

Heidi Reinl

**Stationäre Drogentherapie
im Spiegel professioneller Arbeitskonzepte**

Eine sozialpädagogische Fallstudie

Dissertation

zur

Erlangung des akademischen Grades

Doktor der Sozialwissenschaften

in der Fakultät

für Sozial- und Verhaltenswissenschaften
der Eberhard-Karls-Universität Tübingen

2008

Gedruckt mit Genehmigung der Fakultät für Sozial- und Verhaltenswissenschaften der Universität Tübingen

Hauptberichterstatter: Prof. Dr. Dres. h. c. Hans Thiersch

Mitberichterstatter: Prof. Dr. Siegfried Müller

Dekan: Prof. Dr. Reinhard Johler

Tag der mündlichen Prüfung: 23.11.2006

Danke

den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der ‚Sophie‘, die mir ihre Zeit widmeten und mir mit ihrem Wissen vielerlei Einblicke in ihre Arbeit gewährten

den Frauen und Männern, die während der Untersuchung zur Therapie in der ‚Sophie‘ waren und mich an ihrem Erleben und ihren Einschätzungen teilhaben ließen an die Professoren des Instituts für Erziehungswissenschaft Tübingen Hans Thiersch und Siegfried Müller für ihre anregende und konstruktive Unterstützung; als ehemaliger Projektleiter und Erstgutachter signalisierte Hans Thiersch unermüdlich Geduld und Bereitschaft, mit mir auf meine Fragen Antworten zu finden

meinen Kolleginnen Gabriele Stumpp und Cornelia Füssenhäuser, die jede auf ihre Art das Zustandekommen der Arbeit produktiv begleiteten und auch in kritischen Phasen ansprechbar waren

an Peter Rempis und Stefan Rieger, deren kompetene Hilfe bei der computertechnischen Bearbeitung des Endmanuskripts für meine Nerven eine reine Wohltat war den Freundinnen und Freunden, die ich häufig auf ‚später‘ vertrösten musste, weil wieder einmal der Schreibtisch im Mittelpunkt stand; dass sie trotzdem bis zuletzt offen blieben für meine Sorgen, Nöte und Freuden, gab mir immer neue Kraft

an Harald Dinse, der mir nicht nur emotional zur Seite stand, sondern auch in abendfüllenden Gesprächen wichtige fachliche Impulse für die Entwicklung der Arbeit gab, nicht zuletzt durch die gemeinsamen ‚Wechsel im Blick‘ zwischen Medizin und Sozialpädagogik

an meinen Vater, der die Entstehung dieser Arbeit bis zu seinem Tod mit großem Interesse begleitet hat, und der ihre Fertigstellung all zu gerne erlebt hätte; danke an meine Mutter, die mir in schwierigen Phasen so oft Mut zusprach und mich mit ihren wohlwollenden Gedanken stützte

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	1
1 Grundlagen der drogenpolitischen Gestaltung und rechtlichen Regulierung	14
1.1 Neue Drogenkonsumformen und ihre öffentliche Inszenierung als ‚Drogenproblem‘	16
1.2 Drogenprohibition und Drogenkontrolle	18
1.3 Historische Hintergründe der Prohibitionspolitik	22
1.4 Aktuelle rechtliche Regulierungen – eine Übersicht der zentralen Aspekte.....	24
1.5 Trends und Tendenzen zwischen Bewegung und Beharrung:	
Zur Heterogenisierung der Drogenpolitik	27
1.5.1 Bewegung in der Drogenpolitik als Ausdruck wachsender Entkriminalisierung.....	27
1.5.2 Beharrung in der Drogenpolitik als Ausdruck einer stabilen repressiven Grundorientierung.....	28
1.5.3 Zwischenresümee zur Heterogenisierung der Drogenpolitik	31
1.5.4 Prohibition oder Legalisierung – zur Legitimitätskrise der prohibitiven Drogenpolitik	32
1.6 Die Heterogenisierung der politisch-rechtlichen Regulierungen im Spiegel drogenpolitischer Modelle	36
1.6.1 Drei Modelle der Drogenpolitik.....	36
1.6.2 Gegeneinander, Nebeneinander, Miteinander? Zur Integrationsfähigkeit der drogenpolitischen Modelle	38
2 Entwicklungsdynamik der Drogenhilfe in ihrer Relevanz für das professionelle Handeln in der Drogentherapie	42
2.1 Die Vereinheitlichung der Drogenhilfe: Zur Etablierung eines ‚Königswegs‘	43
2.1.1 Experimentierendes Suchen: Von Release zur stationären Langzeittherapie.....	43
2.1.2 Wesentliche theoretische Grundlagen in der Entwicklung des Hilfesystems	50
2.1.2.1 Pathologischer Erklärungsansatz und Abstinenzparadigma	50
2.1.2.2 Die Leidensdrucktheorie und das Konzept des ‚helfenden Zwangs‘	54
2.1.2.3 Das Konzept der Nachreifung	56
2.1.3 Die Therapiekette – Institutionalisierung von Nachreifung im Stufenmodell	57
2.1.4 Die Therapeutische Gemeinschaft:	
Das Grundmodell professionellen Handelns in der Drogentherapie	60
2.1.4.1 Das Konzept der Therapeutischen Gemeinschaft als sozialpsychiatrisches Modell.....	61
2.1.4.2 Die Therapeutische Gemeinschaft als Konzept der Nachreifung	63
2.1.4.3 Zusammenfassung der Leitlinien in Therapeutischen Gemeinschaften der Drogenarbeit.....	66
2.2 Zur Diversifizierung der Drogenhilfe: Bedingungs Momente und Konsequenzen	69
2.2.1 Das Akzeptanzparadigma und seine Kritik an der abstinenzorientierten Drogenhilfe.....	70
2.2.2 Der Beitrag der Drogengebrauchs-, Ausstiegs- und Therapiefor schung zur Neuorientierung der Drogenhilfe	73
2.2.2.1 Einstiegs-, Konsum- und Ausstiegsverläufe in differentieller und prozessorientierter Perspektive	73
2.2.2.2 Zwischenresümee: Flexibilisierung und Differenzierung im Sinne vielfältiger Entwicklungs- und Ausstiegsverläufe	80
2.2.2.3 Ausstiegsprozesse im Spiegel der Therapie- und Therapieverlaufsforschung	83

2.2.2.4	Zwischenresümee: Differenzierung, Flexibilisierung und Individualisierung von Therapie.....	95
2.2.3	Der Therapieverbund zwischen Abstinenz, Akzeptanz und Krankheit unter besonderer Berücksichtigung der Folgen für die Drogentherapie	96
3	Drogentherapie im Kontext ausgewählter Aspekte sozialpädagogischer Theorie: Der theoretische Bezugsrahmen der Untersuchung.....	110
3.1	Das Konzept der Lebensweltorientierung.....	113
3.1.1	Theoriegeleitete Zugänge zur Rekonstruktion von Lebenswelt – zu den Grundprämissen des Konzepts	114
3.1.2	Die Struktur- und Handlungsmaximen im Konzept der Lebensweltorientierung	118
3.2	Drogengebrauch und Sucht im Spiegel alltäglicher Lebensbewältigung	125
3.2.1	Das Bewältigungskonzept: Drogengebrauch als spezifisches Deutungs- und Handlungsmuster	126
3.2.2	Postmoderne Gestaltungsoptionen, lebensweltliche Integrationspotentiale und die Bedeutung von Drogengebrauch.....	128
3.2.3	Gesellschaftlich strukturierte Normalität von Substanzgebrauch	132
3.2.4	Entwicklungsaufgaben und Drogengebrauch im Jugendalter	133
3.2.5	Drogengebrauch und Sucht – ein Deutungs- und Handlungsmuster mit offenen Optionen	136
3.3	Lebenswelt- und bewältigungsorientierte Hilfen in der Drogentherapie	138
3.3.1	„Subjektiver Standort“ und „Nutzungsmuster“: DrogengebraucherInnen in der Therapie.....	139
3.3.2	Alltagswelt Drogentherapie als pädagogisch-therapeutisch inszenierter Lebensraum.....	143
3.4	Theoriegeleitete Fragen an die Untersuchung	151
4	Erkenntnisinteresse und methodische Wege der Umsetzung.....	156
4.1	Gegenstand und Ziel der Untersuchung.....	156
4.2	Grounded Theory und das Zusammenspiel von Empirie und Theorie.....	159
4.3	Professionelle Deutungs- und Handlungsmuster als Gegenstand sozialpädagogischer Drogentherapieforschung	162
4.4	Erhebung, Organisation und Auswertung des Datenmaterials – die Fallstudie Drogentherapie und ihre Datenproduktion	168
4.4.1	Experteninterviews als Kernelement der Datenproduktion.....	168
4.4.2	Phasen des Forschungsprozesses	172
4.4.2.1	Zugang und Annäherung ans Forschungsfeld	174
4.4.2.2	Zentrale Aspekte der Datenerhebung	176
4.4.2.3	Zentrale Aspekte der Datenauswertung.....	181
5	Empirische Einzelfallstudien: Psychotherapie, Arbeitstherapie und Freizeittherapie.....	187
5.1	Die Untersuchungseinrichtung im Überblick	187
5.1.1	Der Bebenhäuser Klosterhof.....	187
5.1.2	Die pädagogisch-therapeutischen Bausteine	190
5.1.3	Die InterviewpartnerInnen	192

5.2	Die Psychotherapie	193
5.2.1	Subjektorientierte Ziel- und Therapiereflexion als Gegenstand der Gruppentherapie	193
5.2.2	Die Suche nach dem eigenen Weg	198
5.2.3	Subjektentwicklung und Eigenverantwortung	201
5.2.4	Rückfallbearbeitung in der Gruppentherapie	204
5.2.5	Rituale in der Gruppentherapie	210
5.2.6	Ankommen und Einstieg in die Therapie.....	216
5.2.7	Alltag und das Alltägliche als Gegenstand der Gruppentherapie.....	218
5.2.7.1	Alltägliche Themen: Gefährdung und Stabilisierung des pädagogisch-therapeutisch inszenierten Lebensraums	218
5.2.7.2	Regeln, Rahmenbedingungen und verallgemeinerte Ziele im Kontext der Alltagsverhandlungen.....	221
5.2.7.3	Widerständiges und Orientierungsbedürfnisse	224
5.2.7.4	Alltägliches, Selbstregulierung und die Entwicklung von Verantwortung für den Therapiealltag	227
5.2.8	Die Integration der Vielfalt	230
5.2.9	Das Einzelgespräch.....	242
5.2.9.1	Die Vorgeschichte der AdressatInnen – Bestandsaufnahme im Anamnesegespräch	243
5.2.9.2	Unterstützung in der ersten Therapiephase – Motivierende Krisenintervention.....	244
5.2.9.3	Einzelgespräche im weiteren Therapieverlauf: Alltagsorientierte Therapiebegleitung in Krisensituationen	246
5.2.9.4	Das Einzelgespräch als ergänzendes Medium auf freiwilliger Basis.....	248
5.2.10	Die Einzeltherapie.....	254
5.2.10.1	Kontinuierliche Reflexion und Auseinandersetzung	254
5.2.10.2	Unterstützung einzelner AdressatInnen im fortgeschrittenen Therapieverlauf.....	257
5.3	Die Arbeitstherapie	259
5.3.1	Arbeitstherapie als Dienstleistung: „Das Haus am Laufen halten“	259
5.3.2	Arbeitstherapie als Lern- und Erfahrungsfeld	261
5.3.2.1	Die Gemeinschaftsidee: Arbeit am gemeinsamen Lebensraum	261
5.3.2.2	Die Partizipation der AdressatInnen.....	263
5.3.2.3	Die Selbstvergewisserung von Ressourcen	264
5.3.2.4	Die Belastungsprobe	267
5.3.2.5	Die Realitätsnähe	268
5.3.2.6	Die Zeitstruktur.....	269
5.3.2.7	Die Geschlechterarrangements.....	274
5.3.3	Das ‚Therapeutische‘ in der Arbeitstherapie: Freiheit von Therapie – Freiheit zu Therapie	277
5.3.3.1	Gestaltungsmöglichkeiten und Partizipation	277
5.3.3.2	Gespräche in der Arbeitstherapie	278
5.3.3.3	Grenzen der AdressatInnen und die Herstellung von Schonräumen.....	285
5.3.4	Direkte Vorbereitung für den Erwerbsarbeitsmarkt.....	288
5.4	Die Freizeittherapie	291
5.4.1	Freizeittherapie als Strukturierung von Zeit.....	291
5.4.1.1	Gestaltung von Freizeit im Alltag: Kontinuität und Verbindlichkeit.....	291
5.4.1.2	Beschäftigung und die Strukturierung des Tagesablaufs	293
5.4.2	Sinnhafte Beschäftigung anstelle passiver Konsumorientierung.....	299
5.4.3	Freizeittherapie als Lern- und Erfahrungsfeld: die Herstellung von Entwicklungsräumen	300
5.4.3.1	Horizonte erweitern.....	301
5.4.3.2	Subjektive Entwicklungspotentiale entdecken und erfahren	302
5.4.3.3	Leistungszuwachs im Kontext kollektiver Arrangements	303
5.4.3.4	Spaß erleben, Genuss und Alltagsbewältigung.....	304
5.4.4	Freizeittherapie als Angebot für unterschiedliche Bedürfnis- und Erwartungslagen	309

5.4.5	Die Hinführung zur Freizeittherapie	319
5.4.5.1	Präsentation des Angebotes und Qualifizierung der Adressatenentscheidung	319
5.4.5.2	Gestaltung von Beziehungen und gegenseitige Annäherung.....	321
5.4.5.3	Erweiterung der Interaktionsformen mit den AdressatInnen.....	322
5.5	Zusammenfassung der Ergebnisse aus den Einzelfallstudien	323
5.5.1	Zentrale Aufgabenbereiche und Zuständigkeiten.....	324
5.5.2	Die Ziel- und Veränderungsebenen	327
5.5.3	Das professionelle Arbeits- und Selbstverständnis	328
5.5.4	Zur Organisationsform der pädagogisch-therapeutischen Bausteine	329
5.5.5	Zentrale Aspekte professionellen Handelns.....	329
5.5.6	Problematische Felder professionellen Handelns.....	334
6	Spannungsfelder professionellen Handelns in der Drogentherapie – Empirisch- theoretisch geleitete Überlegungen aus sozialpädagogischer Perspektive	337
6.1	Programmstruktur, Angebot und schematische Therapieabläufe	338
6.2	Das Angebot Drogentherapie konzentriert auf den institutionellen Rahmen.....	343
6.3	„Im Zentrum machen wir Psychotherapie“: Das therapeutische Paradigma und der Verlust von Pädagogik und Alltag	347
6.4	Macht und Hierarchie im Alltag: Selbstverantwortung zwischen Freiraum und Möglichkeitsraum.....	359
6.5	Motivation – zur Ambivalenz eines zentralen Therapiebegriffs	369
6.6	Zum Verhältnis von Defiziten, Problemen, Ressourcen und funktionierenden Handlungsmustern	375
6.7	Abstinenz und Integration im Spiegel der Prozessorientierung.....	380
6.8	Zur Bedeutung der Pädagogik in der Drogentherapie: Sozialpädagogische (Aus-)Blicke.....	386
6.8.1	Wiedergewinnung von Pädagogik und Alltag	386
6.8.2	Prozess- und ressourcenorientierte Diagnose und Hilfeplanung.....	396
6.8.3	Anerkennen, Begleiten, Fördern, Gegenwirken im Modus des Aushandelns: Professionelles Handeln als interaktiv-kommunikativer Prozess.....	399
7	Literaturverzeichnis	403

*Alles, was man im Leben tut, selbst die
Liebe, vollzieht sich in diesem Express-
zug, der dem Tod entgegenrast. Opium
rauchen heißt aus dem fahrenden Zug
springen; heißt sich mit etwas anderem
befassen als mit Leben und Tod.*

Jean Cocteau

Einleitung

Die stationäre Drogentherapie stellt ein spezifisches Hilfesetting für KonsumentInnen¹ illegaler Drogen dar. Vorrangig ist sie dem Modell der Therapeutischen Gemeinschaft verpflichtet. Die Gemeinschaft und das Zusammenleben an einem neuen Ort gelten als wesentliche Ressourcen im Ausstieg aus dem Drogenkonsum. Professionell inszeniert, gestaltet und begleitet von den MitarbeiterInnen konstituiert die stationäre Drogentherapie einen Raum, in dem vielfältige Lern- und Erfahrungsfelder angelegt sind. In der aktiven Auseinandersetzung mit den unterschiedlichen damit verbundenen Anforderungen können die AdressatInnen ihre subjektive Handlungsfähigkeit neu erfahren und weiterentwickeln und so die Bewältigung eines Lebens ohne Drogengebrauch lernen.

Die Therapeutische Gemeinschaft der Drogenarbeit, wie sie Anfang der 1970er Jahre in bewusster Abgrenzung von der traditionellen, medizinisch-psychiatrischen Suchtkrankenhilfe entsteht, schreibt in der Anfangszeit eine bemerkenswerte Erfolgsgeschichte und macht die abstinenzorientierte stationäre Langzeittherapie zum zentralen Hilfeangebot. Auch massive Kritik, die sich zusammengefasst auf lineare, schematische und hierarchiefördernde Gestaltungsformen sowie auf autoritäre und repressive Verfahrensmuster bezieht (vgl. Müller/Schuller/Tschesche 1983; Schmid/Vogt 1998), kann ihrer zentralen Stellung in der Drogenhilfe, zunächst als Therapiekette unter den Prämissen von Abstinenz und Prohibition organisiert, nichts anhaben.

Heute dagegen steht die stationäre Drogentherapie bei den einen im Ruf eines Auslaufmodells (vgl. etwa Schneider 1990; Stöver 1997: 98f.) bzw. wird in ihrer Überlebensfähigkeit angezweifelt, weil die Einrichtungen „ohne das Programm ‚Therapie statt Strafe‘ schon längst entvölkert wären“ (Petzold/Hentschel 1994: 93f.). Andere dagegen verteidigen ihren Rang als ‚Königsweg‘ (vgl. Glaeske 2004: 1; Heckmann 1999: 19) und sehen darin das „qualifizierteste hochrangigste Behandlungsangebot“ (Bader 2002: 404). Zugleich erfährt Drogentherapie eine Reihe von Veränderungen, die auf eine Modernisierung des Modells der Therapeutischen Gemeinschaft zielen und diese im Zusammenspiel verschiedener disziplinärer Bezüge zu einem professionalisierten Arbeitsfeld machen. Damit verbunden ist eine im Detail unterschiedlich beschaffene Binnendifferenzierung, die im Allgemeinen die Bereiche Psychotherapie, Arbeitstherapie und Freizeittherapie umfasst (vgl. Bader 2002; Carneiro Alves/Evers 2002; Petzold/Scheiblich/Thomas 2000; Schaaf 2000: 305). Freizeittherapie, Arbeitstherapie und Psychotherapie bilden pädagogisch-therapeutische Elemente oder Bausteine der Drogentherapie, aus denen heraus der Ausstieg der AdressatInnen aus dem Drogengebrauch aus unterschiedlichen Perspektiven und mit je spezifischen Bezugspunkten – Freizeitgestaltung, Arbeit sowie psychodynamische Entwicklung und selbstreflexive Auseinandersetzung – begleitet

¹ Da ich Frauen in männlichen Sprachformen nicht aufgehoben finde, verwende ich überwiegend die Schreibweise mit einem ‚I‘. Dies scheint mir einfacher, als stets Männer und Frauen getrennt zu nennen.

wird. Orientiert an den bedeutsamer werdenden theoretischen Konzepten der Prozessförmigkeit von Ausstieg verbindet sich damit im Großen und Ganzen der Anspruch auf eine differenzierte, flexibilisierte und individualisierte Hilfestaltung. Dieser Veränderungsprozess steht in engem Zusammenhang mit einer Heterogenisierung drogenpolitischer und -rechtlicher Optionen sowie der Herausbildung diversifizierter Drogenhilfeangebote seit den 1990er Jahren.

Die stationäre Drogentherapie hat mithin ihre innere Gestalt verändert und bleibt, trotz vielfältiger Kritik, als zentrales Hilfeangebot bestehen. Überwiegend von den Renten- und Krankenversicherungsträgern erhält sie den Auftrag zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation. Der generelle Auftrag an die Drogentherapie, wie er als gesellschaftliches Mandat zu verstehen ist, umfasst neben dem Ziel der Abstinenz von Drogen die berufliche und soziale Integration. Abhängig Drogengebrauchende (zum Begriff vgl. S. 13) sollen auf dem Weg aus der Drogenabhängigkeit und bei der Rehabilitation in das Erwerbsleben unterstützt werden (vgl. Albrecht 1998).

Daran setzt die vorliegende empirische Arbeit an und fragt danach, wie der allgemeine Auftrag, Menschen auf dem Weg in ein Leben ohne Drogenkonsum und bei der Wiedererlangung von Erwerbsfähigkeit zu unterstützen, professionell handelnd ausbuchstabiert und realisiert wird. Wie stellt sich drogentherapeutisches Handeln dar in einem Feld sich ausdifferenzierender Hilfen und heterogener drogenpolitischer und -rechtlicher Regulierungen?

Angesichts der umfassenden Aufgabe von Drogentherapie bezogen auf Abstinenz, berufliche und soziale Integration ist die Verknüpfung unterschiedlicher professioneller Zugänge in der drogentherapeutischen Praxis evident. Ein breites Feld professioneller und disziplinärer Orientierungen zwischen medizinischer, psychologischer, sozialpädagogischer bzw. sozialarbeiterischer Ausrichtung eröffnet sich damit, innerhalb dessen sich professionelles Handeln entfaltet. Dennoch sollen nicht die Besonderheiten des jeweiligen professionellen und disziplinär unterschiedlich verorteten Handelns, differenziert nach den jeweiligen Wissens- und Handlungssystemen von Medizin, Psychologie oder Sozialer Arbeit, betrachtet werden. Vielmehr möchte ich professionelles Handeln an sich, das sich entsprechend dieser Referenzsysteme vielschichtig disziplinär und professionell verorten lässt, bezogen auf sozialpädagogisch relevante Dimensionen untersuchen. Das heißt, es soll auf die Praxis der Drogentherapie, die anknüpfend an Mittelstraß (1998) als transdisziplinär bezeichnet werden kann, ein ‚sozialpädagogischer Blick‘ geworfen werden. „Der sozialpädagogische Blick versteht sich in diesem Sinne als eine Chiffre für ein im Detail noch nicht ausbuchstabiertes Wissens- und Handlungssystem, das zumindest darin seine ‚eigene Logik‘ hat, dass es sich von anderen Wissens- und Handlungssystemen – etwa der Psychologie, dem Recht oder der Medizin – in vielerlei Hinsicht unterscheiden lässt“ (Rauschenbach/Ortmann/Karsten 1993: 8).

Verfolgt wird damit das Interesse einer sozialpädagogischen Forschung im engeren Sinn, wie sie Thole (2003) charakterisiert als Zusammenhang von sozialpädagogischem Diskurs, einem

darauf gründenden sozialpädagogischen Blick und der Verortung eines sozialpädagogischen Beobachtungsgegenstands im sozialpädagogischen Koordinatensystem. Gleichwohl bezieht sich dieses Interesse, wie soeben bereits angesprochen, nicht auf im engeren Sinn sozialpädagogisch professionelles Handeln. Insofern zielt die vorliegende Arbeit weder auf die Fortsetzung der Professionalisierungsdebatte in der Sozialen Arbeit noch auf die Klärung der Frage, was (sozial-)pädagogische Professionalität schlechthin ausmacht (vgl. hierzu Dewe u.a. 1995; Dewe/Otto 2002; Heiner 2004a). Mit dem Zuschnitt als sozialpädagogische Forschung verbindet sich allerdings die theoretische Rahmung in sozialpädagogischer Theoriebildung. Im Besonderen nutze ich dafür das Konzept der Alltags- oder Lebensweltorientierung von Hans Thiersch sowie das Bewältigungskonzept von Lothar Böhnisch, das ich vor allem hinsichtlich seines subjekttheoretischen und sozialpolitischen Gehalts als eine kritische Weiterführung und Akzentuierung der Lebensweltorientierung auffasse. Für die vorliegende Arbeit ist dabei vornehmlich die subjekttheoretische Weiterführung im Hinblick auf die subjektiven Bewältigungsanstrengungen der DrogengebraucherInnen wesentlich. Zwei *elementare Denkvoraussetzungen* begründen sich in dieser theoretischen Rahmung, die ich im Folgenden kurz charakterisieren möchte, um daran anknüpfend die Fragestellung zu präzisieren.

In Abkehr von pathogenetischen und defizitorientierten Verstehensweisen soll erstens *Drogengebrauch und Sucht* gefasst werden als eine Form von Bewältigungshandeln im Kontext individueller Arrangements zur Bewältigung von lebensweltlich gegebenen Anforderungen. Drogengebrauch kennzeichnet insofern ein subjektiv sinnhaftes Handeln, das unterschiedlich graduiert prekäre Formen annehmen kann, sich jedoch primär für die alltägliche Lebensbewältigung als subjektiv funktional erweist. Der Ausstieg aus dem Drogengebrauch, d.h. das Ziel der Abstinenz und Integration, ist daraus abgeleitet stets verbunden mit der Anforderung an DrogenkonsumentInnen, verändertes Bewältigungshandeln zu erlernen und dieses im Alltag zu stabilisieren, im Sinne eines gelingenderen Alltags.

Zweitens soll *stationäre Drogentherapie* nicht nur als Behandlungseinrichtung in ihren gegliederten Behandlungselementen verstanden werden, sondern in ihrem Gesamtgefüge als Handlungszusammenhang im Sinne eines pädagogisch-therapeutisch inszenierten Lebensraums, der einen durch die MitarbeiterInnen und AdressatInnen gestalteten und gelebten Alltag erzeugt. Thiersch (1986, 1995) folgend, weist sich Alltag aus in verstehens- und handlungsbezogenen Mustern von Alltäglichkeit, in Pragmatik und Routinen und konkretisiert sich in einer spezifischen Alltagswelt, hier: der Alltagswelt Drogentherapie. Konstitutiv für die Alltagswelt Drogentherapie sind zunächst die pädagogisch-therapeutischen Elemente der Arbeitstherapie, Freizeittherapie und Psychotherapie, wie sie der Binnendifferenzierung moderner Therapeutischer Gemeinschaften entsprechen. Sie kennzeichnen klar eingegrenzte Räume professionellen Handelns mit spezifischen Aufgabenfokussierungen und hierauf bezogenen Intentionen des Handelns sowie je eigens relevanten Methoden des Handelns. Dies ist jedoch nur ein Teil der Alltagswelt Drogentherapie, die sich gerade nicht auf diese abgegrenzten Settings beschränken lässt. Vielmehr umfasst sie den gesamten Zusammenhang des gelebten

Lebens in einer Einrichtung, also die Struktur des Lebensraums, wie sie sich darstellt hinsichtlich der Verhältnisse von Raum, Zeit und sozialen Kontakten und sich etwa auch ausdrückt in jeweils spezifischen Einrichtungsregeln.

Gegenstand und Fragestellung können nunmehr bezogen auf die sozialpädagogischen Denk- voraussetzungen präzisiert werden. *Gegenstand* der Untersuchung ist *die Alltagswelt Drogentherapie als Handlungszusammenhang und Feld professionellen Handelns*. Dies schließt zunächst die pädagogisch-therapeutischen Bausteine ein, die selbst zwar auch einen Teil des Alltags konstituieren, diesem aber zugleich enthoben sind, aufgrund ihrer – sicherlich für Arbeits-, Freizeit- und Psychotherapie unterschiedlich gelagerten – Distanz zum Alltag und alltäglichen Leben. Ferner sind darin aufgehoben jene Felder professionellen Handelns, die jenseits der im engeren Sinn professionell gestalteten Settings gleichsam in den Zwischenräumen, somit gerade im Alltag und alltäglichen Leben verortet werden können. Sie manifestieren sich etwa in zufälligen Begegnungen, kurzen und flüchtigen Unterhaltungen, beim gemeinsamen Essen, in der Arbeitspause, in gemeinsamen Freizeitaktivitäten oder auch schlicht im nicht agierenden Beobachten und Wahrnehmen. Ins Blickfeld rücken damit gleichfalls unterschiedlich verfasste Handlungsorientierungen, d.h. abgegrenzte, professionell gerahmte Settings und Alltag sowie Pädagogik und Therapie, die in ihrem spezifischen Zusammenspiel für die Alltagswelt Drogentherapie von Interesse sind.

Die *Fragestellung* der Untersuchung lässt sich daran anknüpfend spezifizieren im Blick auf den gesamten Handlungszusammenhang der Alltagswelt Drogentherapie. Gefragt wird danach, *wie die Alltagswelt Drogentherapie als pädagogisch-therapeutischer Lebensraum* mit seinen unterschiedlichen Lern-, Erfahrungs- und Entwicklungsräumen *professionell handelnd inszeniert und gestaltet wird*. Gefragt wird weiterhin, *wie sich darin der als allgemeine Rahmenrichtlinie verstandene Auftrag, DrogengebraucherInnen auf dem Weg aus der Drogenabhängigkeit und in die berufliche und soziale Integration zu unterstützen, realisiert* – und wie diese Realisierung aussieht bezogen auf das Bewältigungshandeln der AdressatInnen. Daneben stellen sich weitere Fragen: Wie wird in diesem Rahmen das Verhältnis von Abstinenz und Integration dimensioniert und handelnd transformiert? Und wie vermittelt sich dies in Bezug auf die lebensweltlich eingebundene Bewältigungsthematik? Wie verbindet sich der allgemeine Auftrag mit den subjektiven Anliegen der AdressatInnen? Welche Bedeutung erlangt hierbei die spezifische Strukturierung des pädagogisch-therapeutisch inszenierten Lebensraums in seiner Gliederung von Raum, Zeit und Beziehungen als Bezugspunkt professionellen Handelns? Inwiefern liegen im Alltag in seiner für die Alltagswelt Drogentherapie spezifischen Pragmatik Perspektiven auf einen gelingenderen Alltag?

Zusammengefasst zielt die Untersuchung darauf, *die Alltagswelt Drogentherapie als pädagogisch-therapeutisch inszenierten Lebensraum aus der Perspektive der MitarbeiterInnen* in ihren spezifischen Handlungsfeldern *kasuistisch zu erschließen* und in den Deutungs- und Handlungsmustern der MitarbeiterInnen, wie sie sich als spezifische professionelle Arbeits-

konzepte fassen lassen, die Relevanz der aus sozialpädagogischer Sicht wesentlichen Dimensionen auszuleuchten. Die aus der Lebenswelt- und Bewältigungsorientierung abzuleitenden Dimensionen bilden hierfür die zentrale Folie. Darüber hinaus wird dieser theoriegeleitete Zugang zum Forschungsthema vermittelt mit den Implikationen einer Modernisierung in der Drogenpolitik, den rechtlichen Regulierungen und der Drogenhilfe, die gleichsam als Rahmung professionellen Handelns einen weiteren wichtigen Bezugspunkt für die Rekonstruktion und Interpretation der Deutungs- und Handlungsmuster darstellen.

Grundsätzlich wäre eine empirische Annäherung an die Alltagswelt Drogentherapie durchaus auf unterschiedlichen methodischen Wegen denkbar. In Frage käme etwa die teilnehmende Beobachtung im Alltag (vgl. Becker/Geer 1979; Friebertshäuser 1996; Kraimer 1994: 179f.; Lüders 2000) oder aber eine Befragung der AdressatInnen (vgl. etwa Hanses 2005; Reinl/Sander 2003). Die teilnehmende Beobachtung, die an sich hervorragend geeignet ist, Handlungszusammenhänge und Handlungsschemata zu erfassen, erlaubt jedoch, ebenso wie die Befragung der AdressatInnen, nur unzureichend, die intentionale Verfasstheit von Handlungssituationen und die darin eingelagerten sinnstiftenden Bedeutungszuschreibungen der Handelnden selbst zu erkennen. Anknüpfend an Schröer (1997: 115) sollen jedoch gerade die Anforderungen und strukturellen Probleme, wie sie von den MitarbeiterInnen handelnd zu bewältigen sind, rekonstruiert werden. Sie werden also rekonstruiert in der Sinn- und Bedeutungsgebung der professionell Handelnden selbst. Es handelt sich mithin um einen methodisch gewissermaßen enggeführten Zugang zur Alltagswelt Drogentherapie, der gleichwohl, und darin liegt seine Stärke, den Blick auf professionelles Handeln auch in seinen intentionalen Bezügen eröffnet. Deutlich werden soll, was von wem, mit welcher Absicht und aus welchen Begründungszusammenhängen heraus, wie getan wird. Diese intentionale Perspektive von Handlungssituationen erschließt sich nur aus den Selbstäußerungen der Handelnden, d.h. in ihren sinnstiftenden Konstruktionen, die es gilt hermeneutisch-interpretativ zu rekonstruieren.

Mein wesentliches Erkenntnisinteresse richtet sich also auf die *Alltagswelt Drogentherapie, wie sie repräsentiert ist in den professionellen Deutungs- und Handlungsmustern der MitarbeiterInnen*. Deutungs- und Handlungsmuster sind zu verstehen als ein „Produkt einer sinnhaft strukturierten Praxis“ (Müller, H.-R. 1990: 14) und verweisen auf eine hauseigene Philosophie, die Schreyögg (1994) als gemeinsam geteilte, individuelle und kollektive Handlungsfähigkeit ermöglichende Übereinkünfte charakterisiert. Reflexiv handelnd hervorgebracht und rückgebunden an allgemeine Trends und Tendenzen von Professionalisierung und Modernisierung in der Drogentherapie integriere ein solches Set an Deutungs- und Handlungsmustern Wertvorstellungen, Ziele und daran geknüpfte Standards professionellen Handelns und äußere sich nicht zuletzt etwa in Ritualisierungen, Gewohnheiten, in sprachlichen Stilen, in Formen der Raumgestaltung sowie in spezifischen Geschichten und Legenden zur Einrichtung und z.B. zu krisenförmigen Ereignissen.

Es interessiert mich zunächst, welche Deutungs- und Handlungsmuster sich in der Praxis empirisch aufweisen lassen und wie der allgemeine Unterstützungsauftrag in konkrete Praxis übersetzt wird. Zentral ist darüber hinaus, inwiefern mit verschiedenen Handlungsbereichen je eigene Deutungs- und Handlungslogiken verbunden sind und wo sich Gemeinsamkeiten finden lassen. Anders formuliert: Wie akzentuiert sich ein drogentherapeutisches Arbeits- und Selbstverständnis vor dem Hintergrund bausteinspezifischer Gestaltungsaufgaben? In welchem Verhältnis stehen die verschiedenartigen Orientierungen hinsichtlich der klar umrissenen pädagogisch-therapeutischen Settings, des Alltags, der Pädagogik und der Therapie zueinander? Angesprochen ist folglich das gesamte Ensemble von Deutungs- und Handlungsmustern, die den pädagogisch-therapeutischen Lebensraum als Alltag in seiner Strukturierung von Raum, Zeit und sozialen Bezügen und den darin angelegten unterschiedlichen Lern-, Erfahrungs- und Entwicklungsräumen im Blick auf das Bewältigungshandeln der AdressatInnen begründen.

Die Forschungsarbeit, so wie sie hier skizziert ist, verstehe ich als sozialpädagogisch dimensionierte, rekonstruktive Sozialforschung. Sie orientiert sich im Rahmen des interpretativen Paradigmas (vgl. Lamnek 1995a: 42ff.) an den Prämissen der Grounded Theory (vgl. Corbin 2003; Glaser/Strauss 1998; Strauss 1991; Strauss/Corbin 1996) sowie im engeren Sinn am Konzept sozialer Deutungsmuster (vgl. Lüders 1991; Lüders/Meuser 1997; Meuser 2003a; Meuser/Sackmann 1992; Oevermann 2001). Die empirische Basis der als *Fallstudie* konzipierten Untersuchung bilden leitfadengestützte Experteninterviews (vgl. Bogner/Littig/Menz 2005; Meuser/Nagel 1991, 1997) mit vier MitarbeiterInnen der Drogentherapie. Als Fall ist diesbezüglich die Drogentherapie selbst zu verstehen. Die einzelnen Bausteine, also die pädagogisch-therapeutischen Angebote der Freizeittherapie, Arbeitstherapie und Psychotherapie, werden betrachtet als spezifische Konkretisierungen des Gesamtzusammenhangs, d.h. als Einzelfälle des Gesamtfalls Drogentherapie.

Das vorgestellte Forschungsdesign kennzeichnet sowohl im Rahmen der disziplinär vornehmlich medizinisch oder psychologisch verorteten Therapieforschung als auch im Rahmen der disziplinären Forschung der Sozialen Arbeit einen Wechsel im Blick. *Therapieforschung*, vorrangig als *Therapieverlaufsforschung* konzipiert, konzentriert sich im Allgemeinen auf quantitativ angelegte, variablenorientierte Designs, in denen vorwiegend adressatenbezogene Variablen untersucht werden. Professionelles Handeln kommt insbesondere in Gestalt von spezifischen Interventionsanlässen und -formen hierauf bezogen in den Blick. Eine Untersuchungsperspektive auf die Therapieelemente in ihrer Wechselwirkung, d.h. auf das Bedingungsgefüge der Drogentherapie insgesamt, bleibt darin zumeist unterbelichtet, wie auch aus entsprechenden Studien heraus moniert wird (vgl. Bühringer 1990: 33ff.; Jülch u.a. 2003: 25; Künzler 2003; Vollmer 1991). Die so genannten Einrichtungs- bzw. Behandlungsmerkmale finden insofern kaum Berücksichtigung (anders Kufner 1995), und dies, obwohl als pauschale Aussage gilt, „dass Behandlungsmerkmale eine größere Rolle spielen als Patientenmerkmale“ (Künzel/Sonntag/Bühringer 2001: 17; vgl. auch Brünger 1998; Sonntag/Künzel 2000: 159ff.).

Für die *sozialpädagogische Forschung* zur Drogentherapie zeigt sich eine Diskrepanz zwischen Praxis und Forschung. In den drogentherapeutischen Einrichtungen sind zahlreiche SozialpädagogInnen und SozialarbeiterInnen beschäftigt. Angesichts dieser Realität in der Praxis verwundert die insgesamt eher randständige Bedeutung der Drogentherapie als Gegenstand von Forschung und Theorie der Sozialen Arbeit. Zwar gibt es einige Ausnahmen: Hans-Rüdiger Müller (1990) etwa widmet sich dezidiert der Drogentherapie und untersucht die Handlungs- und Interaktionsformen der MitarbeiterInnen im Spannungsfeld therapeutischer und pädagogischer Orientierungen. Axel Grönemeyer und Vera Birtsch (1991) untersuchen die Drogentherapie bezogen auf den Adressatenkreis von Frauen und Männern mit Kindern. Ferner ist Drogentherapie insoweit Gegenstand der Forschung, als ihre Unterstützungspotentiale im Vergleich zu selbstinszenierten Ausstiegsvarianten untersucht werden (vgl. Weber/Schneider 1992) oder als ein Thema in biografisch ausgerichteten Studien hervortritt (vgl. Egartner/Holzbauer 1994; Zurhold 1993). Zumeist aber bleibt Drogentherapie nur *ein* Aspekt in Arbeiten, die sich generell mit der Drogenhilfe befassen (vgl. Jungblut 2004; Loviscach 1996; Schmid 2003; Schmid/Vogt 1998). Darüber hinaus finden sich Artikel zur Drogentherapie in Handbüchern der Sozialen Arbeit (vgl. Brömer/Becker 1993; Reinl/Stumpp 2001). Mehr Aufmerksamkeit finden die so genannten suchtbegleitenden Maßnahmen oder Überlebenshilfen der Drogenarbeit (vgl. Lochmann 1998; Steffan 1989a; Stöver/Jacob 1998).

Indem die vorliegende Arbeit explizit die Drogentherapie als Gegenstand sozialpädagogischer Forschung aufgreift und ihn in der dargestellten Weise als Alltagswelt, d.h. als Lebensraum und Handlungszusammenhang ins Zentrum stellt, beschreitet sie weitgehend ‚sozialpädagogisches Neuland‘. Ein sozialpädagogischer Diskurs und ein sozialpädagogisches Koordinatensystem (vgl. Thole 2003) sind bislang für das Feld der Drogentherapie kaum ausgeprägt. Neben den soeben angesprochenen Arbeiten finden sich deshalb Anknüpfungspunkte vor allem im sozialpädagogischen Diskurs bezogen auf professionelles Handeln im Allgemeinen bzw. bezogen auf andere Praxisfelder und hier insbesondere die Erziehungshilfe und die Jugendhilfe. An zentrale Ergebnisse der Therapie- und Therapieverlaufsforschung knüpft die Untersuchung an, verlässt jedoch die dort favorisierten Pfade eines quantitativen, variablenorientierten Vorgehens. Dies begründet sich in meinem Erkenntnisinteresse, das nicht auf einzelne therapeutische oder pädagogische Interventionsformen begrenzt ist, sondern den gesamten Zusammenhang des Handelns im Rahmen sozialpädagogischer Theorie und methodisch vertortet im Kontext rekonstruktiver Sozialforschung zu erfassen sucht.

Das Forschungsvorhaben wurde entwickelt im Rahmen des Forschungsprojektes „Alltagswelten und pädagogisch-therapeutischer Erfolg in Einrichtungen der Drogenarbeit“ (vgl. Thiersch u.a. 2001). Angesiedelt war dieses Projekt im Forschungsschwerpunkt Suchtforschung an der Universität Tübingen (vgl. Forschungsschwerpunkt Suchtforschung 2001), in dessen Teilbe-

reich ‚Klinische Forschung‘² das genannte sozialpädagogische Teilprojekt in den Jahren 1996 bis 2000 unter Leitung von Hans Thiersch am Institut für Erziehungswissenschaft durchgeführt wurde. In drei Einrichtungen der Drogenhilfe Tübingen, nämlich der Kurz-, Mittel- und Langzeittherapie mit durchschnittlich 3, 6 oder 12 Monaten Therapiedauer ging das Projekt der Frage nach, welche Elemente der Alltagswelt Drogentherapie welche Auswirkungen auf Verlauf und Resultat der Therapie für die AdressatInnen haben. In problemzentrierten Interviews wurden in einer Längsschnittuntersuchung mit drei Erhebungszeitpunkten (Therapiebeginn, -ende, 1 Jahr danach) AdressatInnen aus den verschiedenen Drogentherapieeinrichtungen befragt. Konfrontiert wurden diese Erfahrungen und Einschätzungen der AdressatInnen mit dem Arbeits- und Selbstverständnis der MitarbeiterInnen, erhoben auf der Basis von Experteninterviews mit MitarbeiterInnen aller drei Einrichtungen.

Die hier vorgestellte Untersuchung knüpft an das Forschungsprojekt an, indem sie Bezug nehmend auf die zentralen Projektergebnisse wie den subjektiven Standort und die Nutzungsmuster der AdressatInnen (vgl. 3.3.1) sich den unbeantwortet gebliebenen Fragen, wie sie hier einleitend umrissen wurden, widmet. Sie konzentriert sich dabei auf *eine* Einrichtung, und zwar die stationäre Langzeittherapie, weil diese gleichsam brennglasförmig die Therapeutische Gemeinschaft als ‚Urmodell‘ *und* Feld des Wandels zeigt. Maßgeblich für die Entwicklung des Untersuchungsdesigns sind insbesondere die vielfältigen im Forschungsprojekt möglichen Feldbeobachtungen (vgl. 4.4), die mir – gleichsam teilnehmend beobachtend – zahlreiche Einblicke ‚am Rande‘ in den Handlungszusammenhang der Alltagswelt Drogentherapie erlaubten. Dabei waren sowohl Einblicke in die Selbstverständlichkeiten und Übereinkünfte als auch jene in Ungereimtes und Brüche sowie in unsichere Interpretationen sich stellender Probleme und Anforderungen bedeutsam. Für mich befremdlich war allerdings das allseits wahrnehmbare Spannungsverhältnis von Pädagogik und Therapie in einem Handlungsfeld, das sich, wie ich annehme, doch in beiden Handlungsorientierungen entfaltet, wobei beide nur im produktiven Bezug aufeinander ihre jeweiligen Qualitäten hervorbringen können. Diese Befremdung war eine enge wie zuverlässige Begleiterin in allen Phasen des Forschungsprozesses und insofern irritierend und produktiv zugleich. Das Zusammenspiel oder vielleicht besser: der Widerstreit der beiden Orientierungen von Pädagogik und Therapie zieht sich gleichsam wie ein roter Faden durch die Arbeit. Damit verbunden ist mein Anliegen, zu zeigen, dass sich die Bedeutung von (Sozial-)Pädagogik in der Drogentherapie nicht beschränkt auf religiöse Orientierung, Laienorganisation, freiwillige HelferInnen und eine sich durch pädagogische Überzeugungen und Fähigkeiten qualifizierende charismatische Leitfigur (vgl.

² Neben dem genannten Forschungsprojekt, das ich in seiner Kurzform als „Alltagswelten“ bezeichne, gehörten zum Teilbereich ‚Klinische Forschung‘ das Projekt der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie „Vergleichende klinische Erforschung der ambulanten und der stationären Kurz-, Mittel- und Langzeittherapie bei Drogenabhängigen“ (Günthner u.a. 2001) sowie das Projekt des Psychologischen Instituts „Wahrgenommene Kontrolle“ (Jonas/Walter/Eder-Jonas 2001).

Uchtenhagen 2000a: 279) und auch nicht auf Härte, Strenge, Kontrolle und Disziplin (vgl. Renggli/Tanner 1994: 151).

Für eine bessere Orientierung der Leserin und des Lesers skizziere ich nachfolgend in knapper Form den *Aufbau* und die *Gliederung* der Arbeit.

Kapitel 1: Drogenpolitik schafft die wesentlichen Rahmenbedingungen für die Arbeit in der Drogentherapie. Wie Drogenpolitik – als Ausdruck und Momentaufnahme diskursiver Verhandlungen – verfasst und wiederum in gesetzlichen Grundlagen ‚verfestigt‘ ist, kennzeichnet wesentliche Optionen des Drogenhilfesystems insgesamt und strukturiert die Möglichkeiten des professionellen Handelns in der Drogentherapie vor. Gezeigt werden soll, wie sich drogenpolitische Gestaltung und rechtliche Regulierungen im Sinne einer Heterogenisierung ihrer Orientierungen und Maßgaben immer mehr ausdifferenzieren. Um einen stabilen repressiv-prohibitiv orientierten ‚Kern‘ herum kommt, bildlich gesprochen, das Feld vor dem Hintergrund unterschiedlicher drogenpolitischer Modelle in Bewegung. Über Drogenpolitik und -recht zu sprechen, setzt voraus, sich ihrer Verortung in historischen und kulturspezifischen Wertvorstellungen und Denkstilen und insofern in ihrem Zusammenhang der gesellschaftlichen Verhältnisse zu vergewissern und sie daraufhin zu reflektieren. Daher sollen Drogenpolitik und Drogengesetzgebung, wie sie sich mit dem ‚Drogenproblem‘ des ausgehenden 20. Jahrhunderts neu orientiert, in diesem Bezugsrahmen verhandelt werden.

In *Kapitel 2* möchte ich vor dem Hintergrund der drogenpolitischen Heterogenisierung den Blick auf die Drogenhilfepraxis richten. Mit der Vereinheitlichung der Drogenhilfe und der Diversifizierung des Hilfesystems lassen sich gleichsam zentrale ‚Stationen‘ einer als Modernisierung zu verstehenden Entwicklungsdynamik fassen, die für die heutige stationäre Drogentherapie beide von Belang sind. Mein Interesse ist es, diese Prozessdynamik aufzuzeigen und ihre Bedeutung für die stationäre Drogentherapie, deren Positionierung sich dabei wandelt, herauszuarbeiten und zu reflektieren. Für die stationäre Drogentherapie, so soll gezeigt werden, kennzeichnet die Entwicklungsdynamik einen widersprüchlichen Zusammenhang, denn sie verliert im diversifizierten Hilfesystem ihre exponierte Stellung und wird ein Angebot unter vielen. Zugleich erlangen, jenseits linearer Ausstiegsvorstellungen, prozess- und differenzierungstheoretische Annahmen handlungsleitende Kraft und kündigen interne Wandlungsprozesse an. Dennoch erhält sich die stationäre Drogentherapie den Status einer ‚besonderen Hilfeform‘, und Wandel vollzieht sich basierend auf dem stabilen theoretischen Fundament der Anfangszeit.

Kapitel 3 ist der sozialpädagogisch-theoretischen Rahmung der Untersuchung gewidmet. Der sozialpädagogische Blick als Zugang zur Drogentherapie soll darin im Kontext ausgewählter Aspekte sozialpädagogischer Theorie, wie dem Konzept der Lebensweltorientierung und dem Bewältigungskonzept, eröffnet werden. Es gilt, die im Vorigen einleitend angesprochenen Denkvorsetzungen – Drogengebrauch als Bewältigungshandeln und Drogentherapie als Alltagswelt im Sinne eines pädagogisch-therapeutischen Lebensraums und eines Zusammen-

hangs professionellen Handelns – theoretisch zu entwickeln. Daran anknüpfend können im Rückbezug auf die Heterogenisierung der Drogenpolitik und die Modernisierungsdynamik der Drogenhilfe, wie sie in den ersten beiden Kapiteln herausgearbeitet wurden, die relevanten Fragehorizonte für die empirische Untersuchung formuliert werden.

In *Kapitel 4* wird der Untersuchungsgegenstand in seiner erkenntnistheoretischen und methodologischen Verortung dargelegt und das empirisch-methodische Untersuchungsdesign entwickelt. Zunächst bedeutet dies, unter Bezugnahme auf die zentralen Fragestellungen, Gegenstand und Zielorientierung zu bestimmen und sie zu präzisieren in der methodologischen Rahmung der Grounded Theory und dem Konzept der sozialen Deutungsmuster. Das Kapitel schließt mit den Ausführungen zur konkreten Datenproduktion der Fallstudie, d.h. zur Datenerhebung und -auswertung der Experteninterviews.

Kapitel 5 schließt an die methodischen Erörterungen den empirischen Teil der Arbeit an. In drei Einzelfallstudien werden die zentralen Dimensionen professionellen Handelns in den drei pädagogisch-therapeutischen Bausteinen, der Psychotherapie, der Arbeitstherapie und der Freizeittherapie, in einer dichten Beschreibung rekonstruiert und dargelegt. Vor dem Hintergrund der sozialpädagogischen Theoriekonzepte von Lebenswelt- und Bewältigungsorientierung stehen hierbei die Deutungs- und Handlungsmuster der MitarbeiterInnen in bausteinspezifischer sowie bausteinübergreifender Dimensionierung im Mittelpunkt der Betrachtungen. Am Ende dieser empirischen Ausführungen steht die Zusammenfassung der Ergebnisse, die in einer Zusammenschau von problematischen Feldern professionellen Handelns münden, die ich als Spannungsfelder professionellen Handelns in der Alltagswelt Drogentherapie interpretiere. Eine kurze Skizze zur Beschreibung der Untersuchungseinrichtung und Kurzporträts der interviewten MitarbeiterInnen leiten das Kapitel ein.

Ausgehend von den Spannungsfeldern professionellen Handelns, wie sie im fünften Kapitel herausgearbeitet wurden, folgen in *Kapitel 6* theoretisch-empirisch geleitete Überlegungen. Die empirisch aufweisbaren Spannungsfelder, die letztlich auf unterschiedlich begründete Begrenzungen professionellen Handelns hindeuten, sind Ausgangspunkt und Gegenstand einer für die in sozialpädagogisch-theoretischer Perspektive relevanten inhaltlichen Themenstellungen. Insbesondere sind damit angesprochen die Zusammenarbeit und Integration der pädagogisch-therapeutischen Bausteine in einen Gesamtzusammenhang, das Verhältnis von Alltag, Bausteinen, Therapie und Pädagogik, die Gestaltung von Übergängen in einen gelingenderen Alltag, die Motivation und Selbstverantwortung der AdressatInnen, die Integration ressourcenorientierter Perspektiven, das Verhältnis von Abstinenz- und Prozessorientierung sowie das Geschlechterverhältnis. Die theoretisch abgeleiteten Handlungsorientierungen der pädagogisch-therapeutischen Bausteine, des Alltags, der Therapie und der Pädagogik bilden hierbei die wesentliche Folie der Betrachtungen, die damit enden, einige sozialpädagogisch inspirierte (Aus-)Blicke zu wagen.

Zum Abschluss dieser Einführung in die Arbeit scheint es mir notwendig, noch einige zentrale Begriffe in ihrer spezifischen Verwendung darzulegen. Die Begriffe ‚Sozialpädagogik‘, ‚Sozialarbeit‘ und ‚Soziale Arbeit‘ kennzeichnen einerseits ein semantisches Problem und markieren andererseits inhaltlich verschiedene theoretische Bezüge und wissenschaftsinterne Diskurse (vgl. Füssenhäuser 2005: 40f.). Vor dem Hintergrund ihrer heutigen Funktionsverschränkung fasse ich Sozialpädagogik und Sozialarbeit zusammen im Begriff ‚Soziale Arbeit‘. Dies geschieht in Kenntnis der unterschiedlichen Arbeitsfelder, die primär auf Erziehung und Bildung oder primär auf Hilfe und Unterstützung ausgerichtet sind, und in Kenntnis der disziplinären Verortung in erziehungs- oder fürsorgewissenschaftlicher Tradition. Wenn ich dennoch auch die Begriffe Sozialarbeit und Sozialpädagogik aufnehme, dann vor allem dann, wenn es sinnvoll scheint, die unterschiedlichen Hintergründe und Bezüge hervorzuheben. Insofern ist insbesondere der Rekurs auf die Begriffe ‚Sozialpädagogik‘ bzw. ‚sozialpädagogisch‘ in dieser Arbeit bedeutsam. Erstens greife ich darauf zurück anknüpfend an das wissenschaftliche Feld der Disziplin (vgl. Thole 2002b: 14). Zweitens beziehe ich mich damit auch auf die im Sinne der historischen Tradition für die Drogentherapie bedeutsamen bildungstheoretisch rückgebundenen und lernbezogenen Aspekte. Insbesondere die Begriffe ‚Pädagogik‘ und ‚pädagogisch‘ akzentuieren dieses weitere Verständnis von Sozialpädagogik im Zusammenhang mit der Bildungstheorie, wie es etwa Mollenhauer (1968, 1988) vertritt.

Wer über Drogen, Drogengebrauch und Drogentherapie schreibt, kommt nicht umhin, einige *Erklärungen zentraler Begrifflichkeiten* vorzunehmen. Wenngleich solche Klärungen im späteren Verlauf der Arbeit folgen werden, so möchte ich dennoch schon einige kursorische Anmerkungen voranstellen, weil Drogen eben nicht gleich Drogen und Drogenabhängigkeit schon gar nicht gleich Drogenabhängigkeit ist.

