

Christine Morgenroth

## **Umgang mit Aggression und Nachreifung im posttherapeutischen Prozess**

Vortrag auf dem 36. fdr-Kongress Sucht und Gewalt vom 6.-8.5.2013 in München

### **Aggression und Autoaggression in der Adoleszenz**

„Aggressivität wird als langfristig überdauernde Bereitschaft und Einstellung zu aggressivem Handeln betrachtet, während Aggression die Handlung selbst meint. ... Aggressivität ist eine zur Gewohnheit gewordene aggressive Haltung, die einen Menschen in seinem Fühlen, Denken und Handeln bestimmt. Sie führt in besonderen Situationen zu aggressiven Handlungen. (Sukowski 2002, S.97)

Starke Aggressivität, die sich als aggressive Handlung sowohl gegen den eigenen Körper als auch gegen die Umwelt und sie repräsentierende Erwachsene richten, sind ein Problem aller Suchtkranken. Wo kommt eine derart starke aggressiv-gewaltvolle Energie her und warum ist der Jugendliche nicht in der Lage, sie zu kontrollieren? Extreme Traumata wie sexueller Missbrauch und körperliche Misshandlung, besonders in der sehr frühen Kindheit, stellen eine derartig überwältigende Erfahrung dar, dass sie das noch schwache Ich auszulöschen drohen. Sie sind so bedrohlich, dass sie nur dadurch bewältigt werden können, dass sie in das Ich hineingenommen, also internalisiert werden. Ferenczi (1932) hat diesen Vorgang als erster beschrieben: die starken Abwehroperationen der Introjektion der Gewalt und der Identifikation mit dem Aggressor ermöglichen es dem Ich, die lebensnotwendige Beziehung zum Aggressor zu erhalten. Die Selbststrettung des Ich geschieht, indem es sich die Schuld für die erfahrene Gewalt zuschreibt. Die Gewalt wird damit eine

intrapsychische, wird nicht mehr extern, außerhalb des eigenen Ich verortet. Wenn ein Opfer solchen Missbrauchs lebenslang unter massiven Schuldgefühlen leidet, wohingegen der Täter keine Schuldgefühle kennt, geschweige denn eine reale Schuld anerkennt, erklärt sich das durch eine solche Internalisierung. Schuld bewusste Opfer, aber auch gewalttätige Täter ohne jegliches Schuld bewusstsein haben in der Kindheit oft ähnliche Erfahrungen gemacht.

Nach Peter Fonagy und Margret Target (z.B. 2003) ist die Aggression der Libido, dem grundlegenden Lebensmotiv, nachgeordnet. Kindliche Aggression wird damit als Ausdruck eines gesunden Kampfes gegen ungesunde, pathologische Interaktion verstanden (Fonagy und Target 2003, 249). Durch frühkindliche Deprivation wird jedes Kind geschädigt; Im Fall von physischer und/oder emotionaler Misshandlung in der Kindheit finden sich auf der Ebene der kindlichen Entwicklung folgende emotionale Antworten, die später ihrerseits zu Gewalthandlungen führen können:

1. Das psychologische Selbst des Kindes bleibt zerbrechlich, weil reflexive Prozesse, die in diesem Teil des Selbst stattfinden, sich als gefährlich erweisen. Die kindliche Einsicht in die psychischen Grundlagen menschlichen Verhaltens hängt zentral von der sich entwickelnden Kenntnis des Seelenlebens seiner Bindungsfiguren ab.
2. In einem nächsten Schritt wird Aggression dazu eingesetzt, das zerbrechliche psychologische Selbst vor der dem Objekt zugeschriebenen Feindseligkeit zu schützen.
3. Mit der Zeit verbinden sich auf pathologische Weise Selbstausdruck und Aggression innig miteinander, der Selbstausdruck verschmilzt mit der Aggression.
4. Die herabgesetzte Fähigkeit, sich in den Seelenzustand des anderen hineinzusetzen, führt zu einer Verminderung der Aggressionshemmung, weil nun das Opfer als gedanken- und gefühllos

und damit als unfähig zu leiden angesehen wird (vgl Fonagy und Target 2003, S. 320).

Der hier von Fonagy und Target geschilderte Vorgang führt zu einem aggressiven Selbstanteil, der im Erleben ich-synton ist. (Hier ist auf eine gewisse Differenz zu den Auffassungen vom Täter-Introjekt zu verweisen, wie sie von Sachsse (1999) und Hirsch (2004) entwickelt werden. Das destruktive Introjekt bleibt danach ein eingekapselter Teil im Selbst, das gelegentlich, unter bestimmten auslösenden Bedingungen, aktiviert wird und gewissermaßen die Macht des Handelns übernimmt, dabei aber deutlich als ich-fremd erlebt wird. )

Richtet sich diese Aggression gegen einen äußeren Gegner, erklärt sich so die bestürzende Brutalität dieser Handlungsweisen: Weder das Selbst noch der Andere sind als verletzbare, gefühlvolle Wesen innerlich repräsentiert. Eine solche Brutalität zeigt der seit seinem 11. Lebensjahr drogenabhängige Alexander, der als Dreizehnjähriger einen anderen Jugendlichen mit einer Eisenstange fast erschlagen hat und auch Jahre später keine emotionale Beteiligung erkennen lässt.

Ich gehe also bei dem Zusammenhang von Suchterkrankung und Aggression von folgender Ausgangssituation aus:

Suchtkranke Jugendliche sind in aller Regel Kinder, deren Kindheit durch Deprivation, Misshandlung, Trauma und Trennungserfahrung gekennzeichnet ist, die zu einer schweren Entwicklungsstörung (Persönlichkeitsstörung) geführt hat, die oft recht früh mit Hilfe chemischer Substanzen im Sinne einer Selbstmedikation behandelt wird. Das heißt: im Zentrum der Störung stehen Beziehungsschädigungen, auf die der Jugendliche mit reaktiver Wut antwortet, die sich in selbst- und fremdschädigendem Verhalten äußert.

