

Zeitschrift: SuchtMagazin
Herausgeber: Infodrog
Band: 29 (2003)
Heft: 2

Artikel: Suchttherapie zwischen Handwerk und Kunst
Autor: Kolbe, Ottmar
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-800875>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 13.04.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Suchttherapie zwischen Handwerk und Kunst

Suchttherapeutisches stationäres Arbeiten ist aus verschiedenen Gründen sehr anfällig für Lehrmeinungen, Dogmen und Einäugigkeiten – selten zum Nutzen der PatientInnen. Ausgehend von der Begegnungsphilosophie Martin Bubers beschreibt der Autor einen Umgang mit dieser Problematik.

OTTMAR KOLBE*

Nach mehr als elf Jahren Arbeit in der Alkoholismustherapie, ist es für mich an der Zeit, Erfahrungen und Einblicke mit und in die stationäre Suchttherapie mit Alkoholkranken schriftlich festzuhalten und zur Diskussion zu stellen. Seit 1992 arbeite ich an der Forel Klinik in Ellikon/Schweiz als Psychotherapeut mit ausschliesslich männlichen Patienten. Zuvor war ich als Pfleger auf der Alkoholentwöhnungsstation einer Psychiatrischen Kli-

* Ottmar Kolbe, Diplompsychologe, arbeitet seit 1989 als Psychotherapeut im suchttherapeutischen Bereich. Nebst einer Ausbildung zum dipl. Psychiatriepfleger (SRK) und zum dipl. Lauftherapeuten (DLZ) absolvierte er Weiterbildungen mit den Schwerpunktthemen Gruppen- und Institutionsdynamik. Kontaktadresse: Forel Klinik, 8548 Ellikon a.d.Thur, T: 052 3691111, E-mail: ottmar.kolbe@forel-klinik.ch Der Beitrag erschien in veränderter Fassung im Bulletin der Forel Klinik 2003.

nik in der Nähe von Zürich auf einer gemischt-geschlechtlichen Abteilung tätig. Ich habe in der Zeit viele MitarbeiterInnen kennen gelernt, habe mit ihnen in unzähligen Diskussionen im Ringen um das «richtige Tun» meine eigenen Erfahrungen in Worte formen können, wofür ich ihnen sehr dankbar bin. Dabei habe ich manches als Bereicherung und Ausweitung meines eigenen Horizontes erfahren, manches auch zurückgewiesen und meine Augen immer wieder neu fragend, fasziniert oder auch rat- bis hilflos auf die Patienten und das Phänomen «Sucht» richten lassen.

Stets eine Herausforderung

Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit sind gewiss kein einfaches Volk. Und es mag stets eine Herausforderung für das therapeutische Personal sein, diesen Patienten Gelegenheit zu geben, sich mit ihrer Sucht, vor allem mit ihrem Leben auseinanderzusetzen. Ich habe die Erfahrung gemacht, dass bei dieser Auseinandersetzung sehr oft Vorurteile auf beiden Seiten hindernd wirken. Auf der einen Seite: «Suchtarbeit ist Knochenarbeit, harte Konfrontation», auf der anderen Seite: «Vor den TherapeutInnen muss man aufpassen...». Statt Dialog findet dann vielleicht eher so was wie eine gegenseitige Selbstbestätigung von Meinungen und vorgefertigten Theorien statt. Um sich mit dem Leben, um sich selbst besser kennen zu lernen, braucht es ja bekanntlich den anderen. Das «Erkenne Dich selbst», von dem Alexandre Jollien in seinem Buch «Lob der Schwachheit»¹ schreibt oder Kierkegaards «Werde der, der du bist» in seinem Werk «Entweder – Oder»² bedeuten nicht Rückzug in die eigene Innerlichkeit, keine Flucht vor der Welt, sondern ein Ausloten des eigenen Selbst, das nur im Dialog mit dem

Anderen – auch mit den TherapeutInnen – möglich ist. Dass wissenschaftliche Namen für Pathologien des Verhaltens und Erlebens, für das Leiden diesen Dialog auf eine – dann – schiefe Bahn der Wissensmacht setzen, fördert das Zustandekommen eines solchen Dialogs sicherlich nicht. Ich vermute mal, dass es Alkoholikern lebenslänglich Mühe bereitet, sich von diesem von ihnen dann selbst verinnerlichten Blick der PsychiaterIn, PsychologIn, SozialarbeiterIn zu lösen.

«Neue Machtstrukturen»

Ich glaube, wir unterscheiden nicht ausreichend zwischen einer bestimmten Konsumpathologie mit ihrer Eigendynamik und einer psychischen Pathologie. Das erste ist eine Tatsache, an der es nichts zu rütteln gibt, das andere ist oft eine Konstruktion der BehandlerInnen, die der Konsumdynamik irgendwie aufgepfropft wird. Dies mag viele Gründe haben und verschiedensten Bedürfnissen entsprechen – individueller wie auch gesellschaftlicher Art.

Sicher ist, dass sich dadurch im institutionellen Suchtbereich «neue Machtstrukturen» etabliert haben, auf die Thomas Meyer, Direktor und Chefarzt der Forel Klinik, in seiner Arbeit «Konzeptionelle Thesen zur Alkoholismustherapie» hinweist. Stichworte dazu: konfrontatives Vorgehen als oberstes Therapieprinzip, «die Hosen runterlassen» – wie es Patienten formulierten – unter gruppenspezifischen Zwängen, standardisierte Massnahmen nach Rückfällen u.ä.

Ich habe in den letzten Jahren gute Erfahrungen damit gemacht, mich in der alltäglichen Praxis vor einer solchen Ideologisierung zu hüten. In dieser Arbeit möchte ich einen Einblick in mein therapeutisches Arbeiten und Überlegungen dazu geben.

Therapeutisches Wirken...

Ich denke, dass viele psychotherapeutisch Tätige – sei es im stationären oder auch ambulanten Setting – im Laufe ihres Berufslebens die Erfahrung machen, dass die Orientierung an der eigenen «Therapieschule» nur ein begrenztes Verständnis vom Patienten zulässt. In allen Therapieschulen gibt es immer wieder Punkte, die am Wesen, an konkreten Problemen der Patienten vorbei führen.

Solche Erfahrungen gesammelt zu haben, heisst für mich und hat zur Folge, entschlossener zur eigenen Subjektivität stehen zu können – geschult entlang gelernter Methoden und persönlicher/beruflicher Entwicklung – und sich frei gemacht zu haben von methodenbedingten Professionsstereotypen. Mit Subjektivität meine ich, als Person (nicht als Funktionsträger!) erkennbar zu sein: mit meinen Stärken, Schwächen, mit meinen Hoffnungen und Befürchtungen – und diese gezielt

in das therapeutische Wirken einfließen zu lassen. Auf diesem Weg wurde ich damit konfrontiert, mich von einer Art Verzauberung und stillen Hoffnung verabschieden zu müssen, mit der gelernten Methode so etwas wie einen geheimnisvollen Schlüssel zur Beeinflussung von Elend und Leid in der Hand zu haben.

...ist eine Kunst

Ich mache bei meiner Arbeit mit den Alkoholikern immer wieder die Erfahrung, dass Psychotherapeuten glauben, ihr gelerntes Handwerk sei die «*conditio sine qua non*»³ eines zufriedenstellenden Therapieprozesses: Sie wissen, was der Patient braucht. – Meine Erfahrung sagt mir, dass es dann nur wenige Schritte sind von der Macht der therapeutischen Gewohnheit hin zur Hilflosigkeit des Helfers. Psychotherapeutisches Handeln erstarrt dann zur Institution. Das Problem mit den Patienten liegt dann in Wirklichkeit am Problem «Therapeut» oder genauer gesagt an dem, was der einzelne Psychotherapeut aus dem macht, was er für Psychotherapie hält. Überforderung ist ein Symptom daraus, was gerade in der Arbeit mit Süchtigen ständig erscheint.