Was unter *Drogen* zu verstehen ist, erweist sich grundsätzlich als höchst variabel und nur selten von längerfristigem Bestand, wie die Kulturgeschichte der Rauschdrogen dokumentiert. Was heute eine Droge ist, kann morgen ein Genussmittel sein oder umgekehrt (vgl. Herer 1994; Kanitscheider 2000b; Rätsch 2000; Schivelbusch 1980; Spode 1993, 1997; Wassenberg 1997). Das macht den Akt der Bezeichnung nicht einfacher. Ralph Parnefjord schreibt in der Einleitung seines Drogentaschenbuchs, dass er dieses gerne mit dem Titel „Informationen über gegenwärtig illegale, psychoaktive Substanzen und solche, deren Gebrauch als Missbrauch bezeichnet wird“ überschrieben hätte. Wenngleich sich in dieser umständlichen Formulierung treffender ausdrückt, was eigentlich gemeint ist, so entschied er sich aus unmittelbar nachvollziehbaren Gründen doch anders (vgl. Parnefjord 2000: 3). Dieser Kompromissformel folge auch ich, indem ich von Drogen spreche, ohne stets genau zu differenzieren und zu klassifizieren (vgl. hierzu umfassend Bastigkeit 2003; Parnefjord 2000), in welcher Perspektive ich den Begriff verwende. Grundsätzlich verstehe ich unter Drogen all jene Substanzen, welche genutzt werden können, um den Zustand des Bewusstseins oder des Körperempfindens und damit ein subjektiv verändertes Wirklichkeitserleben herbeizuführen, und die insofern auch psychoaktive bzw. psychotrope Substanzen genannt werden (vgl.

Vogt/Scheerer 1989: 5f.). Hierzu gehören Genussmittel (z.B. Alkohol, Tabak), toxische Substanzen (z.B. Lösungsmittel), Medikamente (z.B. Schlaf-, Beruhigungs- und Schmerzmittel), pflanzliche Stoffe (z.B. Opiate, Kokain, Cannabis) sowie synthetische Wirkstoffe (z.B. Ecstasy) (vgl. Uchtenhagen 2000b). Da ich mich jedoch mit dem Hilfesystem für KonsumentInnen ‚illegaler Drogen‘ befasse, verwende ich den Begriff ‚Droge‘ überwiegend in seinem alltags-sprachlich eingeebneten Gebrauch, d.h. auf jene Substanzen bezogen, die im juristischen Sinn als illegal gelten. Dies blendet zwar einerseits die pharmakologischen Wirkungsweisen ebenso aus wie den Umstand der soziokulturellen Beschaffenheit einer solchen Klassifizierung, vereinfacht jedoch andererseits den sprachlichen Umgang mit dem Gegenstand, der ansonsten treffender mit dem Begriff ‚illegalisierte Droge‘ gekennzeichnet wäre. Wenn ich also von illegalen Drogen in dem Wissen um die problematischen Begrenzungen des Begriffs spreche, so fasse ich darunter all jene psychoaktiven Substanzen, welche in der Regel für die NutzerInnen der Drogentherapie relevant sind, nämlich vorrangig Heroin und andere Opiate, Kokain, Cannabis und Marihuana, LSD und andere Halluzinogene, Amphetamine und Ecstasy sowie Barbiturate (vgl. Egartner/Holzbauer 1994: 7ff.; Kähnert 1999: 26ff.; weiterführend Bastigkeit 2003; Parnefjord 2000).

Was heute unter *Drogenabhängigkeit* bzw. *Sucht* bezeichnet wird, ist nichts Einheitliches; so gibt es etwa unterschiedliche Klassifikationsrichtlinien der Weltgesundheitsorganisation und der American Psychiatric Association. Mit Diagnostiksystemen wie ICD-10 oder DSM-IV wird versucht, eine Abhängigkeit festzustellen, die sich vom Drogengebrauch und vom schädlichen Gebrauch bzw. Missbrauch unterscheidet (vgl. Loviscach 1996; Uchtenhagen 2000b). Ich verwende ‚Drogenabhängigkeit‘ ebenso wie ‚Sucht‘ im Sinne eines abhängigen bzw. süchtigen Handelns, das graduelle Unterschiede zum drogengebrauchenden bzw. missbrauchenden Handeln aufweist und sich im Geflecht körperlicher, psychischer und sozialer Bedingungs Momente entwickeln kann (vgl. Reinl/Stumpp 2001: 301ff.). Zu Recht weist Christian von Wolffersdorff darauf hin, dass die von der Weltgesundheitsorganisation vorgenommene Erweiterung des Suchtbegriffs durch den Begriff der Drogenabhängigkeit unbefriedigend ist, insoweit sie dem Gedanken Vorschub leistet, die Eigenschaft der Droge sei verantwortlich für die Entwicklung einer Abhängigkeit. „In Wirklichkeit ist sie das Resultat eines komplexen Zusammenwirkens psychischer Dispositionen, biografischer Verläufe, situativer Bedingungen und gesellschaftlicher Rahmenbedingungen, die in der Drogenforschung mit den Begriffen *set* und *setting* beschrieben werden“ (v. Wolffersdorff 2001: 325).

Da also erstens das Bedingungsgefüge von Drogenabhängigkeit als komplex und zweitens die Übergänge von Gebrauch, Missbrauch und Abhängigkeit in beide Richtungen als fließend betrachtet werden müssen, fällt es schwer, von ‚*Drogenabhängigen*‘ zu sprechen. Nicht nur ist der Begriff hochgradig moralisch-emotional negativ konnotiert, er spiegelt auch nur einen Aspekt des Seins von drogengebrauchenden Menschen. Alles andere – etwa die verschiedenen Konsummuster (vgl. Kähnert 1999: 24f.) – wird in dieser Bezeichnung negiert, zum Nicht-Bezeichneten und Nicht-Wahrnehmbaren. Im Begriff der ‚*DrogenkonsumentInnen*‘

vermittelt sich dagegen vornehmlich eine Form von Genusshaftigkeit, die zwar stets gegeben sein kann, aber gerade im Geflecht einer Suchtentwicklung und eingebunden in die Bedingungen illegalen Konsumierens nicht der vorrangig wesentliche Faktor eines Drogengebrauchs sein muss. Gestärkt wird dieses Argument noch durch die Tatsache, dass in dieser Arbeit vornehmlich die Rede ist von drogengebrauchenden Menschen, die drogentherapeutische Hilfe in Anspruch nehmen und demnach in irgendeiner Weise bereits problematische Aspekte des Drogenkonsums erfahren haben. Daher spreche ich bevorzugt von ‚*DrogengebraucherInnen*‘, um damit schlicht zu bezeichnen, dass es sich um Menschen handelt, die Drogen zu sich nehmen und sie ‚*gebrauchen*‘ – wofür und mit welcher Absicht, verbunden mit welchen emotionalen und rationalen Anliegen auch immer, häufig oder nicht häufig, gern oder ungern – und dabei auch abhängige Gebrauchsmuster entwickeln können. Prinzipiell wäre eine Formulierung wie ‚*Menschen mit abhängigen Drogengebrauchsmustern*‘ für das, was unter Abhängigkeit und Sucht als abhängiges bzw. süchtiges Handeln zu verstehen ist, eine realitätsangemessene, jedoch wiederum ‚sperrige‘ Formulierung. In diese Richtung weisend, werde ich daher auch den im allgemeinen Sprachgebrauch unüblichen Terminus der ‚*abhängig Drogengebrauchenden*‘ verwenden. Wenn ich mich ergänzend sowohl des Begriffs des/der ‚*Drogenabhängigen*‘ bediene als auch der/des ‚*DrogenkonsumentIn*‘, dann geschieht dies im Wissen um die genannten Begrenzungen, aber auch allgemein üblichen Sprachregelungen folgend. Dass eher die Entstigmatisierung von Drogen und DrogengebraucherInnen und die Anerkennung von Ambivalenz im Drogengebrauch und im Drogenhandeln mein Anliegen ist, hoffe ich inhaltlich zum Ausdruck bringen zu können. Mit dem Begriff des ‚*Drogenhandelns*‘ suche ich den Drogengebrauch in seiner alltagsweltlichen Verortung zu erfassen, d.h. im Zusammenhang solcher Handlungs- und Verhaltensmuster, die direkt und indirekt verbunden sind mit dem Drogengebrauch.

Anders als etwa Bossong, Gölz und Stöver (1997a), die den Begriff ‚*Drogentherapie*‘ auf das gesamte Spektrum der Drogenhilfe ausdehnen, konzentriere ich ihn auf jene Therapieformen, die ausstiegsorientierte Maßnahmen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation, d.h. so genannte Entwöhnungsbehandlungen anbieten. Der Einschätzung folgend, dass die Mehrzahl solcher Therapieeinrichtungen, insbesondere als Langzeitangebot, auf dem Modell der Therapeutischen Gemeinschaft beruht (vgl. Bader 1996, 2002; DHS 2000b; FDR 1997; Heckmann 1997), verwende ich die beiden Begriffe, ‚*Drogentherapie*‘ und ‚*Therapeutische Gemeinschaft*‘ synonym. Obwohl mit der Drogentherapie generell auch ambulante und teilstationäre Maßnahmen sowie stationäre Maßnahmen unterschiedlicher Zeitdauer gemeint sind, beziehe ich ihn in der vorliegenden Arbeit im Sinne der Therapeutischen Gemeinschaft auf die *stationäre Form der Langzeittherapie*. Die Binnendifferenzierungen der Drogentherapie bzw. Therapeutischen Gemeinschaft in die einzelnen pädagogisch-therapeutischen Bausteine bzw. Elemente der Arbeitstherapie, Freizeittherapie und Psychotherapie kennzeichne ich mitunter, dem Sprachgebrauch der MitarbeiterInnen folgend, kurz als ‚*Bausteine*‘.

1 Grundlagen der drogenpolitischen Gestaltung und rechtlichen Regulierung

Drogenpolitik stellt eine moderne, d.h. normierte und verrechtlichte Variante des ehemals ritualisierten und sozial integrierten Umgangs mit psychoaktiven Substanzen dar. Sie umfasst jenen Teil der Politik, der sich mit Drogen, Drogengebrauch und -missbrauch sowie mit Strategien gegen sozialschädlichen Drogenkonsum und -handel beschäftigt (vgl. Hellebrand 1990: 7). Im Kern bezieht sich jegliche Drogenpolitik stets darauf, wie die wohltuende Wirkung einer Droge zu nutzen und potentielle Gefahren auszuschließen seien (vgl. Vogt/Scheerer 1989: 3). Das führt aber schon zum Zentrum des ‚Problems‘: denn wie lässt sich die wohltuende resp. gefährliche Wirkung einer Droge bestimmen? Eindeutige und historisch verallgemeinerbare Antworten lassen sich angesichts der Komplexität des Phänomens Drogengebrauch, die sich im Zusammenspiel individueller, sozialer, kultureller, rechtlicher, pharmakologischer sowie ökonomischer Bestimmungsfaktoren entfaltet, kaum formulieren. Zumal jede diesbezügliche Antwort, wie auch immer sie ausfallen möge, auf jenen Vorstellungen, Einschätzungen, Interpretationen und Erfahrungen im Bereich von Drogen und Drogenkonsum ruht, wie sie, geprägt von gesellschaftlich relevanten Werthaltungen und Denkstilen, wissenschaftliches und alltägliches Wissen figurieren. Ferner unterstreicht die Vielzahl drogen- und fachpolitischer Akteure³ mit ihren je spezifischen Interessen die vielstimmigen Dimensionen des drogenpolitischen Diskurses.

Mit anderen AutorInnen stimme ich darin überein, dass *keine* Drogenpolitik eine ‚Lösung des Drogenproblems‘, sondern stets nur Annäherungen im Sinne einer steuernden Kontrolle erzielen kann und dabei Nachteile und Vorzüge ihrer Wirkungen abwägen muss (vgl. Albrecht 1991: 2f.; Bauer/Bossong 1992: 1; Hess 1992: 41). Mit je spezifischen rechtlichen Regulierungen wird im Interesse einer solchen Annäherung der Versuch unternommen, Antworten auf den angesprochenen Fragenszusammenhang rechtlich relevant und eindeutig in Gesetzesform zu fassen. Rechtliche Regulierungen können daher als allgemein verbindliche Form drogenpolitischer Standpunkte und Übereinkünfte einer Gesellschaft betrachtet werden. Das „Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln“, kurz genannt BtMG, gilt als Kernelement der deutschen Drogenpolitik, weil es für alle Änderungen und Neuerungen der Drogenarbeit gleichsam als Schleuse dient (vgl. Jungblut 2001: 282) und insofern an zentraler Stelle bestimmend ist für die Rahmenbedingungen der Drogentherapie als Handlungszusammenhang.

³ Neben den Administrationen der Kommunen, der Bundesländer und der Bundesregierung mit ihren ordnungs- und gesellschaftspolitischen Interessen als zentrale drogenpolitische Akteure sind dies nach Jungblut (2001: 278ff.) die Kranken- und Rentenversicherungsträger und die Wohlfahrtsverbände, mit ihren gesellschaftspolitischen Interessen und auf Seiten der Wohlfahrtsverbände mit jugend- bzw. sozialpolitischen Interessen, die Fachverbände und wissenschaftlichen Gremien, die professionelle und wissenschaftliche Interessen vertreten sowie die Selbsthilfegruppen als Interessensvertreter von DrogenkonsumentInnen und Drogenabhängigen.

Ausschlaggebend für die rechtliche Regulierung des Drogenkonsums in Deutschland sind neben dem zentralen Instrument des BtMG u.a. das Kinder- und Jugendhilfegesetz, Bestimmungen des Jugendschutzes, das Straßenverkehrsgesetz, das Arbeitsrecht, das Arbeitsförderungsgesetz sowie die Gesetze zur Unterbringung psychisch Kranker, das Bundessozialhilfegesetz in Bezug auf Eingliederungshilfen für Behinderte, die gesetzliche Pflegeversicherung sowie das allgemeine Strafgesetzbuch, die Strafprozessordnung, das Jugendgerichtsgesetz und auch das Gesetz zur Bekämpfung des illegalen Rauschgifthandels und anderer Erscheinungsformen der Organisierten Kriminalität.⁴ Dies zeigt die doppelte Verortung der Drogenpolitik einerseits in der Sozialpolitik und andererseits in der Rechtspolitik. Als Rechtspolitik ist sie eingebunden in das Strafrecht, abgesichert über das BtMG und general- und spezialpräventive Absichten⁵ verfolgend.

Ziel dieses Kapitels ist es, Drogenpolitik und Drogenrecht – rückgebunden an historisch und kulturspezifische Werthaltungen und Denkstile und darin gründende Einschätzungen und Meinungen zu Drogen und Drogengebrauch – in ihrem zunehmend heterogenen Charakter zu bestimmen. Gezeigt werden soll, inwieweit sich, aufbauend auf einen strafrechtlich-repressiven und abstinenten Kern, Tendenzen der Beharrung und Bewegung überlagern und zu einem in sich widersprüchlichen *Gefüge der Heterogenität* drogenpolitischer und -rechtlicher Gestaltungsoptionen führen.

Das vorliegende Kapitel, in dessen Mittelpunkt das BtMG als Kernelement der Drogenpolitik steht, gliedert sich in sechs Teile: Das Ende der 1960er Jahre entstehende ‚*Drogenproblem*‘, das im Sinne einer spezifischen Problematisierung der neu zu beobachtenden Drogengebrauchsformen als wirksame *soziale Konstruktion* seine Kraft entfaltet, liefert einen ersten bedeutenden Zugang zur Drogenpolitik, indem die Problematisierung einen wichtigen Aspekt im Hinblick auf den in den 1970er Jahren einzuschlagenden repressiv-prohibitiven Kurs ausmacht und sich darin bereits wesentliche, mit der Drogenfrage verbundene Werthaltungen ausdrücken (1.1). Ein zweiter Zugang zur Spezifik bundesdeutscher drogenpolitischer Gestaltung liegt in der Orientierung an dem Zusammenhang von einerseits *Prohibition* und *Kontrolle* und andererseits *Hilfe im Sinne der Abstinenzzielung*; das Leitbild der drogenfreien Gesellschaft dient als Folie der Zielprojektionen und der Legitimierung von Drogenkontrolle, vor allem deren reaktiver Variante, wie sie Hess (1983) als Kriminalisierung, Pathologisierung und Neutralisierung fasst (1.2). Ehe dann im vierten Schritt die *konkreten rechtlichen Bestimmungen des BtMGs* in ihrer Bedeutung für die DrogengebraucherInnen einerseits und

⁴ Zur systematischen Übersicht der relevanten Gesetzesgrundlagen vgl. Böllinger (1999: 62), 2002a, b, c; Jungblut (2001: 276); Körner 2001; Loviscach (1996: 117ff.).

⁵ *Generalprävention* dient dem im Strafrecht anerkannten Zweck der Abschreckung anderer von der Begehung gleichartiger Straftaten. *Spezialprävention* dagegen bezweckt die Abschreckung einzelner Verurteilter von erneuter Straffälligkeit. Sie soll zu Besserung und Resozialisierung beitragen sowie die Gesellschaft vor Verurteilten schützen, ggf. auch durch ihre Absonderung wie etwa in der Sicherungsverwahrung. Spezialprävention bildet einen zentralen strafrechtlichen Gesichtspunkt für die Verhängung und Zumessung von Strafen und die Anordnung sichernder Maßnahmen (vgl. Weber 2002: 555, 1258f.).

das Hilfesystem andererseits zu erläutern sind (1.4), soll vorher deren *prinzipielle Fundierung* in der historischen Entwicklung einer repressiv-prohibitiven Strategie der internationalen Drogenpolitik thematisiert werden (1.3). Im Anschluss an die rechtlichen Bestimmungen gilt es dann, die Momente von Bewegung und Beharrung vergleichend zu erörtern und in ihrer Wirkung zu bewerten, dies unter besonderer Berücksichtigung der Frage nach der Legitimität einer Drogenpolitik im Widerstreit von Prohibition und Legalisierung (1.5). Die darin sichtbar werdenden Momente einer ‚Politik der kleinen Schritte‘, wie sie sich symbolisiert in den drei drogenpolitischen Modellen, dem Kontrollmodell, dem Therapiemodell sowie dem der Schadensminimierung, können abschließend im Blick auf ihre Potentiale für das System der Drogenhilfe reflektiert werden (1.6).

1.1 Neue Drogenkonsumformen und ihre öffentliche Inszenierung als ‚Drogenproblem‘

Drogenpolitisch kann der Beginn der 1960er Jahre als „Ruhe vor dem Sturm“ (Scheerer 1982: 71) betrachtet werden. Neue Aktualität verliehen der Drogenpolitik erst die im Kontext der 68er-Bewegung neu aufkommenden Drogenkonsumformen. Vor dem Hintergrund einer veränderten Lebenssituation und eines sich verändernden Lebensgefühls der Nachkriegsgeneration verbindet sich Drogengebrauch mit den gesellschaftskritischen Bewegungen dieser Zeit. Die radikale Ablehnung bestehender sozialer Normen und hierarchischer Strukturen sowie die Suche nach alternativen Lebensformen und neuen Identitäten gehen damit einher. Die neuen Drogenkonsumformen bilden insofern einen Teil des „normativen Kontrastprogramm(s)“ (Renggli/Tanner 1994: 117) gegen eine Gesellschaft, die analysiert wird in ihren strukturellen Momenten der Ausbeutung, Ungerechtigkeit und Sinnentleerung. Drogen übernehmen darin zunächst wichtige sozialsymbolische Funktionen nach innen wie nach außen (vgl. Szasz 1978: 24f.; Vogt/Scheerer 1989: 47). Die dem Drogenkonsum, insbesondere dem Konsum halluzinogener Stoffe (Cannabis, LSD, Mescaline, Psilocybin), innewohnende Erschließung neuer Erfahrungs-, Wahrnehmungs- und Bewusstseinsräume als sinnliches Erleben und konkret-politisches Handeln beziehen sich zunächst aufeinander und bilden eine Einheit. Es ist der Versuch zum Bündnis einer neuen Sinnlichkeit und einer neuen Rationalität als politische Praxis im Bruch mit den wohlvertrauten, routinierten Weisen der Sinneswahrnehmungen (vgl. Marcuse 1978: 19, 62).⁶

⁶ Timothy Leary gilt als Wegbereiter für eine solche Drogenkonsumkultur. Mit dem Buch „Politik der Ekstase“ (1968) lieferte er ein theoretisches Denkmodell für den Gebrauch bewusstseinsweiternder Drogen (vgl. vertiefend Gilmore 1996). Leary knüpft damit im Wesentlichen an die romantisch-subkulturelle Tradition des Drogengebrauchs (vgl. v. Wolffersdorff 1998, 2001) an, die eine „Genealogie der Drogenbeeinflussung“ (Dieckhoff 1982: 693) von der Romantik über den Surrealismus bis zur heutigen Zeit begründet. Verbunden ist diese Tradition etwa mit Novalis und Friedrich Schlegel als den geistigen Urhebern der Romantik sowie Samuel Taylor Coleridge, E.T.A. Hoffmann, John Keats, Edgar Allan Poe, Charles Baudelaire, Paul Verlaine, Arthur Rimbaud, Gottfried Benn, Georg Trakl, Jean Cocteau, Walter Benjamin, Aldous Huxley und William S. Burroughs.

Die übrige Gesellschaft reagiert darauf mit Beunruhigung und Verunsicherung. Und zwar beunruhigen, wenngleich – in Analogie zu Naturgewalten – von ‚Drogenwelle‘ oder von ‚Drogenepidemien‘ gesprochen wird, mitnichten nur die Drogengebrauchsformen. Vielmehr beunruhigen zutiefst die Drogengebrauchsformen in ihrer spezifischen sozialen Gestalt, d.h. in ihrer sozialen Einbettung in gesellschaftskritische Bewegungen. Zwar gehen Drogenkonsum und politisches Engagement sehr rasch getrennte Wege (vgl. Reitter 2002a, b, Release Hamburg/Konkret 1972; Renggli/Tanner 1994), aber erzeugen genau in dieser Allianz massive gesellschaftliche Reaktionen unter Rückgriff auf kriminalisierende und pathologisierende Deutungsmuster. Renggli und Tanner (1994: 116ff.) beschreiben dieses Zusammenspiel im Bild einer kulturellen Eskalationsdynamik. Getragen ist die Dynamik besonders von einem umfassenden Prozess der Problematisierung, innerhalb dessen ein gleichsam universelles Drogenproblem (vgl. Scheerer 1993) bis heute fortgeschrieben wird.

Maßgeblich beteiligt an dem Problematisierungsprozess, in dem ‚das Drogenproblem‘ als extreme Gefährdung für Individuum und Gesellschaft öffentlich inszeniert und konstruiert wurde, sind höchst verschiedene gesellschaftliche Instanzen. „Die öffentliche Meinung als Vertreter dessen, was als normal und was als anormal gelten kann, die legitimierten Vertreter der öffentlichen Meinung bei der Durchsetzung von einer als gültig anerkannten Normalität wie Polizei, Presse, Wissenschaft und Justiz und die offensichtlichen Normverletzer“ (Jungblut 2001: 290; vgl. auch Reinerman 2005: 33f.; Reuband 1978; Scheerer 1978). Stereotype Bilder der darin vermittelten Drogenszenarien (vgl. Quensel 1982: 23), die in abgewandelter Form auch heute noch gültig sind, bilden den Rohstoff solcher weitgehend unsachgemäßer Darstellungen⁷, wie sie sich etwa auch in der amtlichen Begründung zur Novellierung des Opiumgesetzes 1971 finden (vgl. z.B. Bundestagsdrucksache 1970 665/70 zit. in Körner 2001: 6f.). Sie benutzen verallgemeinerte Bilder der grundsätzlichen Gefährlichkeit *aller* Drogen, unabhängig von ihrer psychopharmakologischen Wirkweise und der soziokulturellen Zusammenhänge des Konsums (vgl. Gerlach/Engemann 1994: 19f.; Rättsch 2000: 13ff.; Szasz 1978: 50f.). Diese Bilder basieren auf eher schemenhaften Vorstellungen von Drogen als etwas Fremdem, wie andere sündhafte Verhaltensweisen auch: verboten und doch gefährlich-schön. Tatsächliche Erfahrungen mit Drogenkonsum bzw. DrogenkonsumentInnen ordnen sich dieser ambivalent negativ gefärbten Bewertung unter. Darin formt sich eine Einstellungsstruktur, die Quensel (1982) als Gedankengefängnis beschrieb. Wie in einem Ringschluss bestätigt sich das Gedankennetz durch selektive Wahrnehmung und ebenso selektive Informa-

⁷ Die Rede von der ‚Rauschgiftwelle‘ bezieht sich vorrangig auf den Cannabisgebrauch. Gemäß der offiziellen Statistik von 1970 werden 523 Opiatabhängige registriert. Diese bilden allerdings die faktische Basis für die von politischer Seite prognostizierten 60.000 bzw. 120.000 FrührentnerInnen infolge des Haschischgenusses (vgl. Scheerer 1978: 225f.). Nach ersten Erprobungen mit Morphin und Opium verhilft erst die ‚Berliner Tinke‘ (vgl. Kreuzer u.a. 1981: 178f.; Heckmann 1981: 163f.) diesen Substanzen zum Durchbruch. Die Umstellung des Drogenmarktes auf Heroin fand erst 1974 statt, wobei einerseits die wachsende Zahl der NachfragerInnen (vgl. Kreuzer u.a. 1981: 175f.) und andererseits eine im Anschluss an eine künstlich herbeigeführte Flaute auf dem Markt eingeleitete regelrechte Produktoffensive mit extrem billigem Heroin (vgl. Heckmann 1981: 164) hierfür verantwortlich gemacht werden.

tionsvermittlung immer wieder aufs Neue. Dies dient dem Ziel präventiver Meinungsbildung, wie es Marzahn (1983a: 110) konstatiert, welche den angestrebten Prohibitionsweg gegenüber der tendenziell positiver werdenden moralischen Bewertung des Cannabiskonsums in der Öffentlichkeit unterstützen sollte (vgl. Vogt/Scheerer 1989: 34).

Ergebnis dieses Problematisierungsprozesses ist die Schaffung neuer Sündenböcke in Gestalt der ‚Rauschgiftsüchtigen‘ (vgl. Szasz 1978) sowie das „allseits akzeptierte Drogen-Credo“ (Marzahn 1983a: 106), welches stets auf das ‚umfangreiche Drogenproblem‘ infolge der faszinierenden und zugleich hochgefährlichen Substanzen verweist und die Gefahren für Individuum und Gesellschaft präsentiert. Im Zusammenwirken der unterschiedlichen Akteure konstituiert sich *das Drogenproblem als gesellschaftliches Problem und lang wirksame soziale Konstruktion*, die als solche die Rahmenbedingungen des Drogenkonsums und -handels sowie der Rechts- und Hilfestaltung formt. Für die Konzentration auf Prohibition und Ausstiegshilfen im Rahmen einer kategorischen Abstinenzorientierung gestaltet sich in diesem Problematisierungsprozess die normative Basis. Eine Erklärung, die nur auf den sich ‚massenhaft‘ ausweitenden Konsum rekurriert, wie dies die Rede von der ‚Drogenwelle‘ bzw. der ‚Drogenepidemie‘ nahe legt, greift zu kurz, wengleich sich darin die normativ-moralische Konnotation des Drogenproblems durchaus wirkungsvoll vermittelt.

1.2 Drogenprohibition und Drogenkontrolle

Alle Regulierungsversuche des Drogengebrauchs bewegen sich grundsätzlich in einem weiten Spektrum vorstellbarer Zielbestimmungen zwischen den Polen der Drogenfreiheit in einer Gesellschaft einerseits und der Normalität von Drogengebrauch in einer Gesellschaft andererseits. Dahinter stehen zwei kontroverse Werthaltungen, die alle gesellschaftspolitischen Konzepte der Neuzeit kennzeichnen. Einmal ist dies das verfassungsgemäß garantierte Recht der freien Gestaltung des eigenen Lebens, einschließlich des Rechts auf Selbstschädigung, etwa durch Konsum gesundheitsschädlicher Substanzen. Und zum zweiten betrifft dies die Fürsorgepflicht des Staates, die/den Einzelne/n vor Umweltgefahren zu schützen, vor allem dann, wenn sie/er diese nicht erkennt oder sich nicht mehr den Gefahren gemäß verhalten kann, etwa aufgrund einer Drogenabhängigkeit (vgl. Bühringer u.a. 1993: IX; Döhner 1995: 23; Höfling 1999b: 12).

Die bundesdeutsche Drogenpolitik orientiert sich prinzipiell an der Zielvorgabe der Drogenfreiheit. Daraus abgeleitet bedeutet Drogenpolitik im Kern Prohibitionspolitik⁸, welche die davon betroffenen Substanzen zu illegalen Drogen erklärt und den Verkehr mit den inkriminierten Stoffen unter Strafe stellt. Sie weist einen hohen strafrechtlichen Repressionsgrad auf

⁸ In den westeuropäischen Ländern, wie fast in allen Ländern der Erde, ist der Umgang mit psychoaktiven Substanzen kriminalisiert und wird strafrechtlich verfolgt. Wengleich inhaltlich unterschiedlich ausgestaltet, fanden Ausweitungen und Verschärfungen der Strafgesetze in den 1980er Jahren in mehreren Ländern statt: Portugal (1983), Spanien (1983), Großbritannien (1985/1986), Niederlande (1985), Italien (1990) (vgl. Rausch 1995: 56).

(vgl. Albrecht 1991: 5f.; Böllinger 1999: 63, 2002a: 453). Verfolgt wird eine umfassende Drogenkontrolle, um irreparable Schäden für Individuum und Gesellschaft durch Konsum und Handel zu vermeiden. Die scharfe Kontrolle der Angebotsseite, also der AnbieterInnen und VerteilerInnen, einerseits und die professionell-helfende Einwirkung auf die Nachfrageseite der Konsumierenden andererseits (vgl. Albrecht 1991: 17) stehen dabei in engem wechselseitigen Bezug. Der Gebrauch illegaler Drogen zu Genusszwecken ist im Prohibitionsmodell dem individuellen Selbstbestimmungsrecht entzogen bzw. erscheint nahezu undenkbar (vgl. etwa Beckstein 1999: 122; Leeb 1999: 100; Lindlau 1993: 18; Oettinger 1993b: 9f.). Eine genaue Unterscheidung in Gebrauch, Missbrauch oder Abhängigkeit unterbleibt weitgehend und alle DrogenkonsumentInnen erscheinen als abhängig, jenseits von Ambivalenzen und Unterschieden im Konsum. Eindeutig wird hier die Fürsorgepflicht des Staates höher gewichtet als das Selbstbestimmungsrecht der Einzelnen. Ein solches Vorgehen bedarf in einer demokratischen Gesellschaft zwingend der Legitimation. Diese erhält die prohibitive Drogenpolitik vorrangig aus dem „Schutz der Volksgesundheit“ als Universalrechtsgut.⁹

Wenngleich im Umgang mit den *legalen Drogen*, etwa mit Alkohol und Medikamenten, ebenso kontrollierende und regulierende Aspekte zum Tragen kommen, überwiegt hier eine tolerierende Reaktion, wie sie bis vor kurzer Zeit auch noch Tabak¹⁰ betraf. Der Missbrauch und die Abhängigkeit von diesen Stoffen gelten vorwiegend als Krankheit, wohingegen ihr genusshafter Gebrauch der individuellen Selbstbestimmung obliegt (vgl. Loviscach 1996: 98f.). Die Grenze der Toleranz wird erst im Kontext einer Fremdschädigung überschritten, wie etwa im Bereich der Verkehrssicherheit oder am Arbeitsplatz. Und auch hier gelten z.B. alkoholbedingte Ereignisse noch häufig als Kavaliersdelikte. Dagegen erfährt die Fremdschädigung von NichtraucherInnen, etwa mittels passiven Mitrauchens, zunehmend Kritik.

Unterschiedliche Umgangsweisen entlang der Trennung nach dem Legalstatus rekurren auf die Klassifikation von Drogen als Heilmittel, Genussmittel und Rauschgift¹¹. Gleichzeitig bestätigt diese Einordnung der Substanzen, die für das Rauschgift den Drogenbegriff reserviert und ihm das ‚Böse‘ schlechthin zuteilt, stets aufs Neue die Trennung in legale und ille-

⁹ Weitere Legitimationsmuster bilden folgende Rechtsgüter: „Schutz der individuellen Gesundheit“, „Sicherung der Erwerbsfähigkeit“, „Sanktionierung kriminellen Verhaltens“, „Schutz vor organisierter Kriminalität“, „Schutz der Jugend“, „Schutz des Familienlebens“ sowie „Schutz des sozialen Zusammenlebens der BürgerInnen“ (vgl. Böllinger 2002a: 453f.; Jungblut 2001: 275; Körner 2001: 256ff.).

¹⁰ Die sich ändernde Bewertung des Rauchens kennzeichnet den Wandel von Deutungsmustern im Zuge sich neu konturierender sozialer Problematisierungen und ist vergleichbar mit früheren Wandlungsprozessen, denen psychoaktive Substanzen und ihr Gebrauch bereits unterlagen (vgl. Schivelbusch 1980; Spode 1993, 1997; Wassenberg 1997).

¹¹ Bis in das 20. Jahrhundert hinein sucht man den Begriff ‚Rauschgift‘ vergeblich. Die Klassifizierung von einzelnen psychoaktiven Substanzen als Rauschgift beginnt mit den Opiumgesetzen und den sie begleitenden Definitionsprozessen in den 1920er/1930er Jahren. Einzelne Substanzen werden damit zum ‚Gift‘, ohne in Rechnung zu stellen, dass bestimmte Substanzen in bestimmten Dosierungen auf einen bestimmten Organismus als Gift wirken – und dies gilt für alle psychoaktiven Substanzen, etwa auch für Alkohol. Szasz (1978: 72f.) weist darauf hin, dass illegale Drogen vornehmlich als Symbol der Unreife gelten und ihr Konsum als Ausdruck von Lebensuntüchtigkeit gewertet wird, wohingegen akzeptierte Substanzen für Reife und Stärke stehen (vgl. auch Scheerer 1982, 1993: 79; Schivelbusch 1980: 215f.).

gale Substanzen – auch ohne pharmakologische Plausibilisierung (vgl. Böllinger 2003a: 1; Renggli/Tanner 1994: 11f.)¹².

Kernelement einer Prohibitionspolitik bilden die verschiedenen *Möglichkeiten zur Kontrolle* von Drogen, Drogenkonsum und Drogenhandel. Mit Hess (1983) lässt sich zunächst zwischen aktiver und reaktiver Kontrolle als Grundformen sozialer Kontrolle unterscheiden (vgl. auch Bieniek 1993: 93ff.; Jungblut 2001: 275f.; Vogt/Scheerer 1989: 30ff.).

Aktive Drogenkontrolle umfasst zum einen die *Einschränkung der Verfügbarkeit von Substanzen* durch Begrenzung der Käufer- und Konsumentenkreise (z.B. Jugendschutzbestimmungen, Steuern), durch kontrollierende Auflagen und Gesetze wie etwa im Lebensmittelgesetz sowie durch die Regulierung der Zulassung von Substanzen zum allgemeinen Gebrauch (Kontrolle der Zulassung von Medikamenten, insbesondere der im BtMG aufgelisteten Substanzen durch das Bundesgesundheitsamt). Andererseits gehören zur aktiven Drogenkontrolle auch die *Beeinflussung der Motivation der (potentiellen) Konsumierenden*, die darauf zielt, Drogenkonsum möglichst unattraktiv zu machen. Dies wird angestrebt durch die Erhebung von Steuern (Alkohol-, Tabak-, Tee- und Kaffeesteuer), die Konsumierende zur Mäßigung anspornen sollen, durch Werbe- und Aufklärungskampagnen über die Beschaffenheit und Gefährlichkeit von einzelnen Substanzen sowie durch die Sozialisation in Bezugsgruppen, die eine geringe Nähe zum Drogenkonsum aufweisen, wie etwa in Vereinen, Jugendgruppen und in der Familie. Dennoch bleibt die aktive Drogenkontrolle stets in Teilen unwirksam und kann Drogenkonsum nicht komplett verhindern.

In diesem Falle kommt die *reaktive Drogenkontrolle* zum Tragen. Sie sucht die Lücken der aktiven Drogenkontrolle zu schließen. Reaktive Drogenkontrolle muss bereits mit faktischer Normverletzung umgehen und verfolgt zugleich spezial- und generalpräventive Zwecke. Zu unterscheiden ist die informelle und die formelle reaktive Kontrolle, die sich entsprechend der zuständigen kontrollierenden Instanzen differenziert. Erstere findet statt in Familie, Schule, Betrieb, Nachbarschaft etc., in Gruppen also, deren primärer Zweck nicht die Kontrolle ist. Missbilligung, Spott und (drohender) Statusverlust bilden hier die wesentlichen Mittel. Formelle Kontrolle dagegen bedient sich spezieller, hierfür vorgesehener Instanzen wie Polizei, Strafanstalten und Militär. Die jeweiligen Mittel der Kontrolle ergeben sich aus der Bewertung der konkreten Anlässe und den diesbezüglich relevanten Gesetzesgrundlagen (vgl. Hess 1983: 12ff.). Je nach den zugrundeliegenden Deutungsmustern des Drogengebrauchs entweder als Straftat, Krankheit, als alters- bzw. milieubedingtes, lebensstilbezogenes Handeln oder einfach als eine Zufälligkeit sind nach Hess drei Reaktionsweisen maßgeblich, nämlich die Kriminalisierung, die Pathologisierung und die Neutralisierung.

¹² Auf die krassen Unterschiede im Umgang mit legalen und illegalen Drogen und die Notwendigkeit diesbezüglicher Veränderungen wird bereits seit langem hingewiesen. Vorschläge zu Änderungen gehen etwa dahin, entkriminalisierende Maßnahmen im Bereich illegaler Substanzen zu flankieren mit Öffentlichkeitsarbeit zu den Gefahren des Konsums legaler wie illegaler Drogen (vgl. etwa Bühringer u.a. 1993: 57ff.; DHS 2003; Kreuzer 1987: 95ff.).

Mit der *Kriminalisierung* werden Produzierende, Händler und Konsumierende als Kriminelle eingeordnet, mit der *Pathologisierung* die KonsumentInnen als Kranke. Für Konsumierende unterscheiden sich die beiden Reaktionsweisen im Grad der ihnen zugeschriebenen Verantwortung. „Der Kriminelle wird für ein gewolltes Handeln zur Rechenschaft gezogen, dem Kranken aus einem ungewollten Zustand, an dem er selbst leidet und aufgrund dessen ihm sein abweichendes Verhalten für eine gewisse Zeit nachgesehen wird, herausgeholfen; der Kriminelle wird bestraft, der Kranke behandelt“ (Hess 1983: 15). Vogt und Scheerer (1989: 36) weisen darauf hin, dass die Konsumierenden umso weniger in das gängige Klischee des Kriminellen passen, je länger der Konsum andauert, vor allem angesichts des Selbstschädigungsfaktors.

Die dritte Reaktionsweise, die der *Neutralisierung*, greift dann, wenn weder Kriminalisierung noch Pathologisierung plausibel durchsetzbar und vermittelbar sind. Mit der Neutralisierung wird der Versuch gekennzeichnet, Drogenkonsum auf bestimmte Personengruppen (z.B. Jugendliche) oder auf einen bestimmten sozialen Kontext (z.B. 68er-Bewegung, Discoszene, Technoszene) zu begrenzen. Die mit dem Drogenkonsum einhergehenden sozialen Probleme lassen sich dergestalt umdeuten in solche marginaler Randgruppen (vgl. Vogt/Scheerer 1989: 36). „In diesem eingeschränkten Rahmen wird es toleriert, die Isolierung nimmt ihm aber seine normbedrohende Schärfe [...] Dabei gilt der Abweichende als nicht ganz ernst zu nehmen, eine Haltung, die durchaus eine subtile, aber sehr wirksame Kontrollmaßnahme darstellt“ (Hess 1983: 15f.). Insofern setzen auch schnell repressivere Kontrollen ein, wenn der Drogenkonsum aus dem begrenzten Rahmen auf andere soziale Kontexte übergreift und sich vom marginalen zu einem allgemeinen Phänomen zu entwickeln droht, wie in den 1960er Jahren. Neutralisierung einhergehend mit Marginalisierung und Etikettierung von spezifischen Gruppen kann als eine vergleichsweise schwächere Form der reaktiven Kontrolle verstanden werden. Inzwischen haben sich die Pathologisierung und die Kriminalisierung in einem Maße durchgesetzt, welches die Neutralisierung allenfalls im Kontext neuer Konsumformen (z.B. Partydrogen) für kurze Zeit bedeutsam werden lässt.

Wie deutlich wird, wirken Kriminalisierung, Pathologisierung und Neutralisierung aufs Engste ineinander, ergänzen sich, wenngleich sie vom Grundsatz her widersprüchliche Aspekte transportieren. Zwischen den drei Reaktionsformen kann – je nach den (sich wandelnden) Randbedingungen – beliebig gewechselt werden. Bedingt durch die Komplexität des Phänomens und die Vielzahl der Akteure können zeitgleich bzw. nachfolgend unterschiedliche Reaktionen wirksam werden. Ausschlaggebend ist, wer in welcher Form im gesellschaftlichen Diskurs und Bewertungsprozess definitorische Kraft entwickeln kann. Letztlich bedeutsam für die Konkretisierung der reaktiven Kontrolle ist die Tätigkeit des Gesetzgebers im Kontext gesellschaftlicher Bewertungsprozesse.

1.3 Historische Hintergründe der Prohibitionspolitik

Das erste Opiumgesetz wird in Deutschland 1920 erlassen infolge der im „Vertrag über die Wiederherstellung freundschaftlicher Beziehungen“ von Versailles geforderten Ratifizierung der Opiumkonvention. Es handelt sich um ein auf die Kontrolle der Substanzen gerichtetes Übersichtsgesetz, das zunächst eine schwache Prohibition verfolgt, die sich nicht strafrechtlich gegen die Konsumierenden wendet (vgl. Jungblut 2001: 277; Scheerer 1982: 53f.). Bereits 1924 verschärft, vollzieht sich mit der Verabschiedung des zweiten Opiumgesetzes 1929¹³ eine Abkehr von der schwachen Prohibition. Kernpunkt des Gesetzes von 1929 ist eine starke Reglementierung der medizinischen Verschreibungspraxis sowie die Möglichkeit, ständig neue Stoffe dem Gesetz zu unterstellen (vgl. Scheerer 1982: 63).

In Deutschland, wie in einer Reihe anderer Staaten auch, besteht zu Beginn des 20. Jahrhunderts keinerlei Interesse an einer repressiven Drogenpolitik. Opium, Morphin und Kokain gelten als harmlose Schmerz-, Heil- und Stärkungsmittel, deren Gebrauch das Arzneimittelgesetz regelt (vgl. Bieniek 1993: 103f.). Einen Sonderstatus als Rauschmittel im hedonistischen Sinn oder gar als Rauschgift haben sie nicht inne (vgl. Scheerer 1982: 51), und weder in den Konsumierenden noch in den Abhängigen sieht man ein Problem (vgl. Akers 1980: 32f.; Schröder 1993: 46, 96). Der Opiat- und Kokaingebrauch, auch der genussorientierte, ist gesellschaftlich toleriert und unterliegt im Fall problematischer Ausformungen, eingebunden in das Arzt-Patient-Verhältnis, medizinischen Interpretations- und Deutungsmustern. Die florierende deutsche Alkaloidindustrie¹⁴, der die potenteren, synthetischen Stoffe wie Morphin zu verdanken sind (vgl. Rommeney 1977: 474), legt auf eine repressive, sie in ihrer ökonomischen Entfaltung behindernde Verbotspolitik keinen Wert.

Die neue internationale, repressiv-prohibitive Grundlinie der Drogenpolitik geht zurück auf die Opiumkonferenzen¹⁵ des 20. Jahrhunderts. Der damit eingeschlagene Weg begründet sich zunächst in dem außenpolitischen Anliegen der USA, im pazifischen Raum neue Handelsräume zu erschließen, sowie in dem innenpolitischen Motiv der Marginalisierung ethnischer Minderheiten (vgl. Nelles 1993: 9; Rausch 1995: 56; Scheerer 1982: 17-62; Selling 1989: 29ff.; Strobl 1992). Die Notwendigkeit einer prohibitiven Drogenregulierung muss jedoch erst durchgesetzt werden. Die wirtschaftliche Macht der USA gekoppelt mit einem Zusammenreffen handelspolitischer Rivalitäten und historischer Paradoxien führt letztlich zu internatio-

¹³ In revidierten Fassungen aus den Jahren 1933 und 1934 blieb das Opiumgesetz bis 1971 bestehen. In der Zeit des Nationalsozialismus gingen die Zahlen der verurteilten DrogenstraftäterInnen zurück, was allerdings wenig über das tatsächliche Ausmaß des Drogenkonsums aussagt. Die Gesetze zur Verhütung erbkranken Nachwuchses rückten Alkohol- und Opiatabhängige in die Nähe der Kategorie des ‚unwerten Lebens‘ und der physischen Vernichtung. Schätzungen zufolge wurden 5000 Personen aufgrund dieser Abhängigkeiten während des Nationalsozialismus ermordet (vgl. Vogt/Scheerer 1989: 13).

¹⁴ Zum Zusammenhang zwischen Entwicklungen der Medizintechnik bzw. der Alkaloidindustrie, kriegsrischen Auseinandersetzungen und der Verbreitung von Opiumalkaloiden (z.B. Morphin) vgl. vertiefend Gerlach/Engemann (1994: 6ff.); Rommeney (1977: 474); Scheerer (1982: 51ff.).

¹⁵ Zu nennen sind hier die Opiumkonferenzen in Shanghai (1909) und in Den Haag (1912) sowie die Opiumkonferenzen des Völkerbundes in Genf (1921, 1924, 1925).

nen Abkommen, die weit mehr umfassen als das zunächst anvisierte Opium (vgl. Hostettler 1998: 61ff.; Scheerer 1993: 83ff.; Schivelbusch 1980: 226ff.; Thamm 1991: 62ff.).

Wenngleich das Gesetz in Deutschland unter internationalem Druck erlassen wird, so findet die repressiv-prohibitive Strategie dennoch UnterstützerInnen im Umfeld der Alkoholabstinenzbewegung und in der Ärzteschaft (vgl. Bschor 1984; Finzen 1985). Bereits mit den Danziger Leitsätzen von 1928 legen sich die ÄrztInnen fest auf die doppelte Leitlinie von Abstinenz und stationärer Langzeittherapie (vgl. Bschor 1984) und flankieren dergestalt die neue Prohibitionsstrategie.¹⁶ Dies kennzeichnet auch das professionspolitische Gerangel um die Definitionsmacht, insbesondere zwischen der Justiz und der Medizin. Die stets ambivalente Gratwanderung im Umgang mit dem Drogenkonsum zwischen sozialer Kontrolle und dem Angebot an Hilfe – dem Verhältnis von Strafe und Hilfe –, wie sie sich heute etwa in dem Prinzip ‚Therapie statt Strafe‘ zeigt, nimmt hier ihren Ausgang.

Mit dem Sieg der Drogenprohibition beginnt sich der „akzeptierende Umgang mit der Opiatsucht“ (Schröder 1993: 96) zu verhärten. Grundlegender zeigen diese Entwicklungen den Wandel von fragmentarischen Problemen mit Drogen¹⁷, die es regional und substanzbezogen immer wieder gab, hin zur Deutung eines universellen Drogenproblems (vgl. Scheerer 1993: 80f.). Ohne die bisherige schützende Anonymität des Arzt-Patient-Verhältnisses (vgl. Scheerer 1982: 63) entwickelt sich eine soziale Etikettierung von spezifischen, zumeist sozial marginalisierten Bevölkerungsgruppen mit dem ‚Makel‘ des gesellschaftlich nun problematisierten Drogenkonsums.¹⁸ Die Verbindung der unterschiedlichen NutzerInnen lag in dem ‚gemeinsamen‘ Akt der Gesetzesübertretung, mit der sie sozial ausgrenzbar wurden (vgl. Hess 1983: 18ff.). Ein bislang medizinisch verortetes Phänomen mit marginalem Problemhintergrund erfährt mithin eine Umdeutung als soziales Problem, verbunden mit der allgemeinen Dramatisierung des Drogenkonsums in der unheilvollen Vereinigung von Rausch, Abhängigkeit, Sucht und Tod als generell negative Wertung (vgl. Böllinger 2003b: 347; Scheerer 1982: 53). Die inhärente Umschrift der moralischen Bewertung Drogengebrauchender schafft die Grundlage für umfassende Stigmatisierungen, wie sie sich in dem stereotypen Bild des Fixers als willenschwaches, lasterhaftes, kriminelles und psychopathisches Wesen wiederfinden (vgl. hierzu Gerdes/v. Wolffersdorf-Ehlert 1974: 320ff.). Die bereits dargestellte Problematisierung des Drogengebrauchs ab Ende der 1960er Jahre knüpft an diese historische Fundierung an.

¹⁶ Im weiteren Verlauf bekräftigten die ÄrztInnen – jenseits einer Therapiefreiheit – diese Grundstrategie. Etwa lehnte die Bundesärztekammer bis in die 1990er Jahre eine allgemeine Substitutionsbehandlung ab. Sie stehe gegen die Regeln ärztlicher Kunst und den Anspruch der Heilung und sei mithin sowohl nach § 29 Abs. 1 Nr. 6 als auch wegen Körperverletzung nach § 223 StGB (Strafgesetzbuch) strafbar. (vgl. Böllinger 2002a: 457f., 2002c: 571; Bschor 1984, 1987).

¹⁷ Zu partiellen Verbotsversuchen im Mittelalter vgl. Rätsch (2000: 11f.).

¹⁸ Wie sich dies bereits Anfang des 20. Jahrhunderts in England und in den USA entwickelte (vgl. Herer 1994: 146ff.; Selling 1989: 15ff.; Szasz 1978: 228ff.; Scheerer 1982: 19ff.).

1.4 Aktuelle rechtliche Regulierungen – eine Übersicht der zentralen Aspekte

Nach einer Phase der geringen Aufmerksamkeit und der zeitweiligen Rückkehr des Problems in den medizinischen Bereich wird in den 1950er Jahren die 1929 etablierte repressive Strategie bekräftigt und erneuert (vgl. Gerlach/Engemann 1994: 16f.; Scheerer 1982: 68ff). Infolge des sich verändernden Drogenkonsumverhaltens in den 1960er Jahren und unter dem Einfluss der Single Convention on Narcotic Drugs der Vereinten Nationen von 1961 löst das neue BtMG¹⁹ zum 1.1.1972 das bisherige Opiumgesetz ab. Das BtMG orientiert sich dabei weiterhin an der repressiven Grundstrategie und baut diese aus, indem es mit einem strafrechtlichen Nebengesetz aus einer verwaltungsrechtlichen Kontrollregelung ein strafrechtliches Instrument macht. Die grundlegenden Veränderungen äußern sich in der quantitativen und qualitativen Ausweitung der strafrechtlichen Maßnahmen, in der weitergehenden Einschränkung der Privatsphäre sowie in der prinzipiellen strafrechtlichen Gleichstellung aller als illegal klassifizierten Drogen (vgl. Gerlach/Engemann 1924: 21). Die Drogen-Problematisierungen dieser Zeit bilden die unmittelbare Grundlage, ein solch verschärftes Gesetz durchsetzen zu können.

Intendiert ist, den Drogenkonsum zu unterbinden, ohne ihn strafrechtlich ahnden zu können, weil Selbstschädigung straflos ist. Einem „Dornröschenprinzip“ (Remé 1997: 353) oder „Konzept des Schlupflöcherstopfens“ (Kindermann 1995: 17) gleich werden rund um den straffreien Konsum²⁰ alle erdenklichen Umgangsformen mit Betäubungsmitteln zu Straftatbeständen erklärt. Diese Grundtatbestände erfahren wiederum in verschiedenerlei Hinsicht Ent- und Verschärfung. Daraus resultiert eine mangelnde Übersichtlichkeit, wie sie vielfach kritisiert wird (vgl. etwa Bauer/Bossong 1992; Böllinger 2002a; Körner 1980: 58f.; Remé 1997: 352ff.). Im Folgenden sollen die für die hier vorgelegte Arbeit wesentlichen Paragraphen²¹ kurz referiert werden.

Die *Anlagen I bis III* des BtMG enthalten in einem System der Positivlisten diejenigen Substanzen, die im Sinne des Gesetzes als Betäubungsmittel gelten (vgl. Albrecht 1991: 5; Remé 1997: 351f.). Sie teilen sich, abgestuft nach Zugangsmöglichkeiten, auf in die nicht verkehrs-

¹⁹ Der neue Name des Gesetzes trägt dem sachlichen Geltungsbereich Rechnung, der bereits seit 1929 über das Opium hinausgeht. Die Bezeichnung der Substanzen als Betäubungsmittel allerdings bleibt irreführend, weil es sich nicht ausschließlich um solche mit betäubender Wirkung handelt. Im internationalen Zusammenhang ist daher häufig von Suchtstoffen die Rede (vgl. Loviscach 1996: 113f.). Auch im neuen drogenpolitischen Richtlinienpapier der Bundesregierung, dem „Aktionsplan Drogen und Sucht“, ist durchgängig von Suchtmitteln die Rede (vgl. Drogenbeauftragte 2003b).

²⁰ Vertiefend zum Wertungswiderspruch zwischen Besitz und Konsum vgl. Böllinger (2002a: 456f); Körner (2001: 543); Lüderssen 1982.

²¹ Seit seiner Verabschiedung 1971 wurde das BtMG mehrfach geändert. Grundlage der hier vorliegenden Ausführungen ist das BtMG vom 28. Juli 1981 in der Fassung der Bekanntmachung vom 1. März 1994, geändert durch die 8. Zuständigkeitsanpassungsverordnung vom 25. November 2003. Die Fassung vom März 1994 wird nach zahlreichen einzelnen Gesetzesänderungen vorgelegt. Mit ihr tritt das dritte Suchtstoffübereinkommen der Vereinten Nationen vom 20. Dezember 1988 in Deutschland in Kraft (vgl. Körner 2001: 12f.). Änderungen des Gesetzes werden in der vorliegenden Arbeit dann thematisiert, wenn dies inhaltlich notwendig erscheint, nicht in systematischer Weise. Diesbezüglich weiterführend vgl. Cousto/Eve & Rave e.V. Berlin o.J.; Körner 2001.

fähigen, die verkehrsfähigen, aber nicht verschreibungsfähigen sowie die verkehrs- und verschreibungsfähigen Betäubungsmittel. Nach § 1 können die aufgeführten Substanzen durch weitere Verordnungen geändert werden, in dringenden Fällen sogar ohne die erforderliche Zustimmung des Bundesrates (vgl. Körner 2001: 58ff.), was den sachlichen Geltungsbereich flexibel gestaltet. Im Gesetzestext selbst werden einzelne Stoffe nicht eigens thematisiert; eine Differenzierung soll in der konkreten Strafzumessung geschehen (vgl. ebd.: 196; Remé 1997: 356).