## **Die Studie**

Die nachstehenden Ausschnitte aus den biografische Erzählung von

jungen Erwachsenen stammen aus einer qualitativen, biografischen Längsschnittuntersuchung über die Entwicklung von 20 Jugendlichen, die bereits als Kinder von Drogen oder anderen Substanzen abhängig wurden und die sich für eine langfristige, psychodynamisch orientierte stationäre Therapie in einer darauf spezialisierten Einrichtung entschieden haben. Die Drogenstation Teen Spirit Island, an die Kinderklinik in Hannover angegliedert, stellt seit 1999 zwölf Behandlungsplätze zur Verfügung (Möller 2005, inzwischen um 6 Plätze zur Behandlung von Internetabhängigkeit ergänzt). Die Untersuchung basiert, beginnend mit dem Abschluss der Therapie, auf jährlich wiederholten narrativ-fokussierten Interviews, die einer tiefenhermeneutischen Auswertung unterzogen wurden. (Morgenroth 2007) Wir sind im Forschungsprozess von der Annahme ausgegangen, dass die Suchterkrankung als Bestandteil einer tiefgehenden Persönlichkeitsstörung zu begreifen ist, als deren Symptom sie auftritt (Bilitza 2008). Solche durch frühe Defizite und Traumata beeinträchtigten Jugendlichen bleiben in manchen Bereichen ihrer mentalen und geistigen Entwicklung stecken und können daher die Adoleszenz nicht als zweite Chance zur Bearbeitung offener, d.h. ungelöster Kindheitskonflikte nutzen. Im Gegenteil: Die körperlichen Entwicklungsschübe vervielfachen den inneren Druck, die innere Not, die sodann mit Hilfe der Droge abgewehrt wird, wenn diese erst erreichbar ist. Diese Jugendlichen leiden an einer Blockierung ihrer Reifungspotenziale, sie haben bereits vor langer Zeit den Zugang zu ihren Ressourcen verloren, er ist durch die Drogen und ihre Folgen verstellt. Es ist also notwendig, ihnen diesen Zugang wieder zu ermöglichen und ihnen eine weitere, eine dritte Chance zu geben sowie günstige Bedingungen dafür zu schaffen, dass sie diese dritte Chance für sich auch nutzen können. Dazu sind viele Schritte im Sinne einer Nachreifung zu tun, die ein widersprüchlicher, spannungsreicher und von vielen Rückschlägen durchsetzter Prozess ist, der eine Vielzahl von unterstützenden Faktoren und Aktivitäten zur

Voraussetzung hat.

### **Der Behandlungsansatz der Therapiestation Teen Spirit Island:**

Ich-stärkende und weniger regressionsfördernde Ansätze sollen den Jugendlichen gegenwärtige Erfahrungen in wichtigen Beziehungen ermöglichen. Dabei geht es zunächst weit mehr um Impulskontrolle und damit einen ich-gerechten und de-eskalierenden Umgang mit den aggressiven Impulsen als um deren Durcharbeitung. Einzeltherapie, Gruppentherapie und kreative therapeutische Techniken werden in Kombination mit milieu-spezifischen und sozio-therapeutischen Ansätzen eingesetzt, um den Jugendlichen eine umfassende Nachreifung (vor allem auch von Ich-Funktionen) zu ermöglichen. Die gesamte Institution wird als "haltende Umgebung" verstanden und erfüllt die Funktion, eine familienähnliche Alltagsstruktur anzubieten, ohne dabei in Konkurrenz mit der realen Familie zu stehen. Im Gegenteil: Diese wird in den Behandlungsansatz so weit wie irgend möglich einbezogen (siehe auch Kapitel 6.4. und 6.5 zur Familientherapie). Das bedeutet: Jede "Lebensäußerung" des Jugendlichen wird auf Teen Spirit Island in einen Kontext von Beziehungen gestellt - in den themenzentrierten Gruppen etwa in den Kontext der gleichgeschlechtlichen Gleichaltrigen, in den Gruppentherapien in den Beziehungskontext der anderen Patienten als gleichbetroffene drogenabhängige Jugendliche, in der Einzeltherapie in den der bevorzugten Therapie-Beziehung und als verantwortliches Mitglied auf der Station Teen Spirit Island in den Bezug des zeitweiligen Lebenszusammenhanges, in dem Fragen immer auch zum Wohlbefinden aller anderen diskutiert werden. Diese beziehungs-sättigten Strukturen schaffen ein Setting, innerhalb dessen die Jugendlichen jede ihrer Handlungen erleben können als eingebettet in einen sozialen Kontext, in welchem es ein Feedback zu den Folgen ihres Handelns gibt, indem andere ihnen spiegeln, wie ihr Handeln und ihre Worte aufgenommen werden und auf andere wirken. Alles wird in der emotionalen Bedeutung

und der grundsätzlichen interpersonellen Wechselseitigkeit betrachtet.

### **Aggression und selbstverletzendes Verhalten bei Mädchen**

Was den Betrachter/innen als aggressive, vielleicht sogar sadistische Misshandlung des eigenen Körpers erscheint, wird von den sich selbst verletzenden Jugendlichen völlig anders erlebt: Sie betonen die Entlastung, die sich für sie mit der Selbstverletzung verbindet, sie fühlen sich wie erlöst und befreit. Häufig haben sie in früher Kindheit wenig interessierte Eltern gehabt, die sich vorwiegend auf lieblose und grobe Art mit dem Säugling beschäftigt haben; aggressive und misshandelnde Übergriffe waren nicht selten. Weil das kindliche Bindungsbedürfnis so groß ist und angewiesen auf einen Adressaten, besetzt das Kind auch diese grobe, gewalttätige Mutter als Objekt, denn sie ist seine wichtigste Bindungsperson - oft gibt es keine andere. Es ist als ob der Säugling sich sagt: >Besser eine schlechte Behandlung als gar keine. In der schlechten Behandlung spüre ich selbst noch im Schmerz die Gegenwart des Objekts, des anderen Menschen, und auf diese Weise spüre ich durch den Schmerz auch mich selbst!< Auf diesem Weg wird das gewalttätige Objekt internalisiert, wird zum Teil des eigenen Selbst. Durch diese widersprüchliche Funktion kann es mit Sachsse treffend als "pervers-gutes Objekt" bezeichnet werden.