Ich möchte mit der Darstellung meiner Arbeit mit Alkoholkranken, basierend auf einem grossen Erfahrungsschatz, aufzeigen, dass es wichtig ist, seine eigene Subjektivität in der Beziehung mit den Patienten wirken und erkennbar sein zu lassen. Dies heisst infolgedessen dann auch, die Patienten erleben zu

lassen, dass sie die Hauptpersonen sind, um die sich in ihrem stationären Aufenthalt alles dreht, dass sie allein sagen können, was für sie momentan das Beste in der Therapie ist. Dies schützt mich in einer sehr schwierigen und anspruchsvollen Arbeit vor Überforderung, vor Erstarrung in einen irreführenden «Mythos Psychotherapie»⁴. Im Internet ist unter dem Suchbegriff «Suchttherapie»⁵ zu lesen, dass «...die wissenschaftliche Suchtforschung erklärtermassen kaum praxisrelevante, für den Einzelfall geeignete Orientierungshilfen anbieten kann.» Ferner ist dort zu lesen: «Suchttherapeutische Prozesse unterliegen einer hohen interindividuellen Variabilität. ... Dies ist gerade in der Suchttherapie eine Kunst».

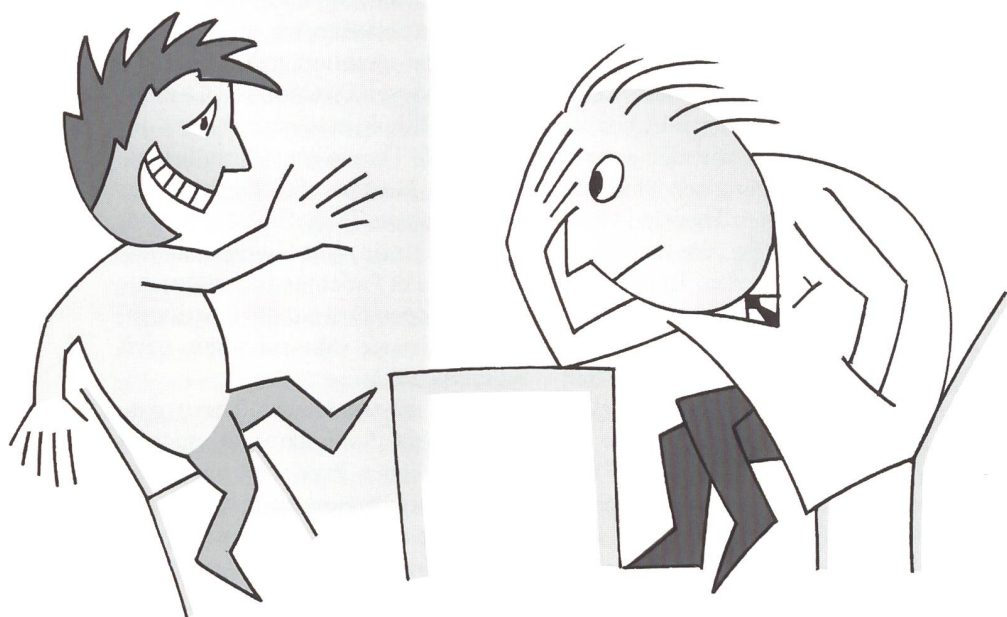
Die Darstellung meiner in der Praxis angewandten Grundsätze soll eine Anregung für die Lesenden sein, ihre eigene Subjektivität entwickeln und gezielt in der suchttherapeutischen Arbeit einwirken zu lassen.

Institution «Suchtklinik» im gesellschaftlichen Kontext

Zwei Vorbemerkungen:

- Angermeyer, Matsching und Grobel⁶ untersuchten in Deutschland die Einstellung der Bevölkerung zu Alkoholkranken. Es zeigte sich, dass die soziale Distanz diesen gegenüber grösser ist als die zu schizophren oder depressiv Erkrankten. Männliche und weibliche Alkoholranke stiessen auf ähnlich grosse Ablehnung. Auch das Geschlecht der Befragten hatte keinen Einfluss auf die Distanzhaltung.
- Der Auftrag, den die Gesellschaft an ihre Organisationen und Institutionen delegiert, delegiert die darin eingeschlossenen Paradoxien mit (z.B. Krankheit verwalten, Sterben verwalten, Kultur verwalten, sportliche Ertüchtigung verwalten etc.).

Der Auftrag an eine Suchteinrichtung ist widersprüchlich. Alkoholismus ist ein ambivalent besetztes Thema. Suchttendenzen prägen den heutigen Lifestyle; der Alkohol ist ein gesellschaftlich akzeptiertes Rauschmittel, mit dem viel Geld verdient wird. Die Suchtklinik als «menschliche Reparaturfirma» hat den Auftrag, die Heilung der Alkoholsucht zu bewerkstelligen, die Reintegration des Bürgers in die gesellschaftlichen Abläufe zu ermög-



glichen. Viele Patienten treten auch mit dieser Vorstellung ein. Bühlmann⁷ wies darauf hin, dass bei einem widersprüchlichen Auftrag die Gefahr gross ist, dass «Fundamentalunterscheidungen» (Glaubenssätze, Grundsätze) gemacht werden, Ideologien. Sie meint damit die Tendenz, Schatten aufzubauen, wohin das, was nicht sein darf, verschwindet: nämlich Begrenzung und Scheitern. Dies schlage von grösseren Systemen in kleinere wie Therapeut/Patient oder Patientengruppe⁸ durch. Aber mit welchem Selbstverständnis arbeitet dann ein Therapeut in einer Alkoholikerklinik?

Die Schattenseiten

Werden die Schattenseiten – ich möchte neben dem Scheitern und der Begrenzung explizit die Resignation, verkappten Zynismus, Abwertung und Angst nennen – verleugnet, entstehen Grössenphantasien der Mitarbeiter. Gleichzeitig besteht eine hohe Frustrationsempfindlichkeit. Erfahrene Frustration wird dann durch (möglichst sofortiges) Handeln ausagiert. Die Patienten, die da sind, funktionieren nach einem ähnlichen Schema: Ihr «Schwarz-Weiss»-Denken und ihre tiefe Frustrationsschwelle verstärken die «Verschattungsgefahr». Nach meiner Erfahrung finden sich in einer solchen Institutionskultur vor allem harmoniebedürftige, eher konfliktscheue Menschen. Sie treten nicht umsonst als Mitarbeiter in diese Institution ein; andererseits sucht sich die Institution auch diese Menschen heraus – sie treffen sich an ihrem jeweiligen «blinden Fleck».

Ich halte es für sehr wichtig, dass in einer Suchtklinik die Bereiche «Inkompetenz», «Aggressivität», «Dysfunktionalität», «Krise» und «Tod» ansprechbar werden. Desgleichen die modernen Mythen in Zeiten der so genannten Qualitätssicherung: «Kompetenz», «Wirtschaftlichkeit», «Integration», «Ganzheit» und «Rationalität». Gerade in einer Suchtklinik ist die Verführung gross, sich in die eigene Tasche zu lugen, indem ich etwas nicht benenne, auch, um damit Konflikte zu vermeiden. Ich selbst würde sagen, dass ich mich zwar bemühe, kompetent, integrativ und rational zu handeln. Doch darf es in der Institution öffentlich sein, wenn ich dies nicht tue oder getan habe?

