

stecken. In diese Dimension der Entwicklungsproblematik einzutreten hätte die Nord-Süd-Kommission aber sicher überfordert.

Ähnlich hilflos wirken die Ausführungen zur weitgehenden Abstinenz des Ostblocks in der aktiven Entwicklungshilfe und zur Diskrepanz zwischen den jährlichen Rüstungsaufwendungen von 450 Milliarden US-Dollar in der Welt und den staatlichen Entwicklungshilfeleistungen von 20 Milliarden US-Dollar. Es ist erschreckend zu erfahren, daß die Militärausgaben eines halben Tages ausrei-

chen, um das gesamte Programm der Weltgesundheitsorganisation zur Ausrottung der Malaria zu finanzieren. In diesen Punkten kann der Bericht nur ernste Mahnung sein. Ernsthafte Schritte zur Änderung setzen mehr Übereinstimmung in Begriffen wie Frieden, Rechte des Individuums und der Gemeinschaft, Menschenwürde und Freiheit voraus. Hier zeigt sich erneut: Entwicklungspolitik ist kein Politikbereich im Abseits. Sie hängt in fundamentaler Weise mit den Grundfragen jeglicher Politik zusammen.

*Manfred Sollich*

## Notizen

# Sucht und Psyche

## Zur Fünften Freiburger Sozialtherapiewoche

„Sucht und Psyche“ war das Leitthema der diesjährigen Fünften Freiburger Sozialtherapiewoche vom 3. bis 7. März. Zu der vom Deutschen Caritasverband organisierten Studienwoche kamen insgesamt 253 Teilnehmer, vorwiegend Sozialarbeiter und Sozialpädagogen, aber auch Mediziner und Psychologen nach Freiburg, um sich eine Woche lang mit diesem Gegenstand auseinanderzusetzen. Vorträge an den Vormittagen und spezielle Arbeits- und Ausbildungsgruppen an den Nachmittagen boten dazu reichlich Gelegenheit. Die Veranstalter setzten sich selbst bezüglich der Teilnehmerzahl eine obere Grenze, um so auch den Kontakt und Austausch unter den Teilnehmern zu ermöglichen und in festen Arbeitsgruppen mit zwölf bis maximal achtzehn Teilnehmern jedem die Möglichkeit zur aktiven Mitarbeit zu geben. (Auch in diesem Jahr wurden wieder über 100 Anmeldungen zurückgewiesen.)

Absicht der Veranstalter in inhaltlicher Hinsicht war es, „Ursachen, Begleiterscheinungen oder Folgen von süchtigem Verhalten, psychischen und psychosomatischen Störungen und Erkrankungen zu erarbeiten und vertiefen“ – so der Einladungstext zu dieser Woche. Einer Presseinformation des Deutschen Caritasverbandes zufolge werden in der BRD täglich neu 250 Menschen abhängig von Alkohol, Drogen oder Medikamenten. Tag für Tag wird von 400 Menschen eine Suizidhandlung begangen, wovon immerhin 36 tödlich enden. Hinzu kommen noch täglich über 800 Menschen, die an schweren Beziehungs- oder Persönlichkeitsstörungen, allgemein an psychischen oder psychosomatischen Erkrankungen leiden. Alarmierende, fast unglaubliche Zahlen, die für sich sprechen und Grund genug sind, sich einmal mehr mit diesem Problemfeld intensiv zu beschäftigen.

Die Referenten waren zumeist keine Suchtspezialisten, je-

doch renommierte Vertreter ihres jeweiligen Faches. Eine enge, das Spezialistentum fördernde Betrachtungsweise war somit ausgeschlossen, vielmehr konzentrierte man sich auf das Gemeinsame, das Verbindende. Die Arbeits- und Ausbildungsgruppen deckten ebenfalls ein sehr breites Spektrum ab, das von der Diskussion der Tagesthemen, der Vermittlung von Theorien der Sucht, über Selbsterfahrungsgruppen, fallzentrierte Gruppen bis hin zu Gruppen, die sich mit speziellen Therapietechniken beschäftigten (z.B. Rollenspiel, schöpferisches Gestalten, Bewegungstherapie), reichten. Darüber im Detail zu berichten, wäre hier nicht möglich. Aber auch ein Überblick über die wichtigsten Aussagen der Referenten gibt Aufschluß über die Schwerpunkte und das Grundbemühen der Tagung, das vor allem auf die *Verknüpfung von Krankheits-sicht und Therapie* im Falle von psychisch- und Suchtkranken gerichtet war.