Die §§ 29 bis 30c weisen die Tatbestände des unerlaubten Umgangs mit Betäubungsmitteln und die Strafrahmen aus. Zu unterscheiden ist zwischen dem direkten Umgang und dem indirekten Umgang²² mit Betäubungsmitteln (vgl. Böllinger 1999: 59ff.; Remé 1997: 353f.). Die Grundtatbestände²³ des § 29 bilden hierbei die unterste Stufe der Strafdrohungen mit Freiheitsstrafen bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafen. In besonders schweren Fällen (§ 29 Abs. 3) und den Verbrechenstatbeständen (§§ 29a, 30, 30a) beträgt die Strafdrohung bis zu 15 Jahren²⁴ bei unterschiedlichen Mindeststrafen zwischen einem und fünf Jahren. Ausschlaggebend hierfür sind etwa die Gewerbsmäßigkeit des Handelns, die Gefährdung der Gesundheit mehrerer Menschen (z.B. durch toxische Beimengungen), der Umgang mit nicht geringen Mengen an Drogen, das auf Wiederholung angelegte Tun, die bandenförmige Organisation, die leichtfertige²⁵ Todesverursachung sowie die Abgabe an unter 18-Jährige. Der Gesetzgeber möchte damit vor allem die mittlere Verteilungsebene und die (internationalen) Drogenhandelsorganisationen treffen und den Schutz der Jugend stärken (vgl. Böllinger 1999: 60f., 2002a: 466ff.; Körner 1980: 62, 2001: 811ff.).

In den §§ 31, 31a²⁶ und 29 Abs. 5 sind Milderung oder Absehen von einer Strafe geregelt, wenn die betreffende Person zur Aufklärung oder Verhinderung von Straftaten nach BtMG beiträgt (der so genannte Aufklärungsgehilfe) oder Betäubungsmittel in geringer Menge le-

²² Der *indirekte Umgang* erfasst diverse Beteiligungsformen, die den Umgang anderer mit Drogen ermöglichen oder fördern.

²³ Mit den *Grundtatbeständen* erfasst sind: anbauen, herstellen, Handel treiben, einführen ohne Handel treiben, einführen, ausführen, veräußern, abgeben, sonst in den Verkehr bringen, erwerben oder sich in sonstiger Weise verschaffen. Die hierfür festgelegte Strafdrohung betrug 1972 3 Jahre, wurde 1982 auf 4 Jahre und 1992 auf 5 Jahre angehoben.

²⁴ Die Strafdrohung wurde mit der Novellierung 1982 von 10 auf 15 Jahre erhöht (vgl. Körner 2001: 9). Mit den §§ 29a und 30a werden die Strafvorschriften des BtMG nochmals erweitert durch die Einführung zweier neuer Verbrechenstatbestände (Bandendelikte, leichtfertige Todesverursachung). Darüber hinaus erweitert sich mit den §§ 30b, 30c, 33 die Verfolgung auswärtiger Organisationen und die Gewinnabschöpfung durch Vermögensstrafe und erweiterten Verfall (vgl. ebd.: 194, 867ff., 887ff.).

²⁵ Zum Begriff der *Leichtfertigkeit* vgl. Böllinger (2002a: 470) und Körner (2001: 887ff.). Dieser Tatbestand wurde 1982 mit Blick auf die steigenden Zahlen der Drogentoten von einer Strafzumessungsregel in einen Verbrechenstatbestand erhoben (vgl. Körner 2001: 887f.).

²⁶ § 31a wurde 1992 als Spezialgesetz gegenüber den sonst bei Bagatelldelikten häufig angewandten §§ 153ff. StPO (Strafprozessordnung) bzw. § 45 JGG (Jugendgerichtsgesetz) oder auch § 29 Abs. 5 BtMG ergänzt. Zweck der Vorschrift ist die Entlastung der Staatsanwaltschaften von der Verfolgung suchtbedingter Kleinkriminalität und stattdessen Konzentration auf den professionellen Drogenhandel. Vielfach wird diese Bestimmung nur als geringfügige Verbesserung des bereits Gegebenen eingeschätzt (vgl. Bauer/Bossong 1992: 10f.; Böllinger 2002a: 488; Hellebrand 1992: 249).

diglich zum Eigenverbrauch anbaut, herstellt, einführt, ausführt, erwirbt oder besitzt. Maßgeblich für die Einschätzung des Gerichts ist neben geringer Schuld des/der Angeklagten das fehlende öffentliche Interesse (vgl. Böllinger 2002a: 489). Für die Staatsanwaltschaft bedeutet dies ein eingeschränktes Opportunitätsprinzip²⁷ im Falle geringer Mengen (vgl. Hellebrand 1992; Körner 2001: 9).

Die §§ 35 bis 38, so genannte Sondervorschriften für drogenabhängige StraftäterInnen (vgl. Körner 2001: 9), zielen direkt auf das *Verhältnis von Strafe und Hilfe*. Sie werden mit der Novellierung im Jahr 1982 integriert. Die Zurückstellung der Strafvollstreckung zum Zwecke einer Therapie und die Anrechnung von Therapiezeiten auf die Strafe sind an dieser Stelle geregelt. Die Vollstreckung einer Strafe kann bei Therapieaufnahme ausgesetzt werden, soweit eine Drogenabhängigkeit vorliegt und die Freiheits- bzw. Reststrafe nicht mehr als zwei Jahre beträgt. Zuständig hierfür ist die Vollstreckungsbehörde, d.h. die Staatsanwaltschaft oder das Jugendgericht. Diese Zurückstellung einer Strafe ist widerrufbar, wenn die Rehabilitationsmaßnahme nicht ordnungsgemäß durchgeführt wird; Beginn, Fortführung und Beendigung sind der Vollstreckungsbehörde, auch von Seiten der Drogenhilfe, gegenüber nachzuweisen. Bei Therapieantritt während der Zurückstellung wird die Therapiezeit bis zu zwei Drittel der Freiheitsstrafe auf die Strafe angerechnet und das letzte Drittel zur Bewährung ausgesetzt. Von der Anklageerhebung kann abgesehen oder das laufende Verfahren vorübergehend eingestellt werden, um den Erfolg einer begonnenen Therapiemaßnahme abzuwarten.

Der Gesetzgeber legt fest, was als „der Rehabilitation dienende Behandlung“ angesehen wird. Geregelt ist zum einen, welche Form der Rehabilitation für eine Anwendung der Strafmilderung geeignet ist, und zum anderen, wie eine Einrichtung organisiert sein muss, damit sie eine solche Maßnahme durchführen kann. 1992 wird die Anrechnung von Therapie auf Strafe (§ 36) erleichtert, werden die Widerrufsmöglichkeiten der Zurückstellung erschwert sowie die Rechtsmittelmöglichkeiten der InanspruchnehmerInnen verbessert (vgl. Körner 2001: 12).

Mit der Änderung des § 29 Abs 1 wird 1992 nach langen Ringen der politisch Verantwortlichen die Abgabe von Einmalspritzen an Drogenabhängige geregelt (vgl. Körner 2001: VII, 647ff.). Diese stellt nunmehr kein Verschaffen einer Gelegenheit zum Verbrauch (§ 29 Abs 1 Satz 1 Nr. 10) dar. Weitere Änderungsverordnungen (1992, 1994) bringen Verbesserungen für die Substitutionsdurchführung, wie etwa die Verschreibungsfähigkeit von Methadon (vgl. Körner 2001: 12, 55).

²⁷ Prozessrechtssysteme folgen entweder dem *Legalitätsprinzip* (Deutschland, Griechenland, Italien, Portugal, Spanien) oder dem *Opportunitätsprinzip* (Belgien, Dänemark, Großbritannien, Frankreich, Niederlande). Nach dem Legalitätsprinzip müssen die Ermittlungsbehörden bei bestehendem Anfangsverdacht in jedem Fall ermitteln, ob eine strafbare Handlung vorliegt, und Anklage erheben. Dagegen kann nach dem Opportunitätsprinzip eine Strafverfolgung unterbleiben, wenn sie nach Einschätzung der Lage größere (soziale) Nachteile als die Nichtverfolgung hat. Rein nach dem Legalitätsprinzip wären weder die Möglichkeiten der sofortigen Vermittlung in eine Therapie anstelle polizeilicher Ermittlung noch die Abstimmung von Ermittlungsintensität sowie die staatlich geduldete Drogenabgabe denkbar (vgl. Kreuzer/Wille 1988: 99f.; Pfeiffer 1987: 3; Rausch 1995: 69).

Im Jahr 2000 erlaubt der Gesetzgeber mit dem § 10a die Einrichtung von Drogenkonsumräumen²⁸. Die gesetzliche Formulierung legt Mindeststandards für die Sicherheit und Kontrolle in den Konsumräumen fest (medizinische Notfallversorgung, Vermittlung von ausstiegsorientierten Angeboten, Nutzerkreis etc.). Das Bundesgesetz schafft damit die Voraussetzung für entsprechende Rechtsverordnungen in den einzelnen Bundesländern (vgl. Drogenbeauftragte 2000: 19; Kalke 2001: 67ff.).

Zusammenfassend lässt sich für die gegenwärtige rechtliche Grundlage der Drogenpolitik konstatieren, dass ein strafrechtlicher, repressiver Kern – beginnend mit dem Prinzip ‚Therapie statt Strafe‘ – zunehmend um hilfeunterstützende Regulierungen bereichert wird. Widersprüchliche Tendenzen drogenpolitischer Regulierungen tun sich hier auf: Ein Mehr an strafrechtlicher Repression wird begleitet von entkriminalisierenden und hilfeermöglichenden Modifizierungen. Kommt die bundesdeutsche Drogenpolitik in Bewegung? Wie lassen sich die vorliegenden, widersprüchlich und ambivalent scheinenden Entwicklungen interpretieren? Dies soll in den nächsten Abschnitten weiter beleuchtet werden.

1.5 Trends und Tendenzen zwischen Bewegung und Beharrung: Zur Heterogenisierung der Drogenpolitik

Bewegung und Beharrung erweisen sich nicht nur im BtMG selbst als wesentliche Merkmale der jüngeren Drogenpolitik. Vielmehr durchdringen sie die gesamte Drogenhilfepraxis und führen zu heterogenen Entwicklungen und Strömungen, die kaum als durchgängiges Konzept zu fassen sind. Demgemäß sollen zunächst getrennt einzelne Bewegungs- und Beharrungsaspekte im strafrechtlichen Umgang mit der Drogenfrage und in Bezug auf die Hilfeangebote nachgezeichnet werden.

1.5.1 Bewegung in der Drogenpolitik als Ausdruck wachsender Entkriminalisierung

Zunehmend lässt sich eine teilweise Entpönalisierung bzw. Entkriminalisierung²⁹ rein konsumbezogenen Verhaltens, insbesondere im Umgang mit Cannabis, feststellen. Auch insgesamt die Stärkung des Opportunitätsprinzips sowie die weitere Flexibilisierung des Prinzips ‚Therapie statt Strafe‘ hin zu differenzierteren Möglichkeiten, Strafe durch Hilfe und Therapie zu ersetzen, verbessern die Situation der Drogenkonsumierenden und erweitern die Optionen des Hilfesystems (vgl. 2.2.3). Seit der zweiten Hälfte der 1990er Jahren finden Therapieformen mit kürzerer Dauer, teilstationäre und ambulante Rehabilitationen sowie psychosozial begleitete Substitution – wenngleich zögerlich und regional unterschiedlich ausgeprägt – vermehrt Anerkennung (vgl. Böllinger 1999: 64; Füssenhäuser/Reinl/Stumpp 2001; Kalke

²⁸ Auch Gesundheitsräume, Fixerräume oder Fixerstuben genannt.

²⁹ Unter *Entpönalisierung* wird hier ein Verzicht auf Strafverfolgung und Strafvollstreckung bei bestehendem Schuldspruch verstanden; Maßnahmen der *Entkriminalisierung* umfassen eine Reduzierung von Straffälligkeit auf verschiedenen Stufen (vgl. vertiefend Albrecht 1991: 26ff.; Bühringer u.a. 1993: 2f., 27-54; Schöch 1993).

u.a. 1997; Kindermann 1995; Raschke/Vertheim/Kalke 1996). Die Einführung des ausbildungs- und funktionsunabhängigen Zeugnisverweigerungsrechts für pädagogisch-therapeutische MitarbeiterInnen der Drogenberatung und -therapie (vgl. Kreuzer 1993; Riekenbrauk 2003: 484) entschärft den repressiven Grundcharakter der rechtlichen Regulierungen und bringt Erleichterungen für MitarbeiterInnen wie für HilfeadressatInnen.

Was die Hilfestaltung anbelangt, so sind hier zahlreiche Erweiterungen anzuführen. Für ca. 150.000 Heroinabhängige wird eine Methadonsubstitution durchgeführt, wobei dem geringen Beigebrauch von Alkohol bzw. Cannabis zunehmend toleranter begegnet wird. Innerhalb von Haftanstalten durchgeführte Spritzenvergabeprogramme für intravenös konsumierende Drogenabhängige helfen, injektionsbedingten Infektionskrankheiten vorzubeugen. Mit der Einrichtung von Drogenkonsumräumen zum hygienischen und stressfreien intravenösen Drogengebrauch unter strikter gesundheitsrechtlicher Regelung und Ausschluss jeglichen Drogenhandels hat sich das Hilferpertoire qualitativ und quantitativ ebenso erweitert wie mit dem wissenschaftlich begleiteten Programm der Heroinvergabe an etwa 1.200 intravenös Drogenabhängige, welche mit herkömmlicher Substitution nicht erreichbar sind. Die außer in den Niederlanden nicht erlaubten Drugchecking-Angebote, welche illegale Drogen pharmakologisch testen, werden mancherorts von Vereinen ambulant unterbreitet und von den Strafverfolgungsbehörden inoffiziell geduldet (vgl. Böllinger 2003a: 7; Hartwig/Pies 1995: 96; vgl. auch Deckers 1999: 186).

Grundsätzlich weist die Integration von legalen und illegalen Substanzen im „Aktionsplan Drogen und Sucht“³⁰ hin auf neue Akzentuierungen im Verhältnis legaler und illegaler Drogen (vgl. Caspers-Merck 2002; Drogenbeauftragte 2003b).

1.5.2 Beharrung in der Drogenpolitik als Ausdruck einer stabilen repressiven Grundorientierung

Entgegen der Gesetzesabsicht, die Drogenhandelsstrukturen zu treffen, richten sich die strafrechtlichen Bestimmungen, gerade auch in ihren verschärften Formen als besonders schwerer Fall bzw. als Verbrechenstatbestand (§§ 29 Abs. 3, 29a, 30, 30a, b), schwerpunktmäßig nach wie vor gegen abhängige KleinhändlerInnen³¹, d.h. Personen, die ihren eigenen Konsum aus dem Drogengeschäft bestreiten und im Weiteren auch als KonsumhändlerInnen bezeichnet werden. Der große Drogenhandel bewegt sich derweil ungehindert auf profitträchtigem und

³⁰ Der Aktionsplan Drogen und Sucht vom 25. Juni 2003 löst den alten Nationalen Rauschgiftplan vom 13. Juni 1990 ab. Insbesondere unter Integration der Drogenprobleme in Bezug auf die legalen Stoffe Alkohol, Tabak und Medikamente soll mit dem Aktionsplan „eine übergreifende, langfristig angelegte Gesamtstrategie für den Umgang mit Suchtmitteln“ (Drogenbeauftragte 2003b: 19) zur Umsetzung in den Ländern und Kommunen festgelegt werden. Der Plan steht in engem Zusammenhang mit dem europäischen Drogenaktionsplan 2000-2004.

³¹ Über 90% der ‚Rauschgiftverdächtigen‘ in der polizeilichen Kriminalstatistik sind als abhängige Konsumierende zu bezeichnen; etwa 75% werden nur in Zusammenhang mit Cannabis verfolgt (vgl. Kreuzer 1987: 11). Jeder zehnte Strafvollzugsinsasse ist wegen Drogendelikten inhaftiert, dagegen finden sich nur zu 6% unter den BtM-Verurteilten tatsächlich große HändlerInnen (vgl. Albrecht 1991: 10, 20ff.).

sicherem Terrain (vgl. Albrecht 1991: 9f.; Amendt 2000; Böllinger 2002a: 463ff.; Hellebrand 1992; Körner 1980: 57, 2001: 820, 869; Kreuzer/Wille 1988: 98ff.). An dieser Schräglage der Drogenstrafverfolgung dürfte auch die geplante Erweiterung³² der bislang schon möglichen Anwendung ehemals rechtsstaatlich verpönter Methoden verdeckter Ermittlung nichts ändern. Mildernde Maßnahmen kommen im Gegenzug in der strafrechtlichen Verfolgung nicht voll zum Tragen. Allgemein gilt, wer als Drogenabhängige/r im Bereich des besonders schweren Falles verurteilt wird, fällt aus dem Prinzip ‚Therapie statt Strafe‘ heraus (vgl. Böllinger 2002a: 468). Darüber hinaus nutzen die Gerichte in äußerst geringem Umfang die mit knappen gerichtlichen Kontrollmöglichkeiten ausgestattete Bewährungsaussetzung nach § 56 StGB (vgl. ebd.: 505). Die Vorschrift des § 31 mit seiner Möglichkeit der Strafmilderung durch Beihilfe zu Aufklärungserfolgen oder Verhinderung von weiteren Straftaten sei mit Vorsicht zu genießen. Maßgeblich angeführt werden rechtsstaatliche Bedenken (vgl. Körner 2001: 967) sowie prekäre Folgen für die DrogenstraftäterInnen, wenn sie sich selbst bezichtigen müssen (vgl. Böllinger 2002a: 495). KonsumhändlerInnen kommen nur selten in den Genuss der Einstellung von Strafverfahren (§ 29 Abs. 5, § 31a). Problematisch ist diesbezüglich die schwierige einzelgerichtliche Klärung dessen, was als geringe Menge zu betrachten ist, sowie der Begriff des „Gelegenheitskonsumenten“, den der Gesetzgeber hier anführt (vgl. Böllinger 2002a: 465ff.; 488f.; Körner 2001: 730ff., 825).

Die vom Bundesverfassungsgericht 1994 geforderte vereinheitlichte Rechtspraxis im Umgang mit dem Absehen von Verfolgung und der Einstellung von Verfahren ist noch keinesfalls erreicht. Eine Festlegung bundeseinheitlicher Grenzwerte für die geringe Menge wird bislang erfolgreich von einzelnen Bundesländern verhindert (vgl. Drogenbeauftragte 2003b: 85). Länderspezifische Maßgaben bilden insofern die Basis für die Entscheidungen der einzelnen Gerichte (vgl. Aulinger 1997; Hellebrand 1992: 249f.; Jehle 1999: 114; Körner 2001: 726ff.). Hinsichtlich der Einstellungspraxis nach § 29 Abs. 5 ermitteln frühere Untersuchungen eine Quote von 5,9% in Bayern, 7,6% in Hessen und 79,6% in Berlin (vgl. Bundestagsdrucksache 11/4329, Tab. 14-18, zit. n. Böllinger 2002a: 488). Insgesamt neigen die Strafrechtsbehörden in den drogenpolitisch eher liberalen nördlichen Bundesländern zu großzügigeren Auslegungen als jene der stärker repressionsausgerichteten Bundesländer wie Baden-Württemberg und Bayern (vgl. Quensel/Kolte/Nolte 1995: 20f.; ergänzend Böllinger 1999: 58). Im Umgang mit eigenbedarfsbetonten geringen Mengen im Bereich harter Drogen muss sogar wieder von einer schärferen Gangart ausgegangen werden (vgl. Böllinger 2002a: 488f.).

Es bestätigt sich demnach, dass die immensen Beurteilungs- und Auslegungsspielräume des BtMG aufgrund der unklaren Rechtsbegriffe und der fehlenden bundeseinheitlich geregelten Übereinkünfte nicht nur den für die vielfältigen Fallkonstellationen nötigen Handlungs- und Ermessensspielraum bieten (vgl. Hellebrand 1992: 250), sondern auch der Gefahr von Will-

³² Erweiterungen werden geplant im Bereich der Telekommunikationsüberwachung und Verbindungsdatenüberwachung (vgl. Drogenbeauftragte 2003b: 48; kritisch hierzu: Albrecht 1991: 25f.; Böllinger 2002a: 480).

kür Tür und Tor öffnen. Entkriminalisierungs- wie repressionsfreundliche RichterInnen und StaatsanwältInnen finden darin gleichermaßen eine Grundlage (vgl. Eberth 1988: 111; Kreuzer 1986: 334).

Wenngleich die dargestellten Veränderungen des BtMG einige Optionen für die Hilfestaltung erschließen, müssen die bisherigen Wandlungen auch kritisch hinsichtlich der ihnen innewohnenden innovationshemmenden Aspekte bewertet werden.

Etwa erschweren untergesetzliche Regulierungen wie die Betäubungsmittelverordnung und die verschiedenen Richtlinien zur Substitutionsbehandlung die Substitution, indem sie weit über die allgemeinen Kunst- und Sorgfaltsregeln medizinischen Handelns hinaus in die Hilfebeziehung eingreifen und die freie Therapiewahl im Einvernehmen zwischen ÄrztIn und PatientIn konterkarieren (vgl. Böllinger 2002c: 575ff.; Schmid/Vogt 1998: 47). Aus der Perspektive der Substituierten ist vornehmlich fragwürdig, dass zwar eine Pflicht zur psychosozialen Begleitung besteht, die Finanzierung derselben jedoch ungeregelt bleibt. Eine Leistungspflicht, wie sie die Betäubungsmittelverschreibungsverordnung vorsieht und wie sie den relevanten Unterstützungsbedürfnissen jenseits einer krankheitsbetonten Psychotherapie häufig eher entspricht, weisen die gesetzlichen Krankenkassen von sich. Dies erschwert eine fachlich angezeigte Integration der psychosozialen Begleitung durch die MitarbeiterInnen der Drogenberatung in den Arztpraxen vor Ort und begründet einen Zustand der Unterversorgung (vgl. Kemmesies 1994: 39; Leune 2000: 613f.).

Die repressiven, kontrollorientierten Züge der Drogenpolitik beschneiden die Hilfemöglichkeiten in den Drogenkonsumräumen und bedingen, dass MitarbeiterInnen allzu schnell im rechtsfreien Raum stehen (vgl. Böllinger 2002a: 459ff.; Hüsgen 2003: 6ff.). Ferner machen sich mit den eindeutig formulierten Grenzen erlaubter Bereithaltung von Räumlichkeiten, nunmehr all jene Personen strafbar, die DrogenkonsumentInnen jenseits dieser Räume zu einem hygienischen und stressfreien Konsum verhelfen und damit schlicht humanitär, familiär, freundschaftlich oder auch professionell motivierte Unterstützung leisten (vgl. Böllinger 2002a: 462, Körner 2001: 669f.). Prinzipiell ist darüber hinaus – auch aus juristischer Perspektive – nicht einzusehen, wieso ein kunst- und sorgfaltsgerecht geführter Drogenkonsumraum Strafbarkeit begründen soll, allein der fehlenden Landesverordnung oder der politisch motivierten Verweigerungshaltung der Behörden wegen (vgl. Böllinger 2002a: 461, Körner 2001: 645f.). Die Abhängigkeit von Landesverordnungen kann als Kompromiss mit den drogenpolitisch eher auf Prohibition und Repression eingestellten Bundesländern betrachtet werden.³³ Entsprechend wird neben der heroinderstützten Behandlung auch der Betrieb von Drogenkonsumräumen durch einzelne Länder in den Beschlüssen der Fachministerkonferenzen abgelehnt (vgl. Drogenbeauftragte 2003b: 81ff.).

³³ Das Änderungsgesetz wurde gegen die Stimmen der CDU/CSU im Deutschen Bundestag verabschiedet (vgl. Drogenbeauftragte 2000: 19). Inzwischen haben fünf Länder entsprechende Rechtsverordnungen erlassen: Hamburg, Nordrhein-Westfalen (2000), Hessen (2001), Niedersachsen und Berlin (2002); Stand Juli 2003.

Die mit der Strafverfolgung im Allgemeinen und dem Prinzip ‚Therapie statt Strafe‘ im Besonderen verknüpften Notwendigkeiten belasten die Arbeit in den Therapieeinrichtungen. Die Meldepflicht an die Strafverfolgungsbehörden im Falle eines Therapieabbruchs begründet für die MitarbeiterInnen Zwangslagen, die höchst unproduktiv für die Hilfebeziehungen sind. So kann es durchaus im Interesse einer möglichen Therapiefortführung sein, dieser Pflicht nicht nachzukommen und dagegen mit der betroffenen Person den Kontakt zu suchen, auch wenn der vorgesehene Zeitrahmen überschritten wird. Insgesamt sind die MitarbeiterInnen der Drogenberatung und -therapie in hohem Maße vom Kooperationswillen der Justiz und der Fahndungs- und Ermittlungsbehörden abhängig. Therapieeinrichtungen werden diesbezüglich schnell zum verlängerten Arm der Justiz (vgl. Bauer/Bossong 1992: 11; Hellebrand 1992: 250; Kreuzer 1986: 335). Mangelnde Flexibilität und Nutzung von Spielräumen (vgl. Jenny 1992: 173f.) behindern nach wie vor ein personen- und situationsangemessenes Umgehen mit den Paragraphen im Sinne differenzierter Optionen (teilstationär, ambulant, Kurzzeittherapie und Substitution mit psychosozialer Begleitung). Nach Böllinger (1999: 64) hat die stationäre Langzeittherapie immer noch Vorrang.

Weiterhin erschweren es die rechtlichen Regulierungen den MitarbeiterInnen der Drogenhilfe, personen- oder arbeitsbezogene Dokumentationen zu führen. Auch das Zeugnisverweigerungsrecht (vgl. Kreuzer 1993; Riekenbrauk 2003: 484) schützt nicht vor adressatenbezogenen strafrechtlichen Verfolgungen. Sobald Strafe im Verzug ist, kann die Staatsanwaltschaft jederzeit Akteneinsicht verlangen und Beweismaterial, das möglicherweise AdressatInnen belastet, beschlagnahmen. Die Akte wird damit zum „unheimlichen Gedächtnis“ (Muckel 2001), das sich der Kontrolle der AdressatInnen und MitarbeiterInnen entzieht. Der Vorschlag, möglichst nichts zu dokumentieren (vgl. Böllinger 2002c: 588), erscheint so zwar erst einmal sinnvoll; gleichwohl stellt sich die Frage, ob dies in größeren Einrichtungen überhaupt praktikabel ist?

1.5.3 Zwischenresümee zur Heterogenisierung der Drogenpolitik

Die nähere Betrachtung der Bewegungs- und Beharrungstendenzen unterstreicht das Bild der allmählichen Heterogenisierung der Drogenpolitik, die einen strafrechtlichen, repressiven Kern mit differenzierten Hilfeoptionen und Entkriminalisierungsstrategien bereichert. Das Verhältnis von Strafe und Hilfe flexibilisiert sich auf diese Weise. Bewegung findet vor allem in der Hilfestaltung statt. Dagegen erweist sich der harte Kern strafrechtlicher Verfolgung hinsichtlich einer Entpönalisierung und Entkriminalisierung von DrogenkonsumentInnen vergleichsweise unbeweglich.

Ein Ende der „großen Jagd auf kleine Fische“ (Hellebrand 1992) kann bundesweit betrachtet folglich noch nicht behauptet werden. Selbst ein teilweises Opportunitätsprinzip bleibt ungesichert, ist gekennzeichnet durch erhebliche regionale Unterschiede entlang der Nord-Süd-Achse und primär vorfindbar im Umgang mit Cannabisdelikten. Bestenfalls kann von einer Differenzierung der Jagd auf kleine Fische geredet werden, und zwar abhängig von Region

und Substanz. Die im Bundesgesetz vorgesehenen mildernden Mechanismen für Konsumierende werden mithin regionen- und substanzspezifisch unterschiedlich genutzt und eine nachhaltige Verlagerung strafrechtlicher Verfolgung auf den organisierten Drogenhandel steht noch aus.

Bewegung im Bereich der Hilfeoptionen kann sich derweil vorrangig regional, in Abhängigkeit von der drogenpolitischen Haltung vor Ort, in höchst unterschiedlichen Praxen entfalten. Sie ist insbesondere Ausdruck einer „Politik von unten“ (Kalke/Raschke 1996: 175), in der es Projekten und Initiativen in einer flexiblen und improvisierenden Suche unter Nutzung und Erweiterung von Nischen und Auslegungsspielräumen im geltenden Recht gelingt, Neues zu generieren und Innovationen in der Drogenhilfe umzusetzen (vgl. Böllinger 1999: 57; Hoffmann-Bayer 1989; Kappeler 1996: 42; Meyenberg 1998b: 11f.; Quadt 1993; Rabes/Walter/Rottmann 1998). Neues entsteht, Bedarf wird offensichtlich und die Drogenpolitik kommt in Bewegung, so wirkt die Nutzung von Spielräumen zurück auf die Rechtsgestaltung.

Die Heterogenität der Drogenpolitik ist auch Ausdruck drogenpolitischer Kommunalisierung und Föderalisierung (vgl. Schmid 2003: 212) und spiegelt dergestalt das Ende des bis in die 1980er Jahre reichenden bundesweiten drogenpolitischen Konsens wider (vgl. Deckers 1999: 183f.; Kalke 2001: 37ff.; Kalke/Raschke 1996; Meyenberg 1998b: 10). Zugleich verweist sie auf die immanenten Grenzen einer Flexibilisierung von Strafe und Hilfe innerhalb des bestehenden repressiven Grundcharakters. Dieser wird stets nur abgemildert und ergänzt, was zu den dargestellten Verwerfungen der repressionsorientierten und innovationsblockierenden Drogenpolitik führt. Insofern ist Körner (2001: VII) zuzustimmen, der unter der Überschrift „Drogenhilfe darf nicht strafbar sein“ das BtMG als „Flickenteppich“ bezeichnet, der trotz aller Änderungen einer umfassenden Überarbeitung bedarf (vgl. auch Bauer/Bossong 1992: 9ff.; Kalke/Raschke 1996: 173ff.; Körner 1994).

1.5.4 Prohibition oder Legalisierung – zur Legitimitätskrise der prohibitiven Drogenpolitik

Nicht zuletzt im Zuge der beschriebenen Heterogenisierung erfährt der im Wesentlichen repressive Grundcharakter der politisch-rechtlichen Regulierungen seit geraumer Zeit Legitimitätsprobleme (vgl. Jungblut 2001). In den durchweg heftigen Debatten ist allseits die Rede von ‚neuen Wegen‘, die nicht selten in diametral entgegengesetzte Richtungen weisen. (Mehr) Repression wollen die Einen, wohingegen die Anderen eine an Entpönalisierung und Entkriminalisierung orientierte Innovation der Drogenpolitik anstreben. Im Kern greifen diese Debatten – implizit oder explizit – die Frage nach Liberalisierung und Legalisierung in ihren verschiedenen Abstufungen³⁴ auf. Jede Strategie der Entkriminalisierung verweist mithin auf

³⁴ Die Diskussion reicht hier von der Forderungen nach Straffreiheit des eigenbedarfsbetonten Drogenerwerbs und -besitzes über die Cannabislegalisierung bis hin zu Modellen der Total- bzw. Teillegalisierung mit staatlichem oder medizinischem Kontroll- und Abgabemonopol. Zu den verschiedenen Strategien und Modellen wie zu den damit verbundenen Begriffen Entpönalisierung und Entkriminalisierung vgl. Albrecht 1991; Bauer 1992;

eine Verschiebung des Verhältnisses von Hilfe und Strafe sowie darauf, die gesellschaftlich gezogene Trennlinie zwischen legalen und illegalen Drogen zu überprüfen.

Die *BefürworterInnen eines repressiv-prohibitiven Wegs*³⁵ begründen ihre Linie mit der Vermeidung von gesundheitlichen Schäden der Einzelnen wie der Gemeinschaft sowie mit der Vermeidung von gesellschaftlichen Schäden durch Drogenkonsum und -handel. Die epidemische Verbreitung ‚kulturfremder Drogen‘³⁶ soll verhindert werden. Das Interesse der Gemeinschaft rangiert hierbei höher als das individuelle Freiheitsrecht. Im Interesse der Gemeinschaft legitimiert sich die damit verbundene Einschränkung des Selbstbestimmungsrechts.

Strafrechtliche Intervention senke mittels general- und spezialpräventiver Effekte die Nachfrage nach Drogen und unterstütze die Therapiemotivation der bereits Abhängigen. Auch die Situation mit gegenwärtig legalen Drogen unterstreiche die Notwendigkeit von gesetzlichen, prohibitiven Maßnahmen. Dahinter steht die Annahme der menschlichen Schwäche im Umgang mit jedweden Drogen, die mündige, selbstbestimmte Verhaltensweisen nicht erwarten lassen (vgl. Loviscach 1996: 109). Zugleich wird daran festgehalten, dass Strafandrohung und -verfolgung die besten Instrumente gegen den Handel mit Drogen darstellen (vgl. Beckstein 1999: 125ff.; Drogenbeauftragte 2000: 5; Körner 2001: 257; Schwilk 1996: 20). Erstens komme man nur über die Konsumentenverfolgung an die großen Drogenhandelsorganisationen heran; zweitens dehne sich bei Schonung der Konsumierenden der Ameisenhandel über die Maßen aus; und letztlich sei nur der Besitz, nicht jedoch die Handelsabsicht nachweisbar (vgl. etwa Beckstein 1999: 126f.; kritisch dazu: Bertel 1984: 185; Kreuzer 2000: 169). Ohne strafrechtliche Konsequenzen wären die Verhältnisse dramatisch schlechter, weshalb sie fortgesetzt werden müssten (vgl. Leeb 1999: 106; Oettinger 1993b: 9f.) Das Verbot der Drogen schärfe das Bewusstsein für die mit dem Konsum verbundenen Gefahren und verhindere damit das Hineingleiten von Jugendlichen in die Drogenabhängigkeit; insofern reklamieren ProhibitionsvertreterInnen auch präventionsfördernde Effekte der Verbotspolitik (vgl. Leeb 1999: 101). Nicht zuletzt wird Prohibition verstanden als logische Folgerung aus internationalen Abkommen, sei also gemeinschaftliche, internationale Aufgabe (vgl. Höfling 1999b; Oettinger 1993b: 10f.).

Besonderes Augenmerk gilt der Aufrechterhaltung des Cannabisverbotes aufgrund seines substanziellen Gefahrenpotentials für die Gesundheit sowie aufgrund seiner postulierten

Bauer/Bossong 1992; Bühringer u.a. (1993: 2f., 27-54); Hartwig/Pies 1992; Hellebrand (1992: 247f.); Körner (2001: 1497ff.); Kreuzer (1987: 7); Loviscach (1996: 107ff.); Rahmeier 1993; Seidenberg 1990; Schmidt-Semisch 1992a, b; Thamm 1989.

³⁵ Vgl. etwa Beckstein 1999; Deckers 1999; Hartelius 1993; Höfling 1999b; Leeb 1999; Lindlau 1993; Lintner 1999; Oettinger 1993b; Repnik 1993; Täschner 1993a, b.

³⁶ Ob Cannabis allerdings heute nicht bereits eine sozial integrierte ‚kultureigene‘ Droge darstellt, wäre bedenkenswert (vgl. Haves/Schneider 1992: 76; Quensel/Kolte/Nolte 1996: 31). Generell zur kritischen Betrachtung des Interpretationsmusters ‚kulturfremde Drogen‘ vgl. Rätsch 2000.

Funktion als Einstiegsdroge³⁷, wie es auch das Urteil des Bundesverfassungsgerichts von 1994 erneut betont. Die Legalisierung von Cannabis bedeute ein falsches Signal an die Jugend, das zum Massenkonsum verführe. Entkriminalisierungs- und Legalisierungsvorschläge werden grundsätzlich unter Verweis auf die darin liegende „Kapitulation der Drogenpolitik“ bzw. „Glaubwürdigkeitsfalle“ beantwortet (vgl. Beckstein 1999: 124; Deckers 1999; Oettinger 1993b: 6; Täschner 1993b: 66ff.).

Die *GegnerInnen einer Prohibitions politik* sehen dagegen „die Drogenprohibitions politik als eigentliche Gefahr für die öffentliche Gesundheit und den Rechtsstaat“ (Böllinger 2003a), wie es symbolisch in der Rede vom „Drogen-Problem-Problem“ (Kreuzer 1987: 3ff., 95ff.) zum Ausdruck kommt. Zusammenfassend kulminieren die einzelnen Argumente für eine politisch-rechtliche Modernisierung in der Kritik gegen die trotz aller methodischen Differenzierungen noch im Zentrum stehende strafrechtliche Ausrichtung (vgl. etwa Bauer/Bossong 1992; Stöver 1991).

Die Drogenprohibition sei mit rechtsstaatlichen Garantien und Prinzipien nicht vereinbar und führe zu deren Erosion (vgl. Bertel 1984: 186; Böllinger 2002a: 454, 466ff, 480f., 504, 2003a: 2, 5f.; Hess 1992: 21ff.; Hostettler 1998: 107; Scheerer 1983b): (1) Faktisches Außerkraftsetzen des Freiheitsrechtes auf Drogenkonsum; (2) unangemessene, unausgewogene Annahmen hinsichtlich der Rechtsgutgefährdungen durch Drogen (z.B. Schädigung der Volksgesundheit sowie der individuellen Gesundheit aller DrogenkonsumentInnen, Schädigung des sozialen Zusammenleben sowie der Familien) und die vergleichsweise hohen Strafdrohungen widersprechen dem verfassungsrechtlichen Verhältnismäßigkeitsprinzip; (3) Vorverlagerung und Intensivierung der Strafbarkeit weit in den Bereich so genannter Rechtsgutgefährdung und Straftatvorbereitung und die Ahndung von Verbrechen ohne Opfer; (4) in der Logik der Bekämpfung der organisierten Kriminalität und getreu dem Motto ‚der Zweck heiligt die Mittel‘ werden immer mehr Grundrechte eingeschränkt wie etwa durch verdeckte Fahndung, Abhörmaßnahmen, Aufhebung des Bankgeheimnisses etc.

Trotz der rechtsstaatlichen Gratwanderung sei der Kampf gegen die Verfügbarkeit von Drogen wenig effektiv, habe eher symbolische denn tatsächliche Wirkung und diene vor allem dem politischen Popularitätsgewinn seiner BefürworterInnen (vgl. Körner 2001: 1137; Vogt/Scheerer 1989: 31f.). Die im Zentrum stehenden general- und spezialpräventiven Effekte bleiben aus; der Konsum kann nicht verhindert werden und insbesondere das Ziel der Generalprävention, die absolut drogenfreie Gesellschaft herbeizuführen, „ist nicht erreichbar und wird auch nicht erreichbar sein“ (Schneider 1990: 40). Dagegen bedingen die gegenwärtigen

³⁷ In der Argumentation der Einstiegs- und Schrittmachertheorie wird nach Arthur Kreuzer ein korrelativer Zusammenhang (die meisten HeroinkonsumentInnen konsumier(t)en auch Cannabis) in unzulässiger Weise in einen kausalen (Cannabiskonsum führe zu Heroinkonsum) uminterpretiert (vgl. Kreuzer 1975: 92f.). Ebenfalls kritisch zur Einstiegs- und Schrittmacherthese als ‚kausales‘ Entwicklungsmodell vgl. Akers (1980: 46f.); Albrecht (1991: 15ff.); Kandel 1983; Körner (2001: 7, 1553ff.); Kreuzer (1987: 104ff), (2000: 153f.); Robins (1983: 231).

prohibitiven Regelungen eine Reihe schädlicher Nebenfolgen. Mit dem prohibitionsbedingten illegalen Drogenmarkt als Halb- und Schattenwirtschaft und der strafrechtlichen Verfolgung der Konsumierenden produziere die Prohibitionspolitik einerseits organisierte und professionalisierte Kriminalität im Drogenhandel und andererseits auf Seiten der KonsumentInnen Stigmatisierung, Ausgrenzung, Dissozialisierung und Verelendung. Sie produziert, was sie eigentlich zu verhindern sucht, ohne den organisierten Drogenhandel auch nur im Geringsten zu treffen (vgl. Albrecht 1991 17ff.; Bauer 1992: 36ff.; Nelles 1992: 195ff.; Hess 1992: 29ff.; Raschke 1993: 38ff.; Schlömer 1996: 147f. Schneider 1998b: 35ff.; Schwilk 1996: 20ff.).

Die willkürliche Trennung im Legalstatus der Drogen untergräbt überdies mehr und mehr die Glaubwürdigkeit der politisch-rechtlichen Regulierungen. In Anbetracht einer risikendifferenzierenden Perspektive (vgl. etwa Nelles 1992) ist die Annahme eines linear aufsteigenden Gefahrenpotentials hin zu illegalen Drogen nicht mehr haltbar.³⁸ Eine Neubewertung der Cannabisprodukte sei daher dringend geboten. Im Bericht zur Cannabis-Situation in der BRD wird bereits von der ‚ausschleichenden‘ Kriminalisierung im Sinne einer Normalisierung der Cannabispolitik gesprochen (vgl. Quensel/Kolte/Nolte 1996: 62ff.). Zum einen bleibt der in weiten Bevölkerungsteilen verbreitete Cannabiskonsum von der Prohibition unbeeinflusst (vgl. etwa Bundesamt für Gesundheit 2002; Caspers-Merk 2002; Nedelmann 2000; Reusser 2001; Schwäbisches Tagblatt v. 3.2.2004: 3; Schweizerische Fachstelle 2001). Zum zweiten weist der Cannabiskonsum weitaus geringere als bislang angenommene Schädigungspotentiale auf (vgl. Fischer u.a. 2001; Grotenhermen/Huppertz 1997; Grotenhermen/Saller 1999; Kleiber/Kovar 1997; Nedelmann 2000). Zum dritten steht die Neubewertung in Zusammenhang mit dem breit gefächerten medizinischen Nutzenpotentialen (vgl. Brenneisen 2001; Caspers-Merk 2002; Drogenbeauftragte 2000: 5, 2004: 107ff.; Fankhauser 2001; Grinspoon/Bakalar 1993; Joy/Watson/Benson 1999; Körner 2001: 1549f.; Vaney 2003).³⁹ Und die bisher verallgemeinert angenommene Untauglichkeit im Straßenverkehr wird zunehmend wissenschaftlich fundiert in Frage gestellt (vgl. Böllinger 2002a: 474).

Die ehemals fundamentale Kritik am Prinzip ‚Therapie statt Strafe‘ als Verlagerung der Strafe in die ‚Therapiesanstalt‘ (vgl. exemplarisch Bossong 1983b; Scheerer 1980a, b, c, 1983a, b) richtet sich unterdessen vorrangig auf die konkrete Umsetzung und negative Begleiterscheinungen (vgl. Böllinger 1999: 64, 2002a; Jenny 1992: 175ff.; Körner 2002; Kreuzer 1986) sowie auf den Vorrang gegenüber der Zurückstellung und Aussetzung auf Bewährung (§ 56 StGB) (vgl. Bauer/Bossong 1992: 11; Becker/van Lück 1990: 72ff; Böllinger 2002a: 505;

³⁸ Roques (1998) teilt etwa die verschiedenen Drogen ein in drei Risikogruppen. Zu den gefährlichsten Mitteln zählen danach Opiate, Alkohol und Kokain. In die mittlere Kategorie fallen Ecstasy, Aufputzmittel, Benzodiazepine und Tabak. Relativ geringe Risiken seien dagegen mit Cannabisprodukten wie Haschisch und Marihuana verbunden.

³⁹ Dennoch zeichnet sich diesbezüglich in der Bundespolitik wider Erwarten keine Kehrtwende ab. Die seit 1999 angekündigten Prüfungen zur medizinischen Nutzung von Cannabis und deren BtM-Verschreibung im Falle spezifischer Krankheitsbilder wurden eingestellt (vgl. Drogenbeauftragte 2000: 5, 2001: 85ff., 2002: 12, 106; IACM-Informationen v. 14. 2.2004).

Jehle 1999: 111ff.). Nach wie vor im Zentrum der Kritik steht die Vorstellung des Gesetzgebers, mit der Strafandrohung als helfendem Zwang zur Therapie motivieren zu können, wie dies etwa Leeb (1999: 101f.) ausführt. In diesem Zusammenhang sprechen KritikerInnen von „Therapie, sonst Strafe“ (Kindermann 1995: 17) bzw. von „Therapie plus Strafe“ (Böllinger 1999: 66; Braun/Gekeler 1988: 152). Selten komme es tatsächlich zum Prinzip „Hilfe vor Strafe“ (vgl. Rabes/Walter/Rottmann 1998: 66). Generell provoziere die Prohibition im Drogenhilfesystem Effektivitäts- und Effizienzmängel. Die Entwicklung wirksamer Hilfeangebote werde ebenso behindert wie die Ausbildung einer risikoarmen Drogenkonsumkultur (vgl. Mahrzahn 1983a: 128ff.). Eine diesbezüglich notwendige, weil die Ambivalenz des Drogengebrauchs aufgreifende „Differenzierung und Abwägung von Risikobedingungen und Risiko-steuerungsmöglichkeiten“ (Böllinger 2003a: 2)⁴⁰ könne so nicht stattfinden.

Charakteristisch für die Debatte ‚Prohibition versus Legalisierung‘ ist das Problem der Vermittelbarkeit zwischen den Positionen. Mit höchst unterschiedlichen Instrumenten und von höchst unterschiedlichen Ausgangs- und Zieloptionen her soll der Umgang mit Drogen reguliert werden. So verknüpft sich mit der Prohibitionsstrategie die grundsätzliche Idee einer drogenfreien Gesellschaft. Entkriminalisierende Strategien begründen sich dagegen in der Vorstellung einer Normalität des Drogengebrauchs als überhistorische und kulturübergreifende Tatsache. „Die emotionsgeladene politische Diskussion der vergangenen Jahre zwischen den *drogenpolitischen Falken*, die allein auf *Repression* setzen, und den *drogenpolitischen Tauben*, die die Legalisierung möglichst heute noch erreichen wollen, hat gezeigt, dass extreme Forderungen nur den Widerstand des politischen Gegners und das Unverständnis der Bevölkerung hervorrufen und die *unbefriedigenden Verhältnisse der Vergangenheit zementieren*“ (Körner 2001: 1503, Hvhb.i.O.). Zunehmend macht sich daher eine Politik der kleinen Schritte bemerkbar, wie sich in der drogenpolitischen Heterogenisierung zeigt.

1.6 Die Heterogenisierung der politisch-rechtlichen Regulierungen im Spiegel drogenpolitischer Modelle

1.6.1 Drei Modelle der Drogenpolitik

Zur abschließenden Bewertung der Heterogenisierung sollen im Folgenden drei Modelle der europäischen Drogenpolitik⁴¹ vorgestellt werden (vgl. Cattacin/Lucas/Vetter 1996; Jungblut

⁴⁰ Zu unterscheidende Risikobereiche wären die Risiken für die GebraucherInnen (Abhängigkeit, Gesundheitsrisiken, Kriminalisierung), für andere Menschen (Vorbildwirkung) und für die Gesellschaft insgesamt (Verwahrlosung im öffentlichen Raum: ‚public nuisance‘) (vgl. Böllinger 2003a: 2).

⁴¹ Mit den drei drogenpolitischen Modellen korrespondieren andere, bereits vorgenommene Klassifizierungen der Strategien im Umgang mit dem gesellschaftlichen Phänomen der Drogenabhängigkeit. Die von Böllinger und Stöver (1992: 49ff.) vorgenommene Unterscheidung in den legalistisch-repressiven Ansatz, den medizinisch-psychologischen und den liberal-psychosozialen Ansatz weist Überschneidungen mit den drogenpolitischen Modellen auf. Die ältere Klassifizierung eines legal approach (kriminalpolitische Strategie), social approach (sozialpolitische Strategie) und liberal approach (liberale Strategie bzw. anti-prohibitive Strategie) (vgl. etwa

2001: 283ff.; Subkommission Drogenfragen 1996). Diese sind nicht nur im Blick auf die Drogenpolitik im Allgemeinen bedeutsam. Vielmehr bilden sie auch eine wesentliche Grundlage für die fokussierte Betrachtung des derzeitigen Hilfesystems in Deutschland. Cattacin, Lucas und Vetter unterscheiden in ihrer Studie drei idealtypische Modelle: das Modell der Kontrolle, das therapeutische Modell und das Modell der Schadensminimierung.⁴²

Das *Modell der Kontrolle* richtet sich auf eine umfassende politische und soziale Kontrolle des Drogenkonsums und der ihn begleitenden Probleme. Drogenkonsum bzw. Drogenabhängigkeit gilt als Normverletzung und Delinquenz. Entsprechend der Vision einer drogenfreien Gesellschaft steht das Abstinenzziel im Mittelpunkt. Tragend ist weiterhin der Integrationsgedanke, der sich sowohl auf die Integration des Einzelnen in die Gesellschaft als auch auf die Integration der Drogenpolitik in eine umfassende Sozialpolitik bezieht und darüber hinaus auch auf die Integration der maßgeblichen Bereiche von Pflege und Rehabilitation, Prävention und Repression in einem Netzwerk über den unmittelbaren Drogenbereich hinaus.

Im *therapeutischen Modell* wird Drogenkonsum bzw. Drogenabhängigkeit als Krankheit verstanden. Staatliche Aufgabe ist es, im Interesse der Volksgesundheit die Betroffenen zu heilen. Die Heilung geschieht vorrangig symptomatisch und bezieht kaum die sozialen Aspekte mit ein. Die Zielrichtung bestimmt sich aus der Abstinenzleitlinie, wobei sich Abstinenz in diesem Modell als Heilung von der Krankheit Sucht verstehen lässt. Kennzeichnend ist die staatliche Verantwortung für die Kranken, die sie dem Subsidiaritätsprinzip folgend privaten Organisationen überlässt. Der öffentliche Sektor bildet das Zentrum des drogenpolitischen Netzwerkes. Kennzeichnend ist eine hierarchisch und festgefügte Form der drogenpolitischen Verfahrensweisen. Das therapeutische Modell verfügt über einen hohen Kooperations- und Koordinationsgrad innerhalb der Therapieorganisationen, wie es sich u.a. in der so genannten Therapiekette bzw. dem Therapieverbund (vgl. 2.1.3, 2.2.3) ausdrückt. Weniger moralische Appelle oder solche an die Verantwortlichkeit der Einzelnen als Aufklärung über die Risiken der Krankheit Sucht stehen im Mittelpunkt.

Im *Modell der Schadensminimierung* steht das Ziel im Vordergrund, die mit Drogen und Drogenkonsum verbundenen Schäden für Einzelne bzw. für das Gemeinwesen zu vermeiden, zumindest jedoch zu minimieren. Die Leitlinie der Schadensminimierung gründet auf die Erkenntnis der Stigmatisierung und Kriminalisierung der KonsumentInnen illegaler Drogen. Mithin stellt sie ein Produkt der vielseitigen Kritik an den beiden erst genannten Modellen

Heckmann 1981: 169; Kreuzer 1987: 97ff.; Rausch 1995: 54) erfasst aus heutiger Perspektive nur unzureichend die diversifizierte Angebotsstruktur mit ihren differenzierten Leitlinien zur Hilfestaltung (vgl. 2.2) sowie die differenziert argumentierende Entkriminalisierungsstrategie. Diesen Entwicklungen tragen die idealtypischen Modelle nach Cattacin, Lucas und Vetter (1996) sowie nach Böllinger und Stöver (1992) eher Rechnung.

⁴² Die Studie wurde durchgeführt im Auftrag der Subkommission Drogenfragen der Eidgenössischen Betäubungsmittelkommission im Hinblick auf die Entwicklung der zukünftigen Schweizer Drogenpolitik. Beteiligt waren Deutschland (Frankfurt a.M.), Schweden (Göteborg), Frankreich (Lyon), Italien (Modena), Niederlande (Rotterdam), Schweiz (Kanton Wallis). Zur tabellarischen Übersicht der wichtigsten Merkmale der Modelle vgl. Jungblut (2001: 285); Subkommission Drogenfragen (1996: 12).

dar. Im Gegensatz zum Leitbild einer drogenfreien Gesellschaft wird im Modell der Schadensminimierung von der Realität des Drogenkonsums in jedweder Gesellschaftsform ausgegangen. Insofern ist der normalisierende Umgang mit den möglicherweise auch schädlichen Konsumformen eine gesellschaftliche Aufgabe, sowohl im Blick auf die heute legalen wie auch illegalen Substanzen. In einem komplexen Gefüge von an den Bedürfnissen der AdressatInnen orientierten Maßnahmen sind die in Großbritannien entwickelte Harm Reduction⁴³ und eine Strategie der Normalisierung handlungsleitend. Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention stehen in einem engen Zusammenhang, der diverse Übergänge zwischen den einzelnen Ebenen fördert. Dabei spielt das fortlaufende Experimentieren und Modifizieren des Bestehenden eine wesentliche Rolle, so dass – analog zu den sich stetig verändernden Bedingungen und Stilen des Drogenkonsums – Neues kreiert und erprobt werden kann. Es geht um Risiko- und Schadensminimierung, darin eingeschlossen auch die Erzielung von Abstinenz als *ein* Ziel diversifizierter Zielvorstellungen.

1.6.2 Gegeneinander, Nebeneinander, Miteinander? Zur Integrationsfähigkeit der drogenpolitischen Modelle

Die dargestellten Modelle repräsentieren Idealtypen drogenpolitischer Regulierungen und kommen real-empirisch durchaus in Mischformen vor, wie dies auch die Heterogenisierung drogenpolitischer Praxis spiegelt. Betonte der Nationale Rauschgiftplan noch den Vorrang der repressiven Aufgaben, so bekräftigt die Bundesregierung neuerdings ihre prioritären Handlungsfelder und Ziele in den vier Säulen Prävention, Beratung/Behandlung, Überlebenshilfe/Schadensreduzierung und Repression/Angebotsreduzierung (vgl. Drogenbeauftragte 2003b: 19f., 27-50). Lassen sich demnach die drei Modelle mit und trotz ihrer Widersprüchlichkeiten miteinander verbinden?

Die derzeit vorfindbaren Verhältnisse in Deutschland, die geprägt sind von Aspekten aller Modelle, legen zunächst die Annahme einer Integrationsfähigkeit nahe. Diesbezüglich können unterschiedliche Einschätzungen angeführt werden: Möglich sei eine Verbindung einzelner Aspekte in spezifischen Konstellationen (vgl. Jungblut 2001: 285). Schadensminimierende Ziele konterkarierten nachgerade die Abschreckung und Druckerzeugung der Prohibition, indem sie reduzierend und entlastend wirkten (vgl. Hartwig/Pies 1995: 96f.) Aufgrund inhärenter Widersprüche und verfassungsrechtlicher Probleme seien die unterschiedlichen Strategien nicht vereinbar (vgl. Moll 1990: 31ff.). Dagegen gehen andere Autoren von der Verbindung verschiedener Strategien und Ansätze aus (vgl. etwa Albrecht 1991:35ff.; Hellebrand 1990: 9ff.; Kreuzer 1987: 98). Wie ist es nun um die Integrationsfähigkeit der drei Drogenpolitikmodelle bestellt? Wo liegen Chancen und Begrenzungen einer Verbindungsstrategie? Zu

⁴³ *Harm Reduction* wird auch im Folgenden verstanden als Oberbegriff für solche Strategien des gesellschaftlichen Umgangs mit Drogengebrauch, die Gefahr- und Schadensminimierung durch niedrigschwellige suchtbegleitende Angebote betreiben vor dem Hintergrund einer akzeptierenden Grundhaltung gegenüber Konsum und Konsumierenden illegaler Drogen (vgl. Böllinger 1999: 57).

fragen ist ebenfalls danach, inwiefern sich mit der Heterogenisierung die Prohibitionsorientierung aufweicht. Lässt sich eine grundsätzliche Innovationstendenz zu einer ‚neuen‘ Drogenpolitik erkennen? Oder handelt es doch nur um eine legitimierende Kosmetik rund um den strafrechtlich repressiven Kern?