Süchtige und die therapeutische Beziehung

Reimer⁹ führte eine Untersuchung durch, wo er die Arzt-Patient-Beziehung in den Mittelpunkt stellte. Dabei stellt er typische Interaktionsprobleme mit so genannten schwierigen Patienten in der klinischen wie ambulanten Psychotherapie vor. In einer Befragung unter Ärzten in psychiatrischen und psychotherapeutischen Institutionen wurden auf die Frage, mit welchen Patienten sie am liebsten nichts zu tun haben, die Süchtigen an erster Stelle genannt. Als Begründung wurden die in diesem Zusammenhang bekannten Gefühle von Aussichtslosigkeit, Hilflosigkeit und Aggression genannt, ausgelöst durch deren Anspruchshaltung, Egozentrik und Uneinsichtigkeit. Ich kenne diese Gefühle auch, konnte sie jedoch minimieren, seitdem ich die Patienten mehr in die eigene Verantwortung für ihre Therapie stellen gelernt habe. Ich halte diesen Punkt für sehr wichtig, betrifft er doch die Psychohygiene, deren Optimierung gemäss Reimer «*nur über den schwierigen Prozess der Selbsterkenntnis*»¹⁰ erfolgen und einen besseren Umgang mit der Gegenübertragung ermöglichen kann.

Suchttherapeuten können aus ihren alltäglichen Erfahrungen heraus immer wieder den Eindruck bekommen, einen grotesken Beruf zu haben: Der Aufwand von Wissensaneignung steht oft in keinem Verhältnis zum Ertrag. Ist dies nicht eine Kränkung? Oft staune ich darüber, dass sich von unserem Wissen selten auf den Einzelfall schliessen lässt: Patienten, die disziplinarisch entlassen werden mussten, berichten im Jahrestreffen ein Jahr später stolz und grinsend, dass sie «trocken» seien (was äusserlich auch sichtbar ist), andererseits stürzen Patienten, mit denen eine lebendige Beziehung möglich war und die eine gute Prognose bekamen, heillos ab und enden im Hospitalismus. Dieser Umstand findet keinen theoretischen und praktischen Widerhall. Warum eigentlich?

Erfassen des Einzelfalls

Vielleicht hat es damit zu tun, dass wir uns andernfalls nicht mehr im naturwissenschaftlichen, sondern im hermeneutischen Feld bewegen würden, wo es keine Zielvorgaben gibt, sondern wo

es um sinngemässes Erfassen des Einzelfalls geht. Mit klaren Zielvorgaben geht bekanntlich auch Macht verloren, denn dann gilt es, sich auf den Einzelfall, die Individualität einzulassen und Scheitern, Leiden und Unsicherheit als menschliche Daseinsbedingungen zu akzeptieren. Möglicherweise spielt dieser Umstand mit hinein, dass «*die Abwendung von paternalistischen und kustodialen Prinzipien im institutionellen Suchtbereich zur Etablierung neuer Machtstrukturen*» geführt hat.

Wichtige Fragen für TherapeutInnen im Suchtbereich sind meiner Ansicht nach: Warum arbeite ich in einer Suchtklinik; habe ich mir darüber schon mal Gedanken gemacht, und wenn ja, welche? Was sind meine Ziele bei meiner Arbeit mit Alkoholkranken? Riemers «*schwieriger Prozess der Selbsterkenntnis*» taucht auch hier auf, die Auseinandersetzung mit dem Thema Macht ebenfalls.

«Dass zwei Menschen eine Geschichte miteinander schreiben», wie es im Abschnitt «mit dem Prinzip Antworten» (s. Schluss) steht, heisst für mich auch, dass es in der Zusammenarbeit mit den Patienten darum geht, die vom Patienten stammenden Informationen verbaler und nonverbaler Art mit meinen Überlegungen zu vernetzen. Konfrontation als oberstes Therapieprinzip, fixierte Therapiedauern und Phasen- und Stufenkonzepte verhindern dies. Solche Settings geben vor, dass ich als Therapeut oder gar die Institution objektiv wüsste, was gut für den Patienten ist. Doch der Patient ist nicht reduzierbar auf sein Dasein als Patient und Objektivität ist in unserem Beruf eine Art von Gewalt. Für Martin Buber würde dies heissen, dass das Dialogische nicht möglich sein kann, und damit der gesundmachende Vorgang des Entscheidens nicht initiiert wird.

Alkoholabhängige und die Gefahr einer Patientenkarriere

Häufig¹³ ist mit der Diagnose eines Alkoholismus die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung verbunden. Im alltäglichen Umgang mit diesen Patienten habe ich festgestellt, dass metakommunikativ kaum Veränderungsimpulse entstehen können. Der Patient ist sehr oft nicht bereit oder fähig, sich mit seinem problematischen Verhalten kritisch auseinanderzusetzen. Fiedler schreibt dazu: «*Ist das Interaktions-*

muster nicht auf die Ebene der Ich-Dystonie transferierbar, liegt die Schlussfolgerung der ich-syntonen Persönlichkeitsstörung nahe» – mit vielfältigen Implikationen für die Betroffenen (Implikationen, die von deren Uneinsichtigkeit bis zur möglichen Irreversibilität der Persönlichkeitsstörung reichen können). Das zentrale Problem des sozialen Prozesses der Zuschreibung und Begründung von Persönlichkeitsstörungen liegt nach Fiedler¹⁴ vor allem darin, dass zwar der aktuelle Prozess der Entstehung ausgesprochen interpersoneller Natur ist. Im Ergebnis jedoch verschiebe sich der Blick einseitig auf die lebensgeschichtliche, möglicherweise biologisch begründbare Gewordenheit der Person. Für die Interaktionspartner und Diagnostiker sei dies eine ausserordentlich beruhigende Situation. Dies ist nach Fiedler deshalb so, weil die Diagnose Persönlichkeitsstörung bei den Diagnostikern den Gedanken an ihre etwaige Mitschuld an dieser Störung oder gar am Scheitern der Beziehung vernünftigerweise gar nicht aufkommen lassen kann¹⁵ – und dies wiederum, obwohl die Persönlichkeitsstörung erst durch den Prozess ihrer Diagnose festgestellt wurde. Welche Folgen sich daraus – v.a. bei Eintritt in die Institution – als Patientenkarriere ergeben, ist im Rahmen der Labeling-Perspektive ausführlich beschreiben worden¹⁶.

Psychosoziales Problemmanagement

Die Patienten treten mit vielen sozialen Belastungen (durch finanzielles Chaos, drohenden Stellenverlust, Konflikte mit Ämtern oder Überforderung mit der Wohnungsabgabe u.ä.) in ihrem Rucksack in der Klinik ein. Auf die Frage, was sie sich für Ziele gesetzt hätten oder was sie sich vom Klinikaufenthalt versprechen, kommt die Antwort so gut wie immer, dass es um Entlastung in den oben genannten Bereichen gehe. Ansonsten wollen sie nichts. Und was ist mit ihren ungelösten Konflikten, ist mit ihren Schwierigkeiten, Beziehungen zu gestalten, was ist mit ihrem Verhalten, die anderen immer anzuklagen oder verantwortlich zu machen für ihr persönliches und biographisches Desaster, ihrer Hartnäckigkeit, das fundamental passive Lebenskonzept bis ans bittere Ende weiter zu ziehen? Es gilt doch, dort unseren «therapeutischen Bohrer» (Zitat eines Patienten) anzusetzen.

Nach meiner Erfahrung lande ich dann unweigerlich in der Rat- und Hoffnungslosigkeit, wie sie Riemer beschrieben hat: «ja, was soll's, bei dem ist nichts zu machen» und letztlich in Langeweile. Innerlich tauchen Ausstostendenzen auf, der Patient soll möglichst bald austreten. Bei Fiedler habe

ich erfahren, mich notwendigerweise vom Traum therapeutischer Abstinenz zu verabschieden und mich klar zielgerichtet dem Kontext der sozialen Verstrickungen zuzuwenden.

Fiedler meint, es sei makaber, «wie sehr wir uns inzwischen an therapieschulenspezifische und methodenbedingte Therapie- und Professions-Stereotype gewöhnt haben. In der Lebenswirklichkeit mit Menschen, die am Rande ihrer Möglichkeiten angekommen sind, geht gelegentlich gar nichts mehr mit dem Versuch, in zweiseitigen Gesprächen Lösungen und Perspektiven zu entwickeln. Dialogische Psychotherapie, die nur im Therapieraum stattfindet, ist in vielen dieser Fälle schlicht Unsinn.»¹⁷

Was traut der Patient dem Therapeuten zu?