## Sucht und Krankheit – ein Versuch zur Selbsthilfe?

Am Beginn der Woche stand ein Vortrag von Prof. *Klaus Dörner* (Gütersloh), dem Vorsitzenden der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie. Entgegen einer sonst im wissenschaftlichen Bereich üblichen immer stärker differenzierten und differenzierenden Betrachtungsweise, standen hier die Gemeinsamkeiten von Sucht, psychischen und psychosomatischen Störungen im Vordergrund.

Dörner verstand Sucht, psychische und psychosomatische Krankheiten zunächst als *menschliche (Ausdrucks-) Möglichkeiten* schlechthin, d.h., wir alle haben die Möglichkeit, suchtkrank, psychisch oder psychosomatisch krank zu werden. Eine ungewohnte Perspektive, die auch Konsequenzen für den Helfenden hat.

Ist es nicht vielleicht inhuman, den Menschen davon zu befreien, oder anders ausgedrückt, wann und in welcher Weise ist ein Mensch überhaupt berechtigt, jemanden beispielsweise vom Alkohol loszureißen? Deutlicher wird dies, wenn man – wie Dörner – Sucht und andere psychische Störungen als Ausdrucksmöglichkeiten im Zusammenhang mit dem Umgang mit eigenem Leid, mit eigener Angst betrachtet, d. h., wenn man sie als *Antworten eines Menschen im Umgang* mit seinem Leiden und seiner Angst begreift.

Krankheit – und dies war für manche sicher auch eine neue Betrachtungsweise – hat durchaus auch eine *aktive Komponente*; Krankheit wird durch Handeln hergestellt, sie entsteht nicht gewissermaßen automatisch im Sinne einer Reiz-Reaktions-Kette, sie „überfällt“ einen nicht. Sucht und andere psychische Störungen entstehen auch nur *innerhalb von Beziehungen*; gemeint sind damit vor allem Beziehungen zu anderen Menschen, aber auch Beziehungen zu sich selbst, zum eigenen Körper. Ganz wichtig ist schließlich, daß diese Krankheiten immer einen *Versuch der Selbsthilfe* darstellen. Das scheint paradox, ist es aber nicht; gemeint ist damit, daß der betreffende – besser der betroffene – Mensch unter Umständen nur durch seine Sucht, seine psychische oder psychosomatische Störung lebensfähig ist und so zu einem gewissen, jedoch nur vorübergehenden, psychischen Gleichgewicht kommt. Auch Prof. *Raymond Battegay* (Basel) griff diesen Aspekt in seinem Referat über „Sucht und Depression – Wege und Irrwege des Problemlösungsverhaltens“ auf, indem er darauf hinwies, daß Selbstmorde und Selbstmordversuche bei suchtmittelabhängigen Menschen um ca. zehn Jahre später auftreten als bei einer Gruppe von nicht suchtmittelabhängigen Menschen, die ansonsten gleiche soziale Merkmale aufweisen (dies das Ergebnis einer von ihm durchgeführten Studie). Es erhebe sich hier die Frage, was ohne Suchtmittel passiert wäre.

Für den Helfer bedeutet dies, daß er den anderen, dem geholfen werden soll, ernst nehmen muß, als jemanden, der – wenn auch mißglückt – versucht hat, sich selbst zu helfen. Die Frage für den „Helfer“ (den Partner oder den Therapeuten) im Umgang mit dem Suchtkranken ist, ob er auch selbst genügend „hilflos“ sein kann. Um überhaupt eine Chance zu haben, braucht der Suchtkranke auch „Hilflosigkeit“ (abwarten können) beim anderen; dies kann ihn dann zurückführen zu einer Selbsthilfe mit anderen Mitteln.

Aus der Sicht der Sozialpsychiatrie – Dörner ist einer der prominentesten deutschen Vertreter dieser Richtung – ist eine möglichst „*gemeindenaher*“ *Versorgung* erstrebenswert. Der Kranke soll innerhalb seines sozialen Kontexts behandelt werden. Diese Forderung wird im Bereich der Suchtkrankentherapie wohl im ambulanten, nicht jedoch im stationären Bereich verwirklicht: dort kommt es häufig zu einer räumlichen und zeitlichen Isolierung, zu überwiegender Fremdkontrolle und anderen abhängig machenden (haltenden) Strukturen, die oft nicht genügend hinterfragt werden.

