

SehnSucht Heimat

Eine Untersuchung über biographisches Lernen im Dialog mit Suchtkranken und Entwurzelten



Gert Levy

Sehn“-Sucht“ *Heimat*

Klaus Lumma

Counseling Methoden in Aktion Humanistische Psychologie Halbjahrbuch 2/2003
Eschweiler 2003
ISBN 3-9236-35-0

Computer gestütztes biographisches Lernen im therapeutischen Dialog mit Suchtkranken und Entwurzelten

0. Zusammenfassung

Diese Arbeit entstand im Fluss des Geschehens, im Kampf mit den Zwängen der institutionellen Arbeit und den Ressourcen, die ich bei der Arbeit in mir, in meiner eigenen Biographie und der meiner KlientInnen im Verlauf der therapeutischen Prozesse entdeckte, die mir erlaubt waren mit Ihnen zu begehen.

Diese Entdeckungsreise bereicherte mich selbst, veränderte grundlegend mein Verhalten gegenüber dem Computer und öffnete mir über ihre Virtualität ganz konkrete und handfeste Bezüge und Erkenntnisse zu den Themen Suchtgenese, Suchtverlauf und Suchttherapie mit „Luftmenschen“ und „Entwurzelten“, aber auch mit Menschen „wie Du und ich“.

Sie entstand letztendlich als ich mit meiner Frau und meinem Schwiegervater die Tiroler Berge erklimmte und wir zufällig und magischer Weise ein Hinweisschild an einer Bergwand entdeckten, das die Richtung „Sehnsucht Heimat“ angab.

Drei der im Text vorkommenden Menschen sind in der Zwischenzeit am „Stoff“ und am damit einhergehenden Elend verstorben. Ihnen, ihrer ständigen Suche nach einer Heimat, nach Geborgenheit und Wärme, möchte ich den Text widmen.

1. Einleitung

Migration kann entweder traumatisierend oder ressourcenfördernd sein. Und natürlich gibt es alle Schattierungen des sich Empfindens und sich Fühlens dazwischen.

In den letzten Jahren setzte ich mich zum Teil sehr intensiv mit meiner eigenen Migrationsgeschichte und mit der meiner Klient/inn/en auseinander. Ich erlebte, hier wie dort, sowohl Trauma und Sucht, als auch Kraft und Lebenserfahrung, ich entdeckte einen großen Schatz an Menschlichkeit und unendlich viele Möglichkeiten, den bisherigen Lebenslauf auch als Quelle für Kraft und Kompetenz, als Ressource und nicht mehr nur als ein negatives und belastendes Schicksal wahrzunehmen. Dies war nicht immer schmerzfrei oder gar problemlos. Ich möchte, deshalb vorab meinen Gesprächspartner/inn/en und denjenigen, die mich immer wieder motivierten und anhielten weiterzumachen, danken.

In den letzten 1,5 Jahren beschäftigte ich mich hierbei insbesondere mit dem Faktor Sucht in der Beratungsmotivation der Klient/inn/en, die zu mir kamen. Sehr schnell merkte ich in der anamnestischen und kontaktaufbauenden Phase des Kontaktes zu den Klient/inn/en, dass ich mit äußerst verschnörkelten Lebensläufen konfrontiert bin. Wahrheit, Fehlwahrnehmung und vielleicht lebenserhaltende (Selbst)lügen in der

eigenen Wahrnehmung waren oft scheinbar unauflösbar miteinander verquickt. Die Betrachtung dieser Verwobenheit soll im Gesamttext ein eigenes Kapitel erhalten (Siehe „Der Zwang, die Lüge und die Wahrheit“).

Um lebenssichernd und stabilisierend und in diesem Sinne qualitativ beraten zu können, entwickelte ich einen speziellen Fragenkatalog, der es mir ermöglichte, so viele Faktoren wie möglich in den Fragestellungen an die Klient/inn/en unterzubringen. In 8 von 21 Fallarbeiten ging es um Kriseninterventionen, ging es nur darum, hier und heute Wege aus der akuten und lebensbedrohenden Krise aufzuweisen. Die Arbeiten standen somit unter einem zum Teil erheblichen Zeit- und Hilfedruck. Die Fragestellungen entwickelten sich in der überwiegenden Zahl der Gesprächs- und Beratungsverläufe zu Schlüsseln in der Hand der Dialogpartner/inn/en, also zwischen den Rat- und Hilfesuchenden und dem Therapeuten/Berater, sowie den medizinischen Instanzen.. Sie führten zur Stabilisierung im „Hier und Jetzt“ und zum gegenseitigen Verständnis. Sie ermöglichten einen dialogischen Zugang zur aktuellen Krise, sowie zu lösungsorientiertem Verarbeiten der destabilisierenden Beeinträchtigungen in der Handlungskompetenz. Hier nutzte ich auch eindeutig systemische Ansätze in der Methodik.

Eingebettet war der gesamte Verlauf auch in eine Dokumentationspflicht seitens des Arbeitgebers und der subsidierenden Sozialbehörde. Das hierfür relevant benutzte Daten- und Computersystem wird in einem speziellen Kapitel im Anhang erläutert. Es ließ mich im Prozess eine besondere Kommunikations- und Therapiemethodik entwickeln, die es den Klient/inn/en ermöglichte "in ihrem Leben aufzuräumen" , Brüche und stetige Wiederholungen im Lebensverlauf und fremd-, sowie eigenauferlegte Ausgrenzungen aus sozialen Zusammenhängen bildlich als Text zu gestalten und dann bewusster wahrzunehmen (Siehe „Hinweise zur Methodik“).

In der Veröffentlichung möchte mich darauf beschränken, einen Fallverlauf aus der Kerngruppe aufzuführen.

Zur Kontrolle der Methodik und zur Relativierung ihrer Effektivität führte ich auch mehrere ausführliche Gespräche mit 10 weniger Suchtbelasteten und vor allen Dingen nur wenig migrierten Klient/inn/en (Siehe „Die Kontrollgruppe“).

2. Der Zwang, die Lüge und die Wahrheit

Die Zulassung zum Substitutionsprogramm unterwirft, laut Betäubungsmittelgesetz, die Klient/inn/en einem für die Dauer von maximal zwei, in der Regel aber mindestens einem Jahr klar geregelten „Zwangs“programm.

Die Aufnahme der Klient/inn/en wird in einem Anamnesegespräch und einer eingehenden medizinischen Untersuchung der behandelnden ärztlichen Stelle vorgeprüft. Die Klient/inn/en müssen seit mehreren Jahren opiatabhängig sein und glaubhaft machen, dass sie trotz mehrerer Versuche nicht in der Lage gewesen sind vom Suchtmittel loszukommen, HIV-positiv sind oder an hochansteckenden Hepatitisserkrankungen des Typs b und c leiden.