Kann ich mir überhaupt vorstellen und kann ich nachvollziehen, welches Elend es bedeuten muss, sich in einer 1-Zimmerwohnung im vierten Stock vereinsamt, gehemmt und beschämt zu verbergen und mein Bewusstsein dazu mit Alkohol zu vernebeln? Und traut mir das der Patient zu?

Nachdem ich einem Patienten¹⁸ vorschlug, für ihn bei der Krankenkasse wegen ständig auftretendem Unverständnis und dauernder Unklarheiten anzurufen, meinte er in der nächsten Einzelsitzung: «Es bessert, Herr Kolbe». Wir waren zuvor in einer Sackgasse gelandet und beide gegenseitig unzufrieden. Ich hatte den Eindruck, er wolle sich in seiner Therapie eigentlich nicht engagieren. Es stellte sich heraus, dass der Krankenkasse Fehler unterlaufen sind. Der Patient war überfordert, dies im direkten Kontakt zu klären und mit seiner Kritik auch ausreichend Gehör zu finden. Im Laufe der weiteren Behandlung übernahm er dann die Rolle des Patientensprechers, die als eine Art Gruppenchef-Rolle verstanden wird und «Ansehen und Würde» aber auch Bürden verspricht. Er brachte es auch – ebenfalls mit konkreter sozialarbeiterischer Unterstützung – fertig, die längst fällige und immer wieder hinausgezögerte Scheidung in die Wege zu leiten. Die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung war nicht mehr haltbar und verschwand im Austrittsbericht. Glücklicherweise ist er seit über einem Jahr trocken.



Institutionelle Bedingungen vor Ort

Eine therapeutische Institution beinhaltet nicht an sich therapeutisches Potential; vielmehr wird dieses gebildet durch die Anwesenheit von Menschen, die zu einem bestimmten Zeitpunkt dort arbeiten. Es kommt also auf die Umstände an, die ein Patient zum Zeitpunkt seines Aufenthaltes in der Institution antrifft (z.B: die Persönlichkeit und Ethik des Chefarztes, des behandelnden Oberarztes, des Psychotherapeuten, seine Einstellungen, seine Erfahrungen, die Art und Weise des Mitwirkens von mehreren Personen in der Klinik). Je nach Zusammensetzung von Personal und Patienten, also zu einem bestimmten Zeitpunkt, kann eine Institution therapeutisch wirken, vielleicht weil es gerade eine Praktikantin der Schule für Soziale Arbeit gibt, vielleicht weil es gerade einen sehr wanderfreudigen Praktikanten einer Psychiatrischen Krankenpflegeschule gibt oder einen Psychologiepraktikanten, der Patienten besonders anspricht. Ein anderes Mal kann der Patient in der gleichen Institution eine ganz andere Situation antreffen, er findet dann vielleicht keinen Anschluss, fühlt sich durch die Angebote eher eingezwängt als gefördert.

Mich auf die Nöte einer sehr schwierigen Persönlichkeit handelnd und zielgerichtet einzulassen, bedeutet, mich auf die Umstände seiner Probleme einzulassen und damit die methodenbedingte Therapie- und Professionsstereotypie zu verlassen. Die Gefahr liegt darin, dass man in den Methoden an sich therapeutische Eigenschaften sieht, dass man Veränderungen beim Patienten einem Modell, einer Technik zuschreibt und nicht in erster Linie den Menschen, die mit diesem Modell arbeiten, diese Technik anwenden.

«Logisches Verhalten» verstehen

Gehe ich zu einem Patienten mit nach Hause, kann ich möglicherweise eine sofortige grundlegende Neuausrichtung meines therapeutischen Handelns vollziehen. Ich erschrecke vielleicht und gehe ob der Umstände, die ich angetroffen habe, mit Ekel und Entsetzen wieder in die saubere Klinik zurück. Das bisherige Verhalten des Patienten mag mir plötzlich «logisch» vorkommen. Dieses Verständnis mitzuteilen,



fördert Beziehung und lässt Gemeinschaft geschehen. Es lässt sich nach meinen Erfahrungen dann auch ansatzweise eine eigentümliche Verwandtschaft zwischen Patient und Therapeut finden: der Patient kann ambivalent sein, der Therapeut schwankend; der Patient kann sich isolieren und wird isoliert; der Therapeut kann sich verschliessen und wird verschlossen; der Patient kann sich in seinen brüchigen narzisstischen Strukturen entweder allmächtig oder ohnmächtig erleben, der Therapeut kann sich durch Leichtgläubigkeit entweder allmächtig oder ohnmächtig erleben; der Patient kann negativistisch sein, der Therapeut stur. Das Wesentliche scheint also – wie Buber es nennt – die «Mensch-Mensch-Beziehung»¹⁹ zu sein, die in der Institution realisiert wird: damit scheint mir auch grundsätzlich wichtig zu sein, ob die Institution solche Beziehungen fördern kann oder nicht. Es wäre eine spannende und sich lohnende Aufgabe, sich mit der Frage auseinander zu setzen, wie ein Beitrag der Institution für diese Förderung aussehen könnte.

Alkoholabhängige und die Bedeutung der Adoleszenz

Wenn ich mir die vielen Patienten, denen ich bislang begegnet bin, vorstelle und ihr Äusseres, ihre Kleidung betrachte, fällt mir auf, dass viele dem üblichen Bild eines Erwachsenen auf der Strasse widersprechen. Eigenwillige Kleidung, Frisuren und Beschmückung erinnern mich an so genannte Halbwüchsige, die im Alter zwischen 14 und 20 Jahren mit Flaumbart über die Strassen der Stadt ziehen. Sie tragen über den ganzen Tag locker und leger Freizeitkleidung (Trainerhose, Latschen, T-Shirt) und tun selbstbewusst. Sie wirken pubertär.

Meyer²⁰ spricht der psychodynamischen Diagnostik in einer adäquaten Alkoholismustherapie eine zentrale Rolle zu. Er widerspricht dabei dezidiert der gängigen Meinung, dass bei der Alkoholabhängigkeit generell eine so genannte frühe Störung vorhanden sei. Bei den Patienten geht es – oft unmittelbar erkennbar, oft aber auch verdeckt – um Themen wie: Ablösung von

den Eltern, das (unsichere) Suchen neuer Beziehungsstrukturen, es geht um das Herausarbeiten dessen, was sie beruflich z.B. im Rahmen einer eventuellen Umschulung im weiteren Leben machen wollen. Sie stehen innerhalb der Patientengruppe im Spannungsfeld von aktivem Rückzug und Suchen nach Vertrautheit zu einem «besten Kollegen» und haben meistens gleichzeitig grosse Angst vor Konflikten. Im Laufe der Behandlung kann dann Hoffnung und eine Art Aufbruchstimmung entstehen, die parallel dazu von einer Grundatmosphäre von Ängstlichkeit und «heldenhaftem Alleinsein» begleitet werden.