## Verwandtschaften von Sucht und Suizid

Während Dörner Gemeinsamkeiten von Sucht und anderen psychischen Störungen auf einer sehr allgemeinen Ebene herausarbeitete und damit im wesentlichen eine *veränderte Sicht des Kranken* anstrebte, beschäftigte sich Prof. Battegay auf einer konkreteren Ebene mit *Gemeinsamkeiten des Problemlösungsverhaltens* von Menschen mit süchtiger und depressiver Problematik. Bei beiden Personengruppen finden wir ein *schwaches Selbstgefühl und Unersättlichkeit*. Diese Menschen leben in einem ständigen Zwiespalt zwischen ihren subjektiven Möglichkeiten und der äußeren Erwartung. Zur Stärkung ihres eigenen schwachen Selbst wird das sich versagende Objekt (z. B. die Zuwendung verweigernde Mutter) – bzw. symbolische Vertreter desselben (häufig sind dies Alkohol und Drogen) – einverleibt. Es entsteht ein unersättliches Verlangen nach neuen Objekten, denn nach der Einverleibung bestehen die Objekte als solche nicht mehr, sie sind zu Teilen des Ichs geworden. Battegay verdeutlichte das mit einem französischen Sprichwort: *tout embrasser, c'est tout perdre!* (alles umarmen heißt alles verlieren). Der Mensch komme so schließlich an eine Grenzsituation, wo die Gefahr des willentlichen oder unwillentlichen Suizids eminent wird.

Süchtige und Depressive wünschen eine vollkommene, eine totale Lösung ihres Problems, sie können keine Teillösung akzeptieren. Diese Menschen müssen immer an sich selbst denken, aber nicht weil sie Egoisten sind, sondern weil sie innerlich leer sind, weil sie ein leeres Selbstgefühl haben, nach neuerem psychoanalytischem Verständnis ein narzißtisches Loch oder auch Lücke in ihrem Ich. Beim Therapeuten, der sich mit diesen Menschen auseinandersetzt, löst dies Ohnmachtsgefühle aus, insbesondere wenn er den Fehler begeht, auch die totale Lösung erstreben zu wollen. Die Frage ist eher, ob der Therapeut es schafft, das festgefügte Problemlösungsverhalten zu beeinflussen, neue Möglichkeiten aufzuzeigen. Und dies, das wurde durchweg in allen Vorträgen deutlich, ist nur möglich, wenn der *Therapeut sich als Mensch zur Verfügung* stellt, wenn er dem Patienten eine Beziehung anbietet. Besonders eindrücklich war in diesem Zusammenhang ein Beispiel, das Prof. *Hubertus Tellenbach* (München) in die Diskussion brachte. Nach einem Vortrag wurde er von einem Journalisten gefragt, was er machen würde, wenn sein Sohn drogenabhängig würde. Darauf antwortete Tellenbach, daß er sich so lange mit seinem Sohn in einem Zimmer einschließen würde, bis dieser die Droge nicht mehr brauchen würde. Dies macht überdeutlich, welche ungeheure Forderung an einen Menschen gestellt wird, der einem Drogenabhängigen helfen will. Er muß gewissermaßen so lange sagen „Ich bin für Dich da“, „Ich stehe Dir zur Verfügung“, bis der andere, der Abhängige, das Beziehungsangebot annehmen kann.

Grundsätzlich gilt für die *Therapie von Suchtmittelabhängigen*, daß dem Süchtigen das Suchtmittel nicht genommen werden kann, ohne ihm etwas anderes dafür zu

geben. (Dies führt uns wieder zurück zur Argumentation von Dörner). Dem Suchtmittelabhängigen muß dafür die Gruppe, die mitmenschliche Gemeinsamkeit, allgemein die Beziehung zu anderen, gegeben werden. Es entsteht dadurch wohl die Gefahr der Gruppenabhängigkeit, aber diese erscheint – so Prof. Bategay – im Vergleich zur Drogen- und Medikamentenabhängigkeit als weniger gefährlich.

Dr. Friedrich Beese (Stuttgart) stellte sehr ausführlich die Entwicklung von *Beziehungsfähigkeit und Beziehungsstörungen in den frühen Lebensjahren* dar. Nach psychoanalytischer Sicht stellen die frühen Störungen den Ausgangspunkt für die Entwicklung von Neurosen und Süchten dar. Die für die Therapie notwendige *korrigierende Beziehungserfahrung* ist nur über einen Zeitraum von mindestens 1½ bis 2 Jahren möglich. Ziele einer effektiven Sozialtherapie sind nach Beese, ausgehend von einem therapeutischen Arbeitsbündnis, das auf der Therapeutenseite einführendes Verstehen, Ermutigung und Konsequenz erfordert

- die bewußtere Wahrnehmung des Selbst (Selbstwahrnehmung, Selbstreflexion = Wer bin ich? Was kann ich? Wer will ich sein?);
- das Bewußtmachen von neuen Beziehungserfahrungen (z. B. Zuverlässigkeit oder die Erfahrung, auch mit Schwächen akzeptiert zu werden);
- die Unterstützung bei verstärkten beruflichen und sozialen Bemühungen.