Das empirisch auffindbare Nebeneinander der drei Modelle speist sich nicht zuletzt aus der föderal strukturierten Regelungskompetenz zwischen Bund, Ländern und Gemeinden. Eine Gemengelage vielfältiger ineinander greifender Kompetenzen und Zuständigkeiten (vgl. Jungblut 2001: 278ff.; Kalke/Raschke 1996; Loviscach 1996: 105f.) bringt widersprüchliche Entwicklungen hervor, bedingt Beharrung und Veränderung gleichermaßen. Modernisierungsschübe mit einem „deutlichen Nord-Süd-Gefälle“ (Trüg 1995: 13, vgl. auch Quensel/Kolte/Nolte 1996: 21, 40ff.) entstammen insbesondere denjenigen Bundesländern oder Kommunen, die aufgrund ihrer jeweiligen Regulierungen hierfür Handlungsspielraum bieten. Beispielhaft ist diesbezüglich die Initiative „Europäische Städte im Zentrum des illegalen Drogenhandels“⁴⁴ mit ihren neuen Formen regionalen und überregionalen Handelns. Neben dem wichtigen Erfahrungsaustausch im größeren Kontext gilt es gerade auch, Druck auf die ‚beharrlichen‘ nationalen Drogenpolitiken auszuüben (vgl. etwa Körner 2001: 11, 1500; Schneider 1998a; Schmid 2003: 214ff.).

Differierende Leitlinien unterschiedlicher regionaler Teil-Drogenpolitiken können nebeneinander existieren, solange sie dem Grundsatz der Drogenprohibition verpflichtet bleiben. Beides hat seinen Platz: Das Festhalten an der prohibitiven, auf Abstinenz orientierten Grundstrategie, aber auch der Trend zur Innovation im Sinne von Normalisierung, Pragmatismus und Humanisierung (vgl. Hartwig/Pies 1995: 96ff.; Körner 2001: 1503ff.), wie es sich aus unterschiedlichen Perspektiven etwa mit den Konzepten einer Rationalen Drogenpolitik (Hartwig/Pies 1992, 1995), einer Integrativen Drogenpolitik (Stöver 1994) oder einer Garantistischen Drogenpolitik (Jungblut 2001) verbindet. Allerdings behält das Modell der Kontrolle als Grundmodell – so kann bilanziert werden – im drogenpolitischen Mix mit Therapie- und Schadensminimierungsmodell seine zentrale Position.

Wenngleich das ‚alte‘ Prohibitionsparadigma noch nicht so weit zurückgedrängt ist, dass es hinreichend Raum für einen Paradigmenwechsel⁴⁵ gäbe, so erscheint es doch immer brüchi-

⁴⁴ Primär in großen Städten führten die zunehmenden Probleme mit offenen Drogenszenen, Schwerstabhängigen und der steigenden Zahl von Drogentoten zu frühzeitigen Interessenallianzen zwischen VertreterInnen einer innovativen, an Harm Reduction orientierten Drogenpolitik, VertreterInnen des politisch-administrativen Systems und VertreterInnen der Strafrechtsbehörden, auf der diese europäische Initiative beruht.

⁴⁵ Nach Thomas S. Kuhn (1997) bezeichnet *Paradigma* eine allgemeine wissenschaftliche Leitidee, „die für eine gewisse Zeit einer Gemeinschaft von Fachleuten maßgebende Probleme und Lösungen liefern“ (Kuhn 1997: 10). Diese Gemeinschaft verteidigt und propagiert ihr zugehöriges Paradigma, formiert sich um dieses Paradigma und geht gewissermaßen auch mit diesem Paradigma zugrunde. Ein Paradigma bleibt solange bestehen, bis es in der Konfrontation mit einer neuen Leitidee, für die sich WissenschaftlerInnen engagieren, abgelöst wird. Ein *Paradigmenwechsel* basiert insofern nicht auf der Widerlegung eines bisher gültigen Paradigmas, sondern auf der Ablösung durch ein neues Paradigma. Ein Paradigmenwechsel veranlasst „die Wissenschaftler tatsächlich

ger in seiner Sinnhaftigkeit für eine Drogenpolitik der geringsten Nachteile (vgl. Döhner 1995; Hess 1992: 41; Kindermann 1995: 20ff.). Die vielfältigen innovativen Entwicklungen gehen daher in ihrer Bedeutung weit über eine kaschierende Kosmetik hinaus. Sie haben zu einer Reihe von Maßnahmen im Sinne der Schadensminimierung geführt. Auch die Prohibitions-/Legalisierungsdebatte gestaltet sich bisweilen differenzierter, weil sukzessive der Diskurs um einen toleranzorientierten Umgang mit Drogen anstelle des Dualismus von Prohibition und Legalisierung tritt (vgl. Schmolke 2000: 36).

Von einer gleichrangigen Integration kann dennoch nicht die Rede sein. Vielmehr handelt es sich um eine Kombination einzelner Elemente aus den Modellen, was in graduellen Abstufungen zweifellos, auch über ideologische Schranken hinweg, funktioniert. So lassen sich etwa schadensminimierende Strategien sehr wohl in ein kontroll- und therapiebetontes System einbauen, ohne das Abstinenzparadigma von vornherein in Frage zu stellen, nämlich als Überlebenshilfen auf dem (längeren) Weg zur Drogenfreiheit – „denn nur wer überlebt, kann aussteigen“ (Drogenbeauftragte 2003b: 8; vgl. auch Beckstein 1999: 125). Die qualitativen Abstufungen des Kombinierens manifestieren sich prägnant – basierend auf den divergierenden Leitlinien der regionalen Teil-Drogenpolitiken – in den regionalen Ungleichmäßigkeiten drogenpolitischer Gestaltung. Beispielsweise übernehmen manche Bundesländer die bundespolitisch propagierte vierte Säule der Überlebenshilfen nicht in ihre Landeskonzepte, was auf eine abgeschwächte Variante des Schadensminimierungsmodells verweist (vgl. Drogenbeauftragte 2003b: 20, 81ff.).⁴⁶

Eine nachhaltige, gleichrangige Integration aller drogenpolitischen Modelle erscheint gleichwohl problematisch. Schwierig wird es hinsichtlich der wertbasierten Zielvorstellungen (Drogenfreiheit, Drogenkonsum als Normalität) und der Deutungen des Drogenkonsums zwischen Abweichung/Kriminalität, Krankheit und Lebensstil. Aufgrund der diametral zueinander stehenden Werthaltungen und der daraus abgeleiteten essentiellen Deutungsmuster finden sich kaum Konsenslinien im Blick auf eine gleichrangige Integration. Insofern wäre den integrations-skeptischen Positionen beizupflichten, wie sie Jungblut (2001), Hartwig/Pies (1995) und Moll (1990) vertreten.

Evident ist dies für das Verhältnis von Kontrollmodell und Schadensminimierung. Als „Schadensbegrenzung gegen repressive Drogenpolitik“ (Quensel 1991) kann die Leitphilosophie der Harm Reduction nur schwer harmonisch an die Seite derselben treten. Wie sollte sich die auf völlige Drogenfreiheit zielende Repression tatsächlich gleichrangig mit suchtbegleitenden

die Welt ihres Forschungsbereichs anders zu sehen“ (ebd.: 123). In diesem Sinne wird der Begriff Paradigma in der vorliegenden Arbeit verwendet.

⁴⁶ Diejenigen Länder, welche die vierte Säule nicht übernehmen, integrieren die Überlebenshilfe in die Säule Beratung/Behandlung und nehmen ihr damit ihr eigenes Profil. Die ständige Konferenz der Innenminister und -senatoren der Länder (IMK) wollte gar in ihrem Beschluss im Vorfeld der Verabschiedung des Plans die allgemeine Beibehaltung der drei Säulen Prävention, Beratung/Behandlung, Repression/Angebotsreduzierung durchsetzen (vgl. Drogenbeauftragte 2003b: 83f.).

Hilfen verbinden lassen? In abgeschwächter Weise gilt dies auch in Bezug auf die Integrationsmöglichkeit von Therapie und Kontrolle, was sich in der schwierigen Doppeldeutung als krank und kriminell äußert (vgl. Reinl/Stumpp 2001: 301). Auch hinsichtlich der Kompatibilität von Schadensminimierung und Therapie in einer gleichrangigen Integration sind Zweifel begründet aufgrund der divergierenden Werthaltungen zwischen Drogenfreiheit und Normalität des Drogenkonsums. Die Prämissen des Schadensminimierungsmodells können langfristig nicht einfach unter das Ziel der Drogenfreiheit subsumiert werden.

Eine nachhaltige, gleichrangige Integration der drei drogenpolitischen Modelle ist demnach ohne grundlegende Veränderungen der zentralen Prämissen im Sinne von Normalisierung und Humanisierung nicht vorstellbar. Und dies verweist wiederum auf die Konkretisierung des Schadensminimierungsmodells im drogenpolitischen Mix. Die Subkommission Drogenfragen kommt zu dem Schluss, dass einzig und allein das Modell der Schadensminimierung die Vorteile aller drei Varianten integrieren und die teils widersprüchlichen Akzente und Aktivitäten vereinen könne (vgl. Subkommission Drogenfragen 1996: 11). Dies impliziert den oben angesprochenen Paradigmenwechsel, in dem das Prohibitionsparadigma vom Leitgedanken der Harm Reduction abgelöst werden müsste.

Welche Bedeutung hat demnach eine Politik der kleinen Schritte auf der Basis einer Kombination der drei vorgestellten drogenpolitischen Modelle? Die benannten Widersprüche bleiben zunächst erhalten. Gleichwohl verhindern sie nicht Neuerungen in der Drogenrechts- und Drogenhilfepraxis. Unterschiedliche Begrenzungen und Chancen sind damit verbunden, die abschließend in ihren wesentlichen Aspekten umrissen werden sollen: *Begrenzungen* ergeben sich vorrangig aus den widersprüchlichen essentiellen Deutungsmustern. Sie behindern eine nachhaltige, gleichrangige Integration der drei Modelle und gefährden somit stets eine Politik der kleinen Schritte (1). Divergente drogenpolitische Leitlinien in regionalen Zusammenhängen hemmen eine Angleichung der Rechts- und Hilfepraxis. Auch innovative, auf gleichrangige Integration zielende Konzepte unterliegen stets der Gefahr einer Aushöhlung durch einzelne Länderinitiativen sowie länderübergreifende bzw. bundespolitische Entscheidungen (2). *Chancen* liegen dennoch in einer weiteren Heterogenisierung der Drogenpolitikpraxis, d.h. der Hilfepraxis, die auf eine innovative Vielfalt und Differenzierung der Maßnahmen schließen lässt (1). Daraus sind weitere Rückwirkungen auf die Rechtsgestaltung im Sinne der wachsenden Entkriminalisierung und Liberalisierung zu erwarten (2). Eine darauf aufbauende grundlegende Neugestaltung des BtMG unter der Maxime der Reduzierung strafrechtlicher Verfolgung, wie von Körner (2001: VII) angemahnt, wird damit wahrscheinlicher (3).

2 Entwicklungsdynamik der Drogenhilfe in ihrer Relevanz für das professionelle Handeln in der Drogentherapie

Die Möglichkeiten konkreter Hilfearrangements bestimmen sich in erster Linie in der Rahmung durch die Drogenpolitik im Allgemeinen und die rechtlichen Regulierungen im Besonderen. Im vorigen Kapitel wurde deren zunehmend heterogener Charakter dargestellt. Im Kern auf Prohibition und Abstinenz ausgerichtet erweitern sie sich um Momente der Risiko- und Schadensminimierung. Strategien der Normalisierung im Umgang mit Drogengebrauch und DrogengebraucherInnen, so wurde gesagt, werden infolgedessen auch handlungsleitend und ein widersprüchliches Gefüge drogenpolitischer und -rechtlicher Gestaltungsoptionen entsteht. Im Folgenden soll vor diesem Hintergrund der Blick auf die Praxis der Drogenhilfe gelenkt werden. Die Drogenhilfe selbst ist wesentlicher Teil von Drogenpolitik im Kontext der Wertorientierungen zwischen Drogenfreiheit bzw. Normalität des Drogengebrauchs einer Gesellschaft und den daraus abgeleiteten Deutungen von Drogengebrauch und Sucht. Insbesondere obliegt es den drogenpolitischen Akteuren des Hilfesystems, Lösungen des Problems zu vermitteln (vgl. Jungblut 2001).

Die zu erörternde Entwicklungsdynamik ist Ausdruck unterschiedlich gefasster Problemdefinitions- und Problemlösungsvarianten für den Umgang mit Drogengebrauch und DrogengebraucherInnen. Mit der Vereinheitlichung der Drogenhilfe (2.1) und der Diversifizierung des Hilfesystems (2.2) lassen sich gleichsam zentrale ‚Stationen‘ einer als Modernisierung zu verstehenden Entwicklungsdynamik fassen. Dabei betont der Begriff der ‚Dynamik‘ die Prozesshaftigkeit in ihren widersprüchlichen Facetten, die keinesfalls im Sinne eines einförmigen Verlaufs, aufzufassen ist. Diese Entwicklungsdynamik aufzuzeigen und die Bedeutung für die stationäre Drogentherapie, deren Positionierung sich dabei wandelt, zu reflektieren, gilt mein Interesse in diesem Kapitel. Dabei geht es darum, die Entwicklungsdynamik hinsichtlich ihrer praktischen Konkretisierungen im Hilfesystem auszuleuchten sowie die mit ihr verbundenen theoretischen Konzepte im Kontext sich wandelnder Deutungen von Drogengebrauch, Abhängigkeit und Ausstiegsprozessen zu erörtern.

Was die Vereinheitlichung der Drogenhilfe angeht, sollen vor dem Hintergrund der Anfänge der Drogenarbeit in den 1970er Jahren (2.1.1) die wesentlichen theoretischen Grundlagen (2.1.2) vorgestellt und daran anknüpfend die Therapiekette als Rahmung einer abstinenzorientierten Hilfe (2.1.3) und die Therapeutische Gemeinschaft als Grundmodell professionellen Handelns in der Drogentherapie (2.1.4) verhandelt werden. Hinsichtlich der Diversifizierung der Drogenhilfe gilt es, das Akzeptanzparadigma und seine Kritik an der abstinenzorientierten Drogenhilfe inhaltlich zu umreißen (2.2.1), wesentliche Ergebnisse der Drogengebrauchs-, Ausstiegs- und Therapieforschung zu erörtern (2.2.2) und daran anknüpfend die Bedeutung des Therapieverbands zu reflektieren (2.2.3).

Für die stationäre Drogentherapie, so soll gezeigt werden, kennzeichnet die Entwicklungsdynamik einen widersprüchlichen Zusammenhang. Sie wird im diversifizierten Hilfesystem ein Angebot unter vielen und verliert damit ihre exklusive Stellung. Zudem erlangen, jenseits linearer Ausstiegsvorstellungen, prozess- und differenzierungstheoretische Annahmen handlungsleitende Kraft und kündigen interne Wandlungsprozesse an. Dennoch erhält sich die stationäre Drogentherapie den Status einer ‚besonderen Hilfeform‘. Der sich andeutende Wandel vollzieht sich basierend auf dem stabilen theoretischen Fundament der Anfangszeit. In der Phase der Vereinheitlichung, so wird hier vertreten, liegen gleichsam die Wurzeln drogentherapeutischer Gestaltung, mit denen professionelles Handeln in der Drogentherapie auch heute noch – Bezug nehmend oder abgrenzend – verknüpft ist.

2.1 Die Vereinheitlichung der Drogenhilfe: Zur Etablierung eines ‚Königswegs‘

Die heutige Drogenhilfe nimmt als Teil der gesellschaftlichen Reaktionsweisen im Umgang mit den neuen Drogengebrauchsformen (vgl. 1.1) ihren Ausgang. Mit Release beginnt sozusagen eine kurze, aber erfolgreiche Episode des *experimentierenden Suchens* nach Alternativen zur traditionellen Suchtkrankenhilfe. In der Rückschau betrachtet, diente dieses Experiment als widersprüchlicher Wegbereiter einer sich konsolidierenden stationären Langzeittherapie (2.1.1). Diese wird zum Königsweg einer ausschließlich an Prohibition und Abstinenz orientierten, im Modell der Therapiekette organisierten Drogenhilfe (2.1.3). In diesem Zusammenhang gilt es vor allem die hierfür wesentlichen theoretischen Grundlagen (2.1.2) und die spezifische Form der Therapeutischen Gemeinschaft in der Drogenarbeit als Grundmodell professionellen Handelns zu entwickeln (2.1.4).

2.1.1 Experimentierendes Suchen: Von Release zur stationären Langzeittherapie

Release gilt als die erste spezifisch europäische Antwort auf das Drogenproblem und prägte die weitere Entwicklung der Drogenhilfe entscheidend, wenngleich sie selbst nur bis Mitte der 1970er Jahre daran beteiligt war.⁴⁷ Aus heutiger Perspektive liest sich die Maßnahmenpalette von Release wie das Paradebeispiel einer breit gefächerten, an den unterschiedlichen Bedürfnissen der AdressatInnen orientierten Hilfe, und dies lange ehe von akzeptanzorientierter Drogenarbeit oder vom Therapieverbund die Rede war. Sie umfasste Rechtsberatung, Beratung durch ÄrztInnen, Kontaktpersonen und TherapeutInnen sowie die Vermittlung in die klinische Entgiftung. Ferner wurden Anlaufstellen, Teestuben, Cafés und Übernachtungsstel-

⁴⁷ Nach Londoner Vorbild begann die Release-Bewegung in Deutschland 1970 in Hamburg mit der ersten Gruppengründung; 1972 wurden bereits 30 Regionalinitiativen gezählt. Der überwiegende Teil der Aktiven setzte sich zusammen aus Angehörigen der ‚helfenden Berufe‘; sie kamen aus der Medizin, der Sozialen Arbeit, der Psychologie, der Theologie, dem Lehramt oder studierten in diesen Disziplinen. (vgl. hierzu Bäuerle/König/Pedina 1979: 24; Rink 1995b: 77f.; Schuller 1991: 34; Schulz 1974: 10ff.; Springer 1984: 206f.; Vormann/Heckmann 1980: 38).

len eingerichtet, Informationen und Vorträge angeboten und erste Wohngemeinschaften als Erprobung neuer selbstbestimmter, kollektiver Lebens- und Arbeitsformen gegründet (vgl. Heuer u.a. 1971: 99). Damit sollte jedoch nicht nur die traditionelle Hilfepalette erweitert, sondern bewusst neue Akzente gesetzt werden. Das Motto „war provokant, das Konzept simpel: ‚Release – Helft Euch selbst!‘ hieß es und meinte, dass der Weg aus der Drogenabhängigkeit am ehesten – oder nur? – in aktiver Selbsthilfe gelingen könne“ (Bossong/Gölz/Stöver 1997b: 9.).

Dieser Beginn einer neuen Drogenarbeit stand im Zeichen des Entstehens vielseitiger sozialer und kultureller Basisbewegungen wie die Selbsthilfebewegung, die Frauenbewegung, die Friedensbewegung, die Kinderladenbewegung und die Jugendzentrumsbewegung (vgl. Kickbusch/Trojan 1981). Sukzessive bildeten sich solche Bestrebungen seit 1969 auch in einem Reformwillen der Regierungspolitik der sozialliberalen Koalition ab (vgl. Schulz 1974: 9f.). Sozialpolitik veränderte sich von einer reaktiven Ausrichtung zu einer präventiv orientierten Strukturpolitik, die auch neue Reformimpulse in Ausbildung und Praxis der psychosozialen Berufe erforderte (vgl. Horn 1999). Vor diesem Hintergrund steht der Beginn der neuen Drogenarbeit in engem Zusammenhang mit Entwicklungen in anderen Bereichen der psychosozialen Versorgung, wie etwa der Psychiatriekritik (vgl. hierzu Dörner u.a. 2004: 489ff.; Greb 1995: 71ff.; Obert 2001: 71ff.; Pfankuch 2000) und der Heimkampagne (vgl. Almstedt/Munkwitz 1982; v. Bülow 1987; Homes 1984; Kupffer 2000).

Gemeinsam ist diesen Ansätzen, zwischen denen zahlreiche Wechselwirkungen und Interdependenzen sowie personelle Überschneidungen zu verzeichnen sind (vgl. Heuer u.a. 1971: 123ff.; Vogt/Scheerer 1989: 45f.; Vormann/Heckmann 1980), die Verbindung von gesellschaftskritischen mit fach- und institutionenkritischen Momenten. Die Kritik und das Veränderungsbestreben richtete sich auf die Struktur der Einrichtungen, in denen vor allem Sozialdisziplinierungsfunktionen erfüllt und mit aller Macht gesellschaftliche Normalitätsvorstellungen durchgesetzt und dabei AdressatInnen stigmatisiert und ausgegrenzt wurden. Hier neue Impulse zu setzen, d.h. die Mündigkeit der AdressatInnen stärker zu betonen und neue, vor allem auch ambulante und präventive Formen einer adressatenorientierten Unterstützung zu etablieren, kennzeichnet das Anliegen in den verschiedenen Bewegungen (vgl. für die Heimerziehung Bonhoeffer 1967: 470ff.; Finkel/Thiersch 2001: 449; Thiersch 1977: 86f.; Trede 2001: 790). Die neuen Stigmatisierungstheorien, die labelling-Ansätze und institutionenkritische Theoriekonzeptionen,⁴⁸ die Auseinandersetzung mit den Positionen der Kritischen Theorie sowie der Bedeutungszuwachs alltags- und lebensweltorientierter Theorie- und Praxisansätze (vgl. 3.1) lieferten hierfür wesentliche Anstöße und Denkraum. Allen voran bildete die Analyse totaler Institutionen von Goffman (1973) eine wesentliche analytische

⁴⁸ Zu nennen wären hier u.a. die Arbeiten von Basaglia 1971; Basaglia/Basaglia-Ongaro 1972; Cooper 1971; Foucault 1976; Goffman 1973; Keupp 1976; Scheff 1973.

Folie für die neu inspirierte Betrachtung der Hilfeangebote, an die sich umfassende Neuorientierungen und Neuordnungen der professionellen und institutionellen Formen anschließen.

Die neue Drogenarbeit – anders als die Psychiatrie- oder die Heimerziehungsbewegung – agierte von Anfang an außerhalb der etablierten Institutionen. Psychiatrie, Suchtfachkliniken und Sozial- und Gesundheitsbürokratien, aber auch die Jugendhilfeeinrichtungen – darin stimmen AutorInnen unterschiedlicher Betrachtungsperspektiven überein – waren mit den jungen, vielfach rebellischen DrogengebraucherInnen überfordert. Bislang auf die Behandlung von psychischen Krankheiten und traditionellen Alkohol- und Tablettengebrauch konzentriert, lagen keine qualifizierten Arbeitskonzepte vor. Die insgesamt als entmündigend und bevormundend charakterisierte Behandlung stand mit ihren geringen Erfolgsraten im Drogenentzug von 0-5% unter erheblichem Rechtfertigungsdruck (vgl. Bäuerle/König/Pedina 1979; Heckmann 1982: 15, 1991b: 129, 1997: 264; Scheiblich 2000: 13f; Wanke 1995). In diesem Vakuum konnte sich Release zunächst höchst erfolgreich platzieren.

In deutlicher Abgrenzung vom herrschenden Suchtmodell der Krankheit und Persönlichkeitsstörung kennzeichnete Release Drogenabhängigkeit als eine *Flucht aus entfremdeten und krank machenden Lebens- und Arbeitsbedingungen*, die einhergeht mit weiterer Entfremdung und dem Verlust eines kritischen Bewusstseins (vgl. Heuer u.a. 1971: 75f.; 148). Das Drogenproblem als Ausdruck gesellschaftlich-kultureller Verhältnisse sollte in einer Gegenkultur zu den herrschenden Verhältnissen gelöst werden. Darin offenbart sich in dem Konzept von Release neben der fachlichen Perspektive eine essentielle politische Idee als handlungsleitende Grundlegung, weshalb es auch als „doppelter Gegenentwurf“ (Scheiblich 2000: 19) – gegen die traditionelle Suchtkrankenhilfe und gegen die Entfremdung der Gesellschaft – gelesen werden kann.

Alternative Lebensperspektiven und (politische) Handlungsmöglichkeiten zu entwickeln, kennzeichnete die inhaltliche Ausrichtung der Hilfen, die sich als bedürfnisorientiert und emanzipativ verstanden (vgl. Heuer u.a. 1971: 124ff.; Marzahn 1983b: 119; Schuller 1991: 41). Viele Hilfesuchende schafften, unterstützt durch Release, den Ausstieg aus dem Drogengebrauch. Mit dem Angebot einer alternativen Problembewältigungsstrategie (vgl. Bossong 1983a) war Release insofern zunächst erfolgreich, als sie einerseits die Schwächen der traditionellen Suchtkrankenhilfe kompensieren konnte und andererseits die Akzeptanz der AdressatInnen fand (vgl. Pflingsten 1997: 11; Release Heidelberg 1973: 443; Schuller 1991: 40f.).

Trotz des erfolgreichen Aufstiegs spielte Release nur kurze Zeit im Reigen der Drogenhilfe mit und versank Mitte der 1970er Jahre in der Bedeutungslosigkeit. Begründungen hierfür werden auf unterschiedlichen Ebenen geliefert. Dazu gehören sowohl interne, strukturell-inhaltliche Faktoren als auch externe, im sozial- und gesundheitspolitischen Strukturzusammenhang liegende Faktoren (vgl. Bossong 1983a; Gerlach/Engemann 1994: 24; Heckmann 1991b: 129ff.; Marzahn 1983b; Springer 1984: 208ff.; Schuller 1991; Schulz 1974; Vormann/Heckmann 1980; Weber/Schneider 1992: 629). Zusammengefasst erweisen sich ein Zusammenspiel der

bundespolitischen Problematisierungslinie, der rechtlichen Regulierungen des BtMGs sowie der zunehmenden Finanzknappheit der Gruppen gemeinsam mit einem fachlich-professionell unausgereiften Theorie- und Handlungskonzept sowie die erheblichen Binnendifferenzierungen der Release-Initiativen als ausschlaggebend. Darin angelegt ist die schwindende Akzeptanz für Release auf Seiten der staatlichen Instanzen ebenso wie auf Seiten der AdressatInnen, wobei sich Release selbst insbesondere von den AdressatInnen entfernte, was Bossong (1983a) mit der „Emanzipation vom Klienten“ überschreibt.

Release stellt – so betrachtet – eine durchaus widersprüchliche Bewegung dar, in der der Wandel von einem emanzipatorischen hin zu einem bevormundenden Hilfeverständnis bereits angelegt war. So sieht Marzahn (1983b) in Release eine Selbsthilfeinitiative im strikten Sinn, wohingegen Springer (1984) Release als Wegbereiter für rigide Behandlungsprogramme einordnet. Wie lässt sich damit die Bedeutung von Release für den weiteren Entwicklungsprozess der Drogenhilfe charakterisieren?

Zum Ersten ist hier ausschlaggebend die Bedeutung von Release als *Wurzel der heutigen Drogenarbeit*, die sich im Charakter einer ‚Antwort von unten‘ aus der Kritik am traditionellen Suchtkrankenhilfesystem entwickelt hat. Sowohl im Rahmen des Akzeptanzparadigmas als auch des Abstinenzparadigmas nimmt die Drogenhilfe darauf Bezug. Die *akzeptanzorientierte Drogenhilfe* (vgl. etwa Gerlach/Engemann 1994; Pfingsten 1997; Schuller 1991) tut dies zum einen unter Verweis auf erste niedrigschwellige Angebote wie Teestuben, Übernachtungsplätze, Beratungsmöglichkeiten ohne Abstinenzanspruch. Die *abstinenzorientierte Drogenhilfe* bezieht sich vorrangig auf die Wohnkollektive als erste Form der Therapeutischen Gemeinschaften und Laien-Therapie-Bewegung unter Betonung des Selbsthilfecharakters (vgl. Heckmann 1997; Vormann/Heckmann 1980: 35ff.).

Zum Zweiten wird Hilfe zunächst im Rahmen *kollektiver Handlungsformen* und nicht als (therapeutische) Behandlung verstanden. Hilfe konkretisiert sich in einem weiten Spektrum interdisziplinär strukturierter Angebote. Unterschiedliche Interventionsformen zwischen allgemeiner und spezifischer Beratung, sozialarbeiterischer Unterstützung und Überlebenshilfen, Vermittlung in Entgiftung sowie pädagogische und therapeutische Unterstützung in den Wohnkollektiven vereinigen sich darin. Release realisierte somit bereits die erst später erneut eingeklagte Notwendigkeit vielfältiger Angebote und Interventionen in einem vernetzten Hilfesystem.

Zum Dritten unternahm Release den Versuch, Drogenkonsum im Rückbezug auf die von gesellschaftlichen Bedingungen gerahmten Lebensverhältnisse zu erfassen. Daher kann das Konzept auch als Vorläufer umfassenderer Perspektiven betrachtet werden, wie sie in künftigen sozialwissenschaftlichen Analysen vorgelegt werden (vgl. etwa Gerdes/v. Wolffersdorf-Ehler 1974; Gerhard 2003; Grönemeyer 1990; Quensel 1982; Reuband 1994; Schmerl 1984; Stein-Hilbers 1985; Weber/Schneider 1992; Vogt/Scheerer 1989).

Mit Release beginnt zum Vierten die spezifische Entwicklung der Drogenhilfe jenseits der etablierten Hilfesysteme, also zwischen der Psychiatrie und der Suchtkrankenhilfe für AlkoholikerInnen. Im Zusammenhang mit der eigenen Verortung der Aktiven in sozial- und gesellschaftskritischen Bewegungen geht dies einher mit einer institutionenkritischen, bisweilen anti-institutionellen Haltung auf Seiten der HelferInnen.

Die vielfach kritisierte Missachtung einer Selbstdefinition der Konsumierenden in der Drogenhilfe (vgl. etwa Kappeler 1996: 44), nimmt, zum *fünften*, bereits bei Release ihren Ausgang. Drogengebrauch und Sucht gelten als extremste Form des Konsumverhaltens, eine zwar verständliche, aber letztlich nicht zu akzeptierende Flucht vor der Wirklichkeit (vgl. Heuer u.a. 1971: 92ff., 147ff.; Loviscach 1996: 170f.). Drogenkonsum bleibt stets nur ein Zwischenstadium – „eine falsche Versöhnung mit der schlechten Realität“ (Marzahn 1983b: 121), auf dem Weg zu erweitertem Bewusstsein und erweiterter Handlungsfähigkeit ohne Drogen (vgl. Heuer u.a. 1971: 107f.). Die normative Leitvorstellung von Abstinenz prägt insofern auch das theoretische und praktische Konzept von Release,⁴⁹ in dem Drogentoleranz und die Idee des abstinenzfördernden Leidensdrucks sich vermischen (vgl. ebd.: 95). Die zunehmende Sicht auf den ‚verallgemeinerten Drogenabhängigen‘ als einen gleichsam subjektübergreifenden Sonderstatus (vgl. Bossong 1983a: 50f.; Scheerer 1980c) verhindert eine konsequente Orientierung an den AdressatInnen und ihren Selbstdefinitionen. In dem Versuch, die Angebote – auch unter Rückgriff auf die vom offiziellen Kurs forcierten härteren Methoden – als Maßnahmekatalog zu optimieren, lösen sich die Angebote sukzessive von den konkreten Hilfenachfragen der AdressatInnen. Dass dies auch im Zusammenhang enger autonomer Handlungsspielräume, die immer prekär gewesen waren (vgl. Release Heidelberg 1973: 442; Springer 1984: 206f.), betrachtet werden muss, ist ebenso evident wie die dadurch eingeschränkten Möglichkeiten zur Entwicklung einer eigenen Fachlichkeit.

Mit dem Bedeutungsverlust von Release jedenfalls entstand, wenn man so will, kurzzeitig eine neue Lücke der Drogenarbeit, in der sich nunmehr die stationäre Langzeittherapie⁵⁰ als tragende Säule im aufzubauenden System der Drogenhilfe etablieren konnte. Anknüpfend an die übrig gebliebenen Ansätze von Release entwickelte die neue Drogenhilfe eigene formale Organisationsstrukturen und verstand sich ebenfalls explizit als kritisches Gegenmodell zur traditionellen Suchtkrankenhilfe (vgl. Bader 2002: 395f.; Heckmann 1981: 170ff., 1987: 48; Heudtlass 1997: 104f.; Vormann 1991). Die Aktiven von Release hörten entweder auf oder

⁴⁹ Weite Teile der linkspolitischen Kräfte schwenkten früh auf die offizielle Einschätzung der ‚besonderen Gefährlichkeit‘ der illegalen Drogen ein – auch diejenigen, die anfangs auf die bewusstseinsweiternde und emanzipatorische Kraft der Drogen gesetzt hatten. Mit ihrem Anti-Drogen-Kongress unter dem Motto „Sucht ist Flucht“ will die Linke explizit jener „Vermischung von Unvereinbarem – linker politischer Gesinnung und Drogenkonsum“ (Release Hamburg/Konkret 1972: 7) entgegentreten (vgl. auch Bäuerle/König/Pedina 1979: 22f.; Scheerer 1978; Schmid/Vogt 1998: 43).

⁵⁰ Anfang der 1970er Jahre dauerte eine Langzeittherapie noch 24 Monate, dann 18 Monate, Ende der 1980er Jahre sank ihr Umfang bereits auf 15 Monate und erreichte 1996 eine Zeitdauer von maximal 10 Monaten. Diese Verkürzungen gehen nach Bader zurück auf die einseitige Entscheidung der Leistungs- und Kostenträger (vgl. Bader 2002: 410f.).

reichten sich ein – unter Beibehaltung oder Änderung des Namens Release – in das neu entstehende Hilfesystem, das erneut vorwiegend von professionellen Kräften der psychosozialen Berufe getragen war (Bäuerle/König/Pedina 1979: 28; Vormann/Heckmann 1980). Das neue Gegenmodell zur traditionellen Suchtkrankenhilfe knüpfte an die fachlich-institutionelle Kritik wie auch an die Interaktionsformen der Hilfe aus der Releasebewegung an. In der neuen konsequenten Orientierung auf Abstinenz verband sie sich gleichwohl mit der allgemeinen Zielrichtung der traditionellen Suchtkrankenhilfe, nämlich der Heilung von Sucht. Drogentolerante Haltungen, wie sie noch bei Release handlungsleitend waren, verschwanden nahezu völlig. Die Alternative lag mithin im Weg, d.h. in der institutionellen Verankerung und der methodischen Konkretisierung der Hilfe, nicht jedoch in der Richtung.

An die Stelle der bisherigen Wohnkollektive oder Wohngemeinschaften von Release trat – im Rahmen der stationären Langzeittherapie – das Modell der *Therapeutischen Gemeinschaft* (vgl. 2.1.4). Das Verhältnis der Therapeutischen Gemeinschaften bzw. Therapeutischen Wohngemeinschaften⁵¹ zum Vorläufermodell der Wohnkollektive bestimmt sich dabei in einem doppelten Bezug. Therapeutische Gemeinschaften setzen einerseits die Tradition der Wohn- und Lebensgemeinschaften fort, indem sie die mit den neuen Drogengebrauchsformen verbundene Suche nach alternativen Lebensformen und Identitäten im Sinne gegenkultureller Formen der Sinnfindung aufgreifen, und grenzen sich andererseits von den als libertär⁵² charakterisierten Konzepten durch konsequente Formen ab. Diese bedeuten im Wesentlichen die absolute Drogenfreiheit, einen strukturierten, verpflichtenden Tagesablauf, ein Regel- und Sanktionssystem sowie das Bestreben nach weitgehender Selbstversorgung (vgl. Bäuerle/König/Pedina 1979: 28; Heckmann 1991b: 130; Schulz 1974: 41ff.).

Zwischen 1970 und 1973 gründeten sich zahlreiche neue Therapeutische Gemeinschaften und alte, nach libertärem Stil konzipierte wandelten sich in solche konsequenten Stils.⁵³ In dieser Gründerphase (vgl. Vormann/Heckmann 1980) wurden nahezu alle großen, heute noch existierenden Therapeutischen Gemeinschaften in freier Trägerschaft gegründet. Die anschließen-

⁵¹ Häufig werden die Begriffe Therapeutische Wohngemeinschaft und Therapeutische Gemeinschaften synonym gebraucht. Nach Brömer rückt der Begriff der Therapeutischen Wohngemeinschaft den Gedanken des kollektiven Zusammenlebens mehr in den Mittelpunkt. Menschen gleicher Lebens- oder Problemlagen bilden ein Kollektiv mit zeitlicher Begrenzung des Zusammenlebens. Anders die Selbsthilfegemeinschaft, wie etwa Synanon, in der die Gemeinschaft auf unbefristete Zeit hin konzipiert ist (vgl. Brömer 1991: 45). Meines Erachtens rekurriert der Begriff ‚Therapeutische Wohngemeinschaft‘ insbesondere auf die Anfänge der Wohn- und Lebensgemeinschaften, in denen das Zusammenleben eine wesentliche Kategorie der (Selbst-)Hilfe bedeutete. Im Blick auf die heutzutage existierenden Gemeinschaften verwende ich daher vorrangig den Begriff ‚Therapeutische Gemeinschaft‘.

⁵² Mit dem Begriff ‚libertär‘ sind jene Angebote angesprochen, die in ihren Konzepten eine ‚weiche Haltung‘ vertreten. Diese drückt sich in einer libertären Einstellung gegenüber dem Konsum von Cannabis einerseits und in einer mangelnden Strukturierung des Tagesablaufs andererseits aus. Die Wohnkollektive, so wird kritisiert, können daher niemals drogenfrei werden und scheitern an ihren eigenen Konzepten (vgl. Heckmann 1991b: 129ff.; Vormann/Heckmann 1980).

⁵³ Hierzu gehören u.a. Synanon, Therapeutische Gemeinschaften der Therapiekette Hannover, Drogenhilfe Tübingen, Do-it-Häuser in Hamburg sowie anthroposophische und christliche Therapiegemeinschaften. Einen Gesamtüberblick gibt die chronologische Zusammenschau von Vormann und Heckmann (1980: 45f.).

de Entwicklung zeichnet sich überwiegend durch Ausbau und Konsolidierung aus (vgl. Bader 2002: 396; Vormann/Heckmann 1980: 41). Die rasche Expansion allerdings ausschließlich aus dem Abschied von antiautoritären Konzepten und der Entwicklung einer angemessenen Lebensform, „wie sie von Fixern wirklich gebraucht wurde“ (Heckmann 1991b: 131), zu erklären, greift m.E. zu kurz. Vielmehr können Gründung und Konsolidierung der neuen Einrichtungen nur verstanden werden im Rahmen einer Reihe drogen- und fachpolitischer Faktoren (vgl. auch 1):

- Die Psychiatrie verschloss sich dem bundespolitischen Ansinnen, Hilfeangebote für Drogenabhängige aufzubauen, und beschränkte sich auf klinische Entgiftungsangebote (vgl. Schmid 2003: 162ff.; Schwoon/Krausz 1990b: 6f.). Ebenso wie dadurch zunächst das Releasemodell befördert wurde, profitierte davon auch die Therapeutische Gemeinschaft, die sich gleichsam *in den Zwischenräumen der traditionellen Hilfesysteme* ansiedelte. Sowohl die großen Wohlfahrtsverbände als auch eine Vielzahl freier Träger, die sich eigens zu diesem Zweck gründen, und neue Zusammenschlüsse wie die Deutsche Hauptstelle für Suchtgefahren (DHS) und der Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V. (FDR) unterstützen diesen Prozess (vgl. auch Schmid/Vogt 1998).
- Die neuen Hilfeformen waren *kompatibel mit dem Orientierungsrahmen der Drogenpolitik*, d.h. dem Kontrollmodell und dem Therapiemodell, insoweit sie das Abstinenzziel kompromisslos in den Mittelpunkt rückten und die repressiven Elemente des Kontrollmodells nicht grundlegend in Frage stellten. Dies machte die neuen Angebote für den überwiegenden Teil der drogenpolitischen Akteure in ihrer gemeinsamen Konsenslinie attraktiv und förderungswürdig.
- Die Expansion der Drogentherapie und der Therapiekette ist der unmittelbare Ausdruck einer rasch einsetzenden *Konzentrationsbewegung innerhalb der Drogenhilfe*. Konzentration fand zum einen auf methodisch-praktischer Ebene statt, nämlich hin zum Therapeutischen Modell mit seiner ausnahmslos auf völlige Abstinenz zielenden Behandlung. Zum zweiten konzentrierte sich das Hilfeangebot binnen kurzer Zeit auf wenige große Einrichtungsträger. Staatliche Politik, Kostenträgervorgaben, Konzentrationsbemühungen der Einrichtungsträger unterstützt durch ihre Interessensverbände sowie wissenschaftliche Erkenntnisproduktion gingen dabei Hand in Hand (vgl. Jungblut 2004: 61ff.; Quensel 1986: 28f.; Schmid/Vogt 1998: 42f.; Schuller 1991: 42ff.).
- Therapeutische Gemeinschaften erwiesen sich als *kompatibel mit dem Krankheitsparadigma*, das mit der 1968 durch das Bundessozialgericht im versicherungsrechtlichen Sinn erfolgten Anerkennung der Sucht als Krankheit bedeutsam wird. Dies und ihre klare Abstinenzorientierung machte die Gemeinschaften vertrauenswürdig für die Kostenträger. Infolgedessen gehören sie in überwiegendem Maß zu jenen Einrichtungen, die entsprechend der Empfehlungsvereinbarung Sucht von 1978 (vgl. Jungblut 2001: 279f.)

den Auftrag zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation von abhängig Drogengebrauchenden erhalten.

2.1.2 Wesentliche theoretische Grundlagen in der Entwicklung des Hilfesystems

Von diesen Ausgangsüberlegungen her möchte ich die für die Drogenhilfe bzw. Drogentherapie relevanten theoretischen Ansätze – den pathologischen Erklärungsansatz von Sucht mit dem daraus abgeleiteten Abstinenzparadigma, das Leidensdrucktheorem und das damit verbundene Konzept vom ‚helfenden Zwang‘ sowie das Konzept der Nachreifung – vorstellen. In ihrem Zusammenwirken prägen sie die Ausgestaltung der stationären Langzeittherapie im Sinne der Therapeutischen Gemeinschaft ebenso wie die übergeordnete Strukturform der Therapiekette.

2.1.2.1 Pathologischer Erklärungsansatz und Abstinenzparadigma

Die auf die Releasebewegung folgende Umorientierung der Drogenarbeit löst die bisher traditionellen biologisch-somatischen Erklärungsansätze des Drogengebrauchs zwar ab, orientiert sich aber primär an einem „Defekt-Modell“ der Entstehung süchtigen Verhaltens“ (Stein-Hilbers 1985: 96). Reuband (1994) fasst diese Orientierungsweise schulen- und theorieübergreifend als „pathologischen Erklärungsansatz“⁵⁴, der sich durch zwei inhaltliche Fokussierungen auszeichnet, nämlich auf das *Individuum* und auf eine *Defizitperspektive*. Die Pathologie, das Leiden des Individuums steht im Mittelpunkt der analytischen Zugangsweisen und praktischen Hilfestrategien. Dieser pathologische Erklärungsansatz prägt zunächst die Entstehung der Drogenhilfe und wirkt bis heute mit variierter inhaltlicher Ausprägung fort (vgl. 2.2.3).

Das *Krankheitskonzept der Sucht*, das sich in wandelnden Konkretisierungen seit dem ausgehenden 19. Jahrhundert etabliert hat (vgl. Czycholl 1997; Spode 1993; Wassenberg 1997), kann als das Grundmodell der pathologischen Perspektive betrachtet werden. Es gilt inzwischen als eine unhintergehbare Übereinkunft der Erklärung von Drogenabhängigkeit – sowohl in wissenschaftlichen als auch alltäglichen Betrachtungsweisen. Und dies, obwohl bislang bestenfalls Einigkeit über ein multifaktorielles Bedingungsgefüge der Abhängigkeitsentwicklung besteht, nicht jedoch über die spezifischen Wechselwirkungen bzw. darüber, wie sich die Krankheit ausbildet, oder über die genaue Symptomatik, wie dies für andere Krankheiten gegeben ist (vgl. Reinarman 2005: 24ff.; Trost 2002: 310). Ausgehend vom Krankheitskonzept als Grundmodell pathologischer Orientierung können – je nach disziplinärer Perspektive –

⁵⁴ Der *pathologische Erklärungsansatz* ist „kein ausgereifter theoretischer Ansatz, der in der Herleitung seiner Annahmen präzise und systematisch ist. Er bleibt in vielen seiner Hypothesen implizit und wird bei den Autoren eher beiläufig in der Art und Weise erkennbar, in der sie Befunde interpretieren. Er wird deutlich in der Weise, in der einzelne Befunde rückwirkend unter eine bestimmte Perspektive subsumiert werden. Er bestimmt die Art der eingebrachten Konzepte und derjenigen, die außerhalb der Betrachtung bleiben. Und er macht sich bemerkbar in der Selektivität, mit der Forschungsbefunde rezipiert und andersartige Deutungen ausgeblendet bleiben“ (Reuband 1994: 23).

mehr die Persönlichkeit oder die traumatischen und deprimierenden Erfahrungen, die Anlagen oder aber prägende Sozialisationserlebnisse zugespitzt beleuchtet werden (vgl. Schmerl 1984: 6). In den Koordinaten des Pathologiekonzepts bestimmen sich die handlungsleitenden Deutungsmuster im Wesentlichen aus der Interpretationsfolie eines defizitären und schwer beschädigten Lebens (vgl. Herriger 2002: 63ff.; Herwig-Lempp 1994: 104ff.). Lebensbiographische Erfahrungshorizonte erschließen sich gleichsam nur in den Begriffen von Mangel und Unfertigkeit, von Beschädigung und Schwächen.

So wird Drogengebrauch etwa verstanden als eine *Flucht aus der Realität*. Dieser liege „eine angeborene disponierende Charakterstruktur und eine neurotische Entwicklung zugrunde“ (Kielholz/Ladewig 1972: 32), die zusammentreffen mit frühkindlichen Frustrationen und mangelnden orientierenden Leitbildern. Ähnlich argumentiert Heckmann, der nicht Neugier für den Drogengebrauch verantwortlich sieht, sondern „eine Konfliktsituation, ein psychisches oder soziales Problem, dem der Konsument mit Hilfe der Drogen zu Leibe rücken will“ (Heckmann, zit. n. Reuband 1994: 21). Tretter (1999: 82) definiert süchtiges Verhalten als ein „psychopathologisches Syndrom“, dem sukzessive alle Gedanken, Gefühle, Absichten und Handlungen untergeordnet sind. Drogenabhängige können nicht als autonom handelnde Individuen verstanden werden; vielmehr ist der Abhängige „kein freier ‚Klient‘, sondern ein psychisch kranker, leidender ‚Patient‘, der nach psychoanalytischer Erkenntnis Einschränkungen in seiner Persönlichkeitsstruktur, seiner Triebentwicklung und in seinen Ich-Funktionen aufweist“ (Subkowski 2001: 46). Sucht kann auch als autodestruktiver Abwehrmechanismus betrachtet werden, „mit dessen Hilfe psychodynamisch bedeutsamere und in ihren Folgen radikalere Lösungen der Selbstzerstörung vermieden werden“ (Haller/Jarosik/Kemmler 1997: 31f.).

Was die *sozialen Bedingungsmomente der Sucht* anbelangt, so bleiben sie im Großen und Ganzen im pathologischen Ansatz unterbelichtet, obgleich ein vielschichtiges und komplexes Wirkungsgeflecht, im Zusammenhang der „Trias von Persönlichkeit, Droge und Gesellschaft“ (Kielholz/Ladewig 1972: 23), gemeinhin betont wird. Wie bereits Kielholz und Ladewig (1972: 23f.) anmerken, unterscheiden sich die Erklärungsmodelle je nach Gewichtung der drei Faktoren. Im Kontext der pathologischen Orientierung konzentrieren sich die Erklärungsweisen jedoch in erster Linie auf die Faktoren Person und Substanz⁵⁵ (vgl. kritisch hierzu Bossong 1988: 278f.; Kemmesies 2004: 17f.; Schmerl 1984: 49ff.; Zinberg 1983: 256f.). Der dritte Faktor des Wechselgefüges – die umwelt- und gesellschaftsbezogenen Aspekte – bleiben hingegen nebensächlich. Selbst wenn soziale Faktoren einbezogen werden, dient das häufig lediglich dazu, die individualtheoretische Perspektive zu erweitern, indem sozusagen deformationsproduzierende Verhältnisse beigelegt werden. Der Verweis auf die Gesellschaft

⁵⁵ Kielholz selbst bezeichnet an anderer Stelle Drogenabhängigkeit etwa als ein primär psychologisches Problem und widmet seine folgenden Ausführungen der Heredität und der prämorbidem Charakterstruktur (vgl. Kielholz 1971: 9ff.; vgl. hierzu auch Kielholz/Ladewig 1972: 12, 23ff.; Ladewig/Graw 1981).

bleibt pauschal, so dass das dynamische Wechselspiel der unterschiedlichen Aspekte in der aktiven Auseinandersetzung der Individuen mit ihrer sozialen und dinglichen Umwelt kaum analytisch erfasst werden kann (vgl. Dollinger 2005: 147ff.). Insofern findet der pathologische Erklärungsansatz immer wieder neue individualtheoretische Bestätigung in den Koordinaten von Defizit und Krankhaftigkeit als vorrangig individualpathologisches und stofflich induziertes Problem.

In der *Praxis der Drogentherapie* sind unterschiedliche theoretische Konzepte relevant (vgl. zusammenfassend Böllinger/Stöver 1992: 36ff.), für die eine pathologische Perspektive im dargestellten Sinn konstitutiv ist. Hierzu gehören neben medizinisch-biologischen Erklärungsansätzen, die sich mit genetischen oder neurobiologischen Aspekten der Suchtentwicklung befassen (vgl. Böning 2002; Schmidt 1996), tiefenpsychologische Modelle, welche sich mit pathologischen Mustern der psychodynamischen Entwicklung beschäftigen (vgl. Burian 1994, 2000; Heigl/Heigl-Evers 1991; Jenner 1997; Klosinski 1996; Wölfle 1997; Wurmser 2000) sowie verhaltenstheoretische Ansätze, die Lerndefizite im Kontext der Abhängigkeitsentwicklung in den Blick nehmen (vgl. Günther/Gritsch 1997; Jung 1996; Revenstorf/Metsch 1986; Vollmer 2000). Vom systemtheoretischen Blickwinkel aus wird Drogenabhängigkeit als Reaktion auf konflikthafte Muster in kommunikativen Bezügen verstanden (vgl. Eugster 1997; Osterhold/Molter 1992; Thomasius 2000b) und insofern auf die komplexen Kommunikationsprozesse in der Lebenswirklichkeit Drogenkonsumierender Bezug genommen.

Über diese ätiologischen Konzepte hinaus ist das *Konzept der deskriptiven Psychopathologie* bedeutsam. Es beschreibt Gebrauch und Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen im Kontext psychischer Störungen und sucht diese auf der Basis der internationalen Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV zu fassen (vgl. Burian/Smole 1997; Saß/Houben/Herpertz 1999; Saß u.a. 2003; Schwarzer/Trost 2002). Besonderes Interesse gilt dem Phänomen der Komorbidität, also dem Auftreten diverser weiterer Störungsbilder neben dem Drogengebrauch, wie etwa schizophrene Störungen und Angststörungen, den so genannten Doppel Diagnosen (vgl. Basdekis-Jozsa/Krausz 2002; Rink 1994; Schlösser 1994; Schwoon 1994; Stohler 2000; Tretter 1999). Das Modell der psychischen Störungen liegt insofern quer zu den oben genannten ätiologischen Modellen, als es primär eine strukturelle Hilfestellung für die Diagnostik darstellt und sich „zunächst neutral gegenüber besonderen Psychotherapien und Behandlungskonzepten“ (Jungblut 2004: 168) verhält, wodurch es potentiell höchst unterschiedliche Therapievariationen zulässt. Dagegen verhält es sich, trotz aller Bemühungen um Geschlechtsneutralität, gerade nicht geschlechtsneutral, wie Vogt (1997: 139) für den diagnostischen Umgang mit Gewalt und Gewalterfahrung aufzeigt.

Charakteristisch für die Sichtweisen des pathologischen Erklärungsansatzes sind die in den einzelnen Theorien unterschiedlich ausgeprägten Vorstellungen der *Deszendenzentwicklung*, die ein einheitliches Bild von Drogenabhängigkeit als einem zwingend erfolgendem und konstant verlaufenden Prozess unterstellen. Diesen Entwicklungsautomatismus prägt bereits das

von Jellinek (1960) erarbeitete Krankheitskonzept zum gesetzmäßigen Phasenverlauf des Alkoholismus. Der Konsum illegaler Drogen führt demzufolge – im Wechselspiel persönlicher Merkmale und suchtpotenter Stoffe – nahezu zwangsläufig zu exzessivem und abhängigem Drogengebrauch sowie zum Verlust der Selbststeuerungsfähigkeit.⁵⁶ Diesen Entwicklungsautomatismus der Drogenabhängigkeit kennzeichnen nach Jungblut (2004: 154) vier Merkmale, nämlich ein Krankheitsbild des fortgesetzten und zwanghaften Verlaufs, die Entkoppelung des persönlichen Willens vom körperlichen und geistigen Zustand, eine psychische und physische, zur stetigen Toleranzveränderung führende Abhängigkeit sowie die Realitätsverweigerung der Konsumierenden.

Auf gesetzlicher Ebene erhält diese Orientierung ihre Bestätigung mit der 1968 erfolgten höchstrichterlichen Entscheidung zur Anerkennung von Sucht als einer behandlungswürdigen Krankheit im versicherungsrechtlichen Sinn. Obwohl die Bestimmungsgrößen nach Jellinek – insbesondere der Kontrollverlust und die damit verbundene Unfähigkeit zur Abstinenz – empirisch nicht belegt sind,⁵⁷ wird „die Tatsache der Krankheit nicht mehr in Frage gestellt“ (Krausz 1995: 50; vgl. hierzu auch Antons 1976: 247ff.; Haller 1997: 296f.; Petry 1993: 16ff.; Schmidt 1987). Auch neuere Behandlungsmodelle beziehen sich auf das Jellinek-Konzept (vgl. etwa Feuerlein/Küfner/Soyka 1998: 12ff.; Tretter/Bussello-Spieth/Bender 1994c: 91f.).