Vorbild in einem dialogischen Miteinander

Meiner Erfahrung nach haben wir es also grundsätzlich mit einer Adoleszentenproblematik zu tun, die nicht nur einer individuellen Entwicklungsgeschichte entspricht, sondern genauso Ausdruck einer kollektiven (familiären) wie auch gesellschaftlichen Unfähigkeit bildet, Leitbild- und Vorbildfunktion im eigentlichen Sinne wahrzunehmen. Damit meine ich, ein Vorbild in einem dialogischen Miteinander zu sein, wobei es gilt, den Dialog immer wieder anzubieten. Adoleszenten bleiben hauptsächlich sich selbst überlassen, da es ihre Eltern selbst nicht anders erlebt haben. Sehnsüchte, Sorgen, Nöte und Wünsche, akzentuiert durch plötzlich erwachtes Sexualleben und -empfinden, bleiben in den schulischen und elterlichen Parolen zum «vernünftigen Verhalten» verborgen und erfahren keine wirkliche Orientierung zur Gestaltung. «Förderung» und «Forderung» als Anreiz zur Entwicklung vor dem Hintergrund des begleitenden Schutzes einer familiären – oder hier: therapeutischen resp. erziehenden – Bezugsperson kann somit nicht zum Tragen kommen. Eisler²¹ schreibt: *«Die Pubertät gewährt dem Menschen eine zweite Chance. Sie gewährt ihm eine Frist, die Lösungen, die er während der Latenzzeit in direkter Reaktion auf den ödipalen Konflikt gefunden hat, zu revidieren. Vielleicht kann man diesen Prozess mit einer Verflüssigung vergleichen. Gewiss sind bei Pubertierenden auch regressive Züge zu beobachten, ich ziehe es aber vor, das Freiwerden von Kräften, die an Strukturen gebunden*

waren, ... hervorzuheben.» Diesen Kräften zu begegnen, verlangt bei den Erziehenden einen guten Stand, sprich: die ganze Person.

Im Dialog als Person zur Verfügung stehen

Ich sehe die Kernkompetenz der PsychotherapeutInnen in einer stationären Alkoholismusbehandlung aus psychodynamischen Gründen deshalb darin, sich als Person dialogisch zur Verfügung zu stellen und weniger als methodisch orientierte, objektive Funktionsträger einer Suchtinstitution²². In meiner bisherigen Arbeit habe ich oft erlebt, dass TherapeutInnen sehr besorgt darum sind, dass z.B. Regelungen von Abwesenheitszeiten der Patienten über Feiertage in den verschiedenen Abteilungen «ja auch gleich» gehandhabt werden – mit der Begründung, damit die «ständigen Diskussionen» in der Gruppentherapie oder im Einzelgespräch vermeiden zu können, dass «die anderen auf Abteilung xy dieses und jenes dürften». Dies wird als «nervig» erlebt. Ein kollektives Bedürfnis wird also über die Bedürfnisse von Einzelnen gestellt. Dies geht meiner Meinung nach am Kern unserer Arbeit als AlkoholismustherapeutInnen vorbei: es wird vermieden, dialogisch antwortend sich mit seinen eigenen Wertungen als Person in einen vielleicht konfliktreichen Entwicklungsprozess hineinzubehalten, das kollektiv-therapeutische Schutzschild bietet stattdessen Anonymität an. Den Patienten bleibt dann meistens nur die passiv-aggressive Unterwerfung oder die offene Rebellion als Reaktion übrig – auf jeden Fall ist es dann schwierig, in konstruktiver Atmosphäre «neue Anpassungsformen» oder «neue Kulturen des sozialen Umgangs» für die Patienten zu fördern. In ihrer privaten Freizeit in der Klinik, die sie oft Zigaretten rauchend in der Sonne liegend verbringen, bestätigen sich die Patienten dann selbst mit ihren Meinungen über die mächtigen Therapeuten und zementieren damit ihr bisheriges Weltbild. Erdheim²³ schreibt dazu: *«Berücksichtigt man ... das Verhältnis von Institution und Bedürfnis ... , so wird nun verständlicher, wie durch die Einsetzung der Institution der Herrschaft die Bedürfnisse der Beherrschten ersetzt werden durch diejenigen der Herrschenden. Deren Be-*

dürfnisse verwandeln sich in die Sache, um derentwillen die Gruppe nun handeln muss».

Irrtümer erkennen

Ich sage den Patienten immer, dass *«an unserer Haustüre Hausnummer F3 (klinikinterne Abteilungsbezeichnung) steht und es mich nicht interessiert, was in anderen Häusern passiert»*. Sie müssten mit mir reden und ihre konkreten Wünsche sagen; Regelungen seien für mich Ausgangspunkte für Diskussionen. Nur so könnte ich auch eigene Irrtümer über Entscheidungen erkennen, doch meine Erfahrung im Leben sei auch, dass das Leben nicht immer gerecht sei. Sie würden grundsätzlich aber ihren Weg in der Therapie «zu 50%» selbst bestimmen. Einerseits lässt sich damit die Identifikation mit der Gesamtgruppe F3 und damit Sicherheit gebenden Boden, ein Gefühl von Zugehörigkeit fördern, andererseits sind die Patienten auch aufgerufen und hören, dass es erwünscht ist, es zu wagen, sich wirklich mitzuteilen. Sie können mich erleben, wie ich mit meiner eigenen Fehlerhaftigkeit umgehe, und sich dadurch einer Auseinandersetzung mit mir als Autoritätsperson annähern, der auch schon Ungerechtigkeit widerfahren ist.

Begegnung und Umgang mit Konflikten

In der Adoleszenz geht es für mich zentral darum, dass «die Erwachsenen» (die Eltern, die TherapeutInnen in der Alkoholklinik) Konflikte weder bewerten noch verhindern, sondern sie (für) wahr nehmen, und zwar in dreifacher Hinsicht²⁴: im Sinne von Sehen, im Sinne von Für-wahr-halten und Nicht-verleugern und im Sinne von Austragen. Ich habe oben geschrieben, dass ich die Kernkompetenz der Psychotherapeutinnen in einer stationären Alkoholismusbehandlung darin sehe, sich als Person dialogisch zur Verfügung zu stellen. Mit den eigenen Unzulänglichkeiten dabei für die Patienten erfahrbar zu werden und mächtige Kontrolle abzugeben, mag einen Spannungsbogen begründen, den es dann auszuhalten gilt. Unter Umständen ist es dann möglich, einer Beantwortung der Frage nach den adäquaten Zielsetzungen in der stationären Therapie (*«Sind die Therapieziele realistisch?*

Sind es tatsächlich die Zielsetzungen des Patienten oder lediglich unsere eigenen?²⁵) näher zu kommen. «Mächtige Kontrolle abzugeben» mag dann in einem Widerspruch zum gesellschaftlichen Auftrag an eine Klinik stehen.

... mit dem Prinzip «Antworten»

Über den Eintritt in eine stationäre Suchttherapie kommt es zur Begegnung zwischen mehreren Menschen, die sich mit hoher Wahrscheinlichkeit anderweitig kaum kennen gelernt hätten oder anders formuliert: sich nicht hätten kennen lernen müssen. Die gegenüberstehenden Überzeugungen und Lebensbilder – einerseits geprägt durch Scham-, Schuld- und Versagensgefühle, verbunden mit zum Teil virulenten Autoritätskonflikten; andererseits geprägt von Fachwissen und gestärktem Selbstwert und mit der Sicherheit, auf der gesunden Seite zu stehen – verleiten das Personal sicherlich dazu, mit den einander gegenüber stehenden Weltverständnissen undemokratisch umzugehen. Das Fachwissen wird dem Wissen der Patienten übergeordnet. Die Patienten verführen auch dazu, indem sie sich oft in den Stuhl setzen und dann erstmal darauf warten, was der Therapeut nun von ihnen will. Er ist ja der Fachmann – «Herr Doktor, machen Sie...» – eine Haltung, die ja einer Suchtdynamik entspricht, in der das Vermeiden von Verantwortung eine zentrale Rolle spielt.