Sie müssen sich dann in einen als „psychosoziale Begleitung“ beschriebenen Beratungsprozess begeben. In diesen Gesprächen und Beratungen soll erst ein mal und vorrangig die soziale und ökonomische Lage besprochen und geklärt, aber auch der ambulante therapeutische Prozess eingeleitet und, so nicht anders machbar

auch ein stationärer, eingeleitet und/oder begleitet werden. Prinzipiell finden diese Gespräche wenigstens ein mal wöchentlich statt.

Die hierbei entstehenden Kosten werden je nach medizinischer Indikation von kommunalen, kassenärztlichen und/oder überörtlichen Kostenträgern, sowie Rententräger übernommen.

Die Verabreichung des Ersatzstoffes findet ab der Aufnahme täglich statt. Eine Nichteinnahme des Substitutionsstoffes verursacht erheblich schmerzende Entzugerscheinungen.

Der Beikonsum von anderen Suchtstoffen wie Heroin, Kokain, Amphetaminen und Alkohol ist untersagt. Sie kann zum körperlichen Kollaps führen. Diese Beikonsumfreiheit wird durch regelmäßige Urinkontrollen überprüft. Erst nach einem längeren Zeitraum von sozialer Stabilität und vor allen Dingen Beikonsumfreiheit kann es, nach Entscheidung und in der Verantwortung der ärztlichen Stelle, zu einer Mitgabe des Ersatzstoffes, dann über mehrere Tage, kommen. Bei dann auftretenden Irregularitäten, Unzuverlässigkeiten und Verschlechterungen des physischen und psychischen Gesundheitszustandes, kann die Mitgabe unterbrochen werden.

Ausführlicheres hierzu ist in den hierfür bundesweit festgelegten „AUB“ und „NUB“-Richtlinien des Betäubungsmittelgesetzes nachzulesen.

Mein deklariertes Ziel in der Substitutionsbegleitung war es aus diesem Zwang zur Beratung, ein Angebot zur ambulanten Therapie und somit aus dem Zwang und der Verpflichtung eine freiwillig wahrgenommene Möglichkeit des Counseling und der ambulanten Suchttherapie zu machen. Dies setzt in allen Fällen beim Beratenden eine hohe Kontaktfähigkeit und Hintergrundwissen über Suchtverhalten und süchtigen Denk- und Wahrnehmungsmustern und bei den Klient/inn/en ein zunehmendes Problembewusstsein, eine sich entwickelnde Offenheit voraus.

Die Droge, der Suchtstoff führt zu gewollter Fehlwahrnehmung der Realität. Der Zwang zur Beschaffung verstärkt den Drang zur Lüge. Diese wird eingesetzt um zum Ziel, dem Nachschub des Suchtstoffes zu gelangen und in der Folge natürlich auch des Substitutionsstoffes.. Der polizeiliche Fandungsdruck, die soziale Verelendung und die hierdurch entstehende Angst führen zu Mimikry und Lüge.

Um eine Flucht, Ausreise und anschließende Aufenthaltsgenehmigung in Deutschland gelingen zu lassen, mussten fast alle von mir beratenen Migrant/inn/en zum Mittel der Lüge, mindestens zur Verformung der Wahrheit greifen.

Die Erschütterungen und Traumatisierungen während dieses Lebensabschnittes lassen Realität sich ausblenden und Erinnerungen verformen.

Ich entschied mich prozessorientiert, stets mit der Wahrheit, die die Klient/inn/en mir darlegten, zu arbeiten und versicherte ihnen immer wieder, dass eine Überwindung ihrer psychischen Probleme, einschließlich ihrer Suchterkrankung nur durch Wahrnehmung, Verbalisierung und Entschlüsselung und anschließende Neubewertung und Deutung ihrer Vergangenheit möglich ist. Dass die „Wahrheit“ somit kein Kriterium für Bestrafung sein kann, sondern ein Wegbereiter der „Heilung“.

3. Hinweise zur Methodik:

Sobald ein tragfähiger Beratungskontakt hergestellt ist, biete ich den Klient/innen an, ihre Lebensgeschichte mit mir zusammen im Gespräch aufzuschreiben und parallel zur Schilderung zu reflektieren. Die Kontakterstellung zu den Klient/inn/en bezieht sich zuallererst auf ein Beratungsangebot. Um qualitativ beraten zu können, bedarf es erst einmal einer gründlichen Klärung der Vorgeschichte und der aktuellen Situation. Hierbei ist der von mir erstellte Fragenkatalog für die Klient/innen einsichtig und dient mir selbst als Richtschnur (Siehe: "Spezielle Fragestellungen zu Sucht und Migration"). Im Verlauf der Gespräche stellte ich zunehmend fest, dass bei den Klient/inn/en ein Wunsch nach "Therapie" besteht. Sie verstehen diesen Begriff als ein Erlösungsmoment von der ständig sich wiederholenden und schmerzenden Erfahrung des Suchtdruckes, des Rückfalles und des erneut unkontrollierbaren Rauschmittelkonsums. Dieser Wunsch entwickelte sich ganz besonders bei der Klient/inn/engruppe der Migrant/inn/en, da diese sich auf dem Hintergrund ihrer bislang z.T. nicht ausreichenden Sprachkenntnisse in der Mehrheit noch nie einer ausdrücklich therapeutischen Behandlung unterzogen hat.

Es entsteht durch diese vorhandene und sich entwickelnde Erwartungshaltung im Beratungsverlauf bei beiden Untersuchungsgruppen eine ständige Gratwanderung zwischen beraterischen und therapeutischen Herangehensweisen. Die in der Untersuchung verarbeiteten therapeutischen Gespräche mit deutschen Klient/innen haben einen speziellen Focus: den Beginn der räumlichen und sozialen Destabilisierung, der "Binnenmigration" (siehe: II. Spezielle Fragestellungen biographisches Lernen). In der überwiegenden Zahl der dargestellten Arbeiten mit diesen Klient/inn/en hatten diese ausführliche therapeutische Vorerfahrungen und konnten in ihrer Beratungsbereitschaft hierauf zurückgreifen.

Bei der Erarbeitung der "Fallverläufe", ist für die Klient/inn/en der Bildschirm offen einsehbar. Ich erkläre ihnen, dass sie die Macht über sowohl die Erinnerungen, als auch über die Formulierungen und die Wortwahl, die diese Erinnerungen für mich verständlich machen, haben. Ich habe nur die Macht über die Maschine, den PC. Ich schreibe und speichere nur das, was sie geschrieben und gespeichert haben wollen und selbst formulieren. Hierbei erneuere ich bei jedem Kontakt mein Angebot bestimmte Passagen in ihrer Wortwahl zu ändern, zu korrigieren oder gar zu streichen. Wir lesen das bislang Aufgeschriebene durch und reflektieren es erneut. Hierbei will ich nur von ihnen die Gründe für eine etwaige Korrektur benannt bekommen. Über diese Änderungswünsche und deren Gründe unterhalten wir uns ausgiebig und stellen Veränderungen in der subjektiven Wahrnehmung und Einschätzung des Gewesenen fest. Ich selbst spreche die für mich aus der letzten Sitzung entstandenen Fragen und Widersprüche im Text an und lasse gleichzeitig den Klient/inn/en den Freiraum, zwischenzeitlich in das Bewusstsein gekommene Erinnerungen dem Text hinzuzufügen. Meine Tendenz im Dialog ist hierbei, die Klient/innen ihre Vergangenheit ressourcenorientiert wahrzunehmen und gleichzeitig Raum zu lassen, damit Erinnerungen hochkommen und letztendlich verarbeitet werden können.