Dem Krankheitskonzept folgend kann allein lebenslange Abstinenz die Irreversibilität der Entwicklung begrenzen; Abstinenz bedeutet insofern ‚Heilung‘ im Prozess der Konsum- und Abhängigkeitsentwicklung. Das „alte Dogma der Unheilbarkeit der Sucht“ (Scheiblich 2000: 15; vgl. auch Schneider 1990: 35; Schwoon/Krausz 1990b: 5) bleibt in dem Bild der Irreversibilität gleichwohl erhalten, weil Heilung stets nur als ein Aufhalten des ansonsten unaufhörlich fortschreitenden Prozesses zu denken ist. Umgekehrt unterstützt der Unheilbarkeitsgedanke die Nachhaltigkeit des Abstinenzparadigmas, indem der Weg in die Drogenfreiheit als einzig gangbarer Weg erscheint. Betrachtungen von DrogengebraucherInnen als per se behandlungsbedürftige AdressatInnen professioneller Intervention schließen sich hier unmittelbar an, auch und gerade im Deutungsmuster der fehlenden subjektiven Behandlungseinsicht. Als inhärenter Bestandteil des krankheitsbezogenen Abstinenzparadigmas kann daher die Notwendigkeit erachtet werden, Drogenabhängige zur Einsicht in die Behandlungsbedürftigkeit und die Übernahme der Erklärung ‚Abhängigkeit‘ zu bewegen (vgl. Herwig-Lempp 1994: 100ff.). Indem Drogenabhängige die konfuse Details ihrer Lebensgeschichte in vorgegebenen diskursiven Prozeduren, die die Mechanismen der Therapie und der sozialen Kontrolle auszeichnen, ordnen und eine ‚abhängige Realität‘ produzieren, lernen sie das Krank-

⁵⁶ Analogien mit somatischen Erkrankungen und mit der epidemischen Ausbreitung von Infektionskrankheiten sind darin angelegt (vgl. Welz 1988: 24f.).

⁵⁷ Jellinek arbeitete seine Thesen zum Kontrollverlust aus anhand einer empirischen Basis von lediglich 98 Fragebogen. Erhoben hatte er sie ausschließlich unter Mitgliedern der Anonymen Alkoholiker, was eine deutliche Vorselektion darstellt. Jellinek selbst betrachtete das Konstrukt des Kontrollverlusts stets als Hypothese und wehrte sich dagegen, diese als Faktum zu verbreiten (vgl. Antons 1976: 247f.).

heits- bzw. Defizitkonstrukt auf sich selbst anzuwenden. Sie lernen ihr Handeln als Krankheit bzw. Defizit zu begreifen und strukturieren in diesem performativen Prozess ihr Selbst als abhängiger Mensch (vgl. Reinarman 2005: 34ff.).

2.1.2.2 Die Leidensdrucktheorie und das Konzept des ‚helfenden Zwangs‘

Dem pathologisch-defizitären Modell folgend gelten DrogengebraucherInnen als behandlungsbedürftig und wenig behandlungseinsichtig gleichermaßen. Täschner beschreibt die typische Persönlichkeitsdeformierung unter Drogengebrauch als Depravation, welche ursprünglich differenzierte Persönlichkeitsmerkmale nivelliert im Sinne einer „stetigen Uniformierung und Monotonisierung des Persönlichkeitsbildes“ (Täschner 1983: 32). Depravation kennzeichne die Malignität eines süchtigen Verlaufs. Uneinsichtigkeit, Behandlungsunwilligkeit und ‚Therapieresistenz‘ werden damit zum Bestandteil des malignen Prozesses. Die Leidensdrucktheorie⁵⁸ – nur wessen Zustand des Leidens an der Drogenabhängigkeit groß genug ist, entwickle eine Abstinenzmotivation und lasse sich helfen, so die Quintessenz – knüpft an diese Implikationen der krankhaften Uneinsichtigkeit an.

Die grundlegende Idee des Theorems liegt darin, dass ein extern erhöhter Leidensdruck als ‚helfender Zwang‘⁵⁹ eine Einsicht in die Behandlungsnotwendigkeit befördern hilft, wenn sich diese nicht von selbst einstellt. ‚Helfender Zwang‘ soll DrogengebraucherInnen mittels einer „Zuspitzung ihrer Lebenssituation“ (Leeb 1999: 101) dazu motivieren, sich mit ihrer Problematik auseinanderzusetzen, eine Behandlung zu beginnen, sie bis zum Ende fortzuführen und letztlich Drogenfreiheit zu erhalten (vgl. Bühringer 1991: 126f.). Als aussichtsreich gilt ein Therapiebeginn allerdings erst dann, wenn innerer und äußerer Zwang stark genug ausgeprägt sind (vgl. Egg 1991a: 44). Solange nicht der Tiefpunkt in gesundheitlicher und sozialer Hinsicht erreicht ist, könne nicht von einer Einsicht in den notwendigen Wandel des Verhaltens ausgegangen werden (vgl. Feuerlein 1979: 134). Vorzeitige Therapieabbrüche oder erfolglose therapeutische Bemühungen erklären sich folglich auch aus der Krankheitsentwicklung heraus und signalisieren ein Stadium, das sich *noch* durch Uneinsichtigkeit in und Widerstand gegen eine Behandlung auszeichnet. Eine subjektorientierte und motivationsfördernde Arbeit gilt in diesem Bezugsrahmen als kontraproduktiv, weil sie den Leidensdruck zu minimieren droht.

Die Ausübung von Zwang ist in verschiedenerlei Hinsicht möglich, je nachdem, welche Personen oder Institutionen beteiligt bzw. welche Lebensbereiche tangiert sind. Bühringer u.a. (1988: 45f.) unterscheiden justizielle, soziale, körperliche bzw. emotionale sowie therapeuti-

⁵⁸ Der Leidensdruck als Motor des Abstinenzwillens gehört zu den zentralen theoretischen Prämissen der Alkoholikselbsthilfen und geht wiederum zurück auf die Arbeiten Jellineks. Petry allerdings kritisiert die vielfach verzerrte Interpretation der Jellinekschen Ausführungen. Jellinek selbst betone, dass eine erfolgreiche Behandlung keinesfalls nur im Stadium der äußersten Niederlage möglich ist (vgl. Petry 1998: 10).

⁵⁹ Nach Scheerer 1980a findet sich das Konzept des ‚helfenden Zwangs‘ zuerst bei Wanke in einer Anhörung vor dem Bundestagsausschuss für Jugend, Familie und Gesundheit im April 1980.

sche Zwänge. Neben den Strafverfolgungsbehörden mit ihrer Vielzahl an Möglichkeiten der Verfolgung, des Umgangs vor Gericht und der Art der Verurteilung sind damit ebenfalls professionelle HelferInnen, Eltern und FreundInnen angesprochen, die mithelfen können, indem sie z.B. Kontakte einstellen und Ausgrenzung fördern, Sanktionen androhen (vgl. Bader/Hey/Stöver 1997: 317; Stöver 1991: 17). Justizieller Zwang bildet demnach nur einen Ausschnitt des ‚helfenden Zwangs‘, der in Wechselwirkung mit den anderen Formen zu betrachten ist, wenngleich er am weitesten systematisiert ist. Seine Wirkungsintention richtet sich auf die Intensivierung der negativen Folgen von Abhängigkeit, um die mit dem Drogenkonsum verbundenen positiven Anreize zu entkräften, und bietet überdies, gleichsam als attraktive Alternative, die Erfahrung therapeutischer und drogenfreier Realität.

Die mangelnde Einsicht in die notwendige Verhaltensänderung und der fehlende Wille zur Behandlung – als Ausdruck pathologischer Entwicklung – legitimieren in den Augen der Anhänger dieses Konzepts solcherlei Zwangsmaßnahmen. Indem mittels des justiziellen Zwangs Konsumphasen sich reduzieren bzw. unterbrochen werden, trage dieser zur Bewahrung von Gesundheit und zur Vermeidung von Todesfällen bei (vgl. Bühringer u.a. 1988: 52f.; Jehle 1999: 117f.). Letztlich erhalten die Einzelnen die Chance, ihre Lebensgestaltung zu reflektieren, und es bleibe ihnen stets die Freiheit, sich dafür zu entscheiden, „die Drogenabhängigkeit fortzuführen bis hin zur eigenen Selbsterstörung“ (Bühringer u.a. 1988: 54). Gleichwohl müsse mit einem „Rückgang der subjektiven Therapiebereitschaft“ (Bühringer u.a. 1993: 35) gerechnet werden, wenn der justizielle Druck ausbleibe (vgl. ähnlich Leeb 1999: 101f.).

Die Gesetzesnovelle im Jahr 1982 integriert mit dem Prinzip Hilfe statt Strafe das Konzept des ‚helfenden Zwangs‘ in das BtmG und macht es somit zur selbstverständlichen Grundlage des Hilfesystems (vgl. 1.4). Über Leidensdrucktheorie und justiziellen Zwang verbinden sich – trotz aller trennenden Widersprüchlichkeiten – die helfende und die strafpolitische Strategie bzw. das Therapie- und das Kontrollmodell. Unter dem Motto „Suchtverhinderung durch Repression“ (Sloty 1982, zit. n. Schlömer 1996: 139) kennzeichnet dies eine Union, durch die „der Gesetzesverstoß [...] zum konstitutiven Element einer Krankheit“ (Sickinger/Kindermann 1992a: 140) wird. Wenngleich der justizielle Zwang hinsichtlich seiner Auswirkungen auf die therapeutische Praxis und generell hinsichtlich seiner Wirksamkeit von Seiten der abstinenzorientierten Drogenhilfe kritisiert wird (vgl. Heckmann 1991c: 11; Schlömer 1996: 143), bleiben Leidensdrucktheorie und ‚helfender Zwang‘ *nahezu ungebrochen* bei den meisten Professionellen bis in die 1990er Jahre ein wesentliches handlungsleitendes Theorem (vgl. Hoffmann-Bayer 1991: 141).

2.1.2.3 *Das Konzept der Nachreifung*

Wesentlich für die Etablierung und die weitere Entwicklung der stationären Drogentherapie war das persönlichkeitszentrierte Konzept der Nachreifung⁶⁰. Die Annahme einer mit dem Drogenkonsum verbundenen mangelnden Reifung in der Persönlichkeitsentwicklung begründet die Notwendigkeit von Nachreifung bzw. Nachsozialisation. In seinem Fokus auf misslungene Identitätsbildungsprozesse und die daraus resultierenden und zu kompensierenden Persönlichkeits- und Sozialisationsstörungen steht das Konzept der Nachreifung in der Tradition des psychopathologischen Erklärungsansatzes. Indes steht zunächst der Aspekt der psychosozialen Entwicklungsstörung im Vordergrund und nicht so sehr die Definition als Krankheit (vgl. Kindermann 1988: 30; Schmid 2003: 202f.).

In der Konsolidierungsphase des Therapiemodells beschreibt Wolfram Keup (1974) in ähnlicher Weise wie Hilarion G. Petzold (1974a, 1980b, 1980c) die Nachreifung der Persönlichkeit als das zentrale Ziel der Drogentherapie. Die Entstehung von Drogenmissbrauch und -abhängigkeit wird in Zusammenhang mit misslingenden Reifungsprozessen gesehen. Reifung scheitert dann, wenn spezifische zu bewältigende Entwicklungsphasen (vgl. Keup 1974: 6ff.) nicht zu einem höheren Reifungsgrad führen, sondern „ein Hängenbleiben in der unverarbeiteten Situation und damit ein Zurückbleiben in der Entwicklung“ (ebd.: 10) mit sich bringen. Dies ist Ausdruck einer missglückten Sozialisation, und zwar nicht als singulärer Einfluss, sondern vielmehr innerhalb einer „total deformierenden Atmosphäre“ (Petzold 1980b: 226; vgl. auch Sturm/Meyer 1974: 224f.), die grundlegende Defizite in der Ich-Entwicklung bedinge (vgl. Petzold 1980c: 252f.; Saake/Stichtenoth 1980: 286, 306f.). Drogenabhängigkeit stellt demzufolge die „Oberfläche einer weiterreichenden infantilen Lebenshaltung mit mangelnder Problemverarbeitung und ganz allgemein fehlender Reife“ (Keup 1974: 5) dar.⁶¹ Die Grundannahme der mit dem Drogenkonsum verbundenen allgemeinen Infantilität, Unreife und Unmündigkeit begründet die Notwendigkeit der Nachreifung als einen „positiven Prozess der Neusozialisation“ (Petzold 1980b: 227), den die Einzelnen durchlaufen vom Stadium eines Babys bis zum verantwortungsbewussten Erwachsenen in einem linear und subjektübergreifend gedachten Entwicklungsprozess (vgl. Bauer 1980; Junge 1991: 39f.; Petzold 1980c: 250ff.). In Anlehnung an Erik H. Erikson (1966: 137f.) wird dieser Nachreifungsprozess auch als eine Möglichkeit zur zeitversetzten Rekapitulation des psychosozialen Moratoriums⁶² betrachtet (vgl. Saake/Stichtenoth 1980: 289ff.).

⁶⁰ Verschiedentlich findet sich in der Literatur auch der Begriff der Nachsozialisation. Beide Begriffe werden im Folgenden sinngleich verwendet.

⁶¹ Unreife wird verstanden als „die Grundlage eines Verhaltens, das der Lebensphase nicht mehr entspricht“ (Keup 1974: 6).

⁶² Das Identitätskonzept Eriksons zeigt die Akkumulation jener inneren Besitzstände im Verlauf der Sozialisation auf, welche die Grundlage bilden für die Entwicklung einer reifen Erwachsenenpersönlichkeit. Nach Heiner Keupp (1990: 26ff.) dient der darin zentrale Begriff des psychosozialen Moratoriums, der die krisenhafte Offenheit vor der Stabilisierung in der Erwachsenenidentität kennzeichnet, unter gegebenen Bedingungen der Individualisierung und Pluralisierung kaum mehr, den lebenslangen Prozess der Identitätsarbeit (vgl. Cohen/Taylor

Nachreifung fokussiert auf die Kompensation der sozialisatorischen Defizite im somatomotorischen, emotionalen und kognitiven Bereich sowie auf den Aufbau einer ich-starken Persönlichkeit (vgl. Petzold 1980c: 253; 1980b: 227). Wesentliche Ziele nach Keup sind dabei der Abbau der bestehenden Anpassungskrise und das Vorantreiben der persönlichen Reifung ab dem Punkt des Entwicklungsbruchs, welche er in schrittweise zu erreichende Nahziele ausdifferenziert: Das Erlernen der Verantwortlichkeit, die Auseinandersetzung mit der Umwelt und die Annahme der Umwelt als eine Realität sowie die Fähigkeit, Nestwärme anzunehmen und schließlich zu geben (vgl. Keup 1974: 11). Diese Ziele eines linear gedachten Verlaufs, der den lebensgeschichtlichen Entwicklungsprozess rekonstruiert und hin zu einer gesunden Persönlichkeit führt, markieren die Eckpunkte einer *schematisierten Programmstruktur* mit darin eingelassenen spezifischen Phasen des drogentherapeutischen Prozesses.

2.1.3 Die Therapiekette – Institutionalisierung von Nachreifung im Stufenmodell

Im Kontext der dargestellten theoretischen Orientierungen wird die Therapiekette in der Bundesrepublik Deutschland in den 1970er Jahren zum zentralen Organisations- und Behandlungsschema der neu entstehenden Drogenhilfe. Die stufenförmige Gliederung kennzeichnet grundsätzlich eine systematische Reihe von Maßnahmen, die jeweils aufeinander verwiesen sind und Nachreifung in aufeinanderfolgenden Schritten institutionalisieren.

Die Therapiekette basiert auf Petzolds⁶³ *Vierstufenmodell eines idealtypischen therapeutischen Prozesses*. Darin fasst Petzold die Therapiekette als eine Struktur der aneinandergereihten Glieder, welche – im Sinne des Nachreifungskonzeptes – Sozialisations- und Identitätsbildungsprozesse ermöglicht sowie den Weg aus der Drogenszene und die Reintegration in die Gesellschaft begleitet. Sie schafft einen Kontext und ein Kontinuum, in dem die beschädigte Identität neuen Grund und neue Richtung finden kann (vgl. Petzold 1980b: 227). Wesentlich für die Effektivität der Therapiekette sind nach Petzold ihre durchstrukturierte und konsistente Konzeption im Sinne eines totalen therapeutischen Settings (vgl. Petzold 1974d: 139, 1980b: 226f.) in allen Gliedern der Kette, nämlich der Kontaktstufe, der Eingangsstufe, der Entzugs- und Behandlungsstufe sowie der Reintegrationsstufe (vgl. Petzold 1974d: 160ff., 1980b: 211ff., 1974b: 526f.).

In der Umsetzung in der Bundesrepublik Deutschland ist die Therapiekette auch vierstufig angelegt, setzt sich allerdings zusammen aus der Beratungsstufe, der Entzugsstufe, der Behandlungsstufe sowie der Reintegrationsstufe. Idealtypisch sind sie wie folgt konzipiert: Die

1977) zu erfassen. Gesellschaftliche Freisetzungprozesse mit ihrem Zugewinn an individuellen Gestaltungsoptionen, aber auch Gestaltungsnotwendigkeiten sind dagegen verbunden mit einem „offenen Identitätsprojekt“ (Keupp 1990: 31), in dem das Subjekt unter Verknüpfung und Kombination multipler Realitäten eine ‚multiple Identität‘ bzw. ‚Patchworkidentität‘ ausbildet (vgl. auch 3.2.1, 3.2.2).

⁶³ Das Vierstufenmodell entwickelte Petzold im Zusammenhang mit seiner eigenen therapeutischen Arbeit mit AlkoholikerInnen, Drogenabhängigen und AlterspatientInnen sowie beeinflusst von zahlreichen Aufenthalten in US-amerikanischen Drogentherapieeinrichtungen. Den theoretischen Hintergrund bilden systemtheoretische, gestaltpsychologische und gestalttherapeutische Überlegungen (vgl. hierzu insbesondere Petzold 1974d).

Beratungsstufe, angesiedelt in spezifischen Drogenberatungsstellen, beinhaltet die Therapievermittlung und -vorbereitung, die Klärung der Kostenübernahme, die Rechtsberatung, soziale Aktivitäten und Gruppenangebote, die Beratung des Umfeld sowie die Arbeit in den Justizvollzugsanstalten (vgl. Böllinger/Stöver 1992: 58). Ziel ist vorrangig die Klärung von Entzugs- und Ausstiegsmotivation sowie von Zukunftsperspektiven und die Weitervermittlung innerhalb der Therapiekette. Die *Entzugsphase* etabliert sich als eigenständige Stufe, herausgelöst aus der Behandlungsstufe (vgl. Böllinger/Stöver 1992: 58ff. Heckmann 1991a). Sie dient der Vorbereitung für die Abstinenztherapie, was der Einschätzung folgt, die psychische Bindung an Drogen sei weitaus gravierender als die körperliche Abhängigkeit (vgl. Heckmann 1987: 48). Die *Behandlungsstufe* konzentriert sich wiederum auf die stationäre Langzeittherapie und zielt auf jene Personen, die genügend motiviert bzw. durch strafrechtliche Konsequenzen dazu veranlasst sind, das Angebot der Abstinenztherapie anzunehmen. Die *Reintegrationsstufe* gehört zum Ersten zur Langzeittherapie dazu, indem dort die Außenkontakte zum Ende intensiviert werden. Als Nachsorge spielt Reintegration zum Zweiten in Form der Nachsorgewohnungsgemeinschaft, der so genannten Außenwohngruppe, eine Rolle (vgl. Böllinger/Stöver 1992: 64).

Grundsätzlich orientiert sich die Therapiekette also an dem Modell Petzolds und gestaltet dieses zugleich in besonderer Weise aus. Damit folgt sie konsequent den dargestellten theoretischen Annahmen und unterstreicht mithin die Institutionalisierung von linearen Entwicklungs- und Ausstiegsannahmen. Angesprochen sind damit spezifische Charakteristika wie das inhaltliche Prinzip der Hochschwelligkeit, die organisatorische Gliederung und inhaltliche Ausgestaltung sowie die hervorgehobene Rolle der Therapeutischen Gemeinschaft als stationäre Langzeittherapie im Gesamtkonzept.

Das *Prinzip der Hochschwelligkeit* ist verbunden mit vergleichsweise hohen Anforderungen an die NutzerInnen des Hilfesystems. Hochschwelligkeit bezieht sich zum einen auf institutionelle Aspekte, d.h. auf die strukturelle Ausgestaltung der Hilfen sowie die konkreten Zugangsweisen. Zum anderen betrifft das Prinzip Hochschwelligkeit methodische Aspekte des professionellen Handelns hinsichtlich Stil und Form der Beziehungsgestaltung (vgl. weiterführend Schmidt 1991 und ergänzend Heckmann 1991a: 237ff.; Trüg 1995: 14f.). In Bezug auf beide Aspekte kann das System der Therapiekette als hochschwellig charakterisiert werden. Das Prinzip der Niedrigschwelligkeit⁶⁴, wie es Petzold in seiner Konzeption der Therapiekette vorsieht, spielt hingegen keine Rolle. Hochschwelligkeit drückt sich etwa, der Leidensdrucktheorie folgend, aus in der ‚Komm-Struktur‘ der Drogenberatungsstellen (vgl.

⁶⁴ Als Kontrapunkt zur Hochschwelligkeit steht das Prinzip *Niedrigschwelligkeit*, das, in vorwiegender Orientierung am Modell der Schadensminimierung, versucht, Angebote mit niedrigen Zugangsschwellen, d.h. ohne Anspruch auf sofortige Drogenabstinenz zu schaffen. Zentral ist der Anspruch ‚Anfangen-wo-AdressatInnen stehen‘ und eine Orientierung an lebensweltorientierten Prämissen der Hilfestellung. Die Sicherung des Überlebens sowie eine Erhöhung der Erreichbarkeit und weitergehend die Normalisierung und Humanisierung von Hilfen sind darin eingeschlossen (vgl. Gerlach 2004: 128f.; Schmidt 1991; Heckmann 1991a: 237ff.; Trüg 1995: 14f.).

Heckmann 1991a: 238; Sickinger 1992: 127ff.; Steffan 1989b: 31), die sozusagen eine erste zu überwindende Schwelle auf dem Weg zur Hilfe setzt. Der Therapieaufnahme vorgeschaltet sind ferner mehrfache Bewerbungsschreiben bzw. Vorgespräche. Innerhalb der Institutionen konkretisiert sich Hochschwelligkeit bezogen auf institutionelle und fachliche Aspekte in formellen Aufnahme-ritualen, strengen Reglements, Kontaktsperren und konfrontativen Methoden (vgl. 2.1.4.2).

In der *organisatorischen Gliederung und inhaltlichen Ausgestaltung* liegt der Schwerpunkt in der *Beratungs- und Behandlungsstufe* und der stationär-therapeutischen Unterstützung des Ausstiegs. Andere Formen der Hilfe, d.h. etwa Methadonsubstitution oder ambulante Therapieformen, die Petzold als ergänzende Maßnahmen einbaut, gelten als suchtvördernd und kontraindiziert bzw. als Ausdruck einer resignativen Haltung der Professionellen (vgl. Heckmann 1985, 1986; Keup 1980; Krauthahn 1980). Ebenso geht die von Petzold konzipierte *Kontaktstufe* in der Beratungsstufe⁶⁵ auf und verliert dort ihren Charakter eines schwellensenkenden Kontaktangebots. Die *Entzugsphase* gilt weitgehend als notwendige Voraussetzung für die Aufnahme in die Therapeutische Gemeinschaft. In ihrer organisatorischen Verortung im medizinisch-psychiatrischen System der Suchtkrankenhilfe⁶⁶ bildet sie zwar eine eigenständige Phase, bleibt darin allerdings – inhaltlich betrachtet – ohne eigenen Wert für den weiteren Ausstiegsprozess (vgl. Backmund 1995: 57; Ladewig/Stohler 1994: 145; Trüg 1992: 324; Vormann 1991: 19, 26ff.), wie es sich begrifflich in der Bezeichnung als Entgiftung⁶⁷ niederschlägt. Dies unterstreicht die Distanzierung der Drogenhilfe vom traditionellen, d.h. medizinisch-psychiatrischen System. Die *Reintegrationsstufe* ist weitgehend angebunden an die Therapeutische Gemeinschaft selbst und konturiert sich wenig als eigene Stufe. Während Petzold (1974d: 214) ihr einen hohen Stellenwert einräumt, bleibt ihr Charakter in der Bundesrepublik Deutschland randständig und sie wird nur selektiv wahrgenommen. Bisweilen obliegt sie der privaten Initiative der MitarbeiterInnen aus stationären Einrichtungen (vgl. Hünnekens/Raschke/Rometsch 1988: 197).

Die *spezifische Bedeutung der Therapeutischen Gemeinschaft* (vgl. 2.1.4) liegt in deren herausgehobener Stellung in doppelter Hinsicht. Erstens bildet sie das grundlegende Angebot der Behandlungsstufe; zweitens richten sich die Maßnahmen der anderen Stufen zentral an ihr aus. Das heißt, Maßnahmen, die nicht in diese Richtung weisen, bleiben ausgeklammert, und die Verfahrensweisen der übrigen Stufen orientieren sich daran, den Weg dorthin zu bahnen.

⁶⁵ Das „kleine Modell“ der Vierstufenkette, wie es Petzold für kleinere und mittelgroße Städte, aber auch vor dem Hintergrund einer zunehmenden Privatisierung der Drogenszene, entwirft, beinhaltet auch diese Zusammenlegung von Kontakt- und Eingangsstufe (vgl. Petzold 1974b: 525f., 1980b: 226; Schulz 1974: 146ff.).

⁶⁶ Die Ansiedlung der Entzugsphase im traditionellen Bereich der Suchtkrankenhilfe folgt nicht nur inhaltlichen Kriterien, sondern ebenso den primären Finanzierungszuständigkeiten der Leistungsträger, denen zufolge die Krankenkassen für den Entzug und die Rentenversicherungsträger für die Entwöhnungsbehandlung, d.h. die Therapie im engeren Sinn, zuständig sind (vgl. Bader 2002: 397ff.; Krausz 1995: 50ff.).

⁶⁷ Der Begriff der Entgiftung, im engeren Sinn die körperliche Entgiftung, steht für den Abbau des Drogengiftstoffes im Körper, was als notwendige Voraussetzung für eine weiterführende Abstinenztherapie betrachtet wird (vgl. Vormann 1991: 17).

Diese exklusive Bedeutung macht die abstinenzorientierte Drogentherapie in der Form der Therapeutischen Gemeinschaft zum *Königsweg der Hilfe* schlechthin. Die Ränder, also die Kontakt-, die Entzugs- und die Reintegrationsstufe bleiben dabei ebenso unterbelichtet wie solche Hilfeformen der Behandlungsstufe, die über die stationäre Abstinenztherapie hinausweisen. Die noch für Release kennzeichnende Vielfalt weicht einem „eindimensionalen System“ (Hoffmann-Bayer 1991: 242) der strikt stufenförmig organisierten Ausstiegsmöglichkeiten. Insofern drückt sich in der exklusiven Bedeutung der Therapeutischen Gemeinschaft prägnant die Vereinheitlichung der Drogenhilfe im Rahmen von „einseitigen Interpretationsansätzen“ (Zimmer-Höfler/Uchtenhagen/Fuchs 1988: 289f.) aus.

2.1.4 Die Therapeutische Gemeinschaft: Das Grundmodell professionellen Handelns in der Drogentherapie

Eingebunden in die Therapeutische Kette entwickelt die Drogentherapie mit der Therapeutischen Gemeinschaft ein methodisch und gruppodynamisch wirksames Instrumentarium, dessen Aufbau eng bezogen ist auf die vielschichtigen Wandlungsprozesse der psychosozialen Versorgung insgesamt (vgl. 2.1.1). In den folgenden Ausführungen möchte ich mich vor diesem Hintergrund auf die wesentlichen methodisch-inhaltlichen Konkretisierungen der Therapeutischen Gemeinschaften, die als Grundmodell professionellen Handelns in der Drogentherapie betrachtet werden, konzentrieren.

Die Therapeutische Gemeinschaft der stationären Drogentherapie stellt nach Kahlert eine *gelingene Synthese*⁶⁸ aus wesentlichen Momenten der drogenfreien Lebensgemeinschaften und der modernen Sozialpsychiatrie dar (vgl. Kahlert 1997: 179f.): Von den drogenfreien Gemeinschaften bezieht die Therapeutische Gemeinschaft ihre besondere Wachsamkeit gegenüber allen Phänomenen des Drogenmilieus und der damit verbundenen Umgangsformen. Das Ziel, eine *Gegenwelt* in der Therapeutischen Gemeinschaft aufzubauen, leitet sich hieraus ab. Von der Seite der Sozialpsychiatrie bezieht die Therapeutische Gemeinschaft die Vorstellung, dass sich alle an der Behandlung beteiligten Personen als PartnerInnen im therapeutischen Prozess einbringen und in einem tendenziell nicht hierarchischen Gefüge als selbstverantwortlich-handelnde Subjekte agieren. Demnach speist sich das speziell drogentherapeutische Konzept der Gemeinschaften aus zweierlei Quellen, die im Sinne der Erreichung von Abstinenz fruchtbar miteinander verbunden werden.

In einem ersten Schritt soll daher zunächst das Konzept der Therapeutischen Gemeinschaft, wie es innerhalb der Sozialpsychiatrie entwickelt wurde, in seinen für die drogentherapeutische Konzeption bedeutsamen Anteilen betrachtet werden (2.1.4.1). Daran anknüpfend werden die spezifischen Konkretisierungen der Therapeutischen Gemeinschaft in der Drogenthe-

⁶⁸ Auf diesen synthetischen Zusammenhang verweisen implizit oder explizit nahezu alle Arbeiten, die sich mit der Therapeutischen Gemeinschaft in der Drogenarbeit befassen. Exemplarisch sei hier verwiesen auf Bader 2002; Bossong 1988; Brömer/Becker 1993; Heckmann 1980b; Heckmann/Vormann 1980; Junge 1991; Renggli/Tanner 1994.

rapie, wie sie sich in organisatorischer, inhaltlicher und methodischer Perspektive zeigen, herausgearbeitet (2.1.4.2). Auf dieser Basis können zusammenfassend maßgebliche Leitlinien professionellen Handelns für die drogentherapeutische Gemeinschaft formuliert und hinsichtlich der Synthese sozialpsychiatrischer und drogenfreier Gemeinschaften reflektiert werden (2.1.4.3). Zu klären ist, was die spezifische methodisch-inhaltliche Gestaltung der Therapeutischen Gemeinschaft in der Drogenhilfe – in der Assoziation von sozialpsychiatrischen und drogenfreien Therapie- bzw. Lebensgemeinschaften – ausmacht und wie diese rückgebunden sind an die dargestellten theoretischen Grundlagen.

2.1.4.1 Das Konzept der Therapeutischen Gemeinschaft als sozialpsychiatrisches Modell

Das Konzept der Therapeutischen Gemeinschaft entwickelte Maxwell Jones für die sozialpsychiatrische Arbeit bereits Ende der 1940er Jahre⁶⁹ (vgl. Jones 1952) als eine demokratische Dimension, die aus den traditionellen Konzepten der medizinischen Psychiatrie herausgewachsen ist und in sich system- und organisationstheoretische Wissensbestandteile vereint (vgl. Jones 1976: 9). Ziel ist es, „den Patienten durch optimalen Einsatz der Fähigkeiten und des Potentials von Personal, Patienten und deren Angehörigen zu helfen“ (ebd.: 27). Das Konzept zeichnet sich im Bezug auf alle Beteiligten durch drei wesentliche Grundprinzipien aus, nämlich durch (1) eine Verteilung der Verantwortlichkeit und Autorität auf alle GruppenteilnehmerInnen und flexible Gruppenleitungsstrukturen; (2) eine demokratische, enthierarchisierte und flexible soziale Ordnung, die eine allgemeine Beteiligung an Entscheidungsprozessen garantiert; (3) Kommunikationsstrukturen, die gleichberechtigte und aktive Interaktion sowie soziales Lernen⁷⁰ als wesentliches Element von Wachstum fördern. Der Begriff ‚Therapeutisch‘ bestimmt sich nach Jones aus seinen zahlreichen Bedeutungen „und scheint vor allem davon abzuhängen, was der Therapeut für geeignet hält, um einem einzelnen Patienten oder einer Gruppe von Patienten zu helfen“ (Jones 1976: 11). Der Begriff Gemeinschaft zielt auf eine Gruppe von Menschen mit einer gemeinsamen Identität oder einem gemeinsamen Ziel, das sich insbesondere aus ihrer Selbstdefinition ableitet (vgl. ebd.: 11f.).

Gruppenpsychotherapie stellt Jones folgend einen ersten Schritt in die Richtung sozialen Lernens dar. Sie fokussiert unter Anwendung psychotherapeutischer Prinzipien auf die Einzelpersonen in ihren Interaktionen der künstlich erzeugten sozialen Umgebung, lässt jedoch das Potential der tatsächlichen Umwelt außen vor (vgl. ebd.: 27f.). Psychotherapeutische Einzel-

⁶⁹ Die Konzeptentwicklung basiert auf Jones' Arbeit in britischen Kliniken während des Zweiten Weltkriegs. Zunächst arbeitete er mit Soldaten, die im Krieg an so genannten Herzneurosen erkrankt waren. Danach entwickelte Jones das Konzept weiter für dissozialisierte und unter ihren Erfahrungen leidende Kriegsheimkehrer.

⁷⁰ Nach Jones (1980: 67) ist „soziales Lernen der Hintergrund eines jeden denkbaren Programms, Menschen in Notlagen zu helfen“. Nach diesem Verständnis schlägt Jones vor, den interaktions- und prozessbezogenen Begriff *Soziales Lernen* als weniger präventiven für alle Behandlung, Therapie oder Trainings zu verwenden. Soziales Lernen bezieht er auf jene Veränderungsprozesse, die sich in zwischenmenschlichen Interaktionen einstellen, wenn Krisen und Konflikte der Gruppensituation in ihrer psychodynamischen Wirkweise analysiert werden. Als ein „Lernen durch Leben“ ist soziales Lernen eingewoben in alltägliche Routine, in der es jederzeit begründet in Schwierigkeiten und Konflikten stattfinden kann, vorausgesetzt, die Beteiligten sind motiviert und die Professionellen verfügen über die Kompetenz, solche Prozesse in Gang zu setzen (vgl. Jones 1976: 23ff.).

und Gruppentherapie erhalten insofern einen, die grundlegende Rahmenstruktur der Gemeinschaft ergänzenden und unterstützenden Charakter (vgl. ebd.: 14f.). Das Wesentliche bleibt der Gemeinschaftsgedanke. Von diesem Gedanken der Therapeutischen Gemeinschaft als Raum und Medium sozialen Lernens aus konzipiert Jones die Öffnung des institutionellen Rahmens in gemeindepsychiatrischer Perspektive (vgl. ebd.: 114ff.).

In seinen strukturellen Elementen umfasst das Konzept der Therapeutischen Gemeinschaft *unterschiedliche gruppenspezifische wirksame Komponenten* (vgl. Jones 1976: 12f.), die sich folgendermaßen charakterisieren lassen:

- Eine Form des *Psychodramas*⁷¹ reinszeniert im ‚Theater‘ Vergangenes, macht es neu erlebbar und in der nachfolgenden Reflexion in der Gruppe für den eigenen Erfahrungsprozess zugänglich.
- Die Arbeit als tägliche Beschäftigung und die *Arbeitstherapie* bilden den strukturellen Rahmen für die „Gewohnheiten des täglichen Lebens“ (ebd.: 13). Auch hier dient eine gemeinsame reflektierende Rückschau, die von den jeweils zuständigen MitarbeiterInnen angeleitet wird, dazu, negative Verhaltensweisen zu reduzieren und positive zu fördern.
- Die täglich stattfindende *Gemeinschaftsversammlung*, an der alle PatientInnen und MitarbeiterInnen teilnehmen, kennzeichnet Jones als den Höhepunkt des Tages. Sie stellt einen Raum her, in dem die Gemeinschaft Erfahrungen austauscht, Probleme erkennen, Prioritäten festlegen und sich mit schwierigen Problemen der PatientInnen und des Personals auseinandersetzen kann. Wenngleich diese Versammlung als eine hinsichtlich ihrer Interaktionsmuster nicht unproblematische Komponente beschrieben wird, unterstreicht Jones die zentrale Bedeutung für das gesamte Konzept: Es vermittelt sich hier insbesondere ein Zugehörigkeitsgefühl als zumeist neue Erfahrungsqualität für die AdressatInnen und ermöglicht in dem spezifischen Setting die Ausbildung von Vertrauen und Gruppenidentität sowie das Lernen von Eigen- und Mitverantwortung. Die Gemeinschaftsversammlung schafft mithin den Raum, das Handeln der Einzelnen zu betrachten und nach Verstehen auch unverständlicher Momente zu suchen.
- Eine anschließende *Besprechung* der Professionellen und die Fortführung der begonnenen Prozesse in einer *kleineren Gruppe*, in der stärker die intrapsychische Dimension der Probleme in den Vordergrund kommt, runden die Gemeinschaftsversammlung ab und knüpfen an die subjektiven Erfahrungsprozesse an.

⁷¹ Jones betont, dass Morenos Arbeiten derzeit für ihn und seine Mitarbeiter unbekannt waren (vgl. Jones 1976: 12). Vormann und Heckmann heben dagegen den Einfluss Morenos auf das Wirken Jones hervor. Insofern sehen sie Morenos Rolle darin, erstmals das Konzept der Therapeutischen Gemeinschaft theoretisch und methodisch ausgearbeitet zu haben (vgl. Vormann/Heckmann 1980: 27f.).

Über solche gezielten Gruppenzusammenhänge hinaus hebt David Cooper auf die Relevanz so genannter *spontaner Gruppen* ab. Gemeint sind Gruppen, die sich zu jeder Tages- und Nachtszeit zu jedweden alltäglichen Thema bilden können. Dabei sind die Gruppen hinsichtlich ihrer gruppenspezifischen Prozesse an sich interessant. Sie sind es jedoch auch in Bezug auf die Deutungsmuster der Professionellen, wie sie sich in der Thematisierung solcher Geschehnisse ausdrücken. Es spiegeln sich darin gleichsam jene Meinungen, (Vor-)Urteile und Phantasien, die eine spezifische professionelle Haltung prägen (vgl. Cooper 1971: 105).

2.1.4.2 Die Therapeutische Gemeinschaft als Konzept der Nachreifung

Für die Therapeutischen Gemeinschaften der Drogenarbeit ist, neben den dargestellten Prinzipien des sozialpsychiatrischen Modells, das Konzept der Nachreifung⁷² prägend. Nach dem Vorbild US-amerikanischer Einrichtungen⁷³ (vgl. Petzold 1974c, 1974d: 197f.) orientieren sich die Gemeinschaften an einem idealtypischen phasenförmigen Verlauf der Nachreifung. Der Verlauf rekonstruiert gleichsam die für die Persönlichkeitsentwicklung wesentlichen Sozialisierungsschritte (vgl. Petzold 1980c: 250ff.). Die Abstinenz von jeglichen Drogen, der verantwortungsvolle Umgang mit Freiheiten wie generell die Ausbildung sozialer Kompetenzen basierend auf einer neuen Ich-Stärke und Persönlichkeitsreife stellen die zentralen Ziele dar. Täschner (1983: 187) geht noch einen Schritt weiter und fasst Abstinenz nicht nur als Ziel, sondern vielmehr als Basis der Therapie.

Im Mittelpunkt des *Phasenmodells* steht die zeitlich gestufte Übernahme von mehr Verantwortung und Belastung innerhalb der Gemeinschaft, die den Einzelnen wachsende Rechte, Freiheiten und Pflichten im Therapieverlauf zugesteht und in der „sich der Einzelne emporarbeiten“ kann (Keup 1974: 14; vgl. auch Bauer 1980; Petzold 1974d: 200ff.; Saake/Stichtenoth 1980). Ziele und Teilziele, welche die Einzelnen innerhalb der Therapeutischen Gemeinschaft erreichen sollen, sind prinzipiell in das Phasenmodell bereits eingelassen und vermitteln sich zudem im Vorbild der bereits länger anwesenden AdressatInnen (vgl. Petzold 1974d: 201). Jeder Schritt, d.h. jedes erreichte Ziel, ist wiederum verbunden mit einem Zugewinn an sozialem Status, Freiheit und Verantwortung. Allgemein wird davon ausgegangen, dass sich im fortschreitenden therapeutischen Prozess die Gemeinschaft stabilisiert, indem Einzelne ihre Therapie abbrechen oder aufgrund von Rückfallereignissen disziplinarisch entlassen werden (vgl. Ladewig 1988: 327; Sturm/Meyer 1974: 232).

⁷² Nicht nur das Konzept, wie es allen voran von Petzold erarbeitet wurde, übt einen entscheidenden Einfluss auf die Praxis der Drogentherapie aus. Petzold selbst war auch an der Gründung und Konzeptionsentwicklung verschiedener Einrichtungen direkt beteiligt: Daytop-Therapiecenter in Fridolfing 1972, Therapeutische Wohngemeinschaft Dürnbuch 1973, Beratungsstelle in Nürnberg 1972. Explizit unter Bezugnahme auf das Vierschrittemodell von Petzold stehen die Gründungen von Einrichtungen in Niedersachsen (Vorläufer der Therapiekette Niedersachsen), Four Steps in Pforzheim 1973, Four Steps in Schorndorf 1974 (vgl. Vormann/Heckmann 1980).

⁷³ Dies bezieht sich hauptsächlich auf die US-amerikanischen Konzepte wie Daytop oder Synanon (vgl. Bauer 1980; Casirel 1974; Mitarbeiter des Daytop-Programms 1974; Petzold 1974c, 1974e; Yablonsky 1974).

Die einzelnen Phasen des Nachreifungsprozesses mit ihren verschiedenartigen Erfahrungs- und Entwicklungsqualitäten werden in der als Familie gedachten Gruppe durch spezifische Rituale eingeleitet (vgl. etwa Bauer 1980: 325). Die *erste Phase* zielt auf die Regression der AdressatInnen, indem starke Restriktionen und die totale Auslieferung an die Gruppe es den Einzelnen ermöglichen, wichtige archaische Gefühle wiederzuerleben. In der *zweiten Phase* steht die soziale Orientierung im Zentrum. Innerhalb der therapeutischen Gruppensitzungen und den Alltagsaufgaben der Gemeinschaft finden in der Gruppe unterschiedliche Prozesse sozialen Lernens statt. Sozialisationsakte werden darin möglich, die einer Altersperiode zwischen sieben und zwölf Jahren zuzuordnen sind. Mit der *dritten Phase* übernehmen die Gemeinschaftsmitglieder die Rolle der älteren Geschwister. Die AdressatInnen tragen nun selbst mehr Verantwortung innerhalb der Institution, aber auch für sich und ihren eigenen Therapie- und Wachstumsprozess. Die Orientierung nach außen und die Ablösung von der therapeutischen Gemeinschaft rücken mit der *vierten Phase* in den Mittelpunkt des therapeutischen Prozesses (vgl. ebd.: 324ff.; Petzold 1974d: 201ff. 1980c: 250f.; Sturm/Mayer 1974: 225ff.). Die AdressatInnen sind nunmehr, am Ende des Nachreifungsprozesses, in der Lage, Verantwortung für ihr eigenes Leben zu übernehmen, ohne auf die Einbindung in die stützende Therapeutische Gemeinschaft angewiesen zu sein.

Die persönliche Entscheidung der Einzelnen, sich völlig in die Gemeinschaft hineinzubegeben, sich auf die Regression einzulassen sowie die identitätsermöglichende Begegnung mit den Menschen in der Gemeinschaft zuzulassen, bilden die zentralen Grundlagen für persönliches Wachstum und Verantwortungsübernahme. In diesem Sinne gilt die Therapeutische Gemeinschaft als ein Ort der radikalen Änderung der Lebensverhältnisse, innerhalb derer (wieder) Leben gelernt werden kann (vgl. Heckmann 1997: 266; Scheiblich/Schwehm/Heudtlass 1990: 143; Vormann/Heckmann 1980: 46).

Innerhalb der Therapeutischen Gemeinschaften der Drogentherapie kommt, einem „pragmatischen Eklektizismus“ (Petzold 1974d: 182) folgend, eine Vielfalt an einzel- und gruppentherapeutischen Behandlungselementen oder auch arbeitspädagogischen Elementen in Anlehnung an Makarenko – je nach Einrichtung unterschiedlich gewichtet – zum Einsatz (vgl. Saake/Stichtenoth 1980: 295f.; Schulz 1974: 54f.). Wichtiger als spezifische Konkretisierungen erweist sich bei Petzold die Verbindung verschiedenster Elemente zu einem Methodenmix, innerhalb dessen somatische, psychische, kognitive und soziale Dimensionen des Menschen in seinem ökologischen Feld Beachtung finden.⁷⁴ Konfrontativen Methoden⁷⁵ – gegenüber

⁷⁴ Petzold benennt in seinen Schriften teilweise voneinander abweichende methodische Differenzierungen, was im Kontext des gerade angesprochenen Eklektizismus und der angestrebten ganzheitlichen Orientierung zu sehen ist. Zur Sprache kommen Körpertherapie, Psychotherapie, Soziotherapie, pädagogische Maßnahmen, bewusstseins- und sinnorientierte Gruppen sowie ökologische, am Lebensraum orientierte Interventionen. Als hauptsächliche Elemente für die Therapeutische Gemeinschaft der Drogentherapie benennt Petzold dennoch vorrangig die Körpertherapie und die Psychotherapie (vgl. Petzold 1974d: 210f., 1980c: 251).

den Einzelnen wie in der Gruppe – wird allerdings ein besonderer Stellenwert beigemessen. Dies begründet sich in der psychosozialen Unreife und Verwahrlosung der AdressatInnen, die zu widerständigen Verhaltensmustern und mangelnder Einsicht in die notwendige Veränderung und in die Anpassung an die Erfordernisse der Therapeutischen Gemeinschaft führe. Konfrontatives Handeln richtet sich darauf, den subjektiven Einschätzungen und Bewertungen der AdressatInnen objektivierende Deutungen auf einer realistischeren Ebene entgegenzusetzen und mit überzeugender Eindeutigkeit die Einsicht der Einzelnen zu erreichen (vgl. Keup 1974; Heckmann 1997: 267; Mitarbeiter des Daytop-Programms 1974; Petzold 1980b: 225; Sturm/Meyer 1974: 227).

Im gruppenförmigen *Aufnahmegespräch* bilden verbale Angriffsstrategien ein zentrales Medium, um das drogenspezifische Verhalten des Täuschens und Austricksens zu entlarven und zu durchbrechen, damit die Einzelnen stattdessen echte und authentische Verhaltensweisen entfalten können, aber auch ihre Ausstiegsmotivation beweisen sollen (vgl. Bauer 1980: 322ff.; Mitarbeiter des Daytop-Programms 1974: 411f.; Petzold 1974d: 211; Saake/Stichtenoth 1980: 296; Yablonsky 1990: 86ff.). Das Ausschalten aller als szenetypisch charakterisierten Elemente unterstützt diese in der Konfrontation anvisierten Effekte (vgl. Petzold 1974c: 55f.). Hinzu kommen die in der Betonung eines umfassenden Regel- und Sanktionssystems angelegten, vielfältig in den Therapieablauf eingelassenen, kontrollierenden Mechanismen (vgl. etwa Bauer 1980: 328f.; Brömer 1991: 49; Heckmann 1980a, 1997: 265; Mitarbeiter des Daytop-Programms 1974: 419ff.; Sturm/Meyer 1974: 225f.; Yablonsky 1974: 101f.). Sowohl die MitarbeiterInnen als auch die AdressatInnen untereinander kontrollieren und sanktionieren. Grenzziehung als weiteres wesentliches Handlungsprinzip zielt darauf, persönliche Stabilität, Unabhängigkeit und Eigenverantwortung zu ermöglichen.

Ein „totales therapeutisches Setting“, wie es Petzold (1974d: 139, 1980b: 226f.) grundsätzlich für die Therapiekette als Sozialisationsinstanz fordert, ist für die Therapeutische Gemeinschaft in besonderem Maße ausschlaggebend. Das therapeutische Setting bezieht sich nicht nur auf die einzelnen Gruppen, die Arbeit oder einzelne Interventionsformen, es erfasst den ganzen Alltag des Lebens in der Wohngemeinschaft (vgl. Saake/Stichtenoth 1980: 291ff.) und erzeugt eine „totale therapeutische Atmosphäre“⁷⁵ (Feuerlein 1984: 194, 218). Verantwortlich für die Schaffung einer totalen therapeutischen Atmosphäre sind insbesondere ein konsequentes Normensystem und die Allgegenwärtigkeit der Gruppe und der MitarbeiterInnen. Zum Therapiebeginn bindet die Totalität neue AdressatInnen an die Gemeinschaft, der sie sich prinzipiell unterordnen. Das anfänglich starke Verlangen nach Drogen soll in der Abhängigkeit von der Gruppe substituiert werden (vgl. Heckmann 1997: 266f.; Mitarbeiter des Daytop-

⁷⁵ Maßgeblich sind diesbezüglich insbesondere die Encountergruppen, die Aversionstherapien sowie verbale Angriffstherapien (vgl. weiterführend Casirel 1974: 106ff.; Feuerlein/Küfner/Soyka 1998: 284f, 334f.; Fredersdorf 1994: 195ff.; Freudenberg 1980: 236f.; Petzold 1974c: 54ff.; Yablonsky 1990: 44ff., 53ff., 124ff.).

⁷⁶ In der 5. Auflage des Buches ist dann ist nur noch von einer „therapeutischen Grundatmosphäre“ die Rede (vgl. Feuerlein/Küfner/Soyka 1998: 310).

Programms 1974; 416; Sturm/Meyer 1974: 225; Saake/Stichtenoth 1980: 293f.). Auch diesbezüglich bilden die bereits länger anwesenden Personen eine wesentliche Stütze der totalen therapeutischen Atmosphäre.

Petzold folgend ist dabei die professionelle Kompetenz der MitarbeiterInnen, die sich ausweist im Zusammenspiel von Fachlichkeit, Haltung und Persönlichkeit, ausschlaggebend für die Herstellung einer *inneren Konsistenz* der therapeutischen Atmosphäre. Alle MitarbeiterInnen müssen hinter dem Konzept stehen, die gleichen Ziele verfolgen und eine einheitliche therapeutische Haltung vertreten (vgl. Petzold 1974d: 156f.). Schwierig ist etwa, wenn ein permissiver, so genannter weicher Stil und ein direkter, so genannter harter Stil in der Gemeinschaft aufeinander treffen. Daraus resultieren Schwierigkeiten für AdressatInnen und MitarbeiterInnen gleichermaßen. Wie bereits veranschaulicht, gelten konfrontativ-konsequente Formen professionellen Handelns als effektiv. Gleichzeitig wird auch auf das ungewöhnlich hohe Maß an Selbstsicherheit und Überzeugungskraft verwiesen, die notwendig sind, um dem extremen Wertungssystem der AdressatInnen begegnen zu können und von diesen ernst genommen zu werden (vgl. Sturm/Meyer 1974: 227). Darüber hinaus wird ehemaligen DrogengebraucherInnen, so genannten Ex-UserInnen, ein besonders guter Zugang zur Problematik zugeschrieben, vor allem zu den als drogenkonsumspezifisch bewerteten Denk- und Handlungsweisen (vgl. Bauer 1980: 339ff.; Yablonsky 1990: 46f.).

2.1.4.3 Zusammenfassung der Leitlinien in Therapeutischen Gemeinschaften der Drogenarbeit

Vor dem Hintergrund der bisherigen Ausführungen können nunmehr die charakteristischen Leitlinien der Therapeutischen Gemeinschaft des Drogenbereichs formuliert und anschließend hinsichtlich der angesprochenen Synthese von sozialpsychiatrischen und drogenfreien Gemeinschaften reflektiert werden.

- *Kompensation von Defiziten:* Vorrangig handlungsleitend ist die Perspektive auf das Pathologische und Defizitäre im Drogengebrauch und in den Lebensweisen der KonsumentInnen. Daraus leitet sich, auf die Kompensation vorhandener Defizite und Entwicklungspathologien gerichtet, die zentrale Aufgabe der Nachreifung und des sozialen Lernens ab.
- *Langzeittherapie mit schematisiertem Therapieprogramm:* Entsprechend der Problemdefinition als einer der Drogenabhängigkeit immanenten, frühen Reifungs- bzw. Persönlichkeitsstörung konzentriert sich die Therapeutische Gemeinschaft auf die stationäre Langzeittherapie. Ausgestattet mit einem schematisierten Therapieprogramm zielt sie darauf, dass die Einzelnen ihre als „destruktive Ersatzidentität“ (Saake/Stichtenoth 1980: 292) verstandene ‚Junkie-Identität‘ ablegen und zu neuen Einsichten und neuen Formen sozialen Handelns gelangen. Eine größtenteils verallgemeinerte Definition des Problems ‚Drogenabhängigkeit‘ durch die MitarbeiterInnen, wie sie den schematisch

strukturierten Therapieverlauf kennzeichnet, macht eine subjektorientierte Zielklärung überflüssig.

- *Abgeschiedenheit von der Außenwelt:* Nur im völligen Bruch mit dem (drogenbezogenen und nicht drogenbezogenen) Alltag, so die zentrale Annahme, kann vollständige und dauerhafte Abstinenz erreicht werden. Als „neues Zuhause“ (Brömer 1991: 47), „stützender Familienverband“ (Petzold 1980c: 255) oder „rettende Insel“ (Rink 1995b) bleibt die Therapeutische Gemeinschaft folglich relativ abgeschottet nach außen. Sie gestaltet sich nach innen als ein homogenes Kollektiv von Menschen mit gleichem Erfahrungshintergrund, das sich erst zum Therapieende allmählich öffnet.
- *Soziale Hierarchisierung im phasenförmigen Therapieverlauf:* Der phasenförmig geordnete Therapieverlauf impliziert in den einzelnen Phasen unterschiedlich verteilte Rechte und Freiheiten einerseits sowie Pflichten und Verantwortungen andererseits. Die darin angelegte soziale Hierarchisierung der AdressatInnen ist grundlegender Bestandteil des Modells und dient sozusagen als Triebfeder für die als notwendig erachteten Veränderungsprozesse.
- *Tagesstrukturierung als Ordnung des Alltags:* Ein festgefügtter Tagesablauf, in dem sich die je spezifischen Aufgaben der Einzelnen spiegeln, bildet die strukturelle Grundlage der anvisierten Wandlung. In seiner an die gesellschaftlichen Normalitätserwartungen angelehnte Gestaltung im Wechsel von Arbeit, sonstigen Verpflichtungen und Freizeit drückt sich die Abkehr vom unstrukturierten Drogenleben aus. Ferner vermittelt er neue inhaltliche Elemente für eine neu zu strukturierende Zeit.
- *Regel- und Sanktionsmechanismen als Ordnung des Alltags:* Ein umfassendes Regel- und Sanktionssystem, das im Wesentlichen auf einem Set an allgemeinen Grundregeln und phasenspezifisch variierenden Zusatzregeln basiert, strukturiert in weiterer Hinsicht den Alltag.⁷⁷
- *Ort des sozialen Lernens:* Das Konzept versteht sich als eines, das in der spezifischen kollektiven Organisationsform soziales Lernen ermöglicht. Das Zusammenleben der AdressatInnen wie auch die je spezifischen Gruppenzusammenhänge schaffen hierfür einen Raum, der in der kontinuierlichen Auseinandersetzung mit den MitarbeiterInnen sowie innerhalb der Adressatengruppe von den Einzelnen genutzt wird. Die AdressatInnen fungieren hierbei als Co-TherapeutInnen.
- *Kombination psychotherapeutischer und pädagogisch-erzieherischer Elemente:* Eine Kombination psychotherapeutischer Handlungsformen und pädagogisch-erzieherischer

⁷⁷ Als Grundregeln gelten in den meisten Einrichtungen der Drogen- und Alkoholverzicht sowie Gewaltfreiheit. Zusatzregelungen betreffen, unterschiedlich definiert, die Außenkontakte wie z.B. Besuchsmöglichkeiten, Familienkontakte, Postempfang und Ausgang, die Rechte in Bezug auf Musikhören, Fernsehen, Rauchen etc. sowie die konkreten phasenspezifischen Verantwortlichkeiten und Aufgaben (vgl. exemplarisch Gottfried 1989: 39ff.; Mitarbeiter des Daytop-Programms 1974: 416ff.; Sturm/Mayer 1974: 225f.).