Der Beginn ihres selbstverletzenden Verhaltens liegt bei **Maria**

lebensgeschichtlich sehr früh. *"So richtig Selbstverletzung habe ich mit Sieben, Acht angefangen, das war ganz unbewusst eher, das war mehr so Herdplatte anfassen, Bügeleisen, was man gut erklären konnte."* (3. Interview, Zeile 702) Die Selbstverletzungen bieten Maria die Möglichkeit, mit ihren Aggressionen umzugehen, *"also eine Art Aggressionen abzuladen, die aufgestaut sind, die man ja sonst nich rauslässt, ich habe das gemacht wenn ich traurig oder aggressiv war"* (1. Interview, Zeile 278). Das selbstverletzende Verhalten zieht sich durch Marias Biographie. Nach dem Drogenentzug während der stationären Behandlung tritt das Symptom der Selbstverletzung sogar in den Vordergrund; Maria schämt sich dafür, dass sie noch nach sechs Monaten dem Bedürfnis, sich zu schneiden, nicht widerstehen kann. Das Ritzen wird zum Ersatz für die

Drogen, *"wenn ich keine Drogen hatte, hatte ich so einen Druck, dass ich den gar nicht anders losgeworden bin, reden konnte ich damals gar nicht und dann habe ich geritzt, weil mir das in der Zeit am besten getan hat, wenn ich keine Drogen hatte, habe ich geritzt, also habe ich bei TSI mehr geritzt"* (3. Interview, Zeile 437). Sehr deutlich beschreibt Maria ihren Veränderungsprozess; Drogen und selbstverletzendes Verhalten stehen in engem Zusammenhang - beide haben eine Entlastungsfunktion für sie, die mit Aggressionen zu tun hat. Wenn sie auf Drogen verzichtet, wird der Drang, sich selbst zu verletzen stärker. Je weiter sich ihr Leben stabilisiert und sie befriedigende Formen findet, sich Erfolgserlebnisse zu verschaffen (Schulabschluss, Führerschein, Ausbildung) und krisenhafte Zusammenbrüche zu vermeiden, desto geringer wird der Druck, zu selbstverletzendem Verhalten zu greifen. Im dritten Interview ist der Impuls vollständig verschwunden, sie denkt gar nicht mehr an das zwanghafte selbstverletzende Verhalten. Das lässt den Schluss zu, dass Mariae sich nicht mehr in den für sie so bedrohlichen Zuständen befindet, die sie auf selbstdestruktive Weise bekämpft bzw. beendet hatte. Ihre präzise Beschreibung verweist darauf, dass sie kaum noch dissoziiert, um die schrecklichen Dämonen aus dem pervers-guten Objekt zu bändigen und dass dieses Objekt weniger Macht hat in der Organisation des Selbst. Sie sagt: *"habe mich schon ganz lange nicht mehr, bestimmt schon seit einem halben Jahr, nicht mehr geritzt. .... das hat sich irgendwie so eingependelt, ich habe gar nicht mehr diese Gedanken, dass ich mich jetzt unbedingt ritzen muss."* (3. Interview, Zeile 287) Selbst wenn das bedrohliche Objekt nicht gänzlich verschwunden ist, so sind doch jetzt selbstfürsorgliche Energien vorhanden, die auf tragfähige positive Selbst- und Objektepräsentanzen schließen lassen. Die Entschiedenheit, mit der Maria sich von Beziehungen der alten, pathologischen Qualität befreit, zeigt ihre wachsende Fähigkeit, diejenigen Trigger zu meiden, die sie in die bekannten Teufelskreise stürzen würden; stattdessen pflegt sie nun ihre wirklich guten inneren Objekte, für die symbolisch und real die Beziehung zu ihrer Therapeutin steht.

Auch bei **Jenny** zeigt sich eine charakteristische Vermischung von

aggressiven, ausagierten Kontrollverlusten und späterer Wendung der Aggressionen gegen die eigene Person. Wenngleich nicht so eindeutig selbstverletzend wie Maria, so schließen doch ihre aggressiven Durchbrüche eine Gefährdung der eigenen Person ein. Früher suchte sie geradezu zwanghaft Anschluss an eine überwiegend männliche Clique. Obwohl sie dort viele schlechte Erfahrungen macht, hält sie an dieser Gruppe fest, die sich vorrangig über Gewalthandlungen definiert. So ist Jenny zusammen mit ihren Freunden zu einem „Typen“ gefahren: *„...Da sind wir zu dem hin ... ham gegens Fenster geklopft ... dann hat er das Fenster aufgemacht, da ham wir den rausgezogen und verprügelt.“* (692ff)

Jenny selbst beschränkt sich nach eigener Aussage in ihrer Ausübung von Gewalt auf Männer, nachdem sie bei einer Schlägerei mit einigen Albanerinnen (im Anschluss an ein WM-Spiel) einem Mädchen wahrscheinlich die Nase gebrochen hat: *„...da war dann so ein..so'n Mädchen, deshalb schlag ich auch keine Mädchen..und der hab' ich so heftig eins in die Fresse gehauen.... Sie liegt da, als se voll angefang' hat zu bluten, da hab' ich gedacht, ach du Scheisse, haust lieber ab.“* (714ff) .