Es findet ein "Reframing" statt. Erinnerungen und Gefühle zur eigenen Vergangenheit werden bewusst und dann in einen anderen und neuen, Ressourcen orientierten Rahmen gesetzt. Sie können so neu bewertet werden. Brüche und

Widersprüche in den Lebensabläufen werden wörtlich und auf dem Bildschirm sichtbar und können so besprochen werden.

Mein derzeitiger Eindruck ist, dass die Loslösung und Verarbeitung von traumatischen Erinnerungen aus der Vergangenheit und der daraus resultierenden aktuellen Ängste, sowohl bei der Verbalisierung, als auch beim schriftlichen Festhalten des Gesagten, durch das Medium PC für die Klient/innen vereinfacht und erleichtert wird. Allein schon der Hinweis, dass alles veränderbar und korrigierbar ist, gibt den Klient/innen den Weg frei zur Reflexion der eigenen Vergangenheit und zum Erkennen der hierbei immer wiederkehrenden Verhaltensmuster. Durch den Einsatz des Mediums Computer, fühlten sich alle betreuten Klient/innen in ihrer Problemsituation ernst genommen. Zentral hierbei erscheint mir der "Top Dog", dass alles veränderbar ist – die Wahrnehmung der Vergangenheit und natürlich die Gestaltung der Zukunft im Rahmen der eigenen "Gestalt".

Sehr wichtig erschien mir anfangs im Gespräch der Hinweis an die Klient/innen, dass der Zugang zum Text auf mich begrenzt ist und über persönliche Kennwörter und Zugangsberechtigungen zum Datenmaterial kontrolliert wird. Ich konnte dann in keinem Gespräch Ängste oder Zurückhaltungen seitens der Klient/innen gegenüber der Datenerfassung und dem Computer feststellen. Im Verlauf der Bearbeitung erklärten sich alle Klient/innen mit einer Öffnung des Zuganges zum erarbeiteten Text für das gesamte Setting bereit.

Bei Nachfragen über die Wirkung dieses Arbeitens, ergab sich bei allen befragten Klient/innen, dass ihnen der Erarbeitungsprozess wichtige Erkenntnisse erbracht habe, sie gelöst und entspannt hätte und sie ihrer eigenen Geschichte näher gebracht hätte.

Allein schon durch die Aufzählung und Erfassung aller bisher schon stattgefundenen Entzugsbehandlungen und Therapien, gelang es den Klient/innen sich zumindest die Ernsthaftigkeit ihrer derzeitigen Lage in das Bewusstsein zu bringen und damit dann ressourcenorientiert zu arbeiten. Dieses erneute Durchleben der Lebensstationen und –Situationen erwies sich zum Teil für die Klient/innen als sehr schmerzhaft im Sinne einer Katharsis. Besonders effektiv und therapiefördernd erwies sich die Methodik, wenn ich im Verlaufe von Gesprächen, anhand des schon vorhandenen Textes, Rückverweise auf schon stattgefundene und festgehaltene Gesprächsergebnisse auch bildlich machen konnte.

4. Spezielle Fragestellungen zum biographischen Lernen

In der Beraterischen und therapeutischen Arbeit mit Suchterkrankten unter anderem zur Frage Suchtgenese, Suchtverhalten und Suchtbewältigung können besondere Fragestellungen einen Zugang zum biographischen Lernen ermöglichen.

Fragen zur Anamnese:

- Wie stabil war die soziale Lage Ihrer Familie bei Ihrer Geburt?
- In welcher innerfamiliären Rangfolge stehen Sie seit Ihrer Geburt?
- Wie würden Sie das Kräfteverhältnis zwischen Ihnen und Ihren Geschwistern beschreiben? Hat es hier Veränderungen im Laufe der Jahre gegeben?
- Ist Ihre Familie häufiger umgezogen? Wie lange lebte Ihre Familie bei Ihrer Geburt schon in der Region Ihres Geburtsortes?

- Galt Ihre Familie in Ihrem sozialen Umfeld als eher erfolgreich oder eher ausgegrenzt?
- Hat es in Ihrer Familie Veränderungen in der innerfamiliären Dominanz und im Rollenverhalten gegeben?
- Hat Ihre Familie, haben Sie einer besonderen weltanschaulichen und/oder Religionsgemeinschaft angehört?
- Ab welchem Zeitpunkt trat bei Ihnen eine räumliche und geographische Destabilisierung ein?
- Ab welchem Zeitpunkt trat bei Ihnen eine soziale Destabilisierung ein?

Fragen zum Problem Suchterkrankung

- Kannten Sie aus Ihrem familiären und sozialen Umfeld Suchterkrankungen?
- Welches Gefühl trat bei Ihnen bei dem ersten Rauschmittelkonsum ein?
- Wie lange gelang es Ihnen in Ihrer subjektiven Wahrnehmung den Suchstoff kontrolliert einzunehmen?
- Welche geographischen Veränderungen haben Sie erlebt seit der Ersteinnahme und welche seit Beginn des Kontrollverlustes?
- Welcher sozialen Gruppe gehören Sie mittlerweile an? Entspricht diese Ihren Erwartungen und Wünschen?

In der beraterischen und therapeutischen Arbeit mit Migrant/innen unter anderem zur Frage Suchtgenese, Suchtverhalten und Suchtbewältigung sind zusätzliche und spezifische Fragestellungen von besonderer Bedeutung

Fragen zur Anamnese:

- Wie alt waren Sie, als Ihre Familie nach Deutschland kam? So Sie hier geboren sind, wie lange hat sich Ihre Familie zu diesem Zeitpunkt schon in Deutschland aufgehalten? In welcher Rangfolge befanden Sie sich bei Ihrer Geburt. Befand sich Ihre Familie hier in einer sozial gesicherten, integrierten, sowie ökonomisch abgesicherten Situation?
- Hat Ihre Familie, haben Sie einer besonderen weltanschaulichen und/oder Religionsgemeinschaft angehört?
- So Sie nicht in Deutschland geboren sind, waren Sie froh und neugierig auf die Migration? Haben Sie beim Verlassen Ihrer Geburtsregion Trennungsschmerz zu Ihrem sozialen Umfeld und zur Region erlebt? Haben Sie noch, wie auch immer orientierte, scheinbar begründete oder auch nicht begründbare Sehnsüchte nach Wahrnehmungen, die aus Ihrer alten Heimat herrühren und (scheinbar) nur dort zu spüren sind?
- Wer traf die Entscheidung zur Migration? Unter welchen Umständen (wirtschaftlich, politisch, innerfamiliär) fand diese statt? Fand diese Migration "freiwillig" u.U. zur Verbesserung der ökonomischen Lage statt oder unter Zwang?
- Gab es bei und nach der Migration einen Rollenwechsel in der innerfamiliären Dominanz und im Rollenverhalten der Eltern, von Ihnen und/oder der Geschwister?
- Haben Sie noch Erinnerungen und Gefühle zu Ihrer Geburtsregion?
- Wurde innerfamiliär eine Rückkehr in diese Herkunftsregion als etwas Erstrebenswertes dargestellt?
- Wie ist Ihr Gefühl zum Begriff "Heimat" und wo lokalisieren Sie diese?