In erster Linie geht es mir bei der Arbeit mit den Patienten darum, dass zwei Menschen eine gemeinsame Geschichte miteinander schreiben, deren Verlauf und Inhalt beiden zunächst unbekannt ist. Ziel der Therapie soll es sein, den Patienten aus dieser gemeinsamen Geschichte heraus den weiteren Lebensweg finden zu lassen und Entscheidungen gemäss den eigenen Bedürfnissen, Wünschen und Interessen zu fällen. «Ich» zu sagen anstatt «man» – verbunden mit der Hoffnung, dass dadurch auch die Abstinenz geleistet werden kann oder sie immer wieder möglich ist. Es ist mir wichtig, dass die Patienten – vor allem in einer Zeit, wo Solidarität keine Rolle mehr spielt und hohe Arbeitslosigkeit für unser Klientel herrscht – eine gute zwischenmenschliche Erfahrung machen können, vielleicht die erste in ihrem Leben überhaupt. Diese Erfahrung kann nur gelingen, wenn der Thera-



peut seinen eigenen Lebensentwurf, angereichert durch das Wissen aus seiner Ausbildung und seinen Erfahrungen, nicht absolut setzt. Heigl, Schultze-Dierbach und Heigl-Evers²⁶ verweisen in ihrer Arbeit auf das «Prinzip Antwort» – verstanden als Entwicklungsreiz, dessen Wirksamkeit von der Bereitschaft des Therapeuten abhängt, «sich als Austausch- oder Dialogpartner zur Verfügung zu stellen»²⁷, sich mit seinen Gefühlen und Wertungen zu erkennen geben. Schönthal²⁸ schreibt dazu in einer empirischen Untersuchung in Suchtkliniken: «Therapeuten müssen bezüglich ihrer eigenen Bewertung von Vorhaben und Lebensanschauungen mehr Farbe bekennen, als sie dies – wie die Ergebnisse nahe legen – bisher tun.» Weiter schreibt er, dass Therapeuten nicht so sehr als Personen mit einer eigenständigen Lebensphilosophie angesehen

werden. Es schiene eher so, als würden sie als Vertreter einer Institution und eines Berufsstandes mit einer bestimmten Funktion wahrgenommen werden. Die zuvor erhobene Forderung, in seinen Werten und Überzeugungen explizit zu sein, sei in den untersuchten Therapieeinrichtungen kaum erfüllt und müsse an dieser Stelle wiederholt werden. Tyrangiel²⁹ schreibt in seiner Dissertation «Martin Buber und die Psychotherapie»: «Verantwortung im dialogischen Sinn bedeutet, dass wir auf das, was uns widerfährt, antworten ...»

Annehmen des Gegenübers

Der erste Schritt des Antwortens besteht im Annehmen des Gegenübers. Dieses Annehmen ist ein Akt der Wahrnehmung. Die dialogische Art wahrzunehmen nennt Buber «innewer-



den»³⁰. «Wenn wir das Gegenüber annehmen, lassen wir uns von ihm ansprechen, so dass wir auf es antworten können. Wir treten mit ihm in Beziehung. In der monologischen Wahrnehmung lassen wir uns dagegen vom Gegenüber gar nicht erst ansprechen. Anstatt es anzunehmen, wehren wir es ab. Indem wir es beobachten oder betrachten, denken wir über es nach, so dass es zu einem von unserem persönlichen Leben abgetrennten Gegenstand wird, der uns weder Schicksal zufügt noch abfordert. Wir treten mit ihm nicht in Beziehung»³¹. Ich sehe meine Aufgabe also primär darin, die Verantwortung, Antwort zu geben, wahrzunehmen – eine Vorgehensweise, die gemäss Schönthal in den stationären Einrichtungen eher noch in den Kinderschuhen zu stecken scheint. (Es sei erlaubt, anzunehmen, dass diese Defizitanalyse auch nach acht Jahren weiterhin grundsätzlich aktuell ist, sind doch Institutionen in ihrem Eigenleben und in ihrem Änderungsvermögen eher träge).

Geteilte Verantwortung

Ein Beispiel aus meiner Praxis: In der Anfangsphase einer Therapie antwortete ich auf die latente oder explizit ge-

äußerte Erwartungshaltung dem Patienten: «Der Fachmann sind Sie. Sie kennen sich am besten. Sie bestimmen und entscheiden letztlich, wo es lang geht und was passiert. Ich bin niemals besser als sie – allenfalls 50%. Ich begleite Sie auf dem Weg durch Ihre Therapie – wenn Sie das wollen.» Der Patient wird dadurch in die Verantwortung gezogen, er wird für sein Wissen gewürdigt, wird herausgefordert und erstmals ermutigt, die Verantwortung für sein Schicksal in der Therapie, für sein Leben zu übernehmen. Ich frage auch, ob er mir sagen könne, worauf ich im Umgang mit ihm achten müsse, wenn ich seinen Goodwill mir gegenüber nicht verlieren wolle. Oder die Frage nach Fallen, die er mir stellen könne – auch damit Aufforderung zu einer Antwort. Dieses Beispiel zeigt, dass es in unserer Arbeit um ein gegenseitiges Antworten geht.

... mit dem Prinzip «Wählen» im Sinne von Entscheiden

Die meisten Patienten haben meiner Ansicht nach im Leben kaum oder nicht genügend die Erfahrung machen können, dass sie handlungs- und wirkungsmächtig sind. Sie glauben nicht daran, die Geschehnisse ihres Lebens

selbst zu steuern, haben deshalb auch das Wort «Ich» wie vergessen. Es gibt sie als Subjekt nicht mehr. Sie passen sich an und vermitteln mir oft den Eindruck, als hätten sie noch ihre persönliche aber heimliche Meinung und Gedanken, die einer Veröffentlichung nicht zugänglich sind und damit nie in mitmenschliche Kontakte einfließen und sich dort entsprechend auswirken können. Typische Beispiele dafür sind Aussagen wie: zu allen Gruppenmitgliedern das gleiche Verhältnis zu haben, mit allen gleich gut auszukommen, oder dass die Stimmung über den Tag immer gleich sei.

Ich lege Wert darauf, wann immer es geht, wenigstens eine Aussage zu sich selbst zu machen und biete dafür eine Antwortauswahl an – zum Beispiel: «Haben Sie sich eher gefreut, als sie zur Treppe in mein Büro gegangen sind, oder war es neutral oder eher unangenehm. Wählen sie auf jeden Fall eine Möglichkeit aus; es gibt nur die drei genannten.» Ein weiteres Beispiel zum Atemlufttest nach einem Ausgang: «Hilft es Ihnen, abstinent zu sein, wenn Sie wissen, dass sie nach der Rückkehr blasen werden. Entscheiden Sie, ob ich Sie für den Abenddienst aufschreiben soll.»

Die Seele einen

Tyrangiel³² schreibt zum Thema Entscheiden: «In Absatz ... wurde ausgeführt, wie sich das Dialogische als Entscheidung präsentiert. Dies sei kurz in Erinnerung gerufen: Buber knüpft an die talmudische Zweitrieblehre an, welche die Berufung des Menschen darin sieht, das Sein aus der Entzweiung von Gut und Böse zu führen. Der Mensch kann die Scheidung von Gut und Böse aufheben, indem er sich entscheidet.» Da der böse Trieb hier als die lebensnotwendige Kraft gesehen werde (während der gute Trieb die

Richtung sei, welche sich in der Verbundenheit schlechthin äussert), beinhalte die Entscheidung aus dialogischer Sicht keine Unterdrückung des bösen Triebes, sondern eine Verbindung des bösen mit dem guten Trieb. Entscheiden bedeute, den bösen Trieb mit Richtung zu versehen, das heisst: die Kraft des Menschen auf ein Leben in der Verbundenheit auszurichten. Diese Sichtweise helfe, einen wesentlichen Aspekt des psychisch Kranken zu verstehen: er sei unfähig, seine Kraft mit Richtung zu versehen, und müsse seine Energie ausleben, ohne sie mit Verbundenheit auf ein Du zu richten. Deshalb sei er desorientiert. Der psychisch Kranke trete mit seinem Gegenüber nicht in Beziehung, weil er seine Seele nicht geeint habe; seiner Energie fehle das Ziel. Sich entscheiden heisse für Buber, dass sich die Seele einen muss. Tyrangiel: *«Um die Seele zu einen, muss der Mensch am Geschehen, d.h. am Verhalten ansetzen. Die Einung der Seele kann nur an einer konkreten Situation vollzogen werden»*³³.

