkrete Veränderungen zu entwickeln, ist die von Kim Insoo Berg und Steve de Shazer entwickelte »Wunderfrage«: »Angenommen, über Nacht geschähe ein Wunder und Ihre Probleme wären gelöst. Woran würden Sie am nächsten Morgen erkennen, daß dies Wunder eingetreten ist. Beschreiben Sie, inwiefern sich ihr Verhalten geändert hätte,« – wobei man der Beantwortung dieser Frage viel Raum einräumen und sie so ausführlich und weitreichend wie möglich von den Klienten gestalten läßt. Im Anschluß daran kann überlegt werden, wo bereits jetzt Ansätze dieser Veränderungen erkennbar sind, die verstärkt werden können. Weiter kann man gemeinsam mit den Klienten

überlegen, wo sie möglicherweise bereits jetzt, gewissermaßen im Vorgriff auf eine erfolgte Lösung, einige Bestandteile des dann zu erwartenden Verhaltens umsetzen können.

6. Wir brauchen mit unseren Klienten nicht nur in die rosige Zukunft zu schauen, wir können mit ihnen auch besprechen, was sie tun müßten, um ihre Lage zu verschlechtern. Dies scheint paradox: Warum sollte man seine Lage noch verschlimmern wollen? Doch können diese und andere, in ähnliche Richtungen zielende Fragen und auch Aufgaben dazu beitragen, allmählich wieder ein Gefühl der Kontrolle über die eigene Situation zu entwickeln.

Die grundlegende Erfahrung der Klienten ist: Ich habe die Situation nicht mehr im Griff, ich bin es nicht mehr, der entscheidet, das Problem oder die Sucht hat mich überwältigt. Aus systemischer Sicht, ich habe es schon gesagt, gehen wir davon aus, daß jedes Subjekt autonom ist und seine Situation selbst im Griff hat, es aber unter Umständen anders erlebt. Da ist es manchmal leichter sich diese Kontrolle dadurch deutlich zu machen, daß man sich vergegenwärtigt, daß man die Situation zumindest noch schlimmer machen kann als sie ist. Ein Beispiel wäre: »Mal angenommen, sie wollten Ihren Alkoholkonsum am Wochenende noch steigern: Was müßten Sie vorher alles unternehmen, wie könnten Sie die Stimmung zu Hause so verändern, daß Ihnen das gelingt?«. Eine ähnliche Frage läßt sich auch an den Partner oder die Kinder stellen: »Wie müßtest Du Dich verhalten um zu erreichen, daß Dein Vater *mehr* trinkt als sonst?«

7. Wir können Stagnationen und Rückschläge im voraus einplanen und zulassen. Kein Beratungsprozeß verläuft geradlinig, oft genug gibt es für Klienten und Berater Punkte, an denen sie glauben, »jetzt stehen wir wieder am Anfang, alles war umsonst«. Im Zusammenhang mit Alkohol- und Drogenproblemen sind es natürlich, wenn

auch natürlich nicht nur, die gefürchteten »Rückfälle« von der Abstinenz in alte Kosummuster. Diese Rückfälle zu verhindern ist normalerweise oberstes Ziel, weil sie »alles Erreichte wieder zunichte machen«. Das Vertrackte an ihnen ist nur, daß sie fast unvermeidlich sind. Warum aber sie dann nicht entdramatisieren, sie etwas selbstverständlicher nehmen, in die eigenen Planungen miteinbeziehen und sie im Gespräch mit dem Klienten bereits vorwegnehmen? Ihre Bedeutung verringert sich dadurch, und damit auch ihre negativen Auswirkungen auf den gesamten Beratungsprozeß.

8. Wir brauchen unsere Klienten nicht zu kontrollieren. Nicht wir sind verantwortlich für sie, sondern sie selbst. »Ist sie wirklich noch »trocken« oder trinkt sie womöglich schon wieder und lügt mich an?« Mißtrauen ist Folge des Versuchs, die Klienten kontrollieren zu wollen. Verzichten wir darauf, behandeln wir unsere Gegenüber wie erwachsene Menschen, die selbst zu wissen haben, was sie tun, erübrigt sich nicht nur das Mißtrauen, denn ich arbeite dann eben mit dem, was mir die Klienten anbieten. Wenn es nicht ganz der von ihnen erlebten Wahrheit entspricht, haben sie den Nachteil davon, nicht ich. Lieber verzichte ich auf mein Mißtrauen und darauf, in meinen Klienten hinterhältige, lügende und mich ständig austricksen wollende kleine Monster zu sehen, die mir nur das Leben schwer machen.