- Was ist Ihr "zu Hause"?
- Wie alt ist die Migrationsgeschichte Ihrer Familie? Hat es schon vorher Migration oder gar Vertreibungen gegeben und sind eventuell Traumata/Verletzungen übertragen worden?
- Welche Sprache, welchen Dialekt sprachen Sie zu Hause? Steht und stand dies im Gegensatz zur sonstigen außerfamiliären Umwelt schon in Ihrer Herkunftsregion und jetzt hier?
- Wie war und ist jetzt das Verhältnis zu den Zurückgebliebenen? In welcher ökonomischen und sozialen Lage leben diese? Gab es die Möglichkeit diese und somit die Herkunftsregion zu besuchen und/oder von Zeit zu Zeit zurückzukehren? Musste der Besitz dort aufgegeben werden? War die ökonomische Situation Ihrer Familie nach der Migration besser oder schlechter als vorher?
- Sind alle Kinder der Familie mitgereist? Gab es in der Familie "Pendelkinder"? Hat die Familie gar auf dem Hintergrund der Migration ein Mitglied verloren?
- Hat sich der Zusammenhalt der Familie nach der Migration verändert und wie kommen Sie damit zurecht? Gibt es Veränderungen in Macht- und Entscheidungsstrukturen innerhalb der Familie im Vergleich zur "Heimat" und im Vergleich zur Phase unmittelbar nach der Migration? Welche Rollenkonflikte gab es und gibt es noch heute?
- Stehen Sie auch auf dem Hintergrund Ihres aufenthaltsrechtlichen Status unter einem besonderen juristischen Druck?

Fragen zum Problem Suchterkrankung:

- Wie erklärt sich wer das Suchtproblem, das Sie in die Beratung und ev. Therapie geführt hat?
- Wie wird in Ihrer Ursprungsregion und im eigenen Familienverbund die Krankheit "Sucht" wahrgenommen und definiert (dazu gehören Verwandte und Bekannte in der "alten" Heimat, Problemangehörige in Deutschland, der behandelnde Arzt, der Heilkundige der eigenen Kultur etc.)
- Gilt die Familie unter den derzeitigen Umständen hier und dann auch aus dem Blickwinkel der alten Heimat eher als erfolgreich oder als gescheitert?
- Reagiert die Familie bzw. das soziale Umfeld strafend und ausgrenzend auf das auftretende Problem? Wie würde das Problem gelöst werden, wenn die Familie in der alten Heimat leben würde? Welche Haltung gegenüber dem auftretenden Problem nehmen die Zurückgebliebenen ein? Welche und wie, d.h. in welches Ritual eingebunden, wurden Suchtstoffe in der kulturellen Ursprungsregion genutzt?
- Leben Sie, lebt Ihre Familie vereinzelt in der deutschen Umgebung oder eingebettet in vielfältige Beziehungen zu Landsleuten? Fühlen Sie sich von ihrem sozialen Umfeld hier in Deutschland wg. Ihres Aussehens oder ihrer Sprache ausgegrenzt oder gar bedroht?
Kennen Sie dies schon aus Ihrer Geburtsregion?
- Hat es in Ihrer Familie Veränderungen im Rollenverhalten und in der innerfamiliären Dominanz gegeben?
- Wie würde das Problem der Sucht und Abhängigkeit gelöst werden, wenn die Familie in der alten Heimat leben würde? Welche Helfer, welche Autoritäten würden dort einbezogen werden und u.U. in welcher Abfolge und eventuell Ritual? Haben Sie dieses schon einmal persönlich miterlebt oder ist es Ihnen überliefert worden?

- Welche Möglichkeiten gibt es, solche Kontakte und Abfolgen auch hier zu nutzen?
- Gibt es bei Ihnen, bei Ihrer Familie die Vorstellung, dass bei einer Rückkehr in das Herkunftsland das Problem gelöst wäre?¹

5. Statistik

Insgesamt wurden von mir über einen Zeitraum von 18 Monaten 30 Personen in dem sich entwickelnden Beratungsprozess erfasst. Die Dauer der Beratungseinheit war jeweils auf mindestens ein mal wöchentlich sechzig Minuten festgelegt, konnte aber, je nach Situation des Prozesses, auch etwas kürzer oder länger sein. Letzteres ergab sich aus der sich zum Teil krisenhaft zuspitzenden Situation, in der sich die Klient/inn/en befanden. Unzuverlässigkeiten in der Terminwahrnehmung waren immer Indikatoren von Motivation und physischen, sowie psychischen „Zustand“.

17 Personen waren männlich, 13 weiblich. Während der Erarbeitung, Entwicklung und der Anwendung der Methodik konnte ich keine geschlechtsspezifisch differierende Akzeptanz, Zugänglichkeit und Kontaktintensität feststellen. Das durchschnittliche Alter der Klient/inn/en betrug 26,8 und lag zwischen 24 und 45 Jahren. Der Klient/inn/enzulauf war durch die jeweilige Dienststelle und in Köln durch meine eigene Praxis geregelt, in der Bonner Dienststelle allerdings von mir nicht oder nur geringfügig beeinflussbar.

Die Gesamtzahl der beratenen Klient/inn/en betrug 52. Die Differenz erklärt sich aus der Tatsache, dass nicht zu allen Klient/inn/en ein ausreichend intensiver und anhaltender Kontakt hergestellt werden konnte und darüber hinaus 3 Klient/inn/en zur Bearbeitung ihrer Vita nicht bereit waren.

20 Klient/innen waren Migrant/inn/en oder hatten, zwar in Deutschland geboren, einen eindeutigen familiären Migrationshintergrund. 9 kamen aus der ehemaligen Sowjetunion und hatten ausgeprägte familiäre Traumata durch Vertreibung und sozialer Segregation als „Deutschstämmige“ in der Sowjetunion der stalinistischen und poststalinistischen Ära.