Auch nach zehn Monaten stationärer Therapie hat Jenny noch mit ihren Aggressionen zu kämpfen - sie kennt inzwischen ihr Muster, mit aufsteigender Wut umzugehen: *„entweder eins in die Schnauze gehauen oder ich bin abgezogen“* (728f). Auf der Therapiestation Teen Spirit Island wendet sie ihre Aggressionen vermehrt gegen sich selbst: *„Deshalb äh, hab ich hier wenn ich aggressiv bin, hau ich gegen die Wände.“* (733f) Sie schlägt so heftig, dass ernsthafte Verletzungen die Folge sind: *„...sind auch schon Adern geplatzt und sowas.“* (755/757) Jenny selbst steht also ihren Aggressionen noch immer eher hilflos gegenüber und hat keine wirkliche Alternative zum Umgang mit ihnen entwickelt. *„Aber wenn's mir halt zuviel wird oder zu heftig wird, dann weiß ich nicht mehr, wie ich mich anders wehren soll.“* (770ff) Das



bestätigt sich auch gegen Ende des Interviews, als sie zu ihrem Selbstbild und dessen Veränderung sagt: *“Ich bin immer noch aggressiv, nur halt nicht mehr so stark. Und...jetzt hab´ ich auch ´ne Depression...die hat ich damals nicht direkt. ....Und bin klarer im Kopf. Also, als ich hierhergekommen bin.... da hab ich immer gedacht, ich bin der Stärkste, also hab ich immer noch gedacht und das hat sich jetzt gelegt.”* (1415ff)

Jennys destruktiver Selbstanteil wird ursprünglich externalisiert und im anderen bekämpft und zerstört. Nun nimmt sie zwar durch ihre gewachsenen introspektiven Fähigkeiten ihre depressiven Anteile wahr; sie fühlt sich aber noch immer kaum in der Lage, ihre Aggressionen zu kontrollieren. Sie entwickelt jedoch eine neue Symptomatik: sie leitet die Externalisierungen, die sich als Gewalt gegen andere zeigen, auf den eigenen Körper um.

### **Gewalthandeln von Jungen und zuvor erfahrene Aggression**

Jungen sind bezüglich der Probleme mit aggressivem Verhalten weitaus weniger auskunftsfreudig als die an der Untersuchung beteiligten Mädchen. Jungen bleiben sehr viel mehr in der Aktion, im Enactment, drücken sich verbal wesentlich weniger aus. Ständige Gewalterfahrungen durch ein Elternteil sind für viele Jugendliche in ihrer Herkunftsfamilie an der Tagesordnung, so auch für **Peter**, dessen Geschichte zeigt, wie sehr aggressive Erfahrungen in der Kindheit eine entsprechende Entwicklung determinieren können.

Er stammt aus schlichten, kleinstädtischen Verhältnissen. Die Mutter trennte sich von Peters leiblichem Vater bereits vor seiner Geburt. Das Verhältnis zu seinem Stiefvater und zu seiner Mutter wird als *“nicht so gut”* beschrieben. *“Und in der Familie war es halt so, dass dass ich und mein Vater, mein Stiefvater halt immer Stress hatten.”* (2. Interview, Zeile 730) Beide Eltern sind Gelegenheitstrinker, der Stiefvater neigt zu Gewaltausbrüchen, von denen auch Peter nicht verschont bleibt. Das

äußerst gespannte Verhältnis zwischen Peter und seinem Stiefvater führt zu häufigem Streit zwischen den Eltern, der oft darin kulminiert, dass der Stiefvater die Mutter vor Peters Augen schlägt. Häufig versucht Peter, sich während der gewalttätigen Auseinandersetzung zwischen den Eltern zum Schutz von Mutter und Schwester dazwischen zu stellen, mit dem Resultat, dass er dann selbst zum Ziel der Angriffe wird. Dennoch bemüht sich Peter immer um die Anerkennung durch den Stiefvater und leidet unter seiner Missachtung. Er gehört schon als Kind zu einer Clique von älteren Jungen, mit denen er, seit er acht Jahre alt ist, regelmäßig viel Alkohol trinkt und *"zuviel Scheiße baut"* (1. Interview, Zeile 98). Als Neunjähriger hat Peter bereits 19 polizeilich registrierte Straftaten in seiner Akte.

Mit elf Jahren wird er mit einem Beschluss des Jugendamtes direkt von der Kinder- und Jugendpsychiatrie in ein Heim eingewiesen. Die nächsten sechs Jahre verbringt er in verschiedenen Einrichtungen und entwickelt in dieser Zeit seinen Eltern gegenüber äußerst negative Gefühle; gleichzeitig leidet er sehr unter der Trennung von seiner Familie und läuft mehrfach aus den Heimen fort. Oder er provoziert es, rausgeworfen zu werden. *"Dann bin ich auch aus mehreren Heimen geflogen, weil ich da halt randaliert habe."* (1. Interview, Zeile 340)

In dieser emotional überfordernden Situation ohne feste Bindungserfahrung kann sich Peter nur durch aggressive Ausbrüche von seinem inneren Druck befreien; dabei erlebt er Gewalt sowohl als Täter als auch als Opfer. In den verschiedenen Heimen wird er dreimal Opfer sexueller Gewalt durch erwachsene Männer. Als er versucht, darüber zu sprechen, wird ihm nicht geglaubt. Das verstärkt seine Aggressionen, er will auf sich und seine Not aufmerksam machen. *"Ich bin auf's Dach gestiegen und hab da Dachziegel runtergeschmissen."* (1. Interview, Zeile 347). Er kämpft mit Suizidgedanken und versucht, sich vom Dach zu stürzen. In diesen Erfahrungen wiederholt sich, was Peter seit der Kindheit kennt: Er erfährt von männlichen

Bezugspersonen überwiegend Gewalt und Demütigung. Auch während der Heimaufenthalte setzt er Alkohol ein, um mit seinen Probleme zurechtzukommen. Da er von Bezugspersonen keine Liebe und Zuneigung erfährt, stillt er seine Sehnsucht nach Halt, Bindung und Verschmelzung mit den einlullenden Eigenschaften des Alkohols, bindet sich bis zur völligen Abhängigkeit an die Droge als unbelebtes, daher ungefährlich erscheinendes Objekt.