Elemente, ergänzt um körperorientierte Verfahren, bestimmen im Wesentlichen das professionelle Handeln. Je nach konzeptioneller Schwerpunktsetzung können die beiden hauptsächlichsten Aspekte, also der therapeutische und der pädagogisch-erzieherische, unterschiedlich akzentuiert sein. Als Kernstück des Arbeitens kristallisiert sich das Setting der Gruppentherapie heraus.

- *Prinzip der Hochschwelligkeit:* Jenseits der konzeptionellen Akzentuierung kristallisiert sich das Prinzip der Hochschwelligkeit in den Methoden und Verfahrensweisen heraus (vgl. 2.1.3). Es impliziert spezifische, von den Hilfesuchenden zu bewältigende Anforderungen vor und zu Beginn der Therapie (Bewerbungsverfahren, Abstinenz- und Therapiemotivationsklärungen und -prüfungen) sowie Anforderungen innerhalb der Institution wie formelle Aufnahme-rituale, strenge Reglements, Kontaktsperren und konfrontative Methoden. In der Erfüllung solcher Anforderungen dokumentiert sich gleichsam der Wille und die Motivation zur Abstinenz.

Wie kann nun vor dem Hintergrund der bisherigen Ausführungen und ihrer Verdichtung in Leitlinien die als grundlegend bezeichnete Synthese von sozialpsychiatrischen Gemeinschaften und drogenfreien Gemeinschaften bewertet werden?

Die Verteilung von Verantwortlichkeit, demokratische, flexible Entscheidungs- und Kommunikationsstrukturen sowie eine enthierarchisierte soziale Ordnung, die im Sinne des sozialen Lernens eine gleichberechtigte und aktive Interaktion aller Beteiligten ermöglichen, wurden für das sozialpsychiatrische Modell der Therapeutischen Gemeinschaft von Jones als zentrale Prinzipien aufgestellt. Die Leitlinien der drogentherapeutischen Gemeinschaften verweisen diesbezüglich auf Abweichungen, die sich primär in der Betrachtung von Drogenabhängigkeit als Ausdruck einer tiefliegenden, innerpsychischen Reifungsproblematik – im Sinne des pathologischen Erklärungsansatzes – begründen.

So stellt die grundlegende Ordnung der Therapeutischen Gemeinschaft ein durch und durch hierarchisches Gefüge mit zentralisierten Entscheidungs- und Verantwortungsverhältnissen dar. Demokratische oder gleichberechtigte Verfahrensweisen sind darin weder angelegt noch angestrebt. Als Basis von Lernprozessen und Veränderung gilt gerade nicht die gleichberechtigte Interaktion. Vielmehr soll soziale Hierarchisierung innerhalb der Gemeinschaft, etwa im Phasenverlauf oder in ausgeprägten Kontrollmechanismen eingelassen, Veränderung und Wandlung hervorbringen. Das Ziel, d.h. die Richtung und Perspektive von Veränderung und Wandlung, ist im Blick auf die Abstinenz von Drogen als Kompensation von Defiziten und Nachreife der Persönlichkeit bereits bezeichnet. Ziele und Veränderungsvorstellungen bleiben insofern als zu thematisierender Gegenstand bzw. als Frage nach den individuellen Zielen außen vor; die Bedeutung selbstdefinierter Ziele, wie sie Jones unterstreicht, wird nicht aufgegriffen.

Ferner steht die am Individuum orientierte Arbeit an der Persönlichkeitsentwicklung im Mittelpunkt. Die als innerpsychische Problematik betonte Persönlichkeitsentwicklung tritt inso-

fern hinter das erweiterte sozialpsychiatrische Verständnis von Persönlichkeitsentwicklung als Prozess sozialer Interaktion in der Lebenswelt zurück. Dabei bestimmt sich der Wert der auf die psychodynamische Entwicklung hin orientierten psychotherapeutischen Settings nicht nur als ergänzender wie von Jones konzipiert, sondern vielmehr in einer zentralen Dimensionierung. Dies löst nicht nur den einheitlichen Charakter von sozialem Lernen, Umwelt und therapeutischem Prozess auf, sondern gefährdet grundsätzlich die Therapeutische Gemeinschaft als Ort des sozialen Lernens.

Es bleibt vor allem der *Grundgedanke* des gemeinsamen Wohnens und Lebens einer Gruppe von Menschen in einer gleichen Lebens- bzw. Problemlage, der übergeht in die Therapeutischen Gemeinschaften der Drogenarbeit. Auch wesentliche Komponenten der konkreten Arbeitsorganisation, wie die Großversammlung, kleinere therapeutisch ausgerichtete Gruppen unterschiedlichen Zuschnitts und der Einsatz von Psychodrama gehen ein in die drogentherapeutische Form der Gemeinschaft. Die sie einfassende innere Strukturierung bestimmt sich, wie gezeigt wurde, aus hierarchisierten und persönlichkeitszentrierten Vorstellungen.

Wenn insofern von der Synthese der wesentlichen Momente der drogenfreien Lebensgemeinschaften und der modernen Sozialpsychiatrie gesprochen wird, dann muss dies als eine ungleiche Synthese relativiert werden. Es zeigt sich, dass insbesondere die Momente der drogenfreien Gemeinschaften einer rigiden Prägung die Momente einer modernen Sozialpsychiatrie überlagern und überformen. Insbesondere die Idee enthierarchisierter Strukturen und Formen konnte sich im Modell der Therapeutischen Gemeinschaft für die Drogenarbeit nicht durchsetzen. Es zeichnet sich insofern keinesfalls ein Gefüge ab, in dem alle an der Behandlung beteiligten Personen als PartnerInnen in einem tendenziell nicht hierarchischen Raum als selbstverantwortlich handelndes Subjekt agieren.

2.2 Zur Diversifizierung der Drogenhilfe: Bedingungsmomente und Konsequenzen

Drogenpolitisch hat sich, wie gezeigt, im Zuge der spezifischen Problematisierungen des Drogengebrauchs eine auf Prohibition und Abstinenz zentrierte Linie durchgesetzt. Die betreffenden Substanzen wurden illegalisiert und der Konsum kriminalisiert. Im Hilfesystem manifestiert sich dieser Kurs zunächst als eine am Abstinenzparadigma orientierte Vereinheitlichung der Maßnahmen in der Therapiekette. Die Drogentherapie als Therapeutische Gemeinschaft bildet darin das Kernstück der Hilfe und gilt als Königsweg im Umgang mit den DrogengebraucherInnen.

An Kritik am bestehenden System der Therapiekette hinsichtlich ihrer mangelnden Reichweite und Effizienz hat es von Beginn an nicht gefehlt (vgl. etwa Albrecht 1991; Bossong 1983b; Burian 1986: 64; Sundermann 1994: 217f.; Scheerer 1980c, 1983a). Sie wurde allerdings lange Zeit als purer „Therapiepessimismus“ (Heckmann 1985: 128; 1986: 7) abgewiesen. Erst die Gefahr der Ausbreitung von AIDS, die zunehmend sichtbaren Verelendungsprozesse und

der Anstieg der Mortalitätsrate werden sozusagen zum Kristallisationspunkt der Unzulänglichkeit einer im Sinne der Therapiekette vereinheitlichten Drogenhilfe (vgl. etwa Akzept NRW e.V. 2000: 2; Gerlach/Kemmesies 1990; Quensel 1986).⁷⁸ Die Verschlechterung der Situation, die Kritik am bestehenden Hilfesystem sowie der zunehmende Einfluss bislang marginaler Perspektiven auf das Phänomen Drogengebrauch mündet in einen umfassenden Modernisierungsprozess der Drogenhilfe, der bis heute fort dauert und in wechselseitigem Zusammenhang eingebunden ist in die als Heterogenisierung der Drogenpolitik charakterisierten Tendenzen politisch-rechtlicher Regulierungen.

Im Folgenden soll daher nach dem Wandel theoretischer und praktischer Bestimmungsmomente der Modernisierung von Drogenhilfe und Drogentherapie gefragt werden. Ich möchte damit einen Bogen schlagen von der Kritik am abstinenzorientierten Hilfesystem aus der Perspektive des Akzeptanzparadigmas (2.2.1) über zentrale, die Entwicklungsdynamik befördernde Forschungsergebnisse (2.2.2) hin zur Ausgestaltung der Drogenhilfe im Zeichen des Therapieverbands und den damit verbundenen Implikationen für die Drogentherapie (2.2.3).

Diese Ausführungen verbinden sich mit zwei wesentlichen Annahmen: Erstes gehe ich aus von einem wechselseitigen Bedingungs Zusammenhang zwischen neuen bzw. neu rezipierten empirischen und theoretischen Perspektiven und neuen und sich verändernden Praxisformen. Zweitens nehme ich an, dass der einem solchen Prozess inhärente Orientierungswandel die abstinenzorientierte Drogenhilfe direkt und indirekt fundamental beeinflusst. In einem Prozess, der bis heute fort dauert, entwickeln sich auf unterschiedlichen Ebenen vielfältige, bisherige Selbstverständlichkeiten und Übereinkünfte in Frage stellende Sichtweisen und Denkmuster. Obschon sie mitunter widersprüchlich und unvereinbar nebeneinander stehen wirken sie fortan – explizit und implizit – auf die professionellen Deutungs- und Handlungsmuster in der Drogentherapie ein.

2.2.1 Das Akzeptanzparadigma und seine Kritik an der abstinenzorientierten Drogenhilfe

Das neu sich entwickelnde und im Zeichen der oben bereits angesprochenen prekären Entwicklungen des Drogenkonsums schnell an Relevanz gewinnende *Akzeptanzparadigma* berührt gleichsam ‚von außen‘ die abstinenzorientierte Drogenhilfe. Das Akzeptanzparadigma beinhaltet als zentrale Idee, Drogengebrauch als soziale Ausdrucksform zu verstehen und basiert insofern auf der Akzeptanz des Konsums als persönlicher Entscheidung der Einzelnen im Sinne eines selbstbestimmten Lebensstils, auch wenn dieser niemals als Modell eigener Le-

⁷⁸ Neben dem Willen zur Verbesserung der Hilfen für DrogengebraucherInnen ist dies ebenso verbunden mit der Sorge um die Auswirkungen auf die gesamte Bevölkerung. So besteht die Gefahr der Ausdehnung von HIV-Infizierungen durch Prostitution in weitere Bevölkerungskreise und allgemein gilt die Sorge den Entwicklungen in den Städten durch öffentliche Drogenszenen, die auch Bedingungen und Folgen des Drogengebrauchs zunehmend sichtbarer werden lassen (vgl. etwa Bader 2002: 400; Barsch 1997; Bschor 1987; Gerlach/Engemann 1994: 33ff.; Kleiber 1990; Ladewig 1988: 327; Schmid 2003: 195f.; Schmidt 1991; Schneider 1997: 67, 1998b: 37f.; Schwilk 1996: 43ff.; Stöver 1991; Trüg 1995; Zimmer-Höfler/Uchtenhagen/Fuchs 1988).

bensperspektiven nachvollziehbar sein sollte (vgl. etwa Gerlach/Kemmesies 1990: 32; Herwig-Lempp/Stöver 1988: 51; Schneider 1990: 38). „Die akzeptierende Drogenarbeit betrachtet Drogenkonsum differenziert als bewusste Konsumententscheidung zum Zwecke des Genusses oder der Selbstmedikation, als Lebensstiläußerung, oder auch als Krankheit, für die es angemessene, d.h. bedürfnisorientierte Hilfen und Therapien geben muss“ (Stöver 1999a: 2, vgl. auch Schneider 2001: 24).

Zusammengefasst zielt die akzeptanzorientierte Hilfe, in Anerkennung der Ambivalenz des Drogenkonsums von erwünschten und unerwünschten Effekten (vgl. Stöver 1997: 81f.), auf die Unterstützung zur selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Erarbeitung realisierbarer Lebensperspektiven mit und ohne Drogen (vgl. Schneider 1992: 159). Drogenfreiheit zu erlangen ist mithin ein mögliches Ziel, das zunächst voraussetzungslos, d.h. ohne Appell an eine sofortige Verhaltensänderung gedacht ist und sich der allgemeinen Zielsetzung einer Verringerung der Risiken des Drogengebrauchs unterordnet. DrogenkonsumentInnen sollen die Möglichkeit erhalten, sich und ihre Fähigkeit zum Ausstieg selbst zu definieren. Die Orientierung an den Bedürfnissen und Kompetenzen der AdressatInnen sowie die Stärkung der Selbststeuerungsfähigkeit und der Selbstgestaltungspotentiale stellen das Selbstbestimmungsrecht in den Mittelpunkt der Hilfekonzeption. Methodisch umgesetzt fokussiert dies auf den Abbau von Schwellen im Zugang zur Hilfe sowie in der Gestaltung bedürfnisgerechter und lebensweltnaher Angebote auf eine Erhöhung der Reichweite (vgl. Stöver 1991: 14). Akzeptanzorientierung fokussiert darin nicht nur auf den Drogenkonsum an sich, sondern ebenso auf andere wichtige Lebensthemen, deren Beachtung in der Hilfestellung jedoch zur Stabilisierung und Abstinenzentwicklung beitragen können. Diversifikation der Angebote wird mithin verstanden als Unterstützungssystem, „das behutsam breit gefächerte, differenzierte, entwicklungsangemessenere, flexible und anforderungsarme Angebote“ (Schneider 1990: 38) unterbreitet.⁷⁹

Ihrem *Selbstverständnis* nach positioniert sich die akzeptanzorientierte Drogenhilfe zunächst als Gegenbewegung zur dominierenden, am Abstinenzparadigma ausgerichteten Drogenarbeit (vgl. Quensel 1986: 28; Stöver 1999c). Dabei versteht sie sich nicht als Alternative oder Konkurrenz zur abstinenzorientierten Arbeit, „sondern als eine veränderte Sichtweise von Drogengebrauch und Drogenentwicklungsverläufen“ (Akzept NRW e.V. 2000: 5). Mit diesem Anspruch verbindet sich *umfassende Kritik* an der abstinenzorientierten Drogenhilfe:

- Grundsätzliche Kritik gilt der Konzeption von Drogenkonsum und Drogenabhängigkeit als *generell behandlungsbedürftiger Krankheit* im Sinne eines eindimensionalen Krankheitsbildes (vgl. Schneider 1998b: 40, 2001: 20f.). Als eindimensional könne das Krankheitsbild insofern charakterisiert werden, als der Krankheitsverlauf einem verall-

⁷⁹ Weiterführend zu den Praxisfeldern und Beispielen konkreter akzeptanzorientierter Hilfemaßnahmen vgl. Akzept NRW e.V. 2000; Gerlach/Schneider (1990: 6f.); Schneider (1997: 68ff.); Schuller/Stöver 1991a; Stöver (1994: 86ff., 107ff.), (1997: 84ff.), 1999b.

gemeinerten Muster folgt, das – sozial und gesundheitlich – direkt abwärts geht. Dem entspreche das pauschale, unreflektierte Bild von DrogengebraucherInnen als Menschen, „die permanent und hochgradig an Drogen ‚hängen‘, erheblich kriminell vorbelastet sind und keine eigenständige Lebensgestaltung mehr zustande bringen“ (Schneider 1998b: 40).

- Die Abstinenzorientierung sei im Prinzip eine *Abstinenzfixierung*, die einer monokausalen Kette von Persönlichkeitsdefizit – Abhängigkeit – Therapie – Abstinenz folgt. Alle Hilfe richte sich nicht nur an diesem Ziel aus, sondern Abstinenz werde, gerade in der Drogentherapie, gleichsam als Bedingung der Hilfe vorausgesetzt. Darüber hinaus gerieten vor dem Hintergrund des bereits klar definierten Ziels die konkreten Bedürfnisse der HilfeadressatInnen ins Abseits und deren eigene Problemdefinitionskompetenz werde ignoriert und minimiert (vgl. Gerlach/Kemmesies 1990: 30ff.; Stöver 1991: 16f.).
- Basierend auf dem pathologischen Erklärungsansatz erfahren DrogengebraucherInnen in der Hilfestellung *Entmündigung und Entsubjektivierung*. In einem verallgemeinerten und vereinheitlichenden Blick werden alle DrogengebraucherInnen per se zur behandlungsbedürftigen Klientel erklärt, deren Defizite und Störungen mittels behandelnder Intervention zu beheben seien. Diese „Zuschreibungskonstrukte und die Verallgemeinerungen von (sicherlich vorhandenen) Drogengebrauchsrisiken“ (Schneider 2001: 22) weise Drogenkonsumierenden einen Objekt- und Opferstatus zu und verhindere vor dem Hintergrund der Interpretationsfolie von Kontroll- und Handlungsunfähigkeit die Entfaltung von Selbsthilfe- und Selbststeuerungskompetenz und führe stattdessen zur permanenten Selbstetikettierung der Hilfesuchenden als süchtig und krank (vgl. hierzu Akzept NRW e.V. 2000: 3; Gerlach/Engemann 1994: 45; Herwig-Lempp 1994: 100ff.; Scheerer 1980b: 27; Schneider 2001; Stöver 1999a).
- Drogenspezifische Betreuungsangebote seien bestimmt durch sehr hohe Eingangsanforderungen, insbesondere die bereits erreichte Abstinenz, und zeichneten sich aus durch eine starre bürokratische Struktur, was für die AdressatInnen kontaktverhindernd wirke. Unterstützt werde dies durch eine weit verbreitete Komm-Struktur der Hilfen, die auch durch das im Therapieverbund (vgl. 2.2.3) an Bedeutung gewinnende Prinzip der Niedrigschwelligkeit (vgl. Gerlach 2004) nur bedingt aufgebrochen werde. *Reichweite und Effizienz* einer abstinenzorientierten Drogenhilfe, insbesondere der stationären Drogentherapie, werden als marginal eingeschätzt (vgl. Schneider 1990: 38; Schuller/Stöver 1991b: 78ff.).
- Politische Hilfe erhalte das abstinenzorientierte Hilfesystem von der Regelung ‚*Therapie statt Strafe*‘, insoweit die mangelnde Nachfrage durch Drogenkonsumierende und die geringe Reichweite des therapeutischen Angebots hiermit ausgeglichen würden, ohne dass die Ziele des Gesetzgebers erreicht werden könnten und die Akzeptanz der AdressatInnen gegeben wäre (vgl. Becker/v. Lück 1990: 201; Quensel 1986: 28f.;

Pfingsten 1997: 17; Sickinger/Kindermann 1992a: 190ff.; Schlömer 1996; Schmid 2003: 247; vgl. auch 1.5).

- Die Therapeutischen Gemeinschaften werden Goffman (1973) folgend als *totale Institutionen* identifiziert. Unterwerfungsszenarien im Sinne spezifischer Initiationsrituale sowie die Organisationsstruktur und typische Interaktionsformen entzögen den AdressatInnen nicht nur wesentliche demokratische Grund- und Persönlichkeitsrechte, sondern trügen auch zu einem umfassenden internen System der Kontrolle bei und etablierten prinzipiell die Delegation von Kontroll- und Befehlsgewalt an die AdressatInnen. Ein tief in die Strukturen und Interaktionen eingelassenes Machtgefälle zwischen den Hilfesuchenden werde hiermit etabliert. Die streng hierarchische Struktur lasse den Einzelnen mit ihren Anliegen keinen Raum und verhindere nachgerade die Entfaltung von selbständigem und eigenverantwortlichem Handeln, wie Müller, Schuller und Tschesche (1983) ausführen. So gehe es nur vordergründig um die Markierung von Reifungsprozessen, dahinter stehe die Normierung durch starre Ordnungsprinzipien im Sinne einer Anpassung der AdressatInnen an die Eigengesetzlichkeit der Institutionen. Ein geringer Grad der Orientierung nach außen erschwere es den NutzerInnen, sinnhafte und tragfähige soziale Beziehungen aufrechtzuerhalten bzw. neu zu knüpfen; auch die Perspektive nachfolgender beruflicher und sozialer Integration sei erschwert durch die rigiden Verfahrensweisen innerhalb der Drogentherapie (vgl. etwa Bossong 1988: 295; Pfingsten 1997: 15f.; Sickinger/Kindermann 1992a: 151).

2.2.2 Der Beitrag der Drogengebrauchs-, Ausstiegs- und Therapieforschung zur Neuorientierung der Drogenhilfe

Die Neuorientierung der Drogenhilfe steht in Zusammenhang mit veränderten Sichtweisen zum Themenkreis Drogenkonsum, -abhängigkeit und Ausstiegsverläufe. Forschungsarbeiten verweisen auf komplexe und höchst heterogen verlaufende Prozesse in einem Geflecht differenzierter soziokultureller und subjekt- und substanzbezogener Faktoren. Prinzipiell neu daran ist ein sich wandelndes Erkenntnisinteresse, das sich nicht lediglich „vom Endstadium einer langen Karriere“ (Quensel 1982: 178) her bestimmt, sondern vielmehr in zyklischen Denkweisen aufgehoben ist. Zyklische Denkweisen bestimmen sowohl die Forschungen zu Einstiegs-, Konsum- und Ausstiegsverläufen in differentieller und prozessorientierter Perspektive (2.2.2.1) als auch die im engeren Sinn auf die Ausstiegsprozesse bezogene Therapie- und Therapieverlaufsforschung (2.2.2.3).

2.2.2.1 *Einstiegs-, Konsum- und Ausstiegsverläufe in differentieller und prozessorientierter Perspektive*

Im Zentrum der folgenden Ausführungen stehen Forschungsarbeiten zum Einstieg in den Drogenkonsum und dessen Fortführung, zum Situationskontext des Gebrauchs, zur Ausprägung kontrollierter Gebrauchsformen sowie zu selbstinszenierten Ausstiegsvarianten.

Zur Entwicklung von Drogengebrauch und Abhängigkeit als interaktiver Prozess der Bedeutungszuschreibung

Am Beispiel des Marihuanakonsums entwickelt Becker⁸⁰ ein Stufenmodell von Abweichungskarrieren, speziell der Drogenkarriere (vgl. Becker 1973: 19ff.), und beschreibt den Weg in den Drogengebrauch als einen soziokulturellen Lernprozess. Entscheidend ist nach Becker die Phase des ersten Kontaktes mit dem Drogenkonsum (vgl. ebd.: 40ff.). Mit einem zweckgerichteten Handeln, wie dies das pathologische Modell suggeriert, hat dieser Beginn nichts gemein. Zumeist führen im Rahmen alltäglicher, vertrauensbasierter Kontakte sehr undeutliche und ambivalente Motive und Wünsche, am ehesten Neugier, zum ersten Drogengebrauch (vgl. Becker 1973: 36f.; Blackwell 1983: 224; Happel 1991: 28f.; Haves/Schneider 1993: 322; Hurrelmann 2000: 454; Reuband 1994: 93ff.; Kemmesies 2004: 262f.). Der weitere Verlauf – also die subjektive Entscheidung über Fortsetzung oder Beendigung – ist zunächst abhängig von den Erfahrungen in dieser Situation. Die rein pharmakologische Wirkung der Substanz ist dabei kaum bedeutend (insbesondere nicht für Marihuana und Cannabis). Wichtiger ist die subjektive Bewertung der ersten Drogenerfahrung als Ergebnis eines Lernens des Drogengebrauchs. Die Bewertung unterliegt dabei der (wissensbasierten) Interpretation durch die Konsumierenden in ihrem spezifischen Umfeld (vgl. Becker 1973: 40ff.).⁸¹

Eine derart lernend generierte, positive Drogenerfahrung kennzeichnet eine notwendige, jedoch keine hinreichende Bedingung für den fortgesetzten gelegentlichen bzw. gewohnheitsmäßigen Konsum. Reuband geht davon aus, dass im Großen und Ganzen eine nicht negative Drogenerfahrung zur Fortsetzung prädisponiert (vgl. Reuband 1980: 73ff.). Maßgeblich ist, inwiefern sich der/die KonsumentIn von gesellschaftlichen Kontrollmechanismen löst und alternative, den weiteren Konsum unterstützende Definitionsmuster entwirft (Becker 1973: 53ff.; Reuband 1994: 29). Die den Kontrollmechanismen inhärenten Botschaften und Wertungen des Gefährlichen und Unmoralischen müssen dabei mittels neutralisierender Rationalisierungen umgedeutet werden.⁸² Gleichzeitig erweisen sich die sozialen, unter illegalen Konsumbedingungen sowohl nützlichen als auch identitätsstiftenden drogenbezogenen Kontexte mit den darin eingewobenen Bedeutungszuschreibungen als wesentlich für eine Versteigerung des Drogenkonsums hin zu mehreren und stärkeren Substanzen oder zu gewohnheitsmäßigeren und riskanteren Konsummustern.⁸³ Drogenkonsum ist insofern als eine Form sinn-

⁸⁰ Die ersten Studien für den 1963 erstmals erschienenen Band „Außenseiter“ (hier in der Ausgabe von 1973 zitiert) wurden bereits in den frühen 1950er Jahren durchgeführt.

⁸¹ Becker führt dies auch für so genannte drogeninduzierte Psychosen aus (vgl. Becker 1983: 197ff.).

⁸² Kemmesies (2004: 263) weist allerdings daraufhin, dass heutzutage die Techniken der Neutralisation, wenngleich nicht irrelevant, so doch an Bedeutung verlieren; das Drogenverbot wirke vielmehr kontraproduktiv im Sinne eines Reiz des Verbotenen.

⁸³ Der Drogenkonsum ist „keine Sache des ‚Alles oder Nichts‘“ (Reuband 1994: 88), sondern beschränkt sich in der Mehrzahl der Fälle auf Probierhandlungen. So gaben 1987 48% der Befragten an, nur bis zu fünf mal Cannabis konsumiert zu haben. Ein weiteres Fünftel bezifferte den Konsum auf 6-20 mal (vgl. ebd.: 82f.). Dies be

vollen Handelns zu betrachten, die sich in der aktiven Auseinandersetzung des Individuums mit seiner Umwelt im Kontext von Bedeutungszuschreibungen und konkreten Interaktionen und Lebensbezügen vollzieht und darin verstetigte und abhängige Formen annehmen kann.

Drogengebrauch im Kontext spezifischer Lebensverhältnisse

Drogengebrauch kann in spezifischen Situationen subjektiv höchst bedeutsam sein, ohne eine situationsüberdauernde, anhaltende bzw. exzessive Gebrauchsphase zu begründen, wie erstmals die empirischen Arbeiten zum Heroinkonsum US-amerikanischer Soldaten in Vietnam aufzeigen (vgl. Robins/Helzer/Davis 1975; Robins u.a. 1980). Gebunden an spezifische Lebensverhältnisse entwickeln Menschen offenbar spezifische Interpretationen ihres Drogengebrauchs, welche sowohl den Konsum als auch dessen Beendigung beeinflussen. Wie problematisch oder wie einfach die Beendigung des Drogengebrauchs verläuft, ob etwa Entzugserscheinungen bedeutsam sind, hängt entscheidend von diesen subjektiven Interpretationen und den darin eingelassenen Erwartungen und Zukunftsperspektiven ab.

Damit verbinden sich weitreichende Implikationen für die theoretischen Annahmen zu den Bedingungsmomenten des Drogengebrauchs. Erstens führt Heroin, trotz seines hohen Suchtpotentials, nicht unweigerlich und generell zur Abhängigkeit (vgl. Zinberg 1983: 265). Zweitens sind die mit dem Konsum hervorgerufenen Effekte weder dauerhaft noch irreversibel (vgl. Robins 1983: 234; Robins u.a. 1980: 222ff.). Ob und wie sich das Suchtpotential und die mit dem Konsum verbundenen Effekte tatsächlich anhaltend entfalten, ist dagegen in hohem Maß von den Verhältnissen der Lebenswelt bestimmt. Diese neue Gewichtung von pharmakologischer Wirkung der Droge sowie subjekt- und lebensverhältnisspezifischen Bedingungsmomenten des Drogengebrauchs führt Zinberg (1984) in seinem *Modell von drug, set und setting* umfassend aus. Die nachfolgend aufgeführten Forschungen beziehen sich im Grunde genommen auf diese sozialwissenschaftlich fundierte Erweiterung der Perspektive.

Kontrollierte Drogengebrauchsformen

Der Wechsel von Phasen abhängigen Drogengebrauchs mit solchen kontrollierter Gebrauchsmuster⁸⁴ oder auch abstinenten Phasen ist in zahlreichen Studien belegt (vgl. etwa Fischer 1994; Kindermann 1988; Krausz/Watermann/Degwitz 1998; Waldorf 1973). Ebenso wie Neugier zum Konsum motiviert, kann offenbar gestillte Neugier, in einer Art motivatio-

stätigt sich auch in einer Studie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, der zufolge 41% der 12-25-Jährigen bereits einmal Drogen angeboten wurden. Wo es zum Konsum kommt, beschränkt er sich auf einige wenige Male und nur ein kleiner Teil (4%) konsumiert regelmäßig (vgl. Quensel/Kolte/Nolte 1996: 27f.).

⁸⁴ Kontrollierte Gebrauchsformen unterscheidet Zinberg (1984: 47ff.) vom compulsiven, also zwanghaften abhängigen Gebrauch. Kemmesies (2004: 44) fasst unter kontrolliertem Drogengebrauch einen solchen Gebrauch, der nicht negativ mit der Alltagsbewältigung korreliert. Wesentliche Bezugsgröße des kontrollierten bzw. nicht abhängigen Gebrauchs ist die Drogengebrauchsfrequenz, d.h. Dosisintensität, Konsumhäufigkeit und Gebrauchsdauer, aber auch Kriterien der sozialen Integration wie etwa Beschäftigungs- oder Ausbildungsstatus.

naler Umkehr, Abstinenzphasen bzw. veränderte Konsumformen begründen (vgl. Kemmesies 2004: 268f.).

Kontrollierte Drogengebrauchsformen sind nicht nur zu begreifen als zeitlich begrenztes Übergangsstadium zwischen experimentellem Genuss und Abhängigkeit oder als Vorstufe zur Abstinenz. Vielmehr handelt es sich um ein eigenständig eingeleitetes, vergleichsweise stabiles Gebrauchsmuster (vgl. Harding 1982: 1224; Haves/Schneider 1992: 75; vgl. Weber/Schneider 1992: 464f.; Zurhold 1993: 50). Sie lassen sich fassen als regelorientierte und sozialintegrierte Konsumvarianten und zeichnen sich aus durch spezifische Strategien der Konsumierenden, die dazu dienen, bewusst einen Abhängigkeitsstatus zu vermeiden bzw. Drogengebrauchsrisiken zu minimieren (vgl. Gerlach/Kemmesies 1990: 32; Korf 1986: 12; Zinberg 1984). Subjektive Überzeugungen und Meinungen über die Art und Weise, wie mit einer bestimmten Substanz umzugehen ist, begründen diverse Regeln des Drogengebrauchs, die einen kontrollierten Konsum unterstützen und stabilisieren. Aus den einzelnen Forschungsarbeiten (vgl. Blackwell 1983, Harding 1982; Kemmesies 1999, 2004; Korf 1986; Weber/Schneider 1992; Zinberg 1984) lassen sich folgende kulturell vermittelte und subjektiv angeeignete, unterstützende *Regelbereiche* charakterisieren:

- Der Drogengebrauch begrenzt sich auf örtliche, soziale und dosisbezogene Arrangements und garantiert so einen positiven und sicheren Drogenenuss.
- Im Bewusstsein der Gefahr einer Abhängigkeitsentwicklung richten sich Rituale und Sanktionen darauf, Abhängigkeit zu vermeiden, etwa indem die Dosis nicht gesteigert wird oder der Konsum weitgehend auf einzelne Substanzen beschränkt bleibt. Das wichtigste Dekret lautet: „Nimm nie so viel, dass du abhängig wirst“ (Harding 1982: 1226).
- Klare finanzielle Vorgaben regulieren den Konsum ebenso wie spezifische Drogenverhaltensmuster, die das Entdeckungsrisiko minimieren. Damit verbunden sind eine gewisse Vorratshaltung und Planung sowie der zeitweilige Konsumverzicht.
- Risikominimierende Konsumweisen, wie Verzicht auf Nadeltausch oder vorsichtiges Injizieren zur Wirkungsabschätzung, werden bewusst im Blick auf die mit dem Drogenkonsum verbundenen gesundheitlichen Gefahren angewandt.
- Drogenfreie Beziehungen und drogenfreie Alltagselemente nehmen einen hohen Stellenwert ein. Eine Selbstdefinition als Junkie wird ebenso abgelehnt wie eine soziale Verortung in der Drogenszene jenseits der Notwendigkeiten zur Drogenbeschaffung. Ein ‚Lebensstil Fixersein‘ wird ausdrücklich nicht übernommen.

Solche Basisregeln als Formen der Selbstkontrolle und der sozialen Kontrolle vor allem im Nahraum (vgl. Kemmesies 2004: 273) zielen zusammengefasst darauf, die positiven und negativen Effekte des Drogengebrauchs sorgfältig auszubalancieren, und ermöglichen einen Drogenkonsum, der nicht unweigerlich zur Substanzabhängigkeit oder sozialen Desintegration führt. Als Resultat eines biografischen und drogenbezogenen Erfahrungs- und Lernprozesses

ses, innerhalb dessen sie aktiv angeeignet und internalisiert werden (vgl. Weber/Schneider 1992: 466), helfen Regeln, Drogen und Drogengebrauch nicht zum zentralen bestimmenden Moment der Alltagsgestaltung werden zu lassen. Vielmehr bleibt der Drogengebrauch eingebunden in vielfältige Lebenspraxen und zeichnet sich aus durch ein hohes Maß an sozialer Integration, ohne dass dem Drogenkonsum ein nachhaltig dominanter Stellenwert eingeräumt wird (vgl. Blackwell 1983: 227ff.; Kemmesies 2004: 269f.; Weber/Schneider 1992: 466f.).

Selbstinszenierte Ausstiegsvarianten: Motive und Potentiale

Mit dem Begriff selbstinszenierte Ausstiegsvarianten⁸⁵ sind solche Formen des Ausstiegs aus dem abhängigen Drogengebrauch angesprochen, die weitgehend unabhängig von professioneller Drogenhilfe von Konsumierenden selbst eingeleitet und vollzogen werden. Die Selbstausstiegsquote bei Substanzstörungen liegt, je nach Substanz, in den ausgewiesenen seriösen Studien zwischen 30 und 80% (vgl. Happel 2003: 42; Schneider 1988: 484f.).

Wesentlich für selbstinszenierte Ausstiegswege, und darin sind sie therapeutisch unterstützten gleich, ist die Frage danach, was in Phasen abhängigen Drogengebrauchs eine solche Entwicklung bedingt. Die Forschungsliteratur verweist diesbezüglich auf selbstbezogene Reflexionsprozesse, die den eigenen Lebensweg im Geflecht von drogenspezifischen und nicht drogenspezifischen Aspekten der Lebenswelt gleichsam bilanzieren. Singuläre Schlüsselerlebnisse, so genannte Wendepunkt ereignisse bzw. existentielle Lebenskrisen, können hierbei bedeutsam sein (vgl. etwa Biernacki 1986: 56f.; Braun/Gekeler 1983: 80f.; Jorquez 1983: 353f.; Klingemann 1990: 449ff.). Stärker wiegen allerdings lebenszeitlich und sozial orientierte Thematiken, die gleichsam im gedanklichen Vergleichsdiskurs hinsichtlich alternativer Potentiale reflektiert werden (vgl. Biernacki 1986: 183; Happel 1988: 484). Für Frauen ist insbesondere eine Schwangerschaft oder auch die Verantwortung für Kinder ein bedeutender Motivationsfaktor (vgl. Zurhold 1993: 171f.). Klingemann verweist dezidiert auf die positiven Motivkonstellationen, die weit entfernt vom völligen Tiefpunkt der Leidensdrucktheorie wirksam werden (vgl. Klingemann 1990: 452).

Braun und Gekeler (1983) arbeiten in ihrer Studie folgende spezifische, ausstiegsrelevante Motivkonstellationen heraus:

Sittlich-moralische Motive: Sie zeichnen sich aus durch einen Wertewiderspruch. Eigene Werthaltungen kollidieren mit im Drogenalltag notwendigen Strategien, wenn etwa die Ver-

⁸⁵ Die Vielzahl der Begriffe für das Aussteigen aus der Drogenabhängigkeit ist beinahe so groß wie die Zahl der Studien zu dem Phänomen selbst: Matouring Out (Winick 1962), Natural Recovery (Biernacki 1986; Waldorf 1983) Untreated Recovery (Waldorf 1983), Von-Selbst-Aufhörer (Braun/Gekeler 1983), Selbstorganisierter Ausstieg (Fischer 1994; Happel 1988, 2003); SelbstentzieherInnen (Rieger 1999); Spontan- bzw. Autoremission (Klingemann 1990, 2000); Selbstinitiiertes und privatorganisierter Ausstieg (Weber/Schneider 1992); Selbstinszenierter Ausstieg (Herriger 1998). In ihrer semantischen Bedeutung verweisen sie implizit stets auf die gewählte Forschungsperspektive. Im Folgenden soll hier in Anlehnung an Herriger (1998) vorwiegend der Begriff des *selbstinszenierten Ausstiegs* verwendet werden. In einem interaktionistisch-theoretischen Bezugsrahmen stellt dieser Begriff die Aktivität des handelnden Subjekts in den Mittelpunkt und erfasst die Unterstützungsleistung privater Netze wie auch professioneller Systeme.

strickung in kriminelle Handlungen Formen annimmt, die nicht länger mit eigenen Wertemustern in Einklang gebracht werden können.

Soziale Motive: Der Verlust von FreundInnen und anderen Bezugspersonen infolge einer zunehmenden Integration in drogenspezifische Zusammenhänge begründen eine zunehmende Angst vor sozialer Isolierung, was bedeutsamer ist als sozialer Druck von außen (vgl. Braun/Gekeler 1983: 80; Gekeler 1983: 30). Das Bestreben, die Anerkennung und Zuneigung von anderen nicht durch weiteren Konsum zu gefährden, kennzeichnet ein solches Motivgeflecht ebenso wie ein (neues) Verantwortungsgefühl gegenüber Dritten, wie etwa dem eigenen Kind gegenüber.

Geistig-psychische Motive: Der fortgesetzte Drogenkonsum wird assoziiert mit einem subjektiv nicht mehr tragbaren Autonomieverlust. Es stellt sich ein Empfinden des Stillstands ein, das drogenbestimmte Leben bietet keine positive Perspektive und der Wunsch nach mehr Selbstbestimmung entsteht (vgl. Gekeler 1983: 30).

Unter dem Begriff des *Matouring Out* fasst Winick (1962: 5f.) Drogenabhängigkeit als eine sich selbst begrenzende Entwicklung, aus der die Konsumierenden im lebensgeschichtlichen Prozess des Erwachsenwerdens herausreifen. Spätere Studien betonen die zeitintensive Dynamik als „sukzessives Herauswachsen aus drogendominanten Lebensbereichen“ (Weber/Schneider 1992: 65). Es handele sich nicht um einen gleichsam automatisch verlaufenden Entwicklungsprozess, sondern um eine wechselhafte Bewegung zwischen drogenbezogenen und konventionellen Lebensbereichen, in der Ausstiegsmotive, soziale Unterstützungsnetze und die konkrete und antizipierte Lebenspraxis ineinander wirken (vgl. Waldorf 1983: 253ff.). Eine wachsende Distanzierung vom Gebrauch illegaler Drogen ist, Kemmesies folgend, nicht als eine Überwindung jugendphasenspezifischen, ‚unreifen‘ Verhaltens zu interpretieren; sie sei vielmehr „Ausdruck einer Risikokalkulation“ (Kemmesies 2004: 255), die risikominimierendes Handeln nahe legt. In kritischer Weiterentwicklung der *Matouring-Out*-These schlägt er vor, diese Abwägungen im Begriff des ‚*Arrangig-With-Prozesses*‘ zu fassen. *Arranging-With-Prozesse* charakterisieren die spezifischen Abstimmungen von Drogenkonsumgewohnheiten mit Alltagsanforderungen und verweisen auf eine subjektive Gewichtung der zunehmenden Distanz zu illegalen Drogen hin zur Akzeptanz legaler Drogen.

In Anlehnung an Biernacki (1986) lässt sich der dynamische Prozess des selbstinszenierten Ausstiegs in vier idealtypischen Phasen, die je spezifische Auseinandersetzungsbereiche und Handlungsanforderungen beinhalten, beschreiben. Gleichwohl sind die Phasen nicht im Sinne einer stringenten Abfolge zu verstehen; sie können sich überlagern oder individuell unterschiedlich gewichtet sein: In der *Initialphase* wird ein Beschluss gefasst: Die zunehmend als konfliktrichtig empfundene Lebenssituation führt zu einer bewussten Entscheidung, den Drogenkonsum zu beenden (vgl. Biernacki 1986: 42ff.). Sich lösen von der Abhängigkeit geschieht in der *Umsetzungsphase*: Die Antizipation zukünftiger, nicht drogenbezogener Perspektiven und alternative Bewältigungs- und Vermeidungsstrategien unterstützen die Bewäl-

tigung eventueller Rückfälle und bilden erste stabilisierende Momente in einem nicht drogenbezogenen Alltag (vgl. ebd.: 65ff.). Die *Stabilisierungsphase* bedeutet abstinenz zu bleiben: Drogenspezifische Handlungsmuster etablieren sich im Alltag und unterstützen die Distanzierung vom drogenbezogenen Lebensstil. Aktivierte und neu sich ausprägende Interessen und Beschäftigungen helfen dabei ebenso wie eine im Vergleich zur Strukturierung durch drogenbezogene Aktivitäten veränderte Alltagsgestaltung (vgl. ebd.: 137ff.). Wenn Abstinenz alltäglich wird, ist man in der *Normalisierungsphase*: Die Etablierung eines Abstinenzstatus macht sich letztlich fest am Maß der sozialen und beruflichen Integration. Normalisierung bedeutet insofern stets, sich mit konventionellen Identitätsangeboten auseinanderzusetzen und sie zu übernehmen. Dies kennzeichnet den längerfristigen Weg des sich allmählichen Arrangierens mit konventionellen Lebensstilen und schließt die Auseinandersetzung mit der teils verinnerlichten, aber auch von außen zugeschriebenen Junkie-Identität ein (vgl. ebd.: 141ff.).

Phasenspezifisch verknüpft sich Ausstieg insofern mit kontinuierlichen Neubewertungen der Lebenslage, die als reflexive Bilanzierung, aber auch als Antizipation alltagsweltlicher, lebensgeschichtlicher und drogenbezogener Verhältnisse und Entwicklungen zu verstehen sind. Kosten und Gewinne des Aufhörens werden hierbei mit den möglichen Kosten und Vorteilen eines Wiedereinstiegs gleichsam ‚verrechnet‘ (vgl. Herriger 1998: 303ff.; Klingemann 2000: 407). Dies drückt sich auch aus in veränderten Orientierungen: Der Anspruch, ‚frei von Drogen zu leben‘, entwickelt sich etwa zur Maxime, ‚das eigene Leben in die Hand zu nehmen und selbst zu gestalten‘, so ein zentrales Ergebnis der Frankfurter Studie zum selbstorganisierten Ausstieg (vgl. Happel 2003: 45; vgl. auch Zurhold 1993: 171ff.).

Neu- und Reformulierungen der subjektiv relevanten Orientierungen sind mithin eingelassen in den sozial und biographisch rückgebundenen Veränderungsprozess. Mit dem Begriff der ‚retroaktiven Selbstsozialisierung‘ erfassen Weber und Schneider (1992: 29) jene interaktiven Momente der Entwicklung eines veränderten Selbstkonzeptes in der Auseinandersetzung mit neuen Handlungsanforderungen, welche sich an den Übergängen zwischen drogenspezifischer und konventioneller Lebenspraxis stellen. ‚Die Übergangsstadien erfordern Auseinandersetzung und aktive Bewältigung und bringen ein verändertes Subjekt hervor. Sie sozialisieren‘ (Weber/Schneider 1992: 461; vgl. auch Fischer 1994: 40f.). Und sie unterstützen die für den Ausstieg notwendigen Identitätstransformationen auf der Basis multipler Identitätsformen, wie die Autoren anknüpfend an Biernacki (1986) ausführen (vgl. Weber/Schneider 1992: 472f.).⁸⁶

Durch den Ausstieg verbesserte Lebenschancen setzen sich gleichwohl nicht automatisch in stabilere Formen der Lebensqualität um. ‚Die Vergangenheit isoliert, selbst wenn die Umge-

⁸⁶ Der Begriff *Identitätstransformation* verweist auf die im Ausstiegsprozess notwendige Veränderung des Identitätswurfs, indem nicht drogenbezogene Identitätskonstruktionselemente integriert werden. Die ‚Junkie-Identität‘, wie sie etwa mit dem Lebensstil Fixersein verbunden ist, wird dabei weniger prägend und wird durch nicht drogenbezogene Identitätswürfe ersetzt. Dies knüpft unmittelbar an das theoretische Konzept der multiplen Identität an (vgl. Keupp 1990: 26ff.).

bung nichts von dieser Vergangenheit weiß“ (Wilde Hilde/Spreyermann 1997: 151; vgl. auch Happel 1988: 296). So erweisen sich strukturell vorgezeichnete Erfahrungen als Barrieren und Hürden auf ihrem Weg in konventionellere Lebenspraxen (vgl. Wilde Hilde/Spreyermann 1997 154ff.). Angesprochen sind damit gewaltförmige und ausbeuterische Erfahrungen während der Konsumzeit, Erfahrungen mit Justiz und Polizei sowie mit helfenden Institutionen und insbesondere die Erfahrung von Ausgrenzung und Stigmatisierung als ‚Junkie‘. Aussteigen braucht einen ‚langen Atem‘ und ist insbesondere auf Ressourcen und Unterstützungssysteme angewiesen (vgl. Gekeler 1983: 30ff; Weber/Schneider 1992: 461; Happel 1988; Fischer 1994:39ff.; Herriger 1998). Sowohl nicht drogenbezogene Netzwerke und Beziehungen als auch ein materieller und sozialer Rückhalt durch Einkommen, Arbeit und Wohnung begründen ein Sicherungsnetz, das eine ausschlaggebende Basis für die gegebenen Herausforderungen bildet. Dieses Netz entscheidet mithin darüber „auf welche Seite sich die Waagschale der persönlichen Bilanzierung senkt“ (Herriger 1998: 305). Fischer spitzt es gar dahingehend zu, dass erst vorhandene Ressourcen in einem sozialen Netzwerk die Entfaltung von Zukunftsperspektiven und Ausstiegsmotivation ermöglichen (vgl. Fischer 1994: 41). Darin scheint die für die Drogentherapie wesentliche Verhältnisbestimmung von Abstinenz und Integration auf und es verweist implizit auf die Frage nach den Unterstützungsformen nach einer abgeschlossenen Therapiemaßnahme.

2.2.2.2 Zwischenresümee: Flexibilisierung und Differenzierung im Sinne vielfältiger Entwicklungs- und Ausstiegsverläufe

In ihren je spezifischen Forschungszugängen greifen die Arbeiten unterschiedliche Gegenstandsbereiche auf, welche in einer pathologie- und abstinenzzentrierten Perspektive an sich undenkbar wären. Dennoch implizieren sie in ihren Ergebnissen Potentiale auch für die abstinenzorientierte Drogentherapie. Die vorgestellten Ergebnisse lassen allerdings, jenseits der Gemeinsamkeit des praktizierten Drogenkonsums, nur wenig Raum für pauschal verallgemeinerte Aussagen im Sinne einer linearen Verlaufsunterstellung ähnlich einer Einbahnstraße, die nur durch Therapie unterbrochen werden könne. Stattdessen erweist sich das Phänomen Drogengebrauch als ein facettenreiches Konstrukt, das ebenso wie die potentielle Beendigung des Konsums nur erfasst werden kann in der subjektspezifischen Entwicklungsdynamik und Prozesshaftigkeit des lebensgeschichtlichen und alltagsweltlichen Zusammenhangs.

Es erweisen sich – erstens – *DrogenkonsumentInnen als eine höchst heterogene Gruppe* hinsichtlich ihrer Gebrauchsmotive, -formen und -regeln, ihrer Arten der Drogenbeschaffung, ihrer Verortung in den Bezügen der Drogenszene und ihrer Entwicklung von ausstiegsrelevanten Motiven, aber auch hinsichtlich der sie kennzeichnenden sozialstrukturellen Merkmale wie Alter, Geschlecht, Herkunft und Bildung. Das Drogengebrauchshandeln beinhaltet – zweitens –, auch in seinen exzessiven und abhängigen Varianten, jederzeit Möglichkeiten zur Neuorientierungen, zu veränderten Gebrauchsformen sowie zum Ausstieg. Abhängige Drogengebrauchsvarianten sind mithin durchaus verbunden mit Formen *subjektiver Kontroll- und*

Handlungsfähigkeit. Wenngleich das abhängigkeiterzeugende, pharmakologische Wirkpotential der einzelnen Drogen nicht zu vernachlässigen ist, vermittelt sich – drittens – das Phänomen Drogengebrauch in seinen unterschiedlich ‚abhängig‘ ausgeprägten Facetten als ein *lebensgeschichtlich und alltagsweltlich eingewobener Handlungszusammenhang*, der zentral bestimmt ist von der je spezifischen Verfügbarkeit über personale, soziale und materielle Ressourcen.

Inwiefern sind diese Erkenntnisse nun relevant für professionell unterstützte Ausstiegsarrangements in den Therapeutischen Gemeinschaften? Im Blick auf die theoretischen Grundlagen der Therapeutischen Gemeinschaften (vgl. 2.1.2) verdeutlichen die empirischen Ergebnisse der prozess- und differenztheoretischen Betrachtungen einige Engführungen und Schwächen dieser theoretischen Konzeptualisierung.

- Angesprochen sind hier die theoretischen Annahmen der *pathologischen Orientierung* zu Kontrollverlust, Selbststeuerungsunfähigkeit und zur Regulation der Abhängigkeitsentwicklung durch autonome, regelwidrige körperliche Prozesse sowie nicht zuletzt die Annahme der Irreversibilität bzw. Unheilbarkeit einer Drogengebrauchsentwicklung. Gerade die Auseinandersetzung mit den kontrollierten Formen des Drogenkonsums verdeutlicht aber die unterschiedlichen Entwicklungsverläufe im Drogengebrauchsverhalten und macht die differenzierten Gebrauchsmuster sichtbar. „Der Umgang mit Drogen ist offenbar zu einem erheblichen Teil nicht Ausdruck eines vorwiegend oder ausschließlich autonomen, regelwidrigen körperlichen Prozesses (d.h. einer Krankheit), sondern Ausdruck sozialer Einflussbedingungen sowie emotionaler und kognitiver Mechanismen“ (Körkel 1995: 46), wie etwa die Arbeiten zu Einstieg und Fortführung des Drogengebrauchs darlegen. Selbstkontrollmechanismen und das Gefüge sozialer Kontrolle im Nahraum erhalten so ein neues Gewicht und unterstreichen das Potential subjektiver Handlungsfähigkeit als Anknüpfungspunkt ressourcenorientierter Ausstiegsperspektiven.
- Das breite Spektrum der ausstiegsrelevanten Motive und ihre Variabilität im Ausstiegsprozess verweisen dezidiert auf die geringe Reichweite einer Motivation durch *Leidensdruck und helfenden Zwang*. Wenn sich Ausstiegsbereitschaft nicht erst am Ende einer Verleidendungsentwicklung ausbildet, dann stellt dies die Ansiedelung der Motivationsfrage zwischen einer gegebenen bzw. nicht gegebenen leidensinduzierten und zwangsbestimmten Ausstiegs motivation grundlegend in Frage. Vornehmlich die Arbeiten zu selbstinitiierten Ausstiegsmöglichkeiten zeigen, wie sich Ausstiegsverläufe in der Bewegung zwischen drogenbezogenen und konventionellen Lebensbezügen strukturieren und sich darin im Wesentlichen über vier zentrale Dimensionen bestimmen: (1) Veränderungs- und korrekturfähige Motive initiieren und begleiten den Prozess und bilden die motivationale Basis der Abkehr vom drogenbestimmten Leben; (2) Vorstellungen eines gelingenderen Lebens ohne den Gebrauch illegaler Drogen zu entwickeln, also das Zu-

künftige in lohnender Weise zu antizipieren, kennzeichnet einen wesentlichen stützenden Faktor in der Ausstiegswältigung; (3) Ressourcen und Unterstützungssysteme bilden das notwendige Netzwerk, das nicht nur den Ausstieg lohnend macht, sondern auch hinsichtlich der mit ihm verbundenen Anforderungen und Bewältigungsaufgaben eine Stütze bietet; (4) Ausstieg aus dem Drogengebrauch konturiert sich insofern in seiner Einbindung in lebensgeschichtliche und alltagsweltliche Bezüge, welche die konkreten Verlaufsformen zentral beeinflussen.

- Im Blick auf das *Konzept der Nachreifung* muss angemerkt werden, dass es angesichts der zentralen, phasenförmig strukturierten Entwicklungsmuster einem Schematismus Vorschub leistet, der den offenbar weitaus differenzierteren Verlaufsmöglichkeiten nur ungenügend Raum lässt. Unterstellt wird eine allgemeine Unreife, ohne Ansehen der Subjekte und ihrer spezifischen Probleme und Fähigkeiten, als zentrales Moment einer defizit- und pathologieorientierten Fokussierung, welche nicht verallgemeinert gültig ist. Vielmehr bildet sich Drogengebrauch als mehr oder minder verstetigtes Handlungsmuster heraus im Prozess der sukzessiven Auswahl von Handlungsmöglichkeiten unter Einfluss eines komplexen Bündels motivations- und situationspezifischer Faktoren und verweist auf vielfältige Erfahrungen von Entspannung, Genuss, Anerkennung in der Gruppe und Zusammengehörigkeitsgefühl. Die Forschungen zum selbstinszenierten Ausstieg aus dem Konsum illegaler Drogen unterstreichen ferner die differenzierten Verlaufsmuster der Ausstiegsprozesse sowie die vielfältigen Potentiale der Betroffenen selbst, die ihren Weg erst möglich werden lassen, gerade unter den Bedingungen einer kriminalisierten Alltagspraxis.