Durch meine eigene Sprachkompetenz gelang es mir 1 Klienten mit spanischem, zwei mit frankophonem und nordafrikanischem, sowie zwei mit italienischem Hintergrund in den Beratungsprozess einzubinden. Der Beratungsprozess fand generell in dem für die Klient/inn/en jeweilig am besten zugänglichen Sprachkontext statt. Zum Teil führte dies auch zum Mischen der jeweiligen Sprachen mit deutschen Begrifflichkeiten, die es in ihrem ursprünglichen Kultur- und Sprachkreis nicht gegeben hat (z.B. „Sozialamt“).

Durch die ausgewiesene Zielsetzung der Beratungsstellen in denen ich diese Studie erstellen konnte, es handelte sich um zwei örtlich unterschiedlichen Suchtberatungsstellen und der eigenen Praxis in einem dritten örtlichen Bereich, war die überwiegende Zahl der Klient/inn/en opiatabhängig, 21 allerdings mit polytoxischen Komponenten. Neben der Opiatabhängigkeit konsumierten sie auch noch Alkohol, Cannabisprodukte und Amphetamine. Auf diesem Hintergrund konnte das Paradigma der Nüchternheit im Beratungsprozess nicht auferlegt oder gar seitens

¹ Bei der Erarbeitung des Fragekatalogs nutzte ich einen Artikel aus Pro Familia Magazin Heft 1/96-22.Jahrgang-, „Zwischen Kulturen-Transkulturelle Beratung und Therapie von Cornelia Österreich

der Klient/inn/en eingehalten werden. Grundvoraussetzung im Kontakt war in diesem Sinne die „weitestgehende Nüchternheit“. Im Verlauf kam es hierbei auf diesem Hintergrund in fünf Gesprächskontakten zu einer Verlegung des Termins.

Bei 10 Klient/inn/en gab es vordergründig keinen Migrationshintergrund. Es stellte sich jedoch sehr schnell heraus, dass die der Konsum der jeweiligen Suchtstoffe und die darauf eintretende Suchterkrankung, eine geographische und soziale Destabilisierung, eine Entwurzelung, zumindest aber eine Binnenmigration einleitete, die zum Teil immer noch anhält und die einen eindeutigen Behandlungs- und Beratungsdruck, ja Leidensdruck auslöste. Auch bedingt durch die Suchterkrankung leben alle Klient/inn/en am Rande des Existenzminimums. 25 hatten schon Armut in ihrer Herkunftsfamilie erlebt. 20 kannten Suchterkrankungen aus ihrer Herkunftsfamilie. 20 Klient/inn/en beschrieben ihre Herkunftsfamilie als tendenziell sozial ausgegrenzt. Auch hierdurch bedingt war der Bildungsstand der Klient/inn/en überwiegend gering.

Die Kosten für Beratung und Behandlung wurden in den Dienststellen über Einzelfallabrechnung über kommunale und Rententräger abgewickelt, in meiner Kölner Praxis zu großen Anteilen unentgeltlich und von mir aus einem Solidaritätshintergrund getragen oder von den etwas „betuchteren“ Klient/inn/en eigenfinanziert.

15 Klient/inn/en hatten im Verlaufe ihres Lebens enge Einbindungen in religiös orthodoxe, ja fundamentalistische christliche und moslemische Glaubensrichtungen erlebt. Der überwiegende Teil (5 von 7) der Klient/inn/en aus der ehemaligen Sowjetunion äußerte für sich die Vermutung, dass ihr Suchtproblem mit dem Wegfall der durch das Gesellschaftssystem vorgegebenen „klaren“ und „harten“ Alltagsstrukturen begonnen habe. 10 Klientinnen und 2 Klienten hatten den Faktor sexuellen Missbrauch als vermutlich suchtauslösendes Trauma, auf alle Fälle als prägenden und traumatisierenden Hintergrund.

Gesicherte Aussagen über Dauer der Suchterkrankung bis zu Beginn der Beratung und Behandlung, konnte ich nicht erstellen. Der subjektive Wahrnehmung über den Beginn einer Suchterkrankung, ist sehr schwankend. Das Kriterium des Kontrollverlustes über den oder die Suchtstoffe nach Jellinek war seitens der Klient/inn/en nur selten und in keinem Fall aussagekräftig datierbar.

6. Die Kontrollgruppe

Im Verlauf der Untersuchung wand ich das Gesprächsmodell des „biographischen Lernens“ auch in mehr oder minder lockeren, und auf alle Fälle aber offenen Gesprächen mit insgesamt 10 nicht primär von Suchtproblemen und nicht sozial belasteten und verelendeten Gesprächspartner/inn/en an. Vorher hatte ich ihnen den Gesamtzusammenhang und den Grund meines Fragens und Mitschreibens erklärt. Es handelte sich hierbei um 5 Frauen und 5 Männer im Alter zwischen 25 und 48 Jahren, die alle in NRW geboren waren, deren beide Eltern aus dem deutschen Sprachraum kamen und deren gesundheitliche und soziale Lage als stabil bezeichnet werden kann. Mein Ziel war es die Gesprächsmethodik in ihrer Wirkung losgelöst von den Zwangsmechanismen der sozialen Not und sowohl sozialen, als auch medizinischen Kontrolle zu untersuchen.

Für mich erstaunlich war, dass alle im Verlauf der Gespräche eigene Suchtlatenzen erkannten und sich zu ihrer Kontrollbedürftigkeit bei der Nutzung von Suchtstoffen

und/oder Suchtverhalten bekannten. Auch mit dieser Gruppe gab es keinen für mich feststellbaren Geschlechterunterschied im Zugang zur Methodik.

Bei drei Gesprächspartner/inn/en gab es in einer Phase ihres Lebens erhebliche Kontrollverluste mit Cannabis. Einer beschrieb sich als „regelrecht abhängig vom Leistungssport“. Zwei erzählten, dass nach Beginn ihrer festen Partnerschaft das von ihnen als „Haltlosigkeit“ beschriebene Verhaltensmuster langsam aufhörte und, da sie jetzt „in einem festen Rahmen waren, den Stoff nicht mehr brauchten“.

Ein Gesprächspartner hielt sich über Jahre in einer fundamentalistischen katholischen Sekte auf. Nachdem er diese verlassen hatte, begann er mit dem Konsum von „leichten“ Suchtstoffen, Cannabis und Nikotin und verlor sehr schnell hierüber die Kontrolle.

Drei der Gesprächspartner/inn/en sprachen in der Nachbesprechung von einem „Tagebucheffekt“, der ihnen den Zugang zu Erinnerungen erleichtert hätte. Dies hätte sie in der Folge „noch vieles be- und verarbeiten lassen“ und sie „letztendlich erkennen lassen, dass das eigentliche Ziel ihrer Sehnsüchte das der „Zugehörigkeit zu einer Gruppe und der dort vermuteten Geborgenheit“ sei.

7 Darstellung des Computernetzwerkes und der Informationsflüsse

In der Fallarbeit stehen mir folgende Netzwerke zur Verfügung:

Netzwerk I (= intern). Der Zugang hierfür ist nur Mitarbeiter/innen der Dienststelle möglich. Hier gibt es eine eigene Datei auf den Namen der jeweiligen Mitarbeiter/in. Diese wird nur selten und in Ausnahmefällen „fremd“ begangen. Andere Mitarbeiter/innen der Dienststelle können diese aber in Vertretungssituationen einsehen und bedienen.