«Normaler» Konsum

Ein weiteres Beispiel: Es wird bekannt, dass ein Patient am Wochenende kontrolliert trinkt und sein Wunsch nach «normalem» Konsum wird deutlich: es gibt dann erfahrungsgemäss Diskussionen ohne konstruktives Ergebnis über Sinn/Unsinn von kontrolliertem Trinken oder Abstinenz während des Therapieaufenthaltes. Jeder will dabei die Oberhand behalten. Ich biete den Patienten an, dass es möglich ist, Erfahrungen mit kontrolliertem Trinken zu machen. Dafür könnten wir ein so genanntes Time-Out machen, was formal eine Entlassung bedeuten würde, da in der Klinik kontrolliertes Trinken nicht möglich sei. Es liesse sich auch das Datum des Wiedereintritts festlegen. Der Patient soll dann entscheiden – bis Ende der Woche zum Beispiel – ob er dieses Angebot wolle. Wenn er sich nicht entscheiden würde, gäbe es von meiner Seite aus ein «Abstinenzprojekt» (das zeitlich limitiert und damit überschaubar ist), welches dann verbindlich gilt. Wenn es dem Patienten nicht möglich sei, auf die Abmachungen im Rahmen des Projektes einzugehen und diese einzuhalten, müssten wir «die Zusammenarbeit beenden». Der Patient muss nun die Diskussion

mit sich selbst führen und zu einem Entscheid kommen; er kann sich aber auch in der Gruppe darüber austauschen.

Die Patienten in eine Wahlsituation zu stellen, fördert die «Einung der Seele», es erspart mir Gefühle von Hilflosigkeit, dumpfem Ärger, Ohnmacht und Aussichtslosigkeit. Es braucht auch den institutionellen Freiraum dafür; *«starre Phasen- oder Stufenkonzepte»*, *«fixe Therapiedauern»* und *«standardisierte Massnahmen mit sanktionierendem Charakter»*, wie es Thomas Meyer³⁴ in seiner Bestandesaufnahme schreibt, verunmöglichen solches Handeln und lassen nur einen Therapieabbruch und damit ein Scheitern für den Patienten – ein weiteres Mal ein Versagen, eine Beschämung – zu.

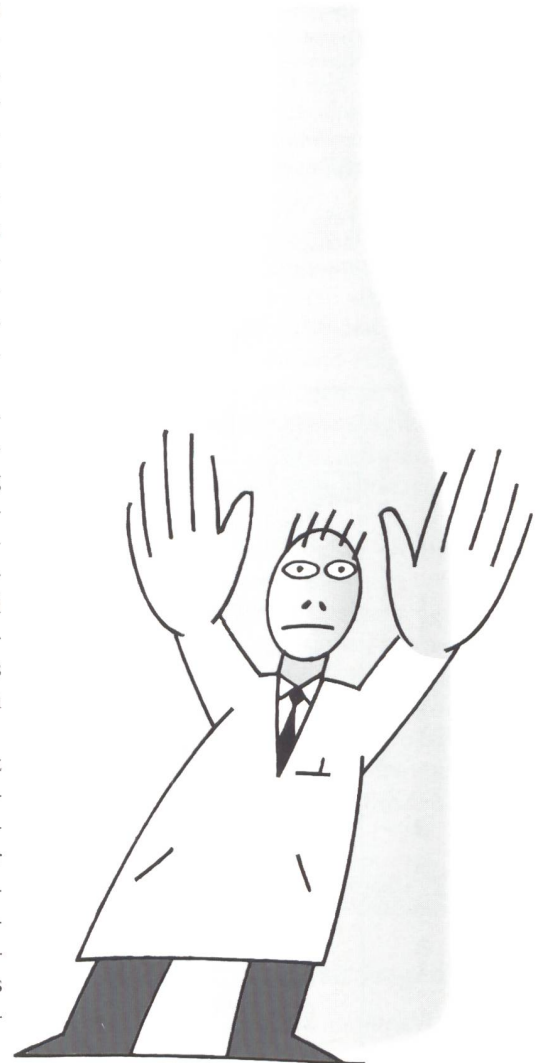
Zusammenfassung

Ich behaupte in der Einleitung, dass die psychische Pathologie von Alkoholikern oft eine Konstruktion der Therapeuten sei, die der Konsum- oder Suchtdynamik aufgepfropft werde³⁵. Dadurch bilden sich Ideologien, die zu «neuen Machtstrukturen» im institutionellen Suchtbereich führen können. Ich hoffe, in dieser Arbeit einen Eindruck davon zu vermitteln, dass Patienten und Personal oft vor den gleichen Aufgaben stehen. In einer Anerkennung der Gemeinsamkeit von Erfahrungen – und damit: emotionalen Erfahrungen – liegen meiner Ansicht nach die Chancen, diese Machtstrukturen immer wieder neu überwinden zu können.

Dieses Gemeinsame ist nicht reduktionistisch mit irgendeinem Begriff erfassbar. Es wäre wohl eine Verkennung der Qualitäten, die heilenden mitmenschlichen Interaktionen innewohnen. Martin Buber erfasst dies auf seine unverkennbare Art und Weise. Und wie die Gestaltpsychologen überzeugend lehrten: das Ganze ist mehr als die Summe der Teile. Und in diesem «Mehr» sind die Qualitäten anders. Ich halte den Begriff der Adoleszenz als Kristallisationspunkt für psychodynamische und interaktionelle Überlegungen in der stationären Therapie der Alkoholkranken für sinnvoll und hilfreich. Dies heisst vor allem, die in dieser Entwicklungsphase eminent wichtige Vorbild- und Leitbildfunktion des therapeutischen Personals zu ermöglichen und wahr zu nehmen.

Es braucht Mut, sich auf Einzellösungen mit Patienten einzulassen; und dies bedeutet auch, die *«Angst vor dem allzu hellen Licht»*³⁶ abzustreifen und als therapeutische Person erkennbar zu werden. Dies bedeutet dann, die eigene Schul- oder Methodengläubigkeit über Bord zu werfen.

Eine Suchtklinik hat institutionelle Besonderheiten, die einerseits mit ihrem gesellschaftlichen Auftrag, andererseits mit ihren «Insassen» auf Patienten- und Personalseite zu tun haben. Es ist notwendig diese Besonderheiten im therapeutischen Alltag wie auch beim Leiten der Institution mit zu reflektieren. Es ist auch nötig, Grenzen des Möglichen wie auch Scheitern zu akzeptieren, eine schärfere Wahrnehmung wirklich möglicher und sinnvoller Ziele als Grundlage zur Abstinenz zu fördern und partnerschaftliche Erfahrungen für die Patienten ermöglichen, deren Dilemma bei uns immer darin besteht, das sie einerseits Erwachsene und andererseits pubertäre



Kinder und als solche auch entsprechende Ansprüche haben. Eine Suchtklinik steht im Widerspruch zu den Ideologien des heutigen medizinischen Machbarkeitswahns. Sie muss auch eine «Fachklinik für die Grenzen des Machbaren» sein und um die dafür nötige Kultur «intramural»³⁷ immer wieder neu besorgt sein. ■

Literatur

- Angermeyer Matthias C., Matschinger Herbert & Grobel Stephan, 1995: Einstellung der Bevölkerung zu Alkoholkranken Teil 1: Soziale Distanz, Sucht, 41, (4): 232 – 244.
- Brenner Hans D. 1997: Doppeldiagnose-Patient(inn)en in psychiatrischen Institutionen, Abhängigkeiten, 3: 25 – 34
- Buber Martin, 1974: Ich und Du, 1923, Lambert Schneider, Heidelberg, 8. Auflage.
- Buber Martin, 1984: Die Zwiesprache, 1932. In: Das dialogische Prinzip, Lambert Schneider, Heidelberg: 139 – 196.
- Bühlmann Beatrice, 1996: Organisation und Management zwischen Mythos und Realismus, Unveröffentlichter Vortrag, Tagung der Schweizerischen Gesellschaft für Gruppendynamik (SGGD).
- Eissler Kurt, 1966: Bemerkungen zur Technik der psychoanalytischen Behandlung Pubertierender nebst einigen Überlegungen zum Problem der Perversion (1958). In: Psyche, 20, Klett-Cotta, Stuttgart: 837 – 872.
- Erdheim Mario, 1988: Die gesellschaftliche Produktion von Unbewusstheit, 2. Auflage, Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft, Frankfurt.
- Fiedler Peter, 1995: Persönlichkeitsstörungen, 2. Auflage, Beltz, PsychologieVerlags-Union, Weinheim.