9. Nicht immer werden wir auf Kontrolle verzichten können, und nicht immer werden wir den Klienten die Entscheidung überlassen können. Die Entscheidungs- und Verantwortlichkeitsstrukturen sollten dann offengelegt werden, daß so bald wie möglich klar und unmißverständlich dargelegt wird, wann und unter welchen Bedingungen wer welche Entscheidungen zu treffen hat. So liegt die Entscheidung darüber, ob ein Kind aus einer Familie genommen werden muß oder nicht, oft nicht mehr

bei der Familie. Sie kann aber ausführlich darüber unterrichtet werden, wer diese Entscheidung fällt und welche Gesichtspunkte, das heißt auch konkrete Verhaltensweisen, dabei eine Rolle spielen.

Schluß

Vielleicht fragen Sie sich, wo die Besonderheiten der Systemischen Umgangsweise mit Drogen- und Alkoholkonsumenten im Gegensatz zu anderen systemisch ausgerichteten Beratungen liegen.

Wenn man Steve de Shazer, einen bekannten systemischen Kurzzeittherapeuten, fragt, ob er etwas zu seinem Konzept mit den besonderen Problemen bei Drogenabhängigkeit sagen kann, sagt er das, was andere Systemische Therapeuten oder Berater auch sagen würden: »Es gibt keine besonderen Probleme mit Drogenkonsumenten, ich arbeite mit Ihnen wie mit anderen auch.«

Der systemische Ansatz ist kein Wundermittel. Er will auch nicht die reine Lehre der einzig richtigen Therapie- und Beratungsform darstellen. Er bietet sich an als ein Werkzeug unter mehreren. Ob man aus einem Werkzeugkasten Hammer, Zange, Schraubendreher oder Bohrer nimmt, hängt davon ab, was man erreichen will und welches Werkzeug man in diesem Fall dann für das geeignetste hält. Nicht jeder wird sich für eine systemisch orientierte Vorgehensweise entscheiden, manch einem erscheint sie einfach zu leichtfertig, zu oberflächlich, zu optimistisch. Zudem kann eine systemische Beratung andere Angebote wie Drogenberatung, Entzugsklinik, ambulante und stationäre Therapeuten nicht völlig ersetzen.

Der Hauptunterschied der systemischen gegenüber der traditionellen Vorgehensweise ist, daß sich der Druck verringert – für Klienten und Sozialarbeiter. Die Klienten fühlen sich nicht mehr gezwungen, sich unmittelbar und sofort ganz und gar ändern zu müssen. Und die Profis können einen

Teil der Verantwortung, nämlich den, für das Verhalten ihrer Klienten durch ihre Interventionen verantwortlich zu sein, an die Klienten abgeben. Die Atmosphäre entspannt sich, es entsteht Raum für Veränderungen.
Man geht kooperativ miteinander um und

ist höflich, man respektiert und akzeptiert sich gegenseitig. Ganz selbstverständlich, daß man dann besser und effektiver miteinander arbeitet. Ziel und Ergebnis sind für mich dabei auch, daß wir wieder mehr Spaß an der Arbeit mit Drogenkonsumenten haben können.