Wieder daheim - mit 16 Jahren - setzen sich die Konflikte mit seinem Stiefvater bruchlos fort. Die einzige Gemeinsamkeit zwischen den beiden besteht im Alkoholkonsum. Wenn ein gewisser Pegel überschritten ist, *"dann ham wa uns halt geschlagen"* (1. Interview, Zeile 210f). Peter, in der Mitte seiner adoleszenten Entwicklung, beginnt also, sich gegen den gewalttätigen Stiefvater zu wehren. Dass beide dieselbe Droge konsumieren, deutet jedoch darauf hin, dass Peter sich mittels des Alkohols auch mit seinem Stiefvater identifiziert. Peters Mutter ruft aus Angst mehrfach während dieser Schlägereien die Polizei. Peter läuft nach solchen Vorfällen von Zuhause weg. Mit 17 Jahren zieht er aus und versucht, in seiner eigenen Wohnung zurecht zu kommen. Seine Aggressionen nehmen zu. *"Ich war ziemlich aggressiv, hemmungslos, ich hab auf keine Leute irgendwie Acht genommen und so, hab nur mein Ding durchgezogen."* (1. Interview, Zeile 115)

Nach der Therapie, im 20. Lebensjahr, lebt Peter in einer eigenen, vom Jugendamt finanzierten Wohnung, in der er regelmäßig von seinem Betreuer besucht wird. Alle 14 Tage geht er noch zur Einzeltherapie zu Teen Spirit Island und nimmt auch an Gruppengesprächen bei Step Kids teil, pflegt also seine neuen sozialen Kontakte und Bezugssysteme. Er hat gelernt, mit seinen Aggressionen anders umzugehen. Im Gegensatz zu früher versucht er nun, aufkommende Konfliktsituationen *"vernünftig zu regeln und nicht bei jeder Kleinigkeit irgendwie auszuflippen"* (2. Interview, Zeile 1680). Wenn er merkt, dass er

wütend wird, findet er andere Lösungen. *"Wenn ich mal richtig aggressiv bin, dann ziehe ich mich um und gehe laufen, das ist auf jeden Fall besser, als wie, wenn ich dann, ja, in die Kneipe gehe und mir einen zusaufe."* (2.Interview, Zeile 1684)

Peter hat einen eigenständigen Umgang mit Alkohol. Er findet es nahezu unmöglich, in einer Gesellschaft zu leben, in der alle trinken und er nicht trinken darf. Im zweiten Interview macht er deutlich, dass er durchaus in der Lage ist, kontrolliert zu trinken und damit nicht in Suchtverhalten zurückfällt. *"Also man kann nicht jeden gleichstellen irgendwie, ich kann, irgendwie, wenn ich jetzt sagen würde, ich trink jetzt Bier, dann trink ich jetzt **ein** Bier, aber dann bleibt ´s auch bei dem Bier, nicht wie früher dann."* (2. Interview, Zeile 469) Peter differenziert also seine Konsumformen. Früher hat er getrunken, um *"zu vergessen, was los ist, ne!"* Heute trinkt er, *"um ´s einfach mal zu geniessen"* (2. Interview, Zeile 482). Er bespricht diese Verhaltensweise mit seinem Sozialarbeiter und auch seiner Therapeutin, und er kennzeichnet sie auch als Rückfall. *"Aber bis jetzt habe ich jeden Rückfall, den ich gebaut hab irgendwie, wo ich getrunken habe, hab ich bis jetzt immer gesagt."* (2. Interview, Zeile 523) Er hat also ein hohes Maß an Bewusstheit gegenüber seinem geregelten Trinken, scheut sich nicht, sich dabei Hilfe zu holen und diese Vorgänge gemeinsam mit seinen Betreuern zu reflektieren. In beiden Interviews wird Peter darum gebeten zu überlegen, was in seiner Vergangenheit hätte anders sein müssen, damit er nicht in die Sucht hinein geraten wäre. Nach einer langen Pause antwortet er im zweiten Interview: ***"Ne einfache, ja, ´ne einfachere Familie halt, halt ´nen besseres Elternhaus sozusagen, dass meine Eltern nicht so viel trinken, halt, dass meine Eltern ´nen Vorbild sind, ja, ein bisschen mehr Verständnis, ein bisschen mehr Liebe, von beiden Seiten, Zärtlichkeit und so"*** (2.Interview, Zeile 2286).

Sehr deutlich betont Peter den Mangel an Zuneigung und

verständnisvoller, sicherer Geborgenheit. Er sieht heute sehr deutlich, dass er versucht hat, diesen Mangel mit der Sucht auszugleichen. Auch wenn er es nicht mit Worten sagt, versteckt sich doch in Bezug auf seine Aggressionen auch ein Zusammenhang in diesen Worten. Wenn er mehr Halt und Vorbilder durch seine Familie erfahren hätte, müßte er nicht so wütend um Aufmerksamkeit gerungen haben und genauso wenig hätte er so zornig sein müssen angesichts dieses Mangels.

Wenn Empathieunfähigkeit ein zentrales Merkmal der zugrundeliegenden Entwicklungsstörung ist und der beziehungsorientierte Behandlungsansatz Wirkungen zeigt, dann kann es als ein wesentliches Kriterium für tiefreichende Entwicklungsprozesse gelten, wenn die Jugendlichen am Ende ihrer stationären Therapie eine höhere Sensibilität für die Befindlichkeiten anderer Menschen zeigen, wenn Mitleid und Mitempfinden geäußert werden, wenn Beziehungsaspekte in ihre Reflexionen Eingang finden, wenn das Leiden oder die Gefühle anderer Menschen glaubhaft und authentisch in ihren Erzählungen eine wachsende Rolle zu spielen beginnen. Hierfür finden sich in den biographischen Entwicklungen der Jugendlichen unserer Untersuchungsgruppe eine Vielzahl von ausdrucksvollen Hinweisen, erinnert sei beispielsweise an die große Empörung von Marion über die Verführung von Kindern auf dem Schulhof, Drogen zu probieren und ihr mutiges Eintreten für den Schutz dieser Kinder. Omar drückt seine große Zufriedenheit darüber aus, dass seine Junkie-Mutter jetzt den Ausstieg aus der Szene geschafft hat, mit ihrem neuen Freund auf dem Land lebt und dort ein Pferd versorgt. Er betont, sie habe *„das jetzt auch mal wirklich verdient“*. Maria ist in Ausbildung zur Erzieherin, baut sich einen neuen Freundeskreis auf, und die Versorgung der Kinder liegt ihr sehr am Herzen (*„unser Jüngster ist sechs.“*)

## **Alternatives Krisenmanagement als Symptomkontrolle**

Das Erleben einer Krise, die die Stabilität des Selbstwertgefühls gefährdet, ist der Einstieg in den Teufelskreis der Heptade (Wurmser), der in jeder seiner Stufen den Gebrauch von Drogen nahelegt, um die Vielzahl unbestimmter, aber höchst unangenehmer Gefühle in dieser Selbstwertkrise zu kompensieren und, im weiteren Verlauf, die Folgen der desaströsen Entwicklung auszuhalten.