- Forel Klinik, Jahresbericht 1997: 19.
- Glatzel J., 1975: Die Antipsychiatrie. Psychiatrie in einer Kritik, Fischer, Stuttgart.
- Glatzel J., 1977: Das psychisch Abnorme. Kritische Ansätze zu einer Psychopathologie, Urban & Schwarzenberg, München.
- Goffman E., 1972: Die moralische Karriere der psychisch gestörten Patienten. In: Keupp H.: Der Krankheitsmythos in der Psychopathologie, Urban & Schwarzenberg, München: 122 – 135.
- Heigl Franz; Schultze –Dierbach Elke; Heigl – Evers, Annelise, 1984: Die Bedeutung des psychoanalytisch-interaktionellen Prinzips für die Sozialisation von Suchtkranken, Gruppenpsychotherapie & Gruppendynamik, 20, Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, Seite 152 – 167.
- Jaspers K. 1953: Allgemeine Psychopathologie (1913). Springer Verlag, Berlin, 6. Auflage.
- Jollien Alexandre, 2001: Lob der Schwachheit, Pendoverlag.
- Keupp H. 1976: Abweichung und Alltagsroutine. Die Labeling-Perspektive in Therapie und Praxis, Hoffmann und Campe, Hamburg.
- Kierkegaard Sören, 1987: Entweder – Oder

Fussnoten

- 1 Lob der Schwachheit 2001
- 2 Entweder – Oder 1987
- 3 Notwendige Bedingung, ohne die etwas anders nicht eintreten kann
- 4 S. Fiedler, 1995
- 5 www.oeagg.at/ausbildung.htm
- 6 Angermeyer, Matsching und Grobel 1995
- 7 Bühlmann 1996
- 8 Transversalität
- 9 Reimer 1991
- 10 S. 180
- 11 «wissen was gut ist für die anderen ist; aufseherisch»
- 12 Meyer, 2001
- 13 Siehe dazu: Brenner, 1997; Jahresbericht Forel Klinik 1997
- 14 Fiedler 1995
- 15 Glatzel, 1977, S. 127
- 16 vgl. Goffman, 1959; Glatzel, 1975; Keupp, 1976, (S.9).
- 17 S. 399
- 18 Persönlichkeitsdiagnose nach ICD-10: F 60.8, passiv-aggressive Persönlichkeitsstruktur
- 19 1923
- 20 Meyer 2001
- 21 Eissler 1958
- 22 S. Schönthal, Seite 4f.
- 23 Erdheim 1984, (S. 362).
- 24 Volmerg, 1996
- 25 Meyer, 2001b
- 26 1984
- 27 S. 161
- 28 Schönthal 1993
- 29 Tyrangiel 1981
- 30 1932, S. 151
- 31 S.63
- 32 Tyrangiel 1981 (S. 68).
- 33 S. 82
- 34 Meyer, 2001a
- 35 S. dazu auch: Fiedler, 1995
- 36 Rolland, 1951
- 37 «innerhalb des Organs»

VERANSTALTUNGEN SCHWEIZ

- **10. Basler Psychotherapietage «Keine Zukunft ohne Drogen – Paradigmenwechsel in der Suchttherapie»**
29.-31. Mai 2003, Kongresszentrum Basel
Infos und Anmeldung: perspectiva, Bahnhofstrasse 63, CH 4125 Riehen 1
T: 0041 (0)61 641 64 85, F: 0041 (0)61 641 64 87, E-Mail info@perspectiva.ch, <http://www.perspectiva.ch> (Unter der Rubrik Kongresse befinden sich Informationen zur Tagung und ein Anmeldeformular)
- **Doppeldiagnose – Ein Konzept in Entwicklung**
organisiert von der psychiatrischen Universitätsklinik Zürich
12. und 13.06.03 in Zürich
Info's und Anmeldung: PUK Zürich, Lisa Müller, Kongress-Sekretariat, Militärstr. 8, Postfach, 8021 Zürich, E-Mail: lisa.mueller@puk.zh.ch.
- **10. VeSAD Symposium «Soziale Arbeit mit Jugendlichen»**
organisiert vom Verein zur Förderung der Sozialen Arbeit als akademische Disziplin (VeSAD).
7. November 2003
Weitere Informationen zur Tagung unter <http://www.sozialinfo.ch/vesad/veranstaltung.html>. Fragen können sie an Frau Cornelia Rumo richten: T: 079 639 20 02, E-Mail: vesad@sozialinfo.ch.

VERANSTALTUNGEN AUSLAND

- **Bundesdrogenkongress «Markt und Suchthilfe»**
Qualität – Leistung – Kosten der Sucht- und Drogenhilfe.
05.-07.05.2003 in Weimar
Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V. Odeonstrasse 14, D- 30159 Hannover.
T: 0049 0511/18333, www.FDR-online.info, E-Mail: FDRHannover@aol.com
- **6. Deutsche Nikotinkonferenz**
16.-17.05.2003 in Erfurt
Info : Deutsche Gesellschaft für Nikotinforschung, Johannesstr. 85-87, D- 99084 Erfurt, T: 0049/0361 64 50 813, F: 0049/0361 64 50 820
- **8. Suchttherapietage 2003 «Sucht ohne Suchtmittel»**
10.-13.06.2003 in Hamburg
Kongressbüro Suchttherapietage, Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Uni Hamburg (ZIS), Martinistrasse 52, D- 20246 Hamburg, T: 0049/040 42 800 35 121, F: 0049/030 48 83 72 22, E-Mail: kontakt@suchttherapietage.de
- **Sucht macht krank**
Kongress des Fachverbandes Sucht e.V.
16.- 18. Juni 03 in Heidelberg.
Info: Ursula Pfau, Fachverband Sucht e.V., Walramstr. 3, D- 53175 Bonn, T: 0049(0) 228 261 555, F : 0049 228 215 885, E-Mail: u.pfau@sucht.de, www.sucht.de

Inserat

Berner Fachhochschule
Eidgenössische Fachhochschule für Sport



BASPO Bundesamt für Sport Magglingen
 OFSPO Office fédéral du sport Magglin
 UFSPD Ufficio federale dello sport Magglin
 UFSPD Ufficio federale dello sport Magglingen

3. NDK-Lehrgang «Bewegung, Spiel und Sport im Sozialbereich» 2003–2005

Die Fachhochschule für Sport Magglingen bietet einen NDK (Nachdiplomkurs) für alle MitarbeiterInnen von stationären und ambulanten Institutionen der Suchthilfe, des Straf- und Massnahmenvollzugs, psychiatrischen Kliniken und Zentren für Asylsuchende der Deutschschweiz an.
 Aufgeteilt ist der NDK in kurze Module (total 200 Ausbildungsstunden während 1½ Jahren).

Anmeldetermin: Ende Juni 2003

Informationen und Ausschreibung:
 BASPO/EFHS
 Sekretariat Sonderpädagogik
 2532 Magglingen
 Tel. 032 327 64 48
 E-Mail: corinne.hanselmann@baspo.admin.ch
www.baspo.ch

30

SuchtMagazin 2/03