Zusammenfassend lässt sich aus dem bisher Gesagten für die Drogentherapie die Notwendigkeit subjektorientierter Formen der Therapiegestaltung ableiten, welche die individuell unterschiedliche lebensweltliche Verortung des Drogengebrauch aufgreift und prozessorientierte anstelle von linearen Ausstiegsvorstellungen zugrundelegt. Für das Selbstverständnis und die Aufgabenstellung einer modernen, leistungsfähigen Drogenhilfe formuliert dies Werner Schneider (1988) im Blick auf die Stärkung der Ressourcenmobilisierung, die Entdramatisierung des Rückfallgeschehens und die Relativierung des Abstinenzziels. Es geht Schneider zufolge in der Drogenhilfe darum, Abstinenzphasen zu ermöglichen bzw. zu verlängern und darin Raum zu schaffen für die Entwicklung eines drogenunabhängigen Lebenskonzepts und drogenunabhängiger Identität, und dies erfordere Flexibilisierung und Differenzierung als notwendige Strukturveränderung. Nur im Rahmen eines neu gefassten Strukturkonzeptes könne der Vielfalt möglicher Ausstiegswege und der Unterschiedlichkeit hilfeschender DrogengebraucherInnen begegnet und den DrogengebraucherInnen bedürfnisgerechte Hilfe geboten werden (vgl. Schneider 1988: 487f. sowie auch Happel 2003: 45f.; Klingemann 2000: 408; Schuler 2000: 316).

2.2.2.3 *Ausstiegsprozesse im Spiegel der Therapie- und Therapieverlaufsforschung*

Forschungen zur Therapie beschäftigen sich mit dem Ausstieg aus dem abhängigen Drogengebrauch primär mit Bezug auf die Wirksamkeit der Hilfen. Im Zentrum steht das Anliegen, professionelle Hilfeangebote in ihrer Effektivität zu verbessern; Effektivität meint in diesem Zusammenhang insbesondere, die Haltequoten zu erhöhen, Rückfälle zu vermeiden und letztlich dauerhafte Abstinenz zu fördern. Insofern zielen Untersuchungen unmittelbar auch darauf, prognostische Erfolgskriterien für die therapeutische Arbeit abzuleiten.

Therapie- und Therapieverlaufsforschung konzentriert sich vorrangig auf die personenbezogene Evaluation, indem sie NutzerInnen therapeutischer Angebote katamnestisch befragt und untersucht hinsichtlich ihrer Veränderungen in ausgewählten Bereichen (vgl. Bühringer 1987). Die Therapieelemente in ihrer wechselbezogenen Wirkung bleiben vorwiegend sekundär.⁸⁷ Ein grundsätzliches Problem katamnestischer Studien liegt darin, dass sich die Wirkung von Therapie erst im weiteren lebensgeschichtlichen Zusammenhang entfaltet. Anhand von vielen (vielfach unkontrollierbaren) Faktoren entscheidet sich, wie der weitere Verlauf zwischen den Extrempolen Abstinenz und Drogenkonsum individuell angeordnet ist. Rekonstruktionen zum Zusammenhang einer spezifischen therapeutischen Maßnahme und den zum Katamnesezeitpunkt vorfindbaren Status sind daher nur begrenzt valide (vgl. Raschke 1992). Die Schwierigkeit der prognostischen Ermittlung von Erfolgskriterien (vgl. etwa Kufner/Feuerlein 1992: 326) begründet sich in der Vielfalt einflussnehmender Faktoren, auch therapieunspezifischer (vgl. Raschke/Rometsch 1987: 193ff.), die nur unzureichend, insbesondere in quantitativ ausgerichteten Studiendesigns, abgebildet und ihrem wechselseitigen Bezug bestimmt werden können.

Ein weiteres Kennzeichen der Therapieforschung ist ihre überwiegende Konzentration auf reguläre TherapiebeenderInnen. Selbstaussagen vorzeitiger BeenderInnen sind nur selten einbezogen. Teilweise wird dies kompensiert durch Einschätzungen der MitarbeiterInnen (vgl. etwa Herbst 1992, Kufner u.a. 1994, 1995). Für die Forschung über GebrauchterInnen illegaler Drogen stellt deren Zugänglichkeit nach vorzeitiger Therapiebeendigung zugegebenermaßen

⁸⁷ Dies merkt auch Brünger in seiner Untersuchung zur Behandlungsbeendigung stationärer Therapie an (vgl. Brünger 1998: 79). Bühringer verweist diesbezüglich auf die Schwierigkeiten, die Wirksamkeit einzelner Therapieelemente zu messen (vgl. Bühringer 1990: 33ff.). Damit ist ein Problem angesprochen, das in seiner weiteren Dimension auf die grundsätzliche Frage des Forschungszugangs und damit auch auf die Standards für die Durchführung von Katamnesen (vgl. Bühringer 1987) verweist. Therapie- und Therapieverlaufsforschung sind bislang konzentriert auf quantitative Forschungsmethoden und es stellt sich die Frage, ob solche Wirkzusammenhänge überhaupt ‚messbar‘ sind oder sich nicht vielmehr in ihrer Komplexität und ihrem kontextuellen Zusammenhang solcher Methodik des ‚Messens‘ entziehen. Qualitative Forschungszugänge stellen insbesondere hinsichtlich dieser Forschungsfragen eine sinnvolle und überfällige Erweiterung dar, nicht nur im Blick auf vorzeitigen Therapieabbruch, wie dies Sonntag und Künzel (2000: 164) vorschlagen. Auch sind damit Grenzen der Standardisierbarkeit von Forschung im Sinne einer gemeinsamen Sprache, gemeinsamer Operationalisierung und gemeinsamer Erfolgskriterien (vgl. Bühringer 1990: 36) angesprochen. Insoweit wäre die Kritik Gaßmanns (2003) an der Marginalisierung einer sozialwissenschaftlichen Perspektive in der Suchtforschung zu erweitern und zu präzisieren im Blick auf eine Konzentration im Sinne des quantitativen Forschungsparadigmas.

ein forschungsmethodisches Problem dar, das zu lösen zwar aufwendig, jedoch im Sinne der Erkenntniserweiterung durchaus lohnenswert scheint (vgl. etwa Thiersch u.a. 2001).

Im Zentrum der Betrachtungen stehen Forschungsarbeiten zum Rückfall, zur Art der Therapiebeendigung, zur Bedeutung von Motivation, zum Verhältnis von Abstinenz und flexibilisierten Zielvorstellungen, zur Bedeutung von Ressourcen sowie zur Kategorie Geschlecht im Spiegel der Therapieforschung.

Rückfall als Normalfall

Gemessen am Abstinenzziel gilt Rückfall als der manifeste Ausdruck für ein Scheitern der Therapie und wirft insofern auch ein kritisches Licht auf die Qualität professionellen Handelns. Rückfall stellt jedoch keinesfalls die Ausnahme dar, wie vielfältig durch Studien belegt wird (vgl. Herbst 1992; Feuerlein 1990; Kufner 1997; zusammenfassend Körkel/Lauer 1995: 160f.). Die durchschnittlichen Abstinenzquoten von DrogengebraucherInnen nach einer Therapie bewegen sich zwischen 14% und 37% (vgl. Künzel/Sonntag/Bühlinger 2001: 16). Rückfälle können daher als normale Ereignisse in einem längeren und komplexen Veränderungsprozess zur Abstinenz betrachtet werden; sie kennzeichnen ein, wenngleich destruktives, so dennoch sinnhaftes Handeln (vgl. Marlatt 1989; Prochaska/DiClemente 1986; Vaillant 1989).

Eine im Rahmen des Modellprogramms „Stationäre Krisenintervention bei Drogenabhängigen“ durchgeführte Erhebung zeigt, dass 23,4 % der regulären TherapiebeenderInnen während ihres Aufenthalts in der Einrichtung einen Rückfall hatten. Unter Einbezug der vorzeitigen TherapiebeenderInnen beträgt die geschätzte Rückfallquote 32,3% (vgl. Kufner u.a. 1994: 154ff., 1995: 113ff.; vergleichbare Ergebnisse bei Türk/Welsch 2000: 79). Dabei unterscheiden sich die einzelnen Einrichtungen erheblich in der Rückfallquote, die zwischen 2,6% und 57,9% variiert (vgl. Kufner u.a. 1995: 123). Es sind die Einrichtungen mit strengem Reglement (sofortige Entlassung bei Drogengebrauch), welche extrem niedrige Rückfallquoten aufweisen. Gleichwohl erweisen sich insgesamt strenge Reglements (Kontaktsperren, Kontrollen etc.) als durchaus widersprüchlich hinsichtlich der Rückfallquote. Ob sie Rückfälle verhindern oder eher nur Heimlichkeit bewirken, bleibt offen.

Rückfälle entstehen in einem *multiplen Faktorengeflecht*, in dem die soziale Lebenslage, das Drogenmilieu und belastende psychische Zustände wesentlich sind, nicht aber Willensschwäche und Uneinsichtigkeit (vgl. Körkel/Kruse 1994: 65ff.). Dabei verlaufen Rückfälle unterschiedlich schwer und lange (vgl. Körkel/Kruse 1993: 48ff.; 1994: 64f.; Missel 1994: 134f.; Veltrup 1995a); für Frauen wird in einigen Studien eine höhere Rückfallwahrscheinlichkeit angenommen (vgl. Körkel/Lauer 1995: 168f.). Marlatt unterscheidet Rückfälle in ‚lapse‘ als Ausrutscher und ‚relapse‘ als eine Wiederaufnahme früherer Konsummuster.⁸⁸ Ein Rückfall als Ausrutscher steht für ein Handlungsmuster, das gewissermaßen den komplexen Verände-

⁸⁸ Zu weiteren Differenzierungen des Rückfalls, etwa hinsichtlich Dauer, Intensität, Kontext, vgl. Körkel/Lauer (1995: 158f.).

rungsprozess zeitlich begrenzt wieder in Richtung Drogengebrauch lenkt (vgl. Marlatt 1989: 19). Mit rückfallpräventiven Verfahren soll die weitere Entwicklung des Drogengebrauchsverhalten insofern beeinflusst werden, dass aus einem ‚lapse‘ kein ‚relapse‘ entsteht. Dies beinhaltet insbesondere die Entlastung von einer Interpretation als schuldhaftem Versagen und die Stärkung von Selbstwirksamkeitsstrategien in die zukünftige Abstinenz. Moralisierende Interventionen gelten hingegen als destabilisierend (vgl. Lindenmeyer u.a. 1995: 14f.; Marlatt 1989: 20f.).

Werden Rückfälle in ihrem subjektiven Bedeutungsgehalt während der Therapie aufgegriffen, implizieren sie *Entwicklungschancen* für die Einzelnen (vgl. Körkel/Kruse 1993: 87ff., 1994: 76ff.). Der Rückfall kann als „Vorfall“ (Nowak 1996: 149) den subjektiven Ausstiegsprozess vorantreiben. In Anlehnung an Körkel und Kruse (1994: 78ff.) kann diesbezüglich in Rückfallvorbeugung und Rückfallbewältigung unterschieden werden. Große Bedeutung ist hierbei den subjektiven Rückfalltheorien der DrogengebraucherInnen selbst beizumessen (vgl. Körkel/Lauer 1995: 166f.).

Wie bereits eingangs betont, stellen Rückfälle für die MitarbeiterInnen eine besondere Herausforderung dar. Rückfall wird in der Tat zum ‚Grenzfall‘ der eigenen Handlungskompetenz, wenn Erfolg ausschließlich an der Erhaltung von Abstinenz festgemacht wird und Rückfall demnach als Misserfolg zu werten ist.⁸⁹ Unabhängig davon, welche Ursachen einem Rückfall zugeschrieben werden, bedeutet er ein Scheitern professioneller Bemühungen und provoziert eine breite Palette negativer Emotionen wie Ärger über die AdressatInnen, geringe Zuversicht sowie Macht- und Hilflosigkeit. Burnout-Prozesse stehen insofern in engem Zusammenhang mit dem Rückfallgeschehen und seiner Wahrnehmung in Bezug auf das eigene Handeln (vgl. Körkel/Wagner 1995: 138ff.). Im Sinne einer „Enttäuschungsprophylaxe“ (Körkel/Kruse 1994: 64) kann eine Umwertung und Relativierung des Abstinenzziels (vgl. Vaillant 1989: 50) den MitarbeiterInnen helfen, ihren gerade aufgrund der Rückfälle häufig schwierigen Arbeitsalltag zu bewältigen (vgl. auch Körkel/Kruse 1993: 103ff.; Marlatt 1989: 16f.). Rückfall wäre demnach nicht die ‚Katastrophe‘ in einer Drogentherapie, sondern beständiger Begleiter.

Reguläre und vorzeitige Therapiebeendigung im Hinblick auf Therapieverlauf und Ausstiegsprozess

Was unter *vorzeitiger Therapiebeendigung* verstanden wird, geht in den verschiedenen Studien weit auseinander. Dahinter verbergen sich definitorische Fragen zur Einordnung als Therapieabbruch bzw. vorzeitige Beendigung. Entscheiden etwa die MitarbeiterInnen darüber oder die AdressatInnen? Spielt die Aufenthaltsdauer eine Rolle? Wird in Rechnung gestellt, wer den Beschluss zur Beendigung fällt? Handelt es sich um eine disziplinarische Entlassung durch die MitarbeiterInnen oder um eine eigenbestimmte Entscheidung der Drogengebrauche-

⁸⁹ In diesem Sinne plädieren Raschke und Rometsch für eine Erweiterung der Erfolgskriterien. Sie selbst beziehen die Affinität zu drogenbezogenen Kontexten ein, die Suizidrate, die Struktur des Freundeskreises, die familiäre Situation, schulische Qualifikation und berufliche Situation (vgl. Raschke/Rometsch 1987: 190ff.).

rInnen selbst? Was sind die Gründe für Entlassung oder Beendigung? Wie wird mit wieder aufgenommenen Personen umgegangen? Diese Fragen vermitteln ein Spektrum der Klärungsbereiche, die in Bezug auf die vorzeitige Therapiebeendigung relevant sind (vgl. hierzu Roch u.a. 1992: 306ff.; Vollmer 1991: 153ff.). Im Folgenden sowie vor allem in den empirischen Ausarbeitungen sollen die Begriffe *vorzeitige vs. reguläre Therapiebeendigung* verwendet werden. Ferner wird eine Unterscheidung der vorzeitigen Beendigung in ‚*eigenbestimmte*‘ vs. ‚*disziplinarische*‘ Entlassung vorgenommen aufgrund der damit verbundenen, subjektiv relevanten Phänomene.

Insgesamt weisen die Forschungen zu diesem Gegenstand recht widersprüchliche Ergebnisse auf. Die reguläre Therapiebeendigung gilt als *zentraler Prädiktor für langfristigen Therapieerfolg* im Sinne der Abstinenzerrreichung und -stabilisierung und der sozialen Integration, und zwar unabhängig von Therapieform und soziodemographischen Merkmalen der DrogengebraucherInnen (vgl. Dehmel 1988; Herbst 1992; Kufner 1997; Kufner/Feuerlein 1992; Kunz 1988; Roch u.a. 1992; Sickinger/Kindermann 1992a). Durchschnittlich schließen jedoch nur 20-30% der TherapienutzerInnen eine Maßnahme regulär ab (vgl. Dehmel 1988; Kufner 2002: 20; Roch u.a. 1992). Vorzeitige Beendigungen finden zu einem großen Teil in der ersten Therapiezeit statt, mehr als zwei Drittel der NutzerInnen brechen insgesamt im ersten Halbjahr der Maßnahme ab (vgl. Herbst/Hanel/Haderstorfer 1989; Roch u.a. 1992: 308ff.). Wenn also die reguläre Therapiebeendigung als wesentlich für einen langfristigen Therapieerfolg zu betrachten ist, verweist dies auf die Notwendigkeit, die Haltequoten in den Einrichtungen zu vergrößern. Bühringer (1990: 40) wiederum kommt zu dem Schluss, die Formel, „je schwerer die Störung, desto länger die Therapie“, sei so nicht haltbar. Gerade weniger stabile Personen scheinen für therapeutische Anregungen weniger aufnahmebereit. Dagegen verweisen US-amerikanische Untersuchungen auf eine notwendige Intensivierung der Therapie für Personen mit besonders massiven Störungen (vgl. Sonntag/Künzel 2000: 153f.). Insgesamt bestätigen Künzel, Sonntag und Bühringer (2001) die Wichtigkeit der Therapiedauer für den Erfolg und stellen zugleich in Frage, ob mit der *Dauer auch der ‚wichtigste‘ Erfolgsfaktor* angesprochen ist. Ausschlaggebend sei eine Reihe zusätzlicher Faktoren sowohl in der Reihe der Persönlichkeitsmerkmale als auch in der Reihe der Einrichtungsmerkmale.⁹⁰ Ihre jeweilige Bedeutung sei noch wenig aufgeklärt. „Als pauschale Aussage gilt aber, dass Behandlungsmerkmale eine größere Rolle spielen als Patientenmerkmale“ (Künzel/Sonntag/Bühringer 2001: 17; vgl. auch Brünger 1998; Sonntag/Künzel 2000: 159ff.).

Im Zentrum der Forschung stehen dennoch soziodemographische und persönlichkeitsbezogene Adressatenvariablen, die allerdings wenig aufschlussreich sind für die Einschätzung einer

⁹⁰ Unter den *Einrichtungs- und Behandlungsmerkmalen* sind in Anlehnung an Bühringer (1990) einzelne, messbare Merkmalsbereiche zu verstehen, wie etwa Dauer der Maßnahme, Personalschlüssel, Art der Therapiesitzungen, Therapieintensität bezogen auf die Anzahl wöchentlicher Therapiesitzungen sowie die Weiterbehandlung nach einer stationären Therapie. *Patientenmerkmale* beziehen sich auf von der Drogenabhängigkeit betroffene Lebensbereiche, Erlebnismodalitäten, Intensität der Störung sowie Veränderungsbereitschaft und Motivation.

vorzeitigen Therapiebeendigung. Weder lassen sich geschlechterbezogen noch aus der Tatsache gerichtlicher Auflagen Rückschlüsse auf das Beendigungsgeschehen ziehen; am ehesten können noch Verbindungen zwischen höherem Alter und geringeren Abbruchraten hergestellt werden (vgl. Egg 1991c: 148f.; Hanel 1988: 156f.; Jülch u.a. 2003; Künzler 2003; Kunz 1988: 228; Roch u.a. 1992: 311f.; Thiel/Pölkow 1998; Vollmer 1991; Welsch/Sonntag 2005: 144; im Gegensatz hierzu Günthner u.a. 2001; Herbst/Hanel 1988: 180f.). Im Blick auf eine reguläre Therapiebeendigung bedeutsamer sind nach Vollmer (1991) die im gesamten Bedingungsgefüge der Therapie angelegten Interaktionen des Hilfeprozesses (vgl. hierzu auch Künzler 2003). Sickinger und Kindermann (1992a) betonen etwa den negativen Einfluss einer Über- bzw. Unterforderung der AdressatInnen im Kontext des Regelwerks. Vor allem die Regulierung von Partnerschaften und Außenkontakten sowie die Möglichkeiten der Privilegienerlangung erweisen sich als konflikträchtig und können zur Über- oder Unterforderung im Therapiealltag führen. Dagegen erfahren die Regeln zur Drogenfreiheit und zur Gewaltfreiheit weitgehend Akzeptanz und bedeuten kaum Anlass für Über- bzw. Unterforderung (vgl. Sickinger/Kindermann 1992a: 177ff.).

Schwierig sei die Gesamtabschätzung, ob eine vorzeitige Therapiebeendigung sich nun für die Einzelnen positiv oder negativ auswirke (vgl. Roch 1992: 315). Gerade im Falle gerichtlicher Auflagen kann eine vorzeitige Beendigung insoweit produktiv verlaufen, als sie mit einer selbstverantwortlichen Entscheidung für eine neue Therapieaufnahme zusammenhängt. Ebenfalls zeigen sich vorzeitige Beendigungen dann gewinnbringend für die Einzelnen, wenn das Hilfeangebot der verlassenen Einrichtung nicht die ihren subjektiven Anliegen entsprechende Hilfe bietet und sie anschließend ein passenderes Angebot für sich finden können (vgl. Thiersch u.a. 2001). Raschke u.a. (1985: 210) unterstreichen, dass Personen, die selbst vorzeitig beenden, im weiteren Verlauf nach der Therapie durchaus ähnlich erfolgreich sein können wie reguläre BeenderInnen, was sich für die Arbeitsintegration ebenso in den katamnesticen Ergebnissen von Herbst (1992) belegt findet.

Motivation zwischen helfendem Zwang und sensibler Entwicklungsaufgabe – zu den vielfältigen Facetten eines zentralen Begriffs

Übereinstimmend herrscht in der Literatur die Meinung vor, dass Motivation für den Erfolg einer Hilfemaßnahme von entscheidender Bedeutung ist. Die Motivationsfrage erweist sich mithin als die Kernfrage der Drogentherapie (vgl. Petry 1998: 7). Grundsätzlich lassen sich in der Annäherung an diese Kernfrage zwei Konzepte unterscheiden, nämlich *statisch und dynamisch orientierte Konzepte von Motivation* (vgl. Brenk-Schulte/Pfeiffer 1983: 27f.). Als statische Konzepte kennzeichnet Petry die älteren, eindimensionalen und pessimistischen Konzepte. Diesen gegenüber stellt er eine dynamische Perspektive, welche die Vielschichtigkeit der motivationalen Dynamik verbunden mit bestehenden Bewältigungsanforderungen betont (vgl. Petry 1993: 62ff., 1998: 7ff.). Ein klassisches Beispiel eines statischen Ansatzes stellt die Leidensdrucktheorie und das mit ihr verbundene Konzept des helfenden Zwangs dar.

In einem dynamisch orientierten Modell, d.h. genauer gesagt in einem zyklischen Phasenmodell⁹¹ der Veränderungsprozesse, fassen Prochaska und DiClemente (1986) den Verlauf der Motivationsbildung und der sich ändernden Bereitschaft zur Inanspruchnahme von Hilfe: In der *Vorüberlegungsphase* hält der Drogengebrauch unverändert an, ehe es zu aktiven Änderungsüberlegungen kommt und eine Notwendigkeit zur Änderung realisiert wird; Vorahnungen, die den Drogenkonsum bereits nicht mehr zum uneingeschränkten Vergnügen machen, prägen diese Phase besonders. Die *Besinnungsphase* ist gekennzeichnet von der reflexiven Auseinandersetzung über Änderung, die von ambivalenten Haltungen zum Drogengebrauch geprägt ist. In der *Handlungsphase* versucht der/die Einzelne mit Hilfe professioneller Institutionen oder alleine eine Änderung des Drogengebrauchs herbeizuführen. Die professionelle Drogenhilfe agiert vor allem in diesem Stadium und unterstützt die Änderung in Richtung reduzierter Gebrauchsvarianten und Abstinenz. Die *Aufrechterhaltungsphase* ist wesentlich für die Beibehaltung dessen, was jemand im Handlungsstadium erreicht hat, also ob dauerhafte Drogenfreiheit möglich ist, Rückfälle vorkommen oder erneute Drogengebrauchsphasen anschließen. Rückfälle und damit diskontinuierliche Verläufe zwischen den Phasen können jederzeit auftreten.

Ausgehend von der Annahme, dass Therapiemotivation im zeitlichen Verlauf des Ausstiegsprozesses *unterschiedliche Funktionen* haben kann und sich dabei auch die Zielrichtung der Motivation verändert, differenziert Brenk-Schulte drei Arten der Motivation. Dies sind die Motivation zur Teilnahme an Therapie, die Abstinenzmotivation und die Veränderungsmotivation (vgl. Brenk-Schulte 1987: 10ff.). Tretter (1994a: 55f.) dagegen unterscheidet die Krankheitseinsicht als Problembewusstsein, die Abstinenzmotivation als Verhaltenskontrollmotivation und schließlich die Therapiemotivation als Akzeptanz von Unterstützung. Die unterschiedlichen Aspekte des Motivationsgefüges bilden die Rahmenstruktur der auszuhandelnden Ziele und werden so zum Gegenstand des Hilfeprozesses selbst. Dem Einfluss der ‚wahrgenommenen Kontrolle‘ und der ‚Einstellung zum Verhalten‘ kommt dabei offenbar eine besondere Bedeutung für die Entwicklung von Motivation zu (vgl. Jonas/Walter/Eder-Jonas 2001). Mit Schwoon ist ferner das Verhältnis zwischen Konsummotivation einerseits und Abstinenz- und Veränderungsmotivation andererseits zu beachten. Das Motiv, den Drogenkonsum beenden zu wollen, bestehe parallel mit dem Motiv, ihn fortzusetzen (vgl. Schwoon 1992: 176). Dieses Spannungsfeld greift Petry in einem Konfliktmodell der Behandlungsmotivation auf, mit dem er die Kernproblematik der Veränderungs- und Teilnahme- bzw. Behandlungsmotivation in ihrer konflikthaftern Ambivalenz gegenüber Anforderungen zur Loslösung vom Suchtmittel und der damit verbundenen anderen Lebensweise zu fassen sucht (vgl. Petry 1998: 20f.).

⁹¹ Grundsätzlich weist das Modell Parallelen zum Phasenmodell des Selbstausstiegs nach Biernacki (1986) auf (vgl. 2.2.2.1), konzentriert sich aber stärker auf die Bedeutung professioneller Unterstützung.

Im Projekt TUDrop⁹² (1984) wird die Frage nach der Motivation dahingehend erweitert, das vielfältige Geflecht des interaktiven Zusammenhangs zu beleuchten. Vorweggenommen wird damit bereits die von Petry (1998: 23) formulierte Kritik an einer vereinfachten motivationspsychologischen Vorstellung, welche die Umsetzung in konkretes Handeln ausklammert und nur auf abwägende Bewertungs- und Entscheidungsprozesse fokussiert. Motivation kennzeichnet bekanntlich nicht nur einen Prozess der innerpsychischen Entwicklung, „denn Motivation ist ein dynamisches Geschehen und nicht eine Eigenschaft“ (Schwoon 2000: 155; vgl. auch Brenk-Schulte 1987: 9). In interaktiven Herstellungsprozessen wirken, der Studie von TUDrop folgend, neben Persönlichkeitsfaktoren lebensweltbezogene Erfahrungen des Drogenkonsums, allgemein die Bedingungen des sozialen Umfelds, die Antizipation einer positiv gedachten Zukunft sowie die Adäquanz des Hilfeangebots in der Entwicklung von Motivation zusammen (vgl. Projektgruppe TUDrop 1984: 362ff; 384f.). Diese Voraussetzungen sind eng bezogen auf die mit dem Ausstiegsgedanken verbundenen Ziele in materieller, sozialer oder wertbezogener Hinsicht, in deren Zusammenhang sie sich formen und wandeln. Mindestens in einem dieser Bereiche müssen Ausstiegswillige einen Gewinn antizipieren, damit sich Motivation entwickelt. Nicht das Ziel der Drogenfreiheit an sich, sondern die mit dem Ausstieg aus dem Drogengebrauch assoziierten positiven Folgen sind den Autoren zufolge die wesentlichen Momente der Zielperspektiven: Ausstieg muss lohnend sein!

Vor diesem Hintergrund wird im Spiegel einer dynamischen Perspektive auf Motivation der ‚helfende Zwang‘ und das damit verbundene Prinzip ‚Therapie statt Strafe‘ skeptisch in seiner motivationsfördernden Wirkung eingeschätzt. Wenngleich auch Personen mit gerichtlichen Auflagen positive Therapieergebnisse erzielen, so erweist sich der ‚helfende Zwang‘ dennoch auch als Belastung im Hinblick auf produktive Therapieverläufe. Je größer der justitielle Druck infolge der Kriminalitätsbelastung ist, desto schwieriger gestaltet sich der Prozess der sozialen und beruflichen Integration nach der Therapie (vgl. Raschke u.a. 1985: 10f.). Speziell die in der Haftanstalt verbrachte Zeit wirkt sich negativ auf die Möglichkeiten des Ausstiegs- und Therapieprozesses aus. Das Gefängnis fördert Passivität, Versorgungshaltung und Anpassung, verhindert Eigeninitiative und reduziert zwischenmenschliche Beziehungen auf ein Minimum. Dagegen stärkt es in der gesellschaftlichen Isolation kriminalitätsorientierte Werthaltungen und im Kontext spezifischer Milieus vermitteln sich nicht zuletzt die Ertragschancen einer kriminellen Laufbahn (vgl. Sickinger/Kindermann 1992b: 154ff., 1992a: 166f.; Raschke u.a. 1985: 13ff., 177f.; Projektgruppe TUDrop 1984: 400). Damit sind Einstellungs- und Handlungsformen angesprochen, die den in der Therapeutischen Gemeinschaft erwarteten diametral entgegenstehen. Problematisch erweist sich dies nicht nur für den individuellen

⁹² Im engeren Sinn handelt es sich bei der Studie der Projektgruppe TUDrop nicht um Therapieforschung, weil sie sich mit unbetreuten drogengebrauchenden Jugendlichen befasst. Ihre Forschungsperspektive richtet sich jedoch nicht ausgesprochen auf Selbstausstiegsprozesse, sondern auf die notwendige (professionelle) Begleitung von DrogengebraucherInnen. Mit ihrem Konzept der Suchtbegleitung legen sie zentrale Anknüpfungspunkte für veränderte therapeutische Strategien vor und geben wesentliche Anstöße für eine Orientierung am Prozessgeschehen im therapeutisch unterstützten Ausstiegsverlauf.

Therapieverlauf, sondern auch für das Klima in der Therapeutischen Gemeinschaft insgesamt. Die steigende Zahl an Männern aus dem Strafvollzug, „die Erfahrungen mit einer an männlichen Macht- und Gewaltstrukturen orientierten Delinquenzkultur haben“ (Dobler-Mikola 1995: 50), bestimmen das Klima entscheidend.

Eine einfache Unterscheidung in Selbst- und Fremdmotivation hilft hier gleichwohl nicht weiter. Motivation ist niemals nur ein Konstrukt der ‚Freiwilligkeit‘, weder mit noch ohne justitiellen Zwang. Vielmehr ist die Motivation zur Therapie immer auch eine graduell auf den subjektiven Leidens- und Problemdruck bezogene Überzeugung, dass Therapie einen sinnvollen Lösungsweg darstellt, und sie ist verbunden mit der Entwicklung von Hoffnung und Perspektiven (vgl. Schlömer 1996: 142). Sickinger und Kindermann (1992a: 171ff.) zeigen auf, wie eng die Motivation der AdressatInnen zusammenhängt mit den Möglichkeiten selbstbestimmten und selbstverantwortlichen Handelns. Insofern ist der für die Motivation relevante interaktive Zusammenhang nicht nur einer zwischen Professionellen und AdressatInnen (vgl. etwa Brenk-Schulte 1987: 9; Franke 1989: 94f.), sondern muss bezogen werden auf den gesamten Interaktionszusammenhang der Therapie, auch in seiner für die AdressatInnen wesentlichen Bedeutung als „unbekannte und bedrohliche Subkultur“ (Schwoon 1998: 30). Eine Spaltung in Motivierte und Unmotivierte, wie sie einem statischen Motivationskonzept entspricht, verkenne die Dynamik des Motivationsgeschehens und helfe vor allem den MitarbeiterInnen darin, die Verantwortung für scheiternde therapeutische Bemühungen den AdressatInnen zuzuschreiben und sich selbst zu entlasten (vgl. ebd.: 27f.).

Abstinenz im Kontext flexibilisierter Zielvorstellungen

Die für die Abstinenzorientierung handlungsleitende Vorstellung einer linear erreichbaren, lebenslangen Abstinenz erweist sich handlungspraktisch als illusionär. Realitätsnäher gestaltet sich das Bild eines Pendelns zwischen verschiedenen intensiven Konsumphasen, die früher oder später zu weitgehender bzw. völliger Abstinenz führen können (vgl. Lindenmeyer u.a. 1995: 9f.; Marlatt 1989: 22ff.; Tretter 1994a: 55f.).

Vor diesem Hintergrund fasst Marlatt professionelle Unterstützung als eine Hilfe der abgestuften Behandlungsintensität. Stationäre Langzeittherapie ist darin ein „letzter Ausweg“ (Marlatt 1989: 26; vgl. auch Marlatt/Tapert 1993: 267f.). Dieser Ansatz impliziert zum einen eine diversifizierte Hilfestruktur und zum zweiten ein relativiertes Abstinenzziel. Befinden sich Menschen zum Zeitpunkt eines Hilfekontaktes in einer Phase ihres Veränderungsprozesses, in dem für sie Abstinenz nicht möglich ist, dann ist das Insistieren auf diesem Ziel kontraproduktiv. Das Abstinenzziel kann in einem solchen Stadium nur von außen aufgesetzt werden und bleibt höchstwahrscheinlich unerreicht. Realitätsangepasste Ziele versprechen hier mehr Erfolg und das zunächst unrealistisch erscheinende Abstinenz- bzw. Mäßigungsziel kann zu einem späteren Zeitpunkt durchaus eine relevante Option bilden.

Anknüpfend an das Konzept des sukzessiven Herauswachsens aus der Abhängigkeit und an das Konzept der Zielhierarchie nach Schwoon/Krausz (1990b) schlagen Körkel und Kruse

(1993: 30) eine *Zielreihung* vor, die im Folgenden in Zuspitzung auf den Gebrauch illegaler Drogen abgewandelt wird: Sicherung des Überlebens – Sicherung des möglichst gesunden Überlebens – Reduzierung des Konsums und Ermöglichung kontrollierter Gebrauchsformen – Verlängerung der drogenfreien Perioden – Dauerhafte Abstinenz – Lebensgestaltung und -bewältigung in Zufriedenheit. Zu verstehen ist diese Reihung nicht als Werthierarchie, im Sinne schlechterer und besserer Ziele (vgl. Körkel/Kruse 1994: 71), sondern vielmehr als Zielalternativen, die in der Orientierung am Subjekt flexibel handhabbar sind. Dies trägt prozesshaften Drogengebrauchs- und Ausstiegsverläufen Rechnung und formuliert Abstinenz als ein Ziel neben anderen. Hilfe wird mithin auf unterschiedlichen Ebenen möglich.

Eine solche Flexibilisierung relevanter Ziele lässt ferner Raum für die vielfach subjektiv ambivalente Bedeutung erreichter bzw. zu erreichender Drogenfreiheit. Ob nämlich Abstinenz auch mit gesteigerter Lebensqualität einhergeht, ist nicht immer zweifelsfrei. Für viele ist der Alltag vergleichsweise unerträglich ohne die hilfreiche Wirkung einer psychoaktiven Substanz, die auch in ihrer unterstützenden Funktion als „guter Freund“ (Schwoon 1998: 33; vgl. auch Quensel 1982: 158, 182) betrachtet werden muss. Nicht zuletzt geht ein erreichter Abstinenzstatus nicht zwangsläufig einher mit Verbesserungen der persönlichen und sozialen Situation (vgl. Körkel/Kruse 1993: 41ff., 1994: 75f.; Schlömer 1996: 143; vgl. auch 2.2.2.1).

Ressourcen im Ausstiegsprozess

Die verstärkte Orientierung an Ressourcen im Ausstiegsprozess folgt den allgemeinen Erkenntnissen der Stress- und Copingforschung (vgl. zusammenfassend Broda 1993), wonach Einflüsse wie Stress, Bedingungen der Lebenswelt, Unglücksfälle und Krankheit im Zusammenhang mit verfügbaren Ressourcen und protektiven Faktoren bei verschiedenen Personen zu höchst unterschiedlichen Reaktionen und Folgeerscheinungen führen.

Wesentliche Anstöße für eine ressourcenorientierte Betrachtung von Drogengebrauch und Ausstieg kommen aus dem Konzept der Salutogenese von Antonovsky (vgl. Antonovsky 1993; Bengel/Strittmater/Willmann 2001; Franke 2001). Eine der zentralen Grundannahmen des Konzeptes besagt, dass es sich bei Krankheit und Gesundheit nicht um einander ausschließende Gegensätze handelt, sondern um Pole eines multidimensionalen Kontinuums. Gesundheit wird insofern gerade nicht als Normalzustand, als Homöostase verstanden, sondern als ein beständig sich gestaltender Prozess der (Wieder-)Herstellung von Gesundheit im Zusammenwirken von Stressoren und Widerstandsressourcen. Widerstandsressourcen verdichten sich Antonovsky folgend im Kohärenzgefühl⁹³. Daraus leitet sich die Kernfrage der Salutogenese nach den gesundheitsförderlichen Faktoren, also den Ressourcen bzw. Wieder-

⁹³ Darunter ist eine globale Orientierung zu verstehen, „die das Ausmaß ausdrückt, in dem jemand ein durchdringendes, überdauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass erstens die Anforderungen aus der internalen und externalen Umwelt im Verlauf des Lebens strukturiert, vorhersagbar und erklärbar sind, und dass zweitens die Ressourcen verfügbar sind, die nötig sind, um den Anforderungen gerecht zu werden. Und drittens, dass diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Investitionen und Engagement verdienen“ (Antonovsky 1993: 12).

standsfaktoren, ab. Zunehmend an Bedeutung erlangen in einer solchen Perspektive die subjektiven Gesundheitskonzepte, die Menschen selbst in ihrem Alltag und sozialen Zusammenhang entwickeln (vgl. Faltermaier/Bengel 2000; Stumpp 2003).

In Anlehnung an die salutogenetische Perspektive sowie die Netzwerkforschung (vgl. etwa Nestmann 2001) bestimmen Petzold, Goffin und Oudhof allgemein für psychotherapeutisches Handeln ein *Konzept der protektiven Faktoren*. Es hebt ab auf das Zusammenwirken von Persönlichkeitsfaktoren, positiven Erfahrungen sowie spezifischen und unspezifischen Einflüssen der Lebenswelt. Als protektive und salutogene Faktoren wirken diese kompensierend, fördern Selbstwert- und Kompetenzgefühle, stabilisieren Ressourcen und soziale Netze und mindern Entwicklungsrisiken für das Individuum und sein soziales Netzwerk (vgl. Petzold/Goffin/Oudhof 1993: 357ff.).

Ebenfalls in einer ressourcenorientierten Perspektive steht das *Protagonisten-Antagonisten-Modell des Rückfalls* nach Körkel und Lauer (1995). Hier wird davon ausgegangen, dass Rückfälle in einem Spannungsverhältnis von Verletzlichkeiten und Risiken einerseits und protektiven Faktoren, d.h. Kompetenzen und Umweltressourcen, andererseits entstehen. Wettach und Dobler-Mikola (1995) kommen zu dem Ergebnis, dass nicht die konkrete Beschaffenheit von sozialen Netzen wesentlich ist, sondern lediglich deren Existenz an sich, so oberflächlich sie auch immer gestaltet sein mögen. In ihren Schlussfolgerungen verweisen sie auf die Bedeutung der in den vorhandenen sozialen Beziehungen sich ausdrückenden sozialen Kompetenz für die Nutzung des therapeutischen Angebots. „Sind solche Ressourcen hingegen bei Beginn der Therapie nicht vorhanden, werden sie anscheinend auch während der Therapie nicht hinreichend vermittelt“ (vgl. Wettach/Dobler-Mikola 1995: 9).

Die Kategorie Geschlecht im Spiegel der Forschung: Männer und Frauen in Therapie

Die Ergebnisse zu Therapiebeendigung, Rückfall und Therapieerfolg ergeben unter Berücksichtigung der Kategorie Geschlecht ein recht divergentes Spektrum. Wie bereits angesprochen, gibt es Studien, die die Rückfallrate bei Frauen höher sehen als bei Männern (vgl. Mann/Batra 1993, zit. n. Körkel/Lauer 1995: 168f.; Körkel/Kruse 1993: 113). Dagegen konstatiert Dobler-Mikola, dass Frauen eine Therapie genauso gut bewältigen wie Männer und im Anschluss daran über ebenso viele Ressourcen verfügen wie diese; eine stärkere Rückfallgefahr wird hier nicht bestätigt (vgl. Dobler-Mikola 1995: 33, 40ff.). Nach Lind-Krämer und Timper-Nittel (1992: 229f.) sind Frauen sogar weniger rückfallgefährdet, denn sie leben nach der Therapie zu 30% drogenfrei im Gegensatz zu Männern mit 16%. Auch hinsichtlich der vorzeitigen Therapiebeendigung scheinen Frauen nicht stärker gefährdet als Männer (vgl. Hanel 1988: 156f.; Welsch/Sonntag 2005: 144). Kufner und Feuerlein belegen für die Alkoholbehandlung von Frauen in geschlechtsspezifischen Einrichtungen bzw. in gemischtgeschlechtlichen Therapien mit geschlechtergetrennten Teilangeboten bessere Ergebnisse (vgl.

Bühringer 1990: 40).⁹⁴ Soweit ein kleiner Einblick in die Spannbreite geschlechtsdifferenzierter Ergebnisse. Systematische Untersuchungen über den Zusammenhang von Geschlecht, Drogengebrauch und Therapie liegen allerdings nur wenige vor.⁹⁵

Grundsätzlich zeichnen sich die Lebenslagen von Frauen durch stärkere Marginalisierungstendenzen aus. Strukturell sind Frauen schlechter integriert (Wohnen, Erwerbsarbeit, finanzielle und soziale Ressourcen), wengleich sie insgesamt in geringerem Maß öffentlichen Drogenszenen angehören und weniger Kriminalitätsbelastungen aufweisen als Männer (vgl. Dobler-Mikola 1995: 36ff.; Franke u.a. 1998: 279f.). Hingegen sind, Hedrich (1992: 199f.) zufolge, fast ausschließlich Frauen mit sexueller Gewalterfahrung⁹⁶ belastet (vgl. auch Hanel 1990: 134). Sexuelle Gewalt erleiden Mädchen, im Unterschied zu Jungen, überwiegend im engen Umfeld der Familie, was das Dilemma des Schweigens für Mädchen verschärft, um die Familie nicht zu gefährden (vgl. Steinhage 1999: 652f.). Späterer Drogengebrauch dient Frauen häufig zur Bewältigung dieser primären sexuellen Gewalterfahrung im Sinne einer Überlebensstrategie, die häufig mit weiterem sexuellen Missbrauch verbunden ist (vgl. Lind-Krämer/Timper-Nittel 1992: 232ff).

Männer beginnen öfters eine Therapie infolge größerer Kriminalitätsbelastung über gerichtliche Auflagen (vgl. Dobler-Mikola 1995: 38; Hedrich 1992: 210ff.). Frauen verdienen ihr Geld häufiger als Männer mit Beschaffungsprostitution⁹⁷. Infolge des Beschaffungsdrucks sind sie oftmals gezwungen, Schutzmaßnahmen zu missachten, und sind insofern erhöhten gesundheitlichen Risiken, insbesondere einer HIV-Infizierung ausgesetzt. Als ‚Junkiehure‘ erfahren sie selbst innerhalb der drogenbezogenen Lebenszusammenhänge ein Mehr an Marginalisierung (vgl. Hedrich 1992: 218ff.), was möglicherweise auch eine Betrachtungsfolie innerhalb der Therapeutischen Gemeinschaft bildet (vgl. Schmidt 1995: 56). Gleichwohl beinhaltet dieses Geschäft durchaus seinen Reiz, den Reiz des schnell verdienten Geldes (vgl. Hedrich 1992: 227), was die subjektive Bewertung überaus ambivalent macht. HIV-Infizierungen erschweren für Frauen den Ausstiegsprozess, vor allem nach der Therapie (vgl. ebd. 229f.).

⁹⁴ Differenziert nach gemischt- und getrenntgeschlechtlichen Einrichtungen gelangt Brünger zu dem Ergebnis, dass in gemischtgeschlechtlichen Einrichtungen sowohl für Frauen als auch für Männer die Quote vorzeitiger Beendigungen deutlich höher liegt (vgl. Brünger 1998: 245ff.).

⁹⁵ Systematisch untersucht ist der Zusammenhang etwa bei Dobler-Mikola 1995; Franke u.a. 1998; Hanel 1988, 1990; Hedrich 1992; Lind-Krämer/Timper-Nittel 1992; Vogt 1990; für die heroинunterstützte Behandlung bei Dobler-Mikola 2000; für den Alkohol- und Medikamentenkonsums von Frauen bei Franke u.a. 2001.

⁹⁶ Von 85 befragten Frauen berichten bereits 28 im Erstgespräch von einer sexuellen Gewalterfahrung, wohingegen von 239 Männern nur ein Mann über eine solche in der Kindheit spricht. Es wird hier allerdings davon ausgegangen, dass auch mehr Männer Gewalt erlebt haben, dies jedoch aufgrund der weitaus größeren Tabuisierung noch weniger zutage tritt. Die statistischen Angaben zum sexuellen Missbrauch von Jungen generell schwanken zwischen 3 und 16% (vgl. Steinhage 1999: 653).

⁹⁷ Anstelle der Bezeichnung ‚Prostituierte‘ wäre es dem Sachverhalt angemessener, von ‚Frauen, die in bestimmten kritischen Phasen ihrer Drogenabhängigkeit Geld oder Drogen auch durch den Verkauf von Sex-Arbeit verdient haben‘, zu sprechen (vgl. Hedrich 1992: 220).

Auch die von Dobler-Mikola (2000) in ihrer Studie zur heroинunterstützten Behandlung befragten Frauen berichten für ihre aktive Drogengebrauchszeit häufiger über Belastungen. Stärker als dies Männer tun, charakterisieren sie solche Belastungen als ‚erheblich‘ oder ‚extrem‘; sie scheinen zum Beginn der Maßnahme stärker psychisch belastet. Dabei könne die psychische Belastung weder für Männer noch für Frauen als pathologisch betrachtet werden. Gleichwohl weisen Frauen im aktiven Drogengebrauch ein erhebliches Aggressionspotential auf, was nach Dobler-Mikola die Annahme unterstützt, dass der Drogengebrauch von Frauen mit widerständigen Motiven einhergeht (vgl. Dobler-Mikola 2000: 120ff., 189). Betrachtet man die Verfügung über Ressourcen, so zeigen sich Frauen besser als Männer in der Lage, soziale Unterstützungsressourcen zu erschließen. Dabei orientieren sich Frauen vorrangig im familiären und näheren Umfeld, d.h. primär an Partnern (vgl. ebd.: 93ff., 186).

Im Therapieprozess gelten Frauen im Vergleich zu Männern allgemein als problematischer (vgl. Rudolf 2002: 84ff.; Vogt 1990: 67). Obwohl es keine eindeutigen empirischen Belege gibt, die eine stärkere Gefährdung von Frauen für eine vorzeitige Therapiebeendigung belegen, schätzen MitarbeiterInnen Frauen durchweg als gefährdeter ein (vgl. Hanel 1988: 156f.). Und, so kann mit Franke (1989: 102) gefragt werden, gibt es ein größeres Risiko für eine Therapie, als MitarbeiterInnen, die sowieso denken, jemand sei zur Therapie nicht genügend motiviert und könne nicht durchhalten? Wesentlich scheint in diesem Zusammenhang die offenbar größere Bereitschaft von Frauen, ihre Probleme als solche zu bezeichnen und sie differenzierter zu thematisieren (vgl. Dobler-Mikola 2000, Hanel 1988, 1990). Männer dagegen scheinen ihre Probleme häufiger nicht zu sehen, oder es werden ihnen wiederum durch die MitarbeiterInnen mehr Probleme zugeschrieben, als sie selbst formulieren (vgl. Hanel 1988: 166). Dabei bescheinigen die Ergebnisse Hannels den Frauen schlechtere Ausgangsbedingungen einerseits und höhere Veränderungsbereitschaft andererseits, was sich in ihren im Therapieverlauf deutlich verbesserten Werten des Selbstvertrauens und des Selbstbilds zeigt (vgl. Hanel 1988: 157ff., 1990: 138). Beenden Frauen eine Therapie allerdings vorzeitig, so führen sie hierfür andere Gründe an als Männer. Frauen geben mit 38% deutlich häufiger an, eine Therapie aus zwischenmenschlichen Konflikten heraus vorzeitig beendet zu haben, als dies für Männer zutrifft (21%) (vgl. Hedrich 1992: 214).

Überdies sinkt der Frauenanteil in stationären Drogentherapien stetig. Lag er in der Schweiz in den 1980er Jahren noch bei 36%, sind es in den 1990er Jahren nur noch 20%, wohingegen der Anteil drogengebrauchender Frauen mitnichten sinkt; dies bestätigt sich auch für die Situation in Deutschland (vgl. Dobler-Mikola 1995: 33; Rink 1990: 77; Türk/Welsch 2000: 65; Welsch/Sonntag 2005: 131). Dagegen sind Frauen in alternativen Hilfemaßnahmen ebenso stärker repräsentiert (vgl. Dobler-Mikola 1995: 33; Drogenbeauftragte 2003a: 86ff.) wie auch im selbstinszenierten Ausstieg (vgl. Happel 2003: 44). Die Attraktivität der Therapeutischen Gemeinschaften scheint für drogengebrauchende Frauen vergleichsweise gering zu sein.

2.2.2.4 *Zwischenresümee: Differenzierung, Flexibilisierung und Individualisierung von Therapie*

Hinsichtlich der Gestaltung therapeutischer Hilfen schließen die Befunde der Therapie- und Therapieverlaufsforschung unmittelbar an die oben referierten Ergebnisse der differentiellen und prozessorientierten Perspektive an. Insbesondere verdeutlichen sie die Vielfalt jener Bedingungen, die subjektive Therapieverläufe beeinflussen, etwa hinsichtlich der Motivation der AdressatInnen, hinsichtlich ihrer verfügbaren Ressourcen und sozialen Integration sowie der möglichen Zielperspektiven zwischen Abstinenz und Gestaltung von drogenfreien Zeitabschnitten.

Die Therapie- und Therapieverlaufsforschung unterstreicht die Relevanz prozess- und differenztheoretischer Perspektiven in ihrem Untersuchungsfeld, dem therapeutisch unterstützten Ausstieg aus dem Drogengebrauch:

- Insbesondere die Defizitperspektive im *pathologischen Erklärungsansatz* erweitert sich um eine ressourcenbezogene Orientierung, welche darauf gerichtet ist, personale, soziale und materielle Ressourcen für den therapeutischen Prozess nutzbar zu machen. Dabei scheint sich ein salutogenetischer Blick erst allmählich neben die pathogenetischen Erklärungsweisen zu schieben, ohne die weit geteilte zentrale, pathologisch orientierte Definition der Drogenabhängigkeit als Krankheit zu entkräften. Eine umfassende Nutzung des Salutogenese-Konzeptes für Theorie und Praxis der Drogentherapie, die insbesondere dem Kontinuum von ‚abstinent/unauffälliger Konsum‘ und ‚abhängig‘ mehr Geltung verschafft (vgl. Franke 2000: 220f.; Welbrink/Franke 2000), steht in durchgängiger Perspektive noch aus. Mit dem Bedeutungszuwachs diskontinuierlicher Prozesskonzepte des Drogengebrauchs und Ausstiegs löst sich das *Abstinenzparadigma* in seinem Ausschließlichkeitsanspruch allerdings auf. Zielalternativen auf unterschiedlichen Ebenen und speziell der Bereich von Rückfallvorbeugung und -bewältigung werden für die Therapeutische Gemeinschaft relevant.
- Für die *Leidensdrucktheorie und den helfenden Zwang* ergibt sich ein widersprüchliches Bild. Einerseits belegen die Ergebnisse erfolgreiche Therapieverläufe und -resultate auch unter gerichtlichen Auflagen, so dass der justitielle Zwang vor allem hinsichtlich einer frühzeitigen Motivierung für Therapie betrachtet wird. Andererseits belegen Untersuchungen auch, dass Therapieverläufe erschwert und Therapieergebnisse negativ beeinträchtigt werden, und insofern eine motivationsfördernde und erfolgsunterstützende Wirkung nicht nachgewiesen werden kann. Insbesondere die Auswirkungen auf das Binnenklima der Therapeutischen Gemeinschaften leidet unter einer hohen Zahl in Haftanstalten sozialisierter Männer. So relativiert sich die Bedeutung von Leidensdruck und helfendem Zwang dahingehend, dass eine gewisse motivierende Wirkung weiterhin angenommen wird, aber zunehmend auch therapeutisch kontraproduktive Effekte zutage treten. Kritik erfährt das Prinzip vorrangig hinsichtlich seiner prinzipiell statischen Kon-

zeptionalisierung von Motivation, an deren Seite sukzessive dynamische Motivationskonzepte bedeutsamer werden.

- Am nachhaltigsten bestärken die Forschungsergebnisse Zweifel an den Linearitäts- und Verallgemeinerungsannahmen im *Konzept der Nachreifung* und dem daraus abgeleiteten schematischen Programm der Therapeutischen Gemeinschaft innerhalb der Therapiekette. Diskontinuierlich verlaufende Ausstiegsprozesse, differenzierte Motivationslagen, motivationsfördernde sowie rückfallbezogene Arbeit sind in schematisierten Strukturen nur unzureichend aufgehoben. Vor allem der Blick auf das Zusammenspiel von Ressourcen und Belastungen lässt eine generelle Annahme von ‚Nachreifung für alle‘ obsolet erscheinen.

Zusammengefasst verdeutlichen die Forschungsergebnisse zu Bedingungen und Wirksamkeit von Therapie die unterschiedlichen Ausgangslagen und Bewältigungsmöglichkeiten der AdressatInnen für die Therapie. Für die Einzelnen verbinden sich damit unterschiedliche Therapieverläufe und insbesondere höchst verschiedenartige Potentiale, den therapeutischen Prozess konstruktiv für den Ausstieg zu nutzen. Insofern verbinden sich mit den Forschungsergebnissen, implizit und explizit, Forderungen auf eine notwendige Individualisierung der in der Therapiekette und im Grundmodell Therapeutischer Gemeinschaften schematisch konzipierten Verfahrensweisen. Flexibilisierung und Differenzierung als notwendige Strukturveränderungen der Drogentherapie sowie der gesamten Drogenhilfe sind nach Bühringer (1990: 30f.) hierfür eine unabdingbare Voraussetzung (vgl. auch Stepputtis1992).