Irgendwann haben die hier porträtierten Jugendlichen das magische Mittel doch gefunden: indem sie die chemische Wirkung bestimmter Substanzen kennenlernten, mit deren Hilfe sie dem Gefühl der Auflösung Einhalt gebieten können, die ihnen den Boden unter den Füßen wiedergeben und eine ganzheitliche Selbsterfahrung ermöglichen. In den Momenten des krisenhaften Zusammenbruchs, in der narzisstischen Krise, gab es demnach durch die Droge ein Mittel zum Selfmanagement, das ihnen dazu verhalf, ein Gefühl der Autonomie aufrechtzuerhalten, die Illusion einer Selbstwirksamkeit zu entwickeln. Was aber tritt an dessen Stelle, wenn sie sich zur Therapie entscheiden, wie gehen sie mit gefährvollen Situationen bei Kränkungserlebnissen, nach dem Entzug und nach der Therapie um? Es sind diese Momente, in denen der gefürchtete Suchtdruck auftritt, das zwanghafte Bestreben, das Leiden zu beenden und zu Mitteln zu greifen, mit denen die qualvollen Zustände innerer Auflösung gestoppt oder die angstbesetzten Situationen überstanden werden können. Sehr anschaulich beschreibt **Sven**, wie er die Droge eingesetzt hat, um seine Ängste zu überwinden: aus dem kleinen, verlachten Jungen wird mit Hilfe eine Prise Koks der mutige Schläger, der andere in ihre Grenzen weist.

*"Ich hab das so gemacht, ich hab mir immer ´ne Nase Koks gezogen, bin dann dahin, weil ich wusste, die wollten mich schlagen und bin dann ausgerastet wie ´n Tier (...) durch Drogen und, dass ich halt*

*ändern unter Koks einen auf die Schnauze haun konnte und dann kam auf einmal der ganze Respekt.“ (1. Interview, Zeile 325).*

Er selber sieht sich jetzt auf einem Weg, er hat den erweiterten Hauptschulabschluß geschafft und in der langen Pause der Abstinenz sich so weit von den Drogen entfernt, dass er sagen kann, *“Suchtdruck hab ich eigentlich auch nicht mehr .“*(2. Interview, Zeile 280) Sven hat damit begonnen, seinen körperlichen Entwicklungsprozess zu unterstützen. Statt durch Drogen zu künstlich aufgeblähter eigener Stärke zu kommen, wie er es früher praktizierte, will er jetzt sich selbst stärken, indem er seinen Körper trainiert. Es deutet sich an, dass die reale Beziehungserfahrung ihn motiviert, nun auch durch eigene Anstrengung Kräfte zu entwickeln, Muskulatur aufzubauen und dem eigenen Körper zu mehr Männlichkeit zu verhelfen. Das unterstützt sein Selbstbewusstsein und Zutrauen, auch mit kommenden Krisen und Suchtdruck umgehen zu können. Er nutzt das Krafttraining zur Entwicklung seiner körperlichen Statur und bemüht sich darum, möglichst täglich zu trainieren: *“Also seit zwei Monaten jetzt mache ich das, ich will auch später irgendwie, wenn ich in der Nachsorge bin, auch mir ´n billiges Fitnessstudio suchen und weiter trainieren“* (2. Interview, Zeile 424f). Wie wichtig außerdem für ihn der kontinuierliche Kontakt zu seiner neuen Bezugsgruppe geworden ist, zeigt einer seiner letzten Sätze im 2. Interview, in dem er, angesprochen auf seine zukünftigen Lebensformen, sagt: *“Also ich bin, ich werde halt noch von den Betreuern betreut in meiner eigenen Wohnung, ich hab hier ´ne Nachsorgegruppe, das is sowas wie ´ne Gruppentherapie hier, nur halt für die Nachsorgler.“* (2. Interview, Zeile 785) Die lebendige reale Beziehungserfahrung ersetzt ihm die Droge. Allerdings zeigt sein Betreuungsbedarf auch unmissverständlich, wie abhängig und unerwachsen er sich noch fühlt.

Auch **Svenja** hat eine Entscheidung getroffen. Inzwischen ist sie ganz sicher, dass sie niemals mehr Drogen nehmen wird, auch nicht in Zeiten schlimmster Krise. Die Interviewerin fragt sehr eindringlich nach, was sie so sicher macht.

*"Weil ich das nicht will, ganz einfach eigentlich, das is es eigentlich, deswegen, ich bin so, ich bin so zufrieden mit allem, früher hat gar nichts geklappt, jetzt, das klappt, das klappt und ich bin da angesehen, sag ich mal, und man kennt mich und - weiß nicht, ich hab auch, ich will das nicht verlieren, den Job, den ich zur Zeit habe und wenn ´s irgendwann mal nich klappt, okay, dann klappt ´s halt nicht, ich mein, ich hab gesehn, das war alles kurzfristig, das hat nich geklappt, aber das, hat geklappt, wenn das nich, kommt halt das nächste. So ... da bin ich stolz drauf, auch wenn man das normalerweise nich so sagen soll"* (2. Interview, Zeile 744f).

Svenja betont ihre Zufriedenheit und die Zuversicht, mit der sie feststellt, dass viele Dinge heute gelingen, die ihr früher nicht geglückt sind. Ihr Selbstbild früher war das eines schüchternen zerbrechlichen Geschöpfes, das nicht imstande war, sich durchzusetzen und deswegen gescheitert ist. Heute hingegen betrachtet sie die Realität ihrer tatsächlichen Erfolge und erfreut sich daran. Aus diesem Wissen schöpft sie eine Zuversicht, dass sie es auch dann aushalten wird, auch wenn etwas einmal nicht klappt. *"Dann klappt ´s halt nich"*.