Weiterführende Literatur

- Horst Bossong & Christian Marzahn* (Hg.): Sucht und Ordnung. Drogenpolitik für Helfer und Betroffene, Frankfurt a. M. 1983.
- Axel Dinslage*: Ein Systemier in Kontrolllettiland – Der systemische Ansatz als Herausforderung für die Drogentherapie. Impulsreferat auf dem Freiburger Drogensymposium 9.–11. 2. 1987.
- Wolfgang Ebeling*: Problem Sucht, Suchtprobleme – Suche nach neuen Lösungen durch systemische Perspektiven, in: Fritz Buchholtz (Hg.), Suchtarbeit: Utopien und Experimente, Freiburg i. Br. 1989, S. 25–41.
- Jay S. Efran, Kerry P. Heffner & Robert J. Lukens*: Alkoholismus als Auffassungssache, Struktur-Determinismus und Trinkprobleme, in: Zeitschrift für Systemische Therapie 3/1988, S. 180–191 (in diesem Heft befindet sich auch eine Reihe von Kommentaren zu diesem Konzept) und in: Familiendynamik 1/1989, S. 2–12.
- Einführung in den Konstruktivismus, München 1985.
- Franz Erbach & Kordula Richelshagen*: Isomorphe Strukturen im Kontext der Suchthilfe. Ein Versuch, über den Rand des Spiegels zu blicken, in: Familiendynamik 14, 27–46 (1989).
- Wilhelm Feuerlein* (Hg.): Theorie der Sucht, Berlin 1986.
- Jürgen Hargens*: Der Mythos der Kontrollierbarkeit, in: Psychologie heute, Juli 1987, 58–63.
- Ders.*: Alkoholbehandlung im sozialen Wandel? in: Suchtgefahren 34, 515–516 (1988).
- Johannes Herwig-Lempp*: Drogenabhängigkeit als Erklärungsansatz – Vorschlag zur Veränderung der Perspektiven, in: drogen-report 1/1987, 12–15.
- Ders.*: Das Phänomen der sogenannten Neuen Süchte, in: Neue Praxis 1/1987, 54–64.
- Ders.*: Automaten. AIDS-Prävention und Akzeptanz in der Drogenarbeit, in: vor-sicht, Nov./Dez. 1987, S. 6–13.
- Ders.*: Der systemische Ansatz im Suchtbereich, in: Zeitschrift für Systemische Therapie, 6. Jg., 3/1988, 195–201.
- Ders. & Heino Stöver*: Grundlagen akzeptierender Drogenarbeit, in: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung Jg. 11, Heft 2/3/1988, S. 51–64.
- Gerry Lane & Amy Schneider*: Ein Ritual von Achtung und Respekt, in: Zeitschrift für Systemische Therapie 2/1990, S. 103–108.
- Dan Lettieri et al.*: Theories on Drug Abuse, Selected Contemporary Perspectives, NIDI Research Monograph 30, 1980.
- Arnold Retzer, Fritz B. Simon & Gunthard Weber*: Von der Idee der »Krankheits«-Einsicht zur Auflösung der »Krankheits«-Idee, Präsentation auf dem Forum 24 der IGST, 6.–8. 10. 1989 in Heidelberg.
- Gunther Schmidt*: Rückfälle von als suchtkrank diagnostizierten Patienten aus systemischer Sicht, in: Joachim Körbel (Hg.): Der Rückfall der Suchtkranken, Berlin 1988, 173–213.
- Barbara Schmidt-Keller & Rudolf Klein*: Erfahrungen in der ambulanten systemischen Therapie des »Alkoholismus«. Anregungen zum Erzeugen von Unterschieden, in: Zeitschrift für Systemische Therapie 2/1990, S. 81–93.
- Sebastian Scheerer und Irmgard Vogt* (Hg.): Drogen und Drogenpolitik. Ein Handbuch, Frankfurt/New York 1989.

- Matthew Selekman*: Zähmung des Chemie-Monsters: Kybernetisch-systemische Therapie mit jugendlichen Drogenabhängigen, in: Zeitschrift für Systemische Therapie, 7. Jg., 4/1989, 280-287.
- Steve de Shazer*: Noch einmal: Widerstand, in: Zeitschrift für Systemische Therapie 2/1990, S. 76-80.
- Ders.*: Der Dreh, Heidelberg 1990.
- Fritz B. Simon & Gunthard Weber*: Das Ding an sich. Wie man »Krankheit« erweicht, verflüssigt, entdinglicht ... in: Familiendynamik 13, 57-61 (1988).
- Gisela Völger & Karin von Welck*: Rausch und Realität. Drogen im Kulturvergleich, Reinbek 1982.
- Paul Watzlawick et al.*: Menschliche Kommunikation, Bern 1969.
- John H. Weakland/John J. Herr*: Die Beratung älterer Menschen und ihrer Familien, Bern 1984 (eine sehr gute Einführung in den systemischen Ansatz!).

erschienen in:

SOZIALPÄDAGOGIK Heft 5/ Sept./Okt. 1991, S.210-221