Netzwerk P (=Passt). Der Zugang hierfür ist für Mitarbeiter/innen der Dienststelle und der ärztlichen Methadonvergabe. Daran angeschlossen sind sämtliche Mitarbeiter/innen der Beratungsstelle und der Vergabestelle. Laut eigener Angaben der dortigen Mitarbeiter/innen, wird dies aber auch aus Zeitgründen nur selten genutzt. Über eine Excel-Datei kann die psychosoziale Begleitung auch sowohl die Vergabedosis, als auch eventuellen Beikonsum, der nach einer Urinkontrolle festgestellt wird, ablesen.

ALBIS. Hier findet die tägliche Kommunikation zwischen der Methadonvergabestelle und den Mitarbeiter/innen der psychosozialen Begleitung statt. Zugangsberechtigt sind alle Mitarbeiter/innen der Dienststelle und der PASST über ein gemeinsames Kennwort. Hierüber werden allgemeine Hinweise sowohl über die Terminvergabe, als auch über die derzeitige psychosoziale Situation der Klient/innen ausgetauscht. Hier findet die sowohl klienten- als auch dokumentationsnaheste Verlaufsbeschreibung der psychosozialen und medizinischen Betreuung statt. Durch Hinweise in diesem Netz ist es auch möglich auf die Klient/inn/en Druck auszuüben. Es ist jenseits der Frage Dokumentation auch ein Kontroll- und Disziplinierungsmittel, im besten Fall ein direkter Konsultationsrahmen mit den medizinischen Dienstbereichen der Substitutionsbehandlung.

Horizont“. Das Programm zur Erfassung der Fallarbeit ist neu und bundesweit für Suchtberatungsstellen zum 01.01.2001 eingeführt worden und hat noch häufig „Ausfallerscheinungen“. Laut hauseigener Netzwerkadministration ist das Programm „überhaupt nicht ausgereift“. Hier werden sämtliche Sozialdaten der Klient/inn/en gespeichert. Bei jedem Gespräch wird ein Vermerk über Inhalt und Ablauf erstellt.

Hier erfolgt, zusätzlich zu Albis über die Datei "Terminkalender", eine zentrale und für alle Mitarbeiter/innen einsichtige Erfassung sämtlicher Termine für Patient/inn/en und sonstiger dienstlichen Termine der Mitarbeiter/innen der Dienststelle. Der Zugang ist nur für Mitarbeiter/innen der Beratungsstelle und über Kennwort möglich.

In der Tendenz musste ich feststellen, dass dieses Korsett der Datenerfassung und der Datenweitergabe in der Beratungsarbeit den Kontakt“ im eigentlichen Sinne zu den Klient/inn/en drohte zu ersticken und im Arbeitsalltag zum Teil wichtiger wurde als die Intensivierung des therapeutischen Dialogs mit den Klient/inn/en.

Anhang:

Musterbeispiel für eine Fallarbeit Fall 7

Herr A.T. erscheint Anfang Juli 2000 in meiner Dienststelle in Bonn. Er ist heroinabhängig und möchte in das angebotene Substitutionsprogramm. Der behandelnde Arzt fragt bei mir nach, ob ich bereit wäre einen weiteren Patienten zu übernehmen und nimmt ihn dann entsprechend der Richtlinien auf, dosiert ihn ein. Wir vereinbaren über Albis einen Ersttermin noch innerhalb der Woche.

Er ist Kind spanischer Gastarbeiter, spricht sehr gut Deutsch mit einem leichten mediterranem Akzent. Auch auf dem Hintergrund meiner Spanischkenntnisse stellt sich sehr schnell ein intensiver Beratungskontakt her. Nach dem dritten Treffen beginne ich mit ihm seinen Lebenslauf computergestützt zu reflektieren. Als Beratungsvereinbarung wurde ab dann vereinbart: Psychosoziale Begleitung bis zur Ausdosierung/ Bearbeitung der Suchtstrukturen und Entwurzelung/Heranführung zu beruflichen Qualifikationsmaßnahmen.

In den folgenden wöchentlichen Sitzungen erstellen wir gemeinsam folgenden Text:

- (1) Er ist 1972 in Deutschland geboren. Seine Eltern sind spanischer Herkunft und 1965 als Gastarbeiter nach Deutschland gekommen. Er hat noch drei Geschwister. Er ist Drittgeborener und hat noch eine kleine Schwester. Zu seinem älteren Bruder hat er „zwar ein liebevolles aber sprachloses“ Verhältnis. Sein Verhältnis zu den anderen Geschwistern beschreibt er als „ganz normal“. Er leidet darunter in der Altersfolge „genau dazwischen“ zu stehen, also „weder zu den Älteren, noch zu den Jüngeren zu gehören“. Der Abstand von ihm zu seinem älteren Bruder sei zu groß, um ein gleichwertiges Nebeneinander herstellen zu können. Zu Hause sprach die Familie Spanisch, im Alltag, außerhalb der Familie, sprach und spricht er Deutsch. Im Spanischen hat er einen deutschen Akzent und wird er als „Auslandsspanier“ identifiziert. In Spanien wird er einerseits deshalb abgelehnt, andererseits aber wg. einer ihm unterstellten ökonomischen Sicherheit, bevorzugt. Zur Zeit ist er berufstätig und arbeitet in einem mexikanischen Restaurant.
- (2) Ich beginne die Sitzung mit der Sichtung und Besprechung des Textes der ersten Sitzung. Wir fahren fort in der Textarbeit. Er besuchte nach einer „normal verlaufenen Kindheit“ die Schule bis zur 9-ten Klasse. Er begann eine Lehre als Raumausstatter. Nach dem ersten Jahr brach er die Ausbildung ab. Als Grund hierfür nennt er seinen „Cannabiskonsum“. Bei meinem Befragen seiner damaligen Stimmungslage erzählt er, dass seine Eltern sich damals scheiden ließen. Er war 15 Jahre alt. Seine Mutter zog mit der jüngeren Schwester nach Spanien und er blieb mit seiner älteren Schwester in Deutschland zurück. Er wollte hier in Deutschland bleiben, weil er „seine Freunde nicht aufgeben und hier die Schule weiterbesuchen wollte“. Spanien erschien ihm damals als „etwas fremd“. In der Reflexion dieser Passage im Text stellt sich allerdings zu Ende der Sitzung heraus, dass er „überhaupt nicht gefragt worden ist“ und von der Entscheidung der Mutter „geradezu überrumpelt worden ist“. Hier erscheint er mir tiefverletzt.
- (3) Ich beginne die Sitzung mit der Sichtung des bislang entstandenen Textes. Er fährt fort und erzählt, dass er dann in einer Pizzeria begonnen habe als Bäcker zu arbeiten. Durch die Arbeitskollegen, die schon „drauf waren“, ließ er sich verleiten „auch Heroin zu nehmen“. Er fühlte sich dadurch „frei“ und es gelang ihm „all seine Probleme zu vergessen. Er hing sehr stark an seiner Mutter und litt durch die Trennung zu ihr und der „Auflösung der Familie“.