Svenja entwickelt eine Toleranz gegenüber möglichen Frustrationen, indem sie sich auf das Gelingende konzentriert. Selbst wenn es einmal einen Misserfolg gibt, wird das nächste Projekt wieder glücken. Sie baut also ihre Fähigkeit aus, die Dinge von außen zu betrachten, eine Metaebene einzunehmen und gewissermaßen von oben auf das sich entwickelnde Geschehen zu schauen. Das schließt ein Bewusstsein für Zeitabläufe ein, eine Stellungnahme zur Vergangenheit, eine klare Wahrnehmung der Gegenwart und daraus eine gezielte Extrapolation dessen, was Zukunft sein kann. Diese wird nicht mehr düster aus den



Missgeschicken der Vergangenheit heraus antizipiert, sie speist sich vielmehr aus Zuversicht und dem Wissen darum, wieviel ihr in ihrem Leben bereits gelungen ist.

Das Leben in einer Zeitlichkeit, die Formen von Zeitbewusstsein sind bei Svenja sehr ausgeprägt. Damit verweist sie die durch Abhängigkeit bestimmte Zeit sehr weit zurück in die Vergangenheit und vermag sich auf die Erfolge aus der jüngeren Vergangenheit zu konzentrieren, die eben diese Vorräte an positiven Verstärkererlebnissen zur Verfügung stellen. Daraus wohl speist sich auch ihre innere Sicherheit, jetzt auch dauerhaft abstinent leben zu können. Svenjas nächtliche Arbeit in der Diskothek bringt ihr viele Drogenabhängige vor Augen.

*"irgendwie, sag ich jetzt einfach mal, abstoßend oder so, aber wenn ich die dann sehe, denk ich, oh, kuck dir das an, so warst du auch mal, oh Mann oh Mann, du warst mal drogenabhängig, was machst du hier, ich kann das irgendwie schlecht beschreiben, vielleicht so ´n Ekel."* (2. Interview, Zeile 550f)

In der Begegnung mit Drogenabhängigen schaut Svenja wie in einen Spiegel und kann es kaum fassen, ihr früheres Selbst dort zu entdecken. Die damaligen Geschehnisse sind für sie in weite Ferne gerückt, ihre Drogensucht scheint ihr heute sehr fremd; die Abhängigkeit ist mit ihrem gegenwärtigen Selbstbild und mit ihrem Ich-Erleben nicht mehr in Einklang zu bringen, sie ist ich-dyston geworden. Dafür sprechen auch ihre somatischen Reaktionen. Nicht heimliche Sehnsüchte oder melancholische Rückblicke, vielmehr Widerwillen und Ekel bestimmen ihre Reaktionen. Sie spürt keinen Suchtdruck mehr, weder in Krisenzeiten noch in Momenten konkreter Verführung. Die Droge hat ihre Anziehungskraft für Svenja vollständig verloren.

## **Wendepunkte : "Das Kochen ist total genial"**

Neun Monate nach dem Ende der stationären Behandlung befindet sich Daniela zum Zeitpunkt des zweiten Interviews äußerlich in keinem besonders guten Zustand: Sie hat die Schule abgebrochen, die erste eigene Wohnung wieder verloren, sie ist nicht völlig clean und hat einen Suizidversuch hinter sich und es stellt sich die Frage, ob denn überhaupt etwas erreicht worden ist? Trotz der geschilderten Entwicklung sind einige herausragende Veränderungen zu bemerken, und zwar im Bereich von Beziehungsfähigkeit und Realitätsbezug. Daniela spricht über eine Maßnahme, die ihr bei der Berufsfindung helfen soll:

*D: Also ich wollt normal Schlosserei machen.... n ja, aber da hatten sie keine Plätze mehr frei und ehm, jetzt mach ich Hauswirtschaft, aber es geht auch. Es ist auf jeden Fall cool.*

*I: Naja, auf jeden Fall lernste auf diese Weise für 44 Leute kochen.*

*D: Genial, also es ist ist wirklich-, wir machen da...wir ham da Apfelkompott schon gemacht und was weiß ich..*

*I: Echt?*

*D: Wir ham da so voll die großen Töpfe und... wir ham da so ne eh Kelle, die kann man sich wirklich auf den Kopf setzen....echt wie n Hut oder so, es ist, als wenn man für Riesen kochen würde so, ne Küche für Riesen.... also es ist total genial.,*

*I: Und es macht dir auch Spaß?*

*D: Ja, auf jeden Fall. Also ich hab ja auch so ne höhere Position eigentlich schon so, ich werde, also mich fragen die Leute, wo was hinkommt, obwohl ich das manchmal selber gar nicht so weiß....*

*I: Hast ja so eine kleine Chefinnenposition?*

*D: Auf jeden Fall. Doch das geht schon, also ich fühl mich zumindest so. Vielleicht bilde ich mir das auch nur ein, aber*

*I: Och, wenn du dich so fühlst, wirst du ja schon einen Grund haben, ne?*

*D:..also zumindest werde ich da auch gut beachtet so, und da werden Späße mit mir gemacht, also manchmal bin ich da auch voll durchgeknallt, mal reiß ich Witze noch und nöcher... das ist einfach super so ...und dann lachen auch alle, ja, total genial. (Es folgt jetzt eine lange Schilderung, dass sie alle dort essen können, mehrere Gänge und ein Salatbuffet, dass sie dort auch selber essen kann und versorgt wird).*

*I: Das gefällt dir.*

*D: Ja, ich überlege auch, ob ich nich Koch machen will, weil in `ner Großküche, da ist ja auch viel zu tun, und dann, ich merk das ja immer, wenn ich dann hier zuhause bin, so: Ja, ich hab was getan so, mir geht`s so gut, obwohl ich total kaputt bin.“*

*(Daniela ,2.Interview, S.18)*

Daniela spricht mit Begeisterung vom Werkstatt-Teil ihrer gegenwärtigen Schule. Sie lernt Kochen in einer Großküche, sie kennt sich gut aus, sie hat eine anerkannte Position und sie hat viel Spaß,. In dem im Zitat deutlich werdenden Vorgang des Lernenden Tuns relativieren sich auch ihre verzerrten Realitätsbilder, sie genießt die grandiosen Ausmaße der Töpfe (*"wie für Riesen"*), ist sich aber des *"Als-ob-Charakters"* der Küchengeräte bewusst und erprobt spielerisch diese neue Realitätstüchtigkeit. Sie freut sich über erfolgreiche Produktionsvorgänge und macht die Erfahrung von Kompetenz: Sie kann etwas lernen und zu einem guten Ende bringen, das Ergebnis ist für sie selbst und andere sichtbar und *"schmeckbar"*, es hat eine sinnliche Qualität. Diese Erfahrung ist *"total genial"* - es klingt, als sei es das erste Mal, dass sie eine Erfahrung macht, mit der ihr die eigenen Fähigkeiten bewusst werden in einer Weise, die sie nicht leugnen kann: Was sie kocht, schmeckt auch den anderen.