## Der Therapeut als Hilfs-Ich

Bei Prof. Michael von Rads (Heidelberg) Referat über Theorie und Therapie psychosomatisch Kranker war ein Bezug zu Sucht und Suchttherapie zwar nicht direkt gegeben, bedenkt man jedoch, daß Suchtkranke zu einem erheblichen Prozentsatz auch unter psychosomatischen Störungen leiden, so ergibt sich die Bedeutung des Beitrags selbst.

Nach Balint ist es immer *der Kranke selbst, der eine Behandlung braucht*, nicht seine Krankheit. Auch hier steht der Mensch, nicht das Symptom im Vordergrund. Das *Körpersymptom* (Herzanfälle, Allergien, Magen-Darm-Entzündungen usw.), d. h. also die Körpersprache, muß vom Therapeuten in eine verbale Sprache „übersetzt“

werden. Der Therapeut ist sozusagen der „Dolmetscher“. Dazu ist eine bedingungslose Annahme des Kranken, ein „*facilitating environment*“ (Winnicott), eine schützende, helfende Umgebung, notwendig. Der Therapeut muß sichtbar, verständlich, klar und erreichbar sein, er hat für den Patienten die Funktion eines *Hilfs-Ich*. Das bedeutet, der Therapeut muß dauerhaft und verlässlich verfügbar sein, den Patienten überall dort stützend begleiten, wo er es braucht; der Therapeut ist gewissermaßen die „Plombe“ in der defekten Ich-Struktur des Patienten.

Es geht auch hier – wie in der Behandlung Suchtkranker – um eine psychische Behandlung, d. h. eine Behandlung von der Seele aus. Psychische und körperliche Leiden werden so behandelt. Behandlungsmittel ist das Wort.

Mit der Körpersprache, dem Ausdrucksmittel, das jeder Mensch bewußt oder unbewußt benützt, beschäftigte sich *Christine Gräff*. Im Zentrum der Betrachtung stand dabei der Ausdruck des Körpers über seine äußere Gestalt, seine Haltung und Bewegung. Der Körper wird verstanden als Leinwand, als Mittel der nonverbalen Kommunikation. Bei psychosomatisch Kranken erhält die Körpersprache in Form des Körpersymptoms – wie oben schon erwähnt – ja eine besondere Bedeutung.

Eine Interpretation dieser äußerlich beobachtbaren Dinge ist jedoch nur im Zusammenhang mit der konkreten Person und der verbalen Kommunikation möglich – ähnlich wie ein Traum nur im Zusammenhang mit den konkreten biographischen Erfahrungen des Träumers interpretiert und gedeutet werden kann. Frau Gräff beendete ihr Referat mit einem Goethe-Zitat, das ebenso als Motto über der gesamten Tagung hätte stehen können:

In jedem lebendigen Wesen ist das,  
was wir Teile nennen,  
derart unzertrennlich vom Ganzen,  
daß es nur in und mit demselben verstanden werden kann.

Es ging durchweg nicht um das Symptom der Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit, sondern *es geht um den Menschen*, der suchtkrank, psychisch oder psychosomatisch krank ist. Wie ein roter Faden zog sich diese Sichtweise durch die ganze Woche. Konsequenter Ausdruck dafür war die vorrangige Betrachtung der Beziehung zwischen Therapeut und Patient, therapeutische Techniken und Schulen wurden damit zweit- und dritt-rangig.

*Waltraut Bauer*

## Kurzinformationen

Die beiden Urteile des Bundesverfassungsgerichts vom 28. Februar haben das Ehescheidungs- und Ehescheidungsfolgerecht, wie es in dem ersten Eherechtsreformgesetz beschlossen worden und am 1. Juli 1977 in Kraft getreten ist, in allen wesentlichen Grundlinien bestätigt. Nach der Entscheidung des

Bundesverfassungsgerichts ist es mit dem Grundgesetz vereinbar, daß eine Ehe, wenn sie gescheitert ist, ohne Rücksicht auf Verschulden auf Antrag eines Ehegatten zu scheiden ist. Der Gesetzgeber sei bei der Regelung der Voraussetzung für die Eheauflösung zwar an die verfassungsrechtliche Gewährleistung der