Durch die Droge „wurde der Schmerz gelindert“. Seine erste Droge sei allerdings Haschisch gewesen. Dieses habe er nur „ab und zu“ mal konsumiert. Alkohol habe er nur selten getrunken und wenn, dann nie bis zur Trunkenheit. Die strengen Regeln seiner Religionsgemeinschaft hätten ihn davor bewahrt. Hervorstechend im Rauscherleben, war für ihn das Lachen das ihn beim THC-Konsum überfiel. Heroin gab ihm „noch zusätzlich ein Gefühl von Wärme“. Seine Mutter fehlte ihm und zu seiner Schwester hatte er einen „nicht so guten Draht“. Die Schwester hatte selbst große Probleme mit der Trennung der Eltern. „Ein Glück, dass meine Schwester da nicht drauf gekommen ist!“. Er hatte seiner Schwester gegenüber ein „ganz schlechtes Gewissen“. Ganz besonders aber seiner Religionsgemeinschaft gegenüber. Diese isoliere Mitglieder, die Rauschmittel „und sei es auch nur Tabak“, nutzen sofort und radikal. Nach einem halben Jahr Heroinkonsum, stellte er seine Abhängigkeit fest. Vorher habe er gedacht Heroin „sei nicht gefährlicher als Haschisch. Diese Unwissenheit setzt er in einen Zusammenhang mit der Mitgliedschaft der Familie bei den „Zeugen Jehovas“. Er habe dadurch in einer „geschützten Welt“ gelebt. Er selbst bezeichnet sich als „damals sehr gläubig“. Erst nach Jahren des Heroinkonsums und des Ausschlusses aus der Gemeinde, sei er „vom Glauben abgefallen“. Letztendlich habe „dieser Ablösungsprozess schon bei der Trennung der Eltern“ eingesetzt. Mit dem Heroinkonsum begann er auch Nikotin zu rauchen, In dieser Zeit und jetzt immer noch leide er unter „starken Schuldgefühlen, da er die Sichtweisen seiner Religionsgemeinschaft verinnerlicht habe“ und sich als „vom Teufel besessen“ fühlte. Als markant beschreibt er im Gespräch die harten Strafen, die seine damalige Religionsgemeinschaft bei Tabubrüchen, sprich „Sünden“ vorsah, das Ausstoßen der vom Glauben Abgefallenen aus der Gemeinschaft“. Er sieht mittlerweile die „Hauptursache für die Trennung seiner Eltern und seiner Suchterkrankung in dem Glaubensbekenntnis. Seine Familie und die dazugehörige soziale Welt, waren die Zusammenhänge der „Zeugen Jehovas“. Als diese Bezüge durch die Trennung der Eltern zerbrach, fiel auch seine gesamte Welt in sich zusammen. Seine größte Enttäuschung war, als seine Mutter ihm ohne Vorbereitung mitteilte, dass sie mit seiner kleinen Schwester nach Spanien zurückginge. Sein Vater rastete vollständig aus und zertrümmerte die Wohnzimmereinrichtung. Am darauffolgenden Tag setzte der Vater ihn und seine ältere Schwester auf die Straße. Sie begaben sich beide zum älteren Bruder. Dieser war schon neun Monate zuvor wg. Nikotingenuss aus der Religionsgemeinschaft ausgeschlossen worden.

- (4) Ich beginne die Sitzung mit der Sichtung des bisherigen Textes. Er gerät sehr schnell in die Traumatisierung nach der Entscheidung der Mutter. Ich mache mit ihm eine Atemübung und wir fahren danach in der Texterarbeitung fort. Nach drei Wochen bei seinem Bruder gelang es ihm unter Mithilfe des Bruders. eine eigene Wohnung zu finden. Er wollte ab dann seine ganze Familie nicht mehr sehen. Dies obwohl er diese „immer noch sehr liebte“. Deshalb sei er „die ganzen Jahre immer ein Einzelgänger gewesen. Er zog in das Personalzimmer der Pizzeria. Ein ganzes Jahr gelang es ihm seine Sucht seiner Familie gegenüber zu verheimlichen. Dies obwohl sein Vater weiter in der selben Stadt wohnte und diese ja „recht klein“ ist. Er arbeitete sieben Monate in der Pizzeria und bekam ein Angebot einer anderen Pizzeria, in der er dann sechs Jahre lang arbeitete. Dort bezog er ebenfalls das Personalzimmer. An seinem neuen Arbeitsplatz lernte er die Tochter des Besitzers kennen, ging mit ihr eine Beziehung ein und war ein Jahr lang clean,

Es war für ihn die erste sexuelle Beziehung, obwohl er damals schon 18 Jahre alt gewesen ist. In der Schilderung verweist er erneut auf die strengen Regeln seiner Glaubensgemeinschaft. Diese verböte sexuelle Beziehungen vor der Ehe. Seine Freundin wusste, dass er drogenabhängig war und half ihm durch den Entzug. Durch die „Liebe und Wärme“, die er von ihr bekommen habe, war es ihm „nicht schwer gefallen clean zu werden,“. Nach zehn Monaten wurde er allerdings wieder rückfällig und sagt selbst von sich, dass er sich diesen Rückfall nicht erklären könne. Er fühlt sich immer im Mitleid mit sich selbst und habe nie verstanden „warum seine Familie auseinandergebrochen ist.“ „Wie konnte Gott dies tun und verantworten. „Was haben wir denn schlechtes getan, dass Gott uns so bestraft? Es war ihm klar, dass er „nach seinem Tod in der Hölle schmoren wird“. Es folgt eine intensive Auseinandersetzung über die Begriffe „Gottvertrauen“ und „Strafe“. Er könne sich nicht innerlich auf ein Gefühl von „Gottvertrauen“ einlassen, da sein Gott ein „strafender Gott“ sei. Bruchpunkt seiner Lebensabläufe scheinen ihm zu sein, dass er „nicht glücklich sein dürfe, da er für etwas bestraft werden würde“.

(5) Ich arbeite bewusst mit ihm über Themen der beruflichen Reintegration, Beikonsumfreiheit und seinem Gefühl zur derzeitigen Wohnung und nicht am Text.

(6) Wir gehen den bisherigen Text durch und er drängt energievoll auf die Fortführung.