Diese Kompetenz wird von anderen Menschen gesehen und anerkannt,

und die Anerkennung drückt sich in der Zuschreibung eines Ranges aus. Was sie aber vor allem bemerkt, ist die Aufmerksamkeit, die ihr entgegengebracht wird, es wird gescherzt, sie findet ausreichend Beachtung. Das ist eine für Daniela bislang offenbar sehr seltene Erfahrung, auf die sie wie im Rausch reagiert, so als könne sie es selbst kaum glauben. Wenn sie ausgelassen in Kontakt ist, "*Witze reißt und wie durchgeknallt*" reagiert - dann wird der Ausnahmezustand deutlich, in den sie durch solche persönliche Anerkennung gerät.

Das gilt für viele ähnliche Erfahrungen: die früheren Opfer beginnen, ein Bewusstsein für ihre eigenen Möglichkeiten zu entwickeln, auch so wird die Nachreifung sichtbar. Heute können sie helfende, unterstützende Funktion für andere haben und sie übernehmen diese Verantwortung auch, zumindest in ihrem Selbstentwurf. Sie haben selbst die Position des schwachen, ohnmächtigen Opfers verlassen, können aber deswegen besonders hilfreich sein, weil sie sich aufgrund der eigenen Erfahrungen empathisch in Opfer hinein fühlen können; ihnen ist die eigene Vergangenheit bewusst geworden und verfügbar, sie wird nicht mehr nur in blinder Wiederholung inszeniert.

Damit wird die gewachsene Mentalisierungsfähigkeit durch die gelebten Beziehungen praktiziert und beweist sich dadurch.

Das geht über bloße Imagination und Behauptung hinaus und zeigt sich nicht zuletzt in der Berufswahl.

### **Was also hilft?**

Die Ergebnisse meiner Langzeitstudie machen Folgendes deutlich:

1. Alle Jugendlichen erleben beträchtliche Nachreifungen, gewinnen an Ich-Stärke, mentalisierungsfähigkeit und intersubjektiver Kompetenz.
2. Woran kann man das erkennen? Natürlich zunächst am Umgang mit Selbstwert-Krisen und dem Gebrauch von Drogen zur Affektregulation.

Viele leben abstinent; sie erreichen selbstgesetzte Ziele (Schulabschluss, Führerschein, Berufsausbildung, feste Freundschaften und Liebesbeziehungen). In Abhängigkeit von der Ausgangslage und protektiven wie supportiven Faktoren kann ich sagen: Alle sind erfolgreich !

3. Möglich wird das jedoch nur durch einen höchst ambitionierten Ansatz; eine engmaschige Verflechtung von medizinischen, psycho- und soziotherapeutischen Maßnahmen, die Arbeit mit dem Rückfall, allem Voran die kontinuierliche Beziehungsarbeit im Therapeutinnenteam auch in der poststationären Zeit ist dazu notwendige Voraussetzung. Gerade nach der langen Zeit unter geschützten Bedingungen ist der verlässliche Kontakt zu der bekannten Therapeutin als symbolische Nabelschnur in den sozialen Uterus der Station TSI der Halt, den sie noch benötigen zu intrapsychischen Nachreifung (und der nur durch diverse Sonderregelungen ermöglicht werden konnte). Wechsel der Betreuungspersonen sind oft kaum zu verkraften. Enge Kooperation zwischen Jugendhilfe, schulischen Ansätzen und den Institutionen des Gesundheitssystems bei der Überleitung von der stationären in die ambulanten Hilfen sowie fließende Wechsel sind nicht nur hilfreich sondern absolut notwendig, um den Nachreifungsprozess zu stabilisieren und es nicht bei der 3.Chance zu belassen, sondern auch die 4.und 5.Chance mit zu denken. Nur so können früh suchtkranke junge Menschen sich langfristig stabilisieren.

### **Literatur**

*Bilitza*, Klaus (Hg): Psychodynamik der Sucht, Psychoanalytische Beiträge zur Theorie, Göttingen 2008 (Vandenhoeck und Ruprecht) ders., Psychotherapie der Sucht, Psychoanalytische Beiträge zur Praxis, Göttingen 2008

*Ferenczi*, S. (1932): Sprachverwirrung zwischen den Erwachsenen und dem Kind (Die Sprache der Zärtlichkeit und der Leidenschaft). Band III, Arbeiten aus den Jahren 1919-1933 (Nachdruck) Frankfurt/M., Berlin, Wien:Ullstein 1984

*Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E.J., Target, M. (2004):*  
Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst.  
Stuttgart: Klett-Cotta

*Möller, Christoph (Hg):* Drogenmissbrauch im Jugendalter. Ursachen  
und Auswirkungen, Göttingen 2005 (Vandenhoeck und Ruprecht)

*Sucht im Jugendalter, Verstehen, vorbeugen, heilen, Göttingen 2007*  
(Vandenhoeck und Ruprecht)

*Morgenroth, Christine:* Die dritte Chance. Therapie und Gesundung  
von jugendlichen Drogenabhängigen, Wiesbaden 2010 (vs-Verlag für  
Sozialwissenschaften)

*Wurmser, Leon:* Die verborgene Dimension. Zur Psychodynamik des  
Drogenzwangs, Göttingen 1997 (Vandenhoeck und Ruprecht)