Seine Sensibilität, sein Verhalten und seine äußere Erscheinung stehen für mich krass im Widerspruch zu den sonstigen Gebaren in der Szene. Ich spreche ihn darauf an und er führt aus, dass er „sich dort immer fehl am Platze und unwohl gefühlt habe und also schon wieder nicht dazu gehört habe.“ Er schildert sich selbst als damals „viel zu weichherzig“. So konnte er nicht mit ansehen, wie jemand im Entzug war und verschenkte den Stoff. Sein Gewinn hieraus war die, „wenn auch nur kurze Zuneigung und Anerkennung“ gewesen. Er sei ja auch weder Spanier, noch Deutscher, weder „Zeugen Jehovas“ noch sonst etwas, auf alle Fälle sei er immer noch sehr gläubig gewesen. Er glaube mittlerweile an eine höhere Macht und hat sich seine eigene Religion aufgebaut. Nach den Textarbeiten mit mir sei er sich dessen bewusster geworden und wisse nun, dass er es schaffen wird clean zu bleiben.“ Es kommt zu einer Unterbrechung des wöchentlichen Gesprächsrhythmus. In Absprache mit dem behandelnden Arzt, verbleibt er in der Substitution. Bei Bedarf könne er sich wieder bei mir melden. Dies geschieht nach vier Wochen. Auf seinen Wunsch hin begleite ich ihn mit dem Zug von Bonn nach Köln. Er möchte nach P. fahren und wieder Kontakt zu seiner Mutter aufnehmen. Wir vereinbaren einen neuen Termin in meinem Büro. Er möchte den Text weitererstellen.

(7) Wir sichten den bisherigen Stand der Texterarbeitung und besprechen seine geographischen Bewegungen und die seiner Familie.

Er führt aus, dass er in einer Phase von 18 bis 22 Jahren „ständig in Bewegung“ war. Zwar blieb er stabil in einer Stadt, wechselte aber ständig die Wohnungen. Er wohnte in unterschiedlichen, aber immer sehr heruntergekommenen Zimmern, versuchte ständig „da heraus zu kommen“. Durch seinen Drogenkonsum geriet er in eine große Abhängigkeit auch zu seinen Arbeitgebern. Diese Phase endete, als er 22 Jahre alt wurde. Seine Mutter kam aus Spanien zurück und die Familie versuchte wieder „eine heile Welt herzustellen“. Der Hauptgrund, warum seine Mutter zurück gekommen

war, sei seine Heroinabhängigkeit gewesen. Er sagt, dass sei „die Zeit gewesen in der er auch nicht mehr gearbeitet, sondern nur noch gedealt habe“ und in der er „tief im Sumpf gesteckt habe.“ Das sei die Zeit gewesen, die ihm am schlimmsten weh getan habe, Über den Hausarzt seiner Mutter sei er in ein Methadonprogramm ohne therapeutische Begleitung gegangen. Zu diesem Zeitpunkt habe er erheblichen Beikonsum gehabt. Nach drei Monaten sei er in die JVA x wg. eines Verstoßes gegen das Betäubungsmittelgesetz für drei Monate inhaftiert worden und dann unter der Auflage sich einer stationären Therapie zu unterziehen mit Bewährung entlassen worden. Erst dieser Druck habe ihn „zur Vernunft gebracht“. Er unterzog sich einer stationären Therapie, wurde dort mit seiner neuen Freundin, die er dort kennen gelernt hatte rückfällig und umgehend disziplinarisch entlassen. Er zog mit ihr nach P. zu seiner Mutter. Nach zwei Monaten verließen beide „fluchtartig“ und in Panik vor einer erneuten Festnahme die Wohnung und Deutschland, setzten sich nach Spanien in die Wohnung der Mutter ab. Dort haben sich beide entzogen. Nach einen halben Jahr seien sie wieder nach Deutschland zurückgegangen und hier sofort rückfällig geworden.

- (7.) Wir besprechen den bis jetzt erstellten Text. Er habe durch den derzeitigen Begleitprozess und der Texterarbeitung sehr viele Erkenntnisse über sich selbst erworben und dies habe auf alle Fälle seine Motivation clean zu bleiben bedeutend erhöht. Er spüre jetzt besser das nach was er sich eigentlich sehnen würde, Geborgenheit und Zugehörigkeit.
- (8.) Er eröffnet mir, dass er zu Hause und auf seinem PC begonnen habe sein Leben aufzuarbeiten und Texte hierzu zu verfassen. Dies würde ihm „sehr gut tun und er könne hierdurch „mit dem ganzen Kuddelmuddel in seinem Leben aufräumen“. Er habe das Gefühl, er mache den Raum, den er hinter sich gelassen hat sauber und danach fühle er sich gut. Er erlebe zur Zeit einen Versöhnungsprozess mit seinen Eltern und auch dieser sei ihm erst durch die Texterarbeitung möglich geworden. Es schien ihm so als habe er mit der Textarbeit „endlich begonnen sein Leben selbst in die Hand zu nehmen“.

Mai 2002

Gert Levy

Literaturhinweise:

Ralf Gerlach/Wolfgang Schneider
Methadon und Codeinsubstitution
Erfahrungen, Forschungsergebnisse, Praxiskonsequenz
VWB Berlin 1984

Mein Weg zur Heilung
Ganzheitliche Lebenshilfe in der Praxis
Anne Wilson Schaeff
DTV München 1995

Leippe, Peter
Gegenwelt Rauschgift
Kulturen und ihre Drogen
VGS, ZDF Köln 1997

H.P. Duerr (Hrsg.)
Der Wissenschaftler und das Irrationale
Beiträge aus Ethnologie und Anthropologie, Philosophie und Psychologie
Syndikat/EVA Frankfurt/Main 1985

Eckhard Joite
Fixen Opium fürs Volk
Konsumentenprotokolle
Rotbuch 38
Wagenbach 1972 Berlin
Thomas S. Szasz
Das Ritual der Drogen
Fischer Verlag 9712 Frankfurt/Main

ICD-10
WHO
H. Dilling/W. Mombour/M.H. Schmidt (Hrsg.)
Verlag Hans Huber
Bern, Göttingen, Toronto, Seattle 2000
Marion Mebes/Gabi Jeuck
Schriftenreihe Sexueller Missbrauch Band 2 Sucht
Dona Vita Berlin 2000

Rundbrief 1/2003
PSZ Düsseldorf
Karen Leveling/Fatameh Sardani

Migration und Trauma
Hrsg. Fordster, Bieringer, Lamott
LIT-Verlag Münster Hamburg London 2003

Hrsg. Czycholl, Dietmar
Sucht und Migration

Band 1
VWB Berlin 1998

Judith Herman
Die Narben der Gewalt
Junfermann Paderborn 2003

Angelika Birck
Traumatisierte Flüchtlinge
Wie glaubhaft sind ihre Aussagen?
Asanger Heidelberg und Kröning 2002

Gottfried Fischer
Neue Wege aus dem Trauma
Erste Hilfe bei schweren psychischen Belastungen
Patmos Düsseldorf und Zürich 2003

Paul Parin und Goldy Parin Matthey
Subjekt im Widerspruch
Athenäum Frankfurt/Main 1988

Paul Parin
Zu viele Teufel im Land
Syndikat Frankfurt/Main 1985