2.2.3 Der Therapieverbund zwischen Abstinenz, Akzeptanz und Krankheit unter besonderer Berücksichtigung der Folgen für die Drogentherapie

Mit den in den vorangegangenen Kapiteln dargestellten Ergebnissen empirischer Forschung konturieren sich wesentliche Bestimmungsmomente der Drogenarbeit neu. Prinzipiell stellen sie sowohl lineare Entwicklungsannahmen als auch schematisch vorstrukturierte Hilfefkonzepte in Frage. Das Akzeptanzparadigma, das sowohl theoretisch wie in seinen praktischen Formen die therapeutische Arbeit berührt, sowie die differenz- und prozessorientierten theoretischen Implikationen aus der Drogengebrauchs-, Ausstiegs- und Therapieforschung bilden gleichsam die Folie für einen umfassenden Modernisierungsprozess. Mit dem Anspruch auf Differenzierung, Flexibilisierung und Individualisierung der Hilfen wandelt sich dabei die Therapiekette zum Therapieverbund als vernetztes Strukturkonzept diversifizierter und flexibilisierter Angebote, die eine an den AdressatInnen orientierte, individuell angepasste Hilfe eher ermöglichen. Dabei stellt der Therapieverbund nicht nur eine Folge neuer Perspektiven dar. Vielmehr zeichnet sich der Modernisierungsprozess aus durch ein sich wechselseitig bedingendes Verhältnis von Erkenntnisgewinn und Wandel der Praxisformen.

Die Gestaltung des Therapieverbunds als praktischer Ausdruck des Modernisierungsprozesses soll im *ersten Teil* dieses Kapitels betrachtet werden, um im *zweiten Teil* das Verbundmodell

im Kontext der zentralen Orientierungen von Abstinenz, Akzeptanz und Krankheitskonzeption zu reflektieren; besonderes Interesse gilt dabei in einer *dritten Betrachtungsperspektive* der Frage nach den Folgen für die Drogentherapie im Speziellen.

Im ersten Schritt wende ich mich den konkreten Gestaltungsformen des Therapieverbunds zu und frage danach, wie sich – in Abgrenzung zum Modell der Therapiekette (vgl. 2.1.3) – Diversifizierung und Flexibilisierung im Hilfesystem manifestieren.

Der Handlungsbereich der *Drogenberatung*, die Eingangsstufe des bisherigen Kettenmodells, differenziert sich aus in unterschiedliche Schwerpunkte und erfährt insofern einen Bedeutungszuwachs. Neue Angebote, wie etwa Kontaktläden, Spritzentauschprogramme, Konsumräume, aufsuchende Formen der Sozialen Arbeit etablieren sich ebenso wie allgemein an der Lebenswelt der AdressatInnen orientierte begleitende Hilfen, so dass ein differenziertes Beratungs- und Unterstützungsangebot für unterschiedliche Hilfebedarfe entsteht. Das Ziel, Drogenfreiheit zu erreichen, rangiert dabei als eines zwischen vielfältigen anderen Zielen unterschiedlicher Zeitperspektiven (vgl. Bossong 1997; Hoffmann-Bayer 1991; Schneider 1990). Insofern löst die Drogenberatung nunmehr sehr viel stärker den Anspruch der Kontaktherstellung ein, indem Drogenkonsumierende angesprochen werden können, auch wenn sie nicht direkt Abstinenz anstreben. Beratung und Betreuung an sich erhalten einen eigenständigen Wert. Für die Kontaktherstellung zu den AdressatInnen gewinnen neben den szenenahen Formen der sozialarbeiterischen Betreuung (vgl. Hoffmann-Bayer 1989; Kleiber 1990: 25f.; Schmidt 1991: 422ff., 1989; Steffan 1989b; Steffan/Stürmer 2002; Stöver 1997: 86; Weimer 1989) neue Institutionen wie etwa Arztpraxen und Allgemeinkrankenhäuser an Bedeutung (vgl. Arnold/Schmid/Simmedinger 1999; Bader 2002: 402; Bader/Heise 2000: 164f.; Dinsse/Reinl 2001; Görge 2002; Kleiber 1990: 25f.; Schütze u.a. 1999; kritisch hierzu Schuler 2000: 317f.). Zugleich entstehen neue eigenständige Träger im Bereich niedrighwelliger Hilfen, die insbesondere szenenahe Überlebenshilfen organisieren (vgl. Gerlach 2004: 127).

Innerhalb der *Behandlungsstufe* werden Schritt für Schritt neben der abstinenorientierten Langzeittherapie niedrighwellige und suchtbegleitende Maßnahmen eingerichtet und ausgebaut.⁹⁸ Dies betrifft zum einen die Substitution mit Ersatzstoffen und die heroingestützte Behandlung (vgl. Follmann/Gerlach 2002; Michels 2002; Trost 2002: 324f.). Ferner wird die stationäre Langzeittherapie ergänzt um Maßnahmen unterschiedlicher Zeitdauer, aber auch teilstationäre und ambulante⁹⁹ Angebote und solche mit weitgehend voraussetzungslosen Aufnahmebedingungen (vgl. Bader 1996: 213; Dexheimer/Bacherle 1995; Füssenhäuser/Reinl/Stumpp 2001; Raschke/Vertheim/Kalke 1996). Hinzu kommen zielgruppenspezifische Therapien sowie zielgruppenspezifische Orientierungen innerhalb der Therapeutischen

⁹⁸ Zusammenfassend vgl. Böllinger/Stöver (1992: 67ff., 88ff.); Bossong/Gölz/Stöver 1997a; Uchtenhagen 1995.

⁹⁹ Ein wichtiger Schritt in diese Richtung liegt in der Empfehlungsvereinbarung ambulante Rehabilitation Sucht (EVARS) der Renten- und Krankenversicherungsträger, die am 1.4.1991 in Kraft trat (vgl. Bader/Heise 2000: 170ff.; Raschke/Vertheim/Kalke 1996: 21ff.).

Gemeinschaften. Bedeutsam sind diesbezüglich etwa Differenzierungen in Bezug auf Männer und Frauen, MigrantInnen und DrogenkonsumentInnen mit Kindern (vgl. Dilger/Hörger 2002; Fischer/Heinermann/Kaiser 2002; Groenemeyer/Birtsch 1991; Kaya-Heinlein 2002; LSS 1997b; Osterloh 2002; Trinkler/Spreyermann 2002). Grenzen zwischen ehemals unvereinbar und konträr gedachten Angeboten verschieben sich dabei so weit, dass neue Integrationsmöglichkeiten sinnvoll erscheinen, wie etwa in der Verbindung von Substitution und Abstinenztherapie (vgl. Carneiro Alves/Evers 2002: 257; Drogenbeauftragte 2003a: 86ff.; Remmert 2000; Schäfer 2000: 312). Zunehmend wird auch der Einsatz von medikamentöser Therapie in der stationären Abstinenztherapie diskutiert (vgl. Kufner 2002: 23). Besonders der Bedarf an Angeboten für weitgehend marginalisierte und dissozialisierte DrogengebraucherInnen rückt in den Blickpunkt und generiert neue Angebote im Sinne geschützter Wohnformen und Tagesstrukturierung (vgl. Ebert 2004; Prinzleve 2000; Uchtenhagen 1992: 229).

Innerhalb der *Therapeutischen Gemeinschaft*, die unter Bezugnahme auf das Konzept der Nachreifung bzw. Nachsozialisation¹⁰⁰ als Grundmodell professionellen Handelns weiterhin handlungsleitend bleibt (vgl. Bader 1996: 211; DHS 2000b: 28; FDR 1997: 64; Schaaf 2000: 301f; Uchtenhagen/Schaaf 2000: 396), bilden sich neue Binnendifferenzierungen heraus. Unabhängig von je spezifischen Konkretisierungen in einzelnen Einrichtungen umfassen diese in der Regel die Bereiche Psychotherapie, Arbeitstherapie und Freizeittherapie (vgl. Bader 2002; Carneiro Alves/Evers 2002; Evers/Kurz-Lund 1999; Petzold/Scheiblich/Thomas 2000; Schaaf 2000: 305). Als pädagogisch-therapeutische Elemente oder Bausteine stellen die genannten Bereiche abgegrenzte Arbeitssettings der Therapeutischen Gemeinschaft dar, in denen der Ausstiegsprozess der AdressatInnen mit je spezifischen methodischen Zuschnitten und inhaltlichen Orientierungen unterstützt wird. Die Drogentherapie weist sich damit dezidiert als ein transdisziplinäres Handlungsgefüge aus, innerhalb dessen pädagogische und therapeutische Handlungsorientierungen, insbesondere in Abkehr von den bis dahin als elementar betrachteten konfrontativen Methoden (vgl. 2.1.4.2), einander ergänzen. Im Zuge dieser Entwicklung gewinnt das Einzelsetting an Bedeutung, das bislang als kontraindiziert galt, da insbesondere zu Therapiebeginn heilsame Gruppenprozessen verhindernd (vgl. Bader 2002: 410; Petzold/Scheiblich/Thomas 2000: 327).

Weitere wesentliche Änderungen betreffen den Umgang mit Regeln, indem rigide, anordnungsvermittelte Reglements, die bereits früh im Kreuzfeuer der Kritik standen (vgl. Müller/Schuller/Tschesche 1983), sich dahingehend wandeln, dass Strukturierung und Reglement als Produkt von Aushandlungsprozessen und zentralem Gegenstand professionellen Handelns betrachtet werden. Die Vermittlung von Regeln, ihrer Sinnhaftigkeit, aber auch die Grenzzie-

¹⁰⁰ Wenngleich mitunter als Relikt einer vergangenen Ära der Drogentherapie eingeschätzt (vgl. Schaaf 2000: 300), wird das Konzept der Nachreifung bzw. Nachsozialisation weiterhin als theoretischer Bezugsrahmen benannt (vgl. etwa Bader 2002: 412f.; Dresler/Fischer 1991: 235f.; Heckmann 1997: 266; Leune 2000: 616; Petzold 1992; Petzold/Scheiblich/Thomas 2000; Scheiblich/Schwehm/Heudtlass 1990; Schwenker/Sundermann 1999: 170; Trost 2002: 324).

hung im Falle von Regelverletzungen erhalten ein neues Gewicht im therapeutischen Prozess bzw. in ihrem Potential als Lern- und Erfahrungsfeld. Die Rahmengestaltung der Regulierung und Strukturierung konzentriert sich nach Voigt (1997) auf wenige Grundregeln, übt weitestgehenden Verzicht auf Einschränkung persönlicher Freiheiten und lässt die Veränderbarkeit der meisten Regelungen zu. Ferner trennt sie zwischen therapeutischem Fortschritt und Freiheitszuwachs und schafft Raum für die Aktualisierung des Themas ‚Illegalität‘. Enthierarchisierung und Demokratisierung, wie sie speziell in der Drogentherapie wenig verankert sind (vgl. Bader 2002: 410), werden mithin zu Grundprinzipien professionellen Handelns (vgl. hierzu auch Baudis 1994; Ensel 1997: 60ff.; Schaaf 2000: 304f.).

Grundsätzlich lassen sich heute existierende Therapeutische Gemeinschaften hinsichtlich ihres professionellen Arbeits- und Selbstverständnisses in *zwei konzeptionelle Varianten* unterteilen, nämlich die pädagogisch-therapeutische bzw. soziotherapeutische sowie die therapeutische bzw. psychotherapeutische Konzeption (vgl. Bossong 1997; Brömer 1991; Heckmann 1997; Renggli/Tanner 1994; Steingass 2001; Uchtenhagen 2000a). Beide konzeptionellen Ansätze differieren im Wesentlichen in dem unterschiedlich gewichteten Bedeutungsgehalt von Alltag und Alltagsbewältigung einerseits und der im engeren Sinn alltagsenthobenen psychotherapeutischen Hilfestellung zur Bewältigung von Problemverhalten andererseits. Dass eine solche klassische Zweiteilung in der Praxis kaum gegeben ist und sich die beiden Ansätze nicht eindeutig voneinander abgrenzen lassen, weil sie jeweils Aspekte vom anderen integriert haben, wird in unterschiedlicher Weise betont (vgl. Brömer 1991: 52; Petzold/Hentschel 1994: 96; Uchtenhagen 2000a; Steingass 2001: 338f.).

Kennzeichen der *pädagogisch-therapeutisch/soziotherapeutisch ausgerichteten Gemeinschaften* ist die Konzentration auf die Bewältigung des Hausalltags im Kollektiv der BewohnerInnen. Ein strukturierter Alltag und Therapieablauf mit hohem Verbindlichkeitscharakter für die AdressatInnen bildet die wesentliche Stütze der Lern- und Veränderungsprozesse. Eine genuine Methodik der gezielten therapeutischen Intervention ist nachrangig im professionellen Handeln. MitarbeiterInnen werden weniger als TherapeutInnen betrachtet. Eher sind sie AnleiterInnen, KontrolleurInnen und ‚trouble shooter‘, also jemand, der Störungen und Probleme sucht und behebt, und sie fungieren als Vorbilder und Traditionsgaranten. Die Dynamik des Zusammenlebens wird als das entscheidende therapeutische Mittel gesehen. Renggli und Tanner unterstreichen ferner die streng hierarchisch geprägte Struktur mit konfrontativen Gruppensitzungen und am Alltagsgeschehen ausgerichteten, strukturbetonen, kontrollierenden Arrangements: „Die Arbeit füllt den Hauptteil des Tages aus, Strenge und Härte dominieren“ (Renggli/Tanner 1994: 151).

In der *therapeutisch/psychotherapeutisch ausgerichteten Gemeinschaft* tritt dagegen der soziale Lernansatz in den Hintergrund. Bedeutsamer ist die biographiebezogene Aufarbeitung von problematischen Erfahrungen Einzelner. Es steht folglich mehr Zeit für die psychotherapeutische Arbeit im alltagsenthobenen Setting zur Verfügung. Vorrangig setzen sich die Teams aus

MitarbeiterInnen mit therapeutischer (Zusatz-)Ausbildung zusammen. Bedeutsam sind in erster Linie Verfahren der humanistischen Psychologie, vor allem Psychodrama, Gestalttherapie und Gesprächspsychotherapie, aber auch systemische Ansätze, tiefenpsychologische Elemente sowie verhaltenstherapeutische und kognitive Elemente. Anstelle einer Festlegung auf eine therapeutische Richtung erweist sich ein Methodenmix als handlungsleitend (vgl. Schaaf 2000: 305; Sonntag/Tretter 2001: 345f.; vertiefend vgl. Feuerlein/Küfner/Soyka 1998: 266ff.). Therapeutische Gemeinschaften, die einem solchen Selbstverständnis zuzuordnen sind, haben nach Heckmann (1997: 272) eine ausgesprochene Nähe zum Modell der Fachklinik erreicht.

Der *Drogenentzug*, und damit komme ich wieder zurück zum Therapieverbund im Gesamten, qualifiziert und differenziert sich als eigenständiges und eigenwertiges Angebot (vgl. etwa Behrendt/Trüg 1994; Gruber-Riedl/Bussello-Spieth/Tretter 1994; Tretter/Bussello-Spieth/Bender 1994c).¹⁰¹ Neben dem ‚kalten Entzug‘ setzt sich der ‚warme Entzug‘ durch, der mit Medikamenten die Entzugssymptome lindert und den Verlust der Droge pharmakotherapeutisch ausgleicht (vgl. Backmund 1995; Brack/Behrendt 1995; Ladewig 1994; Ladewig/Stohler 1994; Tretter/Bussello-Spieth/Bender 1994b). Spezielle, motivationsfördernde und entzugsbegleitende, an der Lebensbewältigung orientierte Betreuungsangebote, die ehemals im Kontext der Hochschwelligkeit abgelehnt wurden, entwickeln sich in diesem Zusammenhang zum integralen Bestandteil qualifizierter Entzugstherapien, die sukzessive auch ambulant und zielgruppendifferenziert organisiert sind (vgl. Backmund 1995; Görden/Möller/Oliva 1996; Höhn/Trüg 1995; Trüg 1992, 1995). Anstelle bloßer Therapievorbereitung wollen diese Entzugsformen positive Erfahrungen ermöglichen und die NutzerInnen für weitere Angebote interessieren (vgl. exemplarisch Heudtlass 1997; Veltrup 1995b). Ein Selbstwert liegt gleichwohl bereits in der Herstellung von drogenkonsumfreien Zeiten, die „die Wahrscheinlichkeit des (gesunden) Überlebens, der Erholung und Besinnung“ (Körkel/Kruse 1994: 72f.) erhöhen.

Ziele der *Nachsorge*, d.h. die Stabilisierung des Therapieresultats, die Begleitung der beruflichen und sozialen Integration sowie die Unterstützung in rückfallgefährdenden Krisenzeiten als Begleitung einer „Stolperstrecke“ (Hünnekens/Raschke/Rometsch 1988: 191) rücken vermehrt in den Blick. Dabei bewegt sich Nachsorge prinzipiell in der Spannung zwischen notwendiger Unterstützung und der Produktion einer unnötigen „Abhängigkeit vom therapeutischen oder ‚quasi-therapeutischen‘ Setting“ (Bossong 1997: 27). Hünnekens, Raschke und Rometsch (1988: 192) unterscheiden vier Unterstützungsformen: (1) Hilfen aus der primären und sekundären sozialen Umwelt, z.B. Eltern, PartnerInnen und FreundInnen; (2) weitere Therapien, wenn die letzte abgebrochen oder unzureichend war; (3) stationäre Rehabilitation (Nachsorge) sowie (4) alle Formen ambulanter Nachsorge durch Betreuung und Beratung.

¹⁰¹ Der Wandel drückt sich auch aus in der Bezeichnung als Drogenentzug bzw. Entzugsbehandlung anstelle der Entgiftung (vgl. etwa Bader/Heise 2000: 167f.; Behrendt/Degkwitz/Trüg 1995; Tretter/Bussello-Spieth/Bender 1994a).

Gemeinsam mit den AdressatInnen im sozialen Umfeld Ressourcen zu mobilisieren, ist für alle genannten Formen der Nachsorge zentral bedeutsam (vgl. ebd.: 197ff.; auch Körkel/Lauer 1995: 171). Niedrigschwellige Angebote der Drogenberatung stehen etwa auch Personen nach einer vorzeitigen Therapiebeendigung zur Verfügung (vgl. Hoffmann-Bayer 1991) und eröffnen für diesen Personenkreis ein erweitertes Spektrum der Unterstützung, die der Stabilisierung und dem gesunden Überleben dient.

Zusammengefasst symbolisiert sich in der im Therapieverbund angezeigten Neudimensionierung ein bis heute fortdauernder *Prozess der Modernisierung* zu einem diversifizierten Dienstleistungsangebot Drogenhilfe. Prinzipiell vereint dieses modernisierte Dienstleistungsangebot unterschiedliche Entwicklungslinien, nämlich zum einen den Ausbau niedrigschwelliger, suchtbegleitender und akzeptanzorientierter Maßnahmen und zum andern die inhaltlich-strukturelle Neukonzipierung und Weiterentwicklung des bereits in der Therapiekette Bestehenden. In der damit einhergehenden neuen Vielfalt spiegeln sich sowohl Momente des alten Release-Konzepts als auch die, in der spezifisch deutschen Modifikation der Therapiekette vernachlässigten Merkmale wider. Überdies verweist der Wandel auf ein verändertes strukturelles Gefüge, in dem die Grenzen zwischen den einzelnen Elementen, d.h. zwischen Entzug, Beratung, Behandlung und Nachsorge, fließender angelegt und in der Orientierung an den AdressatInnen auf flexiblere Nutzungsmuster ausgerichtet sind. „Suchthilfe stellt sich nicht mehr als ‚Marsch durch die Institutionen‘, sondern als Prozessbegleitung dar, in deren Verlauf der Hilfeplan weniger von den zur Verfügung stehenden Interventionsformen bestimmt als durch Diagnostik und Indikationsstellung begründet ist“ (Gaßmann/Leune 2000: 145f.). Unterschiedliche Einstiege in Hilfe und individuelle Hilfeverläufe sind damit strukturell im Verbundmodell eingelassen. Evident ist der Bedeutungsverlust der vormals beherrschenden Tendenz zur Vereinheitlichung von Hilfe.

Die *stationäre Drogentherapie*, die in ihrem Grundmodell der Therapeutischen Gemeinschaft charakterisiert wurde als schematisch vorstrukturiertes Ausstiegsmodell mit rigidem, strengem Regime, sieht sich insofern konfrontiert mit neuen Ansprüchen auf eine differenzierte, flexibilisierte und individuell orientierte Hilfestaltung. Die Leitlinien der drogentherapeutischen Gemeinschaften (vgl. 2.1.4.3) werden mithin konfrontiert mit differenz- und prozessbezogenen theoretischen Annahmen.

Damit komme ich zur Betrachtung des Therapieverbunds im Zusammenhang von Abstinenz, Akzeptanz und Krankheitskonzeption als wesentliche Orientierungsweisen. Welche Bedeutung erlangen sie in den neuen Gestaltungsformen? Wie integrieren sie sich in dem Modell? Und was lässt sich über handlungsrelevante Standards in der Drogenhilfe daraus ableiten? Dies zu beleuchten und darin aufzuzeigen, wie sich in widersprüchlichen Bezügen die Krankheitskonzeption, d.h. die pathologische Orientierung, auf neuer Ebene konsolidiert, ist Ziel der folgenden Darstellungen.

Der Therapieverbund steht zuvorderst unter der Zielmaxime, die Versorgung abhängig Drogengebrauchender in der Region zu verbessern und ein engmaschiges, adressatengerechtes Hilfenetz bereitzustellen. Unter Einbezug bestehender Institutionen in und außerhalb der Drogenarbeit vor Ort soll Hilfe und Unterstützung effektiver und nutzerorientiert anstatt wie bisher angebotsorientiert gestaltet werden (vgl. Bader 1996, 2002; Bader/Hey/Stöver 1997; Bader/Heise 2000: 173f; Krausz 1995: 56f.; Kunze 1995; Leune 2000; Petzold/Scheiblich/Thomas 2000: 326; Schuler 2000: 318; Sundermann 1994; Wanke 1995).¹⁰² Vernetzung bezieht sich hierbei zum einen auf eine kooperativ orientierte Öffnung innerhalb der bereits seit längerem bestehenden Angebote als Erweiterung der internen Hilfeoptionen und zum anderen auf die neuen Hilfeformen wie etwa Methadonsubstitution und qualifizierte Entzugsmöglichkeiten im Sinne neuer Kooperationslinien. Die Bewegung zwischen abstinent- und akzeptanzorientierten Angeboten folgt auch ökonomischen Gesichtspunkten und entfaltet sich entlang von Marktgesetzen zwischen Angebot und Nachfrage (vgl. Bossong 1997: 29ff.; Gaßmann/Leune 2000: 160ff.; Uchtenhagen 1995). Evident ist in diesem Zusammenhang eine Wieder- bzw. Neuannäherung der gleichsam separierten Drogenhilfe an das medizinisch-psychiatrische System, innerhalb dessen das Thema Drogenabhängigkeit wachsende Bedeutung erhält. Es handelt sich mithin um eine Annäherung, die von beiden Seiten verfolgt wird und eingebunden ist in den Diversifizierungsprozess.

Für eine solche Annäherung spielen neue und neu sich qualifizierende Angebote wie etwa die Substitution, die medizinisch gestützte Abgabe von Originalstoffen und der klinische Entzug eine Rolle. Auch das wachsende Interesse an dem Thema der Komorbidität trägt hierzu bei. Und nicht zuletzt eröffnet die Arbeit mit der bislang im medizinisch-psychiatrischen Bereich eher ungeliebten Klientel neue Arbeitsfelder, was nicht unerhebliche Konkurrenzverhältnisse zwischen den beteiligten Professionen schafft (vgl. Michels 1999; Schuler 2000: 317f.). Schließlich verbindet sich das Ziel der verbundorientierten Qualifizierung der Drogenhilfe mit der Diskussion um gemeindenahere Konzepte, wie sie in der Sozial- und Gemeindepsychiatrie schon länger relevant sind. Die Psychiatrie solle sich für Suchtkranke öffnen und die bislang tätigen Berufsgruppen angemessen beteiligen (vgl. Schwoon/Krausz 1990b: 9ff.). Auch unter Verweis auf finanzielle Aspekte solle hier die Orientierung am medizinisch-psychiatrischen System neue Optionen eröffnen (vgl. etwa Schacke 1990). Bader verknüpft damit den Gedanken der Integration zweier sich in Spaltungsgefahr befindender Lager: die medizinisch bestimmte Versorgung versus die psychosoziale Versorgung mit mehr pädagogischen und psychologischen Anteilen. In einer Hierarchie von vorbehaltloser Akzeptanz der DrogengebraucherInnen bis hin zu hochdifferenzierten Therapieangeboten spannt er den Bogen der Hilfe

¹⁰² Mitunter bezieht sich der Begriff Therapieverbund auch vorrangig auf die verschiedenen Einrichtungen und Maßnahmen eines einzigen Drogenhilfeträgers als in neuer Weise aufeinander bezogen konzipierter Elemente (vgl. etwa Scheiblich 1994b). Schaaf (2000: 305) unterscheidet diesbezüglich zwischen Binnendifferenzierung als Vielfältigkeit des eigenen Angebots und dem Trägerschaftsnetz sowie Kontakten mit externen trägerschaftsfremden Institutionen (vgl. auch die Beispiele der Kooperationsmöglichkeiten bei Bossong 2000: 450f.).

und verortet darin das Zusammenspiel der Disziplinen mit ihren je spezifischen Handlungsformen. Es verbinden sich sowohl „medizinisch geprägte Hilfen, die als Basis-Hilfen Notfallprophylaxe betreffen und der Sicherung des Überlebens dienen, als auch mehr psychosozial orientierte Hilfen, die substitutionsbegleitend, vor allem aber auch abstinenzorientiert arbeiten“ (Bader 1996: 221f.).

Der Therapieverbund ist demnach durch *zwei Konfliktfelder* geprägt: Das ist zum einen das Feld der Disziplinen mit ihren professionspolitischen Auseinandersetzungen und zum anderen das Feld in den Koordinaten abstinenzorientierter und akzeptanzorientierter Arbeit. Trotz aller im Praxisfeld sich etablierender Kooperationsformen, vor allem im regionalen Kontext, kann nicht von einer reibungsfreien Integration der verschiedenen Felder ausgegangen werden (vgl. Reinl/Stumpp 2000: 155f.). Letztlich bewegt sich der Streit um die ‚richtige‘ Dimensionierung des Phänomens Drogengebrauch/Drogenabhängigkeit im einigenden rechtlichen Handlungsrahmen von Prohibition und Abstinenz, wie er nach wie vor den Kern der politischen und rechtlichen Gestaltung ausmacht (vgl. Kemmesies 2004: 208; 1.5).

Wer jedoch definiert handlungsleitende Standards und Leitlinien und verhilft diesen zur Geltung? In einem Feld, in dem die Forschung vorwiegend psychologisch, medizinisch-psychiatrisch, biologisch und pharmakologisch bestimmt ist, und zentrale Gremienpositionen mit VertreterInnen dieser Disziplinen besetzt sind, scheint dies tendenziell vorgezeichnet (vgl. Kemmesies 2001: 211; Reinl/Füssenhäuser/Stumpp 2004: 173f.). Sowohl die Zukunft der Suchtforschung als auch die Frage der Praxisqualifizierung wird insbesondere in diesem disziplinären Rahmen debattiert, und zwar bereits mit langer Tradition (vgl. Berger/Gann 2003; Burian 1986; DHS 1992; Fechter 1995; Heinz/Vogel 1993; Helas 1988; Mann 2000; Mann/Kapp 1995; Missel/Braukmann 1995; Petzold 1993; Witt 1995). Dieser Trend setzt sich fort und wird im Zusammenhang der Erschließung der Sucht aus biologischer Perspektive verstärkt werden, so fasst Kufner (2002: 21f.) die Herausforderungen des Suchthilfesystems zusammen (vgl. auch BMBF 2004; kritisch hierzu Reinerman 2005: 24f.). Dass in der Medizin in den letzten 40 Jahren keine wirklich neuen psychotherapeutischen oder medikamentösen Therapieverfahren entwickelt werden konnten, wie Dieter Ladewig in einem Interview den aktuellen Stand resümiert und dabei auf die grundlegende Bedeutung der persönlichen Interaktion zwischen Professionellen und AdressatInnen verweist (vgl. Mundle 2004: 68), ändert offenbar nichts an der zunehmend naturwissenschaftlich orientierten, medizinisch-psychiatrischen geprägten Konzentration auf das Krankheitsmodell. Die vielfach angemahnte Konzentration auf die genauen Zusammenhänge zwischen Abhängigkeit und soziokulturellen Einflussfaktoren (vgl. etwa Schmidt/Alte-Teigeler/Hurrelmann 1998; Tretter 1994b, 1996) unterbleibt weitgehend.

Leitlinien und Standards in diesem Bezugsrahmen legt Kellermann mit seiner am Krankheitsmodell ausgerichteten Begriffsbestimmung vor. Er schlägt einen „empirisch-pragmatischen Suchtbegriff“ (Kellermann 2005: 12, 42ff.) vor, der die Unschärfe bisheriger

Definitionsversuche beseitigt und Richtlinien für Prävention und Therapie bereitstellt. PraktikerInnen seien sich bereits seit langem einig in der von ihm vorgeschlagenen Grundlegung, allein „einflussreiche Theoretiker“ (ebd.: 9) versuchten bislang den Suchtbegriff zu definieren, „ohne Rücksicht auf klinische Befunde und suchtttherapeutische Erfahrungen“ (ebd.). Sucht wird mit diesem Anspruch definiert als ein Zustand, den jede/r mit Suchtmittelkonsum erlangen kann, wobei mit erreichter Süchtigkeit gleichsam irreversibel die Kontrolle über das eigene Verhalten verloren geht. Der Weg heraus liegt nach Kellermann im Entschluss zum suchtmittelfreien Leben, wie er anhand der Nikotinabhängigkeit als Modellsucht expliziert (vgl. ebd.: 13ff., 112). Der Kontrollverlust erscheint in diesem neuen ‚pragmatischen Gewand‘ in seiner ganzen Schärfe als unumstößliche Größe (vgl. ebd. 17ff.) und negiert mithin jene Erkenntnisse, die etwa zu Formen kontrollierten Drogen- und Alkoholgebrauchs oder zur sozialen Dimensionierung des Phänomens Drogengebrauch vorliegen.

Was bedeutet das nun für die Frage nach der inhaltlichen Ausrichtung von handlungsleitenden Standards und Definitionen? Drogenkonsum und -abhängigkeit sowie eine darauf bezogene Drogenhilfe konturieren sich immer mehr im Kontext gesundheitsbezogener Themenstellungen, die sich vorwiegend auf pharmazeutische und persönlichkeitsbedingte Aspekte des Suchtgeschehens konzentrieren (vgl. z.B. Drogenbeauftragte 2003b). Das Soziale schrumpft in diesem Verständnisrahmen auf jeweils im Gesundungsprozess einzubeziehende ‚Teilaspekte‘ wie Arbeit, Ausbildung, Unterstützungsnetze etc. Eine im Sinne verbesserter Problemlösung und Lebensbewältigung an den komplexen Lebensverhältnissen der DrogengebraucherInnen und NutzerInnen anknüpfende Perspektive (vgl. etwa Franzkowiak 1998; Reinl/Stumpp 2001) hat, in der offensichtlichen Reduktion auf das Zusammenspiel von Droge und Person, hingegen nur wenig Raum. Die von Schaltenbrand (1994) angesprochene Mehrperspektivität wird mithin nicht nur in Bezug auf die Lebenswelt Drogenkonsumierender ignoriert, sondern ebenso, wie der Autor selbst anmerkt, hinsichtlich der von ihm geforderten Familienorientierung in der Therapie. Im Gegenteil zeichnet sich eine Verabschiedung von der Dimension des Sozialen ab, die „im Sinne einer Medizinalisierung und formalisierenden, routinisierenden Standardisierung“ (Schneider 1998c: 165) auf qualitativ neuer Ebene instrumentalisiert und enteignet wird. In der neu konturierten pathologisierenden Sichtweise auf Drogengebrauch und Sucht werden die Phänomene gesellschaftlich dekontextualisiert, entpolitisiert und in normativ-moralischer Weise den Menschen selbst als persönliche Verantwortung anheim gestellt. Zu beobachten ist hier eine *Renaissance des pathologischen Erklärungsansatzes*, in der sich das Leiden mit dem Postulat der Selbstverantwortung mischt.

Die gesicherte Finanzierung der Behandlung, das Recht auf Hilfe wie auch eine gewisse moralische Entlastung der Einzelnen von Schuld – dies sind die positiven Implikationen einer Krankheitskonzeption, ihrer gesetzlichen Anerkennung und einer Verortung im Gesundheitswesen. Eine klare Trennung von moralisierenden Konzepten steht indes noch aus. Gesundheit und die damit verbundene volle Produktivität der Arbeitskraft gelten als wesentliche Fundamente des ökonomischen und kulturellen Fortschritts. „Krankheit ist vor allem etwas Ver-

meidbares“, so Durkheim (1984: 144). Kranke trifft an ihrer Krankheit keine Schuld, jedoch als Vernunftwesen obliegt es ihnen, ihr Handeln am Maßstab der Gesundheit auszurichten und sich im Sinne der Heilung zu verhalten. „Die Behandlung des Themas ‚Abhängigkeit‘ in Öffentlichkeit, Wissenschaft und Therapie und Beratung ist nie frei von der Schuldfrage, d.h. von der Überlegung, inwieweit die Drogenabhängigen (einschließlich der Alkoholiker) nicht letztendlich doch selbst dafür verantwortlich zu machen sind, dass sie (weiterhin) Drogen konsumieren und davon abhängig sind, statt den Konsum gar nicht erst begonnen zu haben, ihn zumindest nach Erkennen zu unterlassen und sich in Behandlung zu begeben“ (Herwig-Lempp 1994: 97). So unterscheidet Kellermann (2005: 46) die Sucht als Krankheit und psychische Störung von anderen Krankheiten dadurch, dass sich der/die Kranke nur selbst daraus befreien kann. Schneider plädiert dafür, die übliche Patientenrolle von den Suchtkranken fernzuhalten und die Sucht nicht aus der Verantwortung der Einzelnen zu nehmen (vgl. Schneider, R. 1992: 118).

Die Frage nach der Verantwortung kann jedoch nicht ohne das *Zugeständnis* von Autonomie verhandelt werden, weder bezogen auf den Gebrauch von Drogen noch bezogen auf dessen Beendigung. Wie weit das Krankheitskonzept hingegen vom Zugeständnis der Autonomie entfernt ist, zeigt Reinarman (2005) in seiner diskurstheoretischen Betrachtung der Sucht als Krankheit. Das Krankheitskonzept garantiert nicht nur ein humanes Zugangsrecht zu dringend benötigten Hilfen. Es dient „paradoxe[r]weise auch als Schlüsselrechtfertigung einer straforientierten Politik“ (Reinarman 2005: 37). Die gefürchtete ‚Krankheit‘ muss mittels repressiver Politik verhindert und reduziert werden, weshalb, gleichsam im Interesse der Menschen selbst, Verbot und Strafverfolgung notwendig sind.

Wie lässt sich vor diesem Hintergrund das Verbundmodell im Kontext der relevanten drogenpolitischen Modelle (vgl. 1.6), d.h. dem Kontroll-, Therapie- bzw. Schadensminimierungsmodell, verorten? Im Grundsatz entspricht der Therapieverbund dem *Therapiemodell*. Versucht wird, auf der Basis der generellen Übereinkunft der Drogenabhängigkeit als Krankheit, das Modell der Kontrolle (z.B. über das Konzept des helfenden Zwangs als Motivationsfaktor) und nunmehr auch Elemente der Schadensminimierung zu integrieren, wobei das Abstinenzparadigma als Leitidee weiter besteht (vgl. Bschor 1987; Kemmesies 2001). Die Orientierung am Krankheitskonzept erleichtert die Integration der Schadensminimierung im Sinne einer Behandlungsstrategie, welche die Prämissen der anderen Modelle nicht grundsätzlich in Frage stellt und eine Bezugnahme auf das Akzeptanzparadigma im engeren Sinn nicht zwingend notwendig macht.¹⁰³

Niedrigschwellige Angebote, Suchtbegleitung und Schadensminimierung dienen insofern einer Unterstützung des Verbundes an den Rändern, richten sich jedoch aus an dem übergeordneten Ziel der Abstinenz. Sie erweitern die methodischen Ansätze und die inhaltlich-

¹⁰³ Deutlich wird dies etwa auch in der drogenpolitischen Auseinandersetzung um die drei bzw. vier Säulen der Drogenpolitik (vgl. 1.6.2).

institutionellen Konzepte, mit deren Hilfe auch solche DrogengebraucherInnen erreicht werden können, die mit gezielt abstinentenorientierten, therapeutischen Maßnahmen nicht anzusprechen sind. Ob sie als eigenständig wirksame Angebote gedacht sind oder vorrangig als Vorstufe zur Weiterleitung in abstinentenorientierte Hilfen, wird unterschiedlich bewertet, je nach Gewichtung des Akzeptanz- bzw. Abstinenzparadigmas. Wenngleich sich zahlreiche Angebote einer akzeptanzorientierten Drogenhilfe im Sinne einer „Verdoppelung der Drogenhilfe“ (Schmid 2003: 221) etabliert haben und gegenseitige Annäherungen zur Tagesordnung gehören (vgl. Stöver 1999c: 13), so kann von einer Gleichrangigkeit der Paradigmen oder gar einem Paradigmenwechsel nach Kuhn (1997) nicht gesprochen werden (vgl. 1.6.2). Unter dem vorrangigen Einfluss des Therapiemodells kommt dem abstinentenorientierten Weg nach wie vor eine besondere Bedeutung zu.

Vor diesem Hintergrund wende ich mich nunmehr der Betrachtung der Drogentherapie bzw. der Therapeutischen Gemeinschaft zu. Was lässt sich aus den eben dargestellten Zusammenhängen hinsichtlich ihrer Verortung im Verbund ableiten? Für die stationäre Langzeittherapie markiert das Therapieverbundmodell mit seiner größeren Vielfalt an Optionen zunächst einen klaren *Bedeutungswandel ihrer Rolle im Hilfesystem*. Vom ehemaligen Königsweg der Drogenarbeit wandelt sich ihr Stellenwert gerade zu *einem* unter höchst verschiedenen Wegen. Zum einen enthebt dies die stationäre Drogentherapie der Verantwortung für ‚das Ganze‘, weil andere Hilfeformen an ihre Seite treten. Zum anderen steht sie eben nicht mehr alternativlos zur Verfügung, sondern muss sich mit anderen messen und konkurriert um Finanzierung und vor allem um Nachfrage. „Die monopolistische Therapiediktatur, die – ganz im Sinne der Gesinnungsethik – weiß, was für Menschen gut ist, verändert sich schrittweise in Richtung auf einen *Therapiemarkt*, in welchem der Kunde nicht gerade König, aber doch letztlich erfolgsbestimmend ist und sich die Angebote daran messen lassen müssen, wie weit sie die Kundschaft erreichen und ihr etwas Brauchbares zu bieten vermögen. Ein Wandel also, mit zunehmendem Verzicht auf monopolisierte Macht, in Richtung auf ein pluralistisches System, innerhalb dessen die Benutzer ihre Optionen treffen können und sollen“ (Uchtenhagen 1995: 15, Hvhb.i.O.). In Anlehnung an Kunze lautet die wesentliche Frage nicht mehr: Welche Behandlungsmethode ist die beste? Gefragt werden muss vielmehr: Für welche Personen mit welchem Erscheinungsbild des Drogengebrauchs ist in welcher Situation welche Hilfe geeignet? „Die Strategie ‚mehr vom gleichen‘, der traditionelle Königsweg, ist hierzu untauglich“ (Kunze 1995: 93; vgl. auch Drogenbeauftragte 2001).

Dennoch nimmt die abstinentenorientierte und insbesondere die stationäre Drogentherapie weiterhin eine *Sonderstellung* ein, indem sie verglichen mit anderen Maßnahmen als *hochrangigstes* Angebot klassifiziert wird. „Die ordnungsgemäße Therapie bei Suchtkrankheiten ist die Entwöhnungstherapie, die psychotherapeutisch fundiert ist. Die Patienten gehen dabei für mehrere Monate in stationäre Therapieeinrichtungen oder auch in ambulante Therapiepro-

gramme“ (Tretter 1999: 95). Die stationäre Therapie gilt als „Standardtherapie“ (Schneider, R. 1992: 111), die dem Ausmaß der mit Abhängigkeit verbundenen Störungen entspricht oder als „das qualifizierteste und hochrangigste Behandlungsangebot“ (Bader 2002: 404). Für Brömer ist die Therapeutische Gemeinschaft nach wie vor die intensivste zur Verfügung stehende Lebens- und Therapieform (vgl. Brömer 1991: 54). Schwoon charakterisiert die Entwöhnungsbehandlung als „krönendes Element“ und sieht in ihr den „am weitesten elaborierten Weg“ (Schwoon 2000: 159; vgl. auch Bader/Heise 2000: 170; Herbst 1992: 154). Andere Hilfen, jene im niedrigrschwelligem und im ambulanten Bereich, gelten als „komplementäre Hilfen“ (Bader 2002: 405; vgl. auch Sundermann 1994). Zum einen werden solche komplementären Hilfen¹⁰⁴ charakterisiert als Angebote für die vergleichsweise große Gruppe derer, denen der Zugang zur qualifiziertesten Hilfe aus unterschiedlichen Gründen nicht möglich ist, „sei es wegen der Nichterfüllung vorgegebener Kriterien oder dem Gefühl, die Erwartungen nicht erfüllen zu können“ (Bader 2002: 405). Wanke fasst sie als Vorstufe motivierender und therapeutischer Angebote; als eigenständige Maßnahmen dienten sie nur ordnungspolitischen Interessen (vgl. Wanke 1995: 26). Und Heckmann geht hier noch ein Stück weiter: „Der Königsweg heißt für mich drogenfreie Therapie. Das ist der beste Weg für einen Suchtkranken“ (Heckmann, zit. nach Glaeske 2004¹⁰⁵; vgl. auch ergänzend Heckmann 1999: 19).

In dieser Lesart kann das Verbundsystem auch gedeutet werden als eines, das viele Wege erzeugt, die zum Hauptweg, dem (ehemaligen) Königsweg, führen. Im Grunde genommen bleibt die abstinenzorientierte stationäre Therapie als exponiertes Angebot erhalten, auch wenn sie eingebunden ist in ein Netz von Nebenwegen. Die neue Differenzierung des Verbundmodells markiert damit nicht nur eine Pluralisierung, sondern eben auch eine Hierarchisierung der Hilfen. Dies manifestiert sich nicht zuletzt in den unzulänglichen Verbindungen zwischen therapeutischem Angebot und Basishilfen, zwischen stationären und ambulanten Hilfen (vgl. etwa Bader/Heise 2000: 177; Bader 2002: 406; Schuler 2000: 318). Gleichwohl muss sich stationäre Drogentherapie in dem Geflecht eines pluralistischen Therapiemarkts, in dem sie zwar hochrangig, aber nicht alternativlos steht, in ihrer Qualität beweisen.

Geprägt ist der Wandel für die Therapeutische Gemeinschaft darüber hinaus sowohl von strukturell-ökonomischen Faktoren als auch von einer Heterogenisierung der Adressatengruppe. Zum Ersten stand die Entwicklung der Therapeutischen Gemeinschaft bis in die 1990er Jahre unter dem Zeichen von Zuwachsraten und beträchtlicher ökonomischer Sicherheit. Dies hat sich deutlich verändert. Im Jahr 1996 kürzten die Kosten- und Leistungsträger die Therapiezeit auf 10 Monate und reduzierten die Dauer von Wiederholungsmaßnahmen, ohne dabei

¹⁰⁴ Was als komplementäre Hilfen eingeordnet wird, das ist wiederum Resultat von fachpolitischen Bewertungen und Setzungen. Etwa gilt in der psychiatrischen Grundversorgung auch die Therapeutische Gemeinschaft als komplementäre Hilfe (vgl. Greb 1995: 83f.).

¹⁰⁵ Das Zitat entstammt einem Vortrag von Harry Glaeske beim Symposium des Landschaftsverbands Westfalen-Lippe und dem Fachverband WESD e.V. (Westfälische Einrichtungen Stationärer Drogentherapie) mit dem Tagungstitel „Westfälische Suchthilfe – Blick zurück nach vorn“ im Juni 2004. Glaeske unterstreicht als Vorsitzender des WESD-Verbands die Bedeutung dieser Aussage für den Verband (vgl. Glaeske 2004: 1).

inhaltliche oder adressatenbezogene Aspekte zu berücksichtigen (vgl. Bader 2002: 410f.; Tretter 2003; Uchtenhagen/Schaaf 2000: 402). Das bedeutet, dass der Wandel seither unter erheblichem Effizienz- und Effektivitätsdruck der Kosten- und Leistungsträger (Schuler 2000) sowie der kommunalen Haushalte zu bewältigen ist (vgl. Bossong 2000; Reinl/Füssenhäuser/Stumpp 2004). Zum Zweiten hat es Drogentherapie mehr und mehr mit einer heterogenisierten Gruppe von AdressatInnen zu tun. Einerseits sind die Lebenslagen der Hilfesuchenden immer mehr gekennzeichnet von Marginalisierung, gesundheitlicher Beeinträchtigung, polyvalenten Drogengebrauchsmustern und nicht zuletzt durch Kriminalitätsbelastung (vgl. Carneiro Alves/Evers 2002: 254; Gaßmann/Leune 2000: 155; Petzold/Hentschel 1994: 91f.). Andererseits kommen neue Konsumentengruppen in Therapie, deren Drogengebrauch eher motiviert ist vom Interesse, Stress- und Leistungsanforderungen im beruflichen und privaten Alltag zu bewältigen (vgl. Uchtenhagen/Schaaf 2000: 404; Schuler 2000: 315).

Abschließend kann nunmehr vor allem ein widersprüchliches Bild und damit das *Ende der Eindeutigkeiten* festgestellt werden. Wir haben es zum einen mit einer diversifizierten und flexibilisierten Hilfestruktur zu tun. Diese basiert auf dem Bedeutungszuwachs differenz- und prozesstheoretischer Annahmen und insbesondere auf der Relativierung des Abstinenzgebotes in unterschiedlichen Zielperspektiven. Für die Therapeutische Gemeinschaft selbst bleibt dabei das Konzept der Nachreifung bzw. Nachsozialisation in seiner linear-verallgemeinernden Grundausrichtung weiterhin maßgeblich. Was die wesentlichen Deutungsmuster zur Erklärung von Drogengebrauch und Abhängigkeit anbelangt, lässt sich eine neue (alte) Allianz in Bezug auf das Krankheitsmodell feststellen. Der pathologische Erklärungsansatz erfährt mithin eine Stärkung auf neuem Niveau, d.h. in einem neuen Konsens. Das Konzept des helfenden Zwangs als Ausdruck repressiver Kontrollstrategien reiht sich im Rahmen der ihm zugeschriebenen motivierenden Potentiale mühelos ein. Handlungspraktisch schließt dies durchaus abstinenz- und akzeptanzorientierte Maßnahmen ein und ermöglicht prinzipiell deren Integration in einem für vielfältige Bedarfe durchlässiger gewordenen System. Dies allerdings nur, insoweit die Maßnahmen kompatibel sind mit der Orientierung am Krankheitsparadigma, d.h. sie müssen ausgerichtet sein am medizinischen Prinzip der Linderung und/oder Heilung im Rahmen einer allgemeinen Störungsorientierung (vgl. kritisch hierzu Dörner 2003). Genussaspekte müssen, in den Koordinaten von Krankheit, Störung und Leid einerseits sowie Heilung und Linderung andererseits, ebenso außen vor bleiben wie die subjektive Funktionalität des Drogenkonsums und die Selbstdefinitionskompetenz der AdressatInnen.

Die Trias der Erklärungs- und Verstehensweisen der Abhängigkeitsentwicklung – Substanz, Person und Umwelt –, die immer schon schwerpunktmäßig an den ersten beiden Faktoren ausgerichtet war, unterliegt erneut der Gefahr, das Soziale zu verlieren. Fragen der Neubestimmung von Abhängigkeit können mithin als Versuch definiert werden, die mit dem Modernisierungsprozess schwindenden Eindeutigkeiten zu kompensieren und neue Sicherheiten im Rahmen des Krankheitsmodells zu schaffen. Das Abstinenzparadigma ist gleichwohl nicht zu Fall gekommen. Vielmehr restrukturiert es sich auf neuer Ebene unter Einbeziehung scha-

densmiminierender Strategien. Die Stellung der Therapeutischen Gemeinschaft im Verbundmodell ist, wie gezeigt wurde, ambivalent zu bewerten: Einerseits stellt sie ein Angebot unter vielen dar und andererseits wird ihr weiterhin eine Sonderstellung als hochwertigstes und qualifiziertestes Angebot eingeräumt.

Inwiefern die auf unterschiedlichen Ebenen zunehmende Ambivalenz anstelle früherer Eindeutigkeiten für die Realisierung des Auftrags, Menschen auf dem Weg in ein Leben ohne Drogenkonsum und bei der Wiedererlangung von Erwerbsfähigkeit zu unterstützen, in der stationären Drogentherapie bedeutsam ist, wird insofern eine grundlegende Frage für die empirische Untersuchung sein.

3 Drogentherapie im Kontext ausgewählter Aspekte sozialpädagogischer Theorie: Der theoretische Bezugsrahmen der Untersuchung

Vor dem Hintergrund heterogenisierter drogenpolitischer Maßgaben zeichnet sich die Entwicklungsdynamik der Drogenhilfe insbesondere durch eine Diversifizierung und Humanisierung ihrer Angebote aus. Begleitet wird dieser Prozess allerdings, wie gleichfalls gezeigt werden konnte, von der neu belebten Betrachtung der Drogenabhängigkeit und des Drogengebrauchs im Rahmen pathogenetischer Modelle und einer damit verbundenen fortschreitenden Ausklammerung der Dimension des Sozialen auf neuem Niveau. Diese Verstehensweise von Drogengebrauch und Sucht mit der ihr innewohnenden Überbetonung der Faktoren Person und Substanz greifen – aus einer sozialpädagogischen Perspektive betrachtet – zu kurz, und zwar sowohl hinsichtlich der Analyse des Problems als auch hinsichtlich der damit verbundenen handlungspraktischen Konsequenzen. Drogengebrauch kann – erstens – nur verstanden werden in seiner Einbettung in die Lebensverhältnisse der Menschen, also im Zusammenhang ihrer konkreten alltäglichen, gelingenderen oder weniger gelingenderen Lebensarrangements und der darin liegenden Bewältigungsaufgaben. Daran anknüpfend kann – zweitens – Hilfe nur gelingen, wenn sie ausgehend von dieser und bezogen auf diese Komplexität des Alltags als ein Ineinander von Stärken und Schwächen, von Ressourcen und Belastungen agiert.

In Abgrenzung zur pathogenetischen Konzeptualisierung von Drogengebrauch und Sucht, die aufbauend auf einem Defizitmodell Drogenabhängigkeit jenseits gängiger Normalitätsvorstellungen und jenseits des Alltags verortet, gehe ich davon aus, dass Drogengebrauch und Sucht in mannigfaltiger Form eingebunden sind in gesellschaftliche Realität. Sie entstehen innerhalb der Lebenswirklichkeit der Menschen und sind verwiesen auf die in der Normalität der Gesellschaft angelegten Strukturen, die „ihrerseits zu Drogensucht verführen“ (Thiersch 1996: 52). Dazu gehören all jene Merkmale moderner Gesellschaft, die ein stetig zu bewältigendes Spannungsfeld zwischen Ungleichheiten, Leistungsanforderungen in der Konkurrenzgesellschaft, Individualisierung und Pluralisierung, unterschiedlichen Partizipations- und Integrationschancen erzeugen, wodurch eine „Ambivalenz der aktuellen Lebensverhältnisse“ (Keupp 2000: 21) zur wesentlichen subjektiven Grunderfahrung gerät.

Drogengebrauch und Sucht können daher weder eingegrenzt werden als pathologisches Phänomen noch als ein Phänomen an den Rändern der Gesellschaft, das sich vorrangig aus Defiziten und Nöten erklärt. Vielmehr – so die *grundlegende These* – kennzeichnet jeglicher Drogengebrauch ebenso wie fortgesetzter missbräuchlicher oder abhängiger Drogengebrauch wesentliche Aspekte gesellschaftlicher Wirklichkeit und ist Ausdruck subjektiv sinnhaften Handelns. Eingelassen in die Lebensverhältnisse, d.h. in den Alltag der Menschen, kann drogenabhängiges Handeln gerade nicht, wie im pathogenetischen, aber auch im kriminalitätsori-

entierten Blick impliziert, abgegrenzt werden aus jenem Spektrum an Verhaltensweisen, das als alltäglich und allgemein verbreitet gilt (vgl. Stein-Hilbers 1985: 95). Vielmehr steht es – ob unter Benutzung legaler oder illegaler Drogen – inmitten einer Reihe verschiedenster Alltagshandlungen und ist eingebunden in der „hochkomplexen alltäglichen Lebenswelt“ (Wambach 1988: 8), in der es sich im Muster von Alltäglichkeit an der „Schnittstelle objektiver Strukturen und subjektiver Verständnis- und Bewältigungsmuster“ (Thiersch 1992a: 47) ausbildet.

Der theoretischen Konzeptualisierung der Alltags- oder Lebensweltorientierung¹⁰⁶ (vgl. Thiersch 1986, 1992a, 1995a, b, 2003) und der Bewältigungsorientierung (Böhnisch 2001a, 2002, 2005) folgend verstehe ich Drogengebrauch und Drogenabhängigkeit als eine *Form der Lebensbewältigung*, als einen Ausdruck subjektiver Anstrengungen, mit Bedürfnissen, Wünschen, Schwierigkeiten, Begrenzungen und Möglichkeiten zurechtzukommen. In diesen pragmatischen und alltäglichen Anstrengungen spiegelt sich gleichsam das Bemühen, die vielfältigen und auch widersprüchlichen Anforderungen der Lebenswelt zu integrieren und zu bewältigen. Es müssen Aufgaben erfüllt, Situationen gemeistert, Ansprüche ausgelotet, Konflikte geklärt und dabei elementare Ordnungen und Zeitstrukturen aufrechterhalten werden. Die subjektiven Arrangements solcher Lebensbewältigungsaufgaben, die nicht täglich neu konzipiert und reflektiert werden können, verdichten sich in spezifischen Mustern von Alltäglichkeit, die sich vermittelt über Routinen und Typisierungen in subjektiv relevanten Deutungs- und Handlungsmustern ausweisen. Deutungs- und Handlungsmuster helfen dem Menschen, „dass er die Aufgaben und Probleme, wie sie sich ihm im Alltag stellen, bewältigen kann, die Aufgaben also der Arbeit und des sozialen Arrangements, die Aufgaben der Strukturierung seiner Zeit und seines Lebensraumes, die Aufgaben aber auch der Ausbildung seines Selbstbildes, seines Lebensentwurfs und der Arbeit an den zu ihnen passenden Interpretationsfiguren von Wirklichkeit und an den Kompetenzen“ (Thiersch 1996: 54).

Drogengebrauch und Drogenmissbrauch können ein solches im subjektiven Arrangement alltäglicher Lebensbewältigung hilfreiches Mittel sein. Sie kennzeichnen insofern ein spezielles Deutungs- und Handlungsmuster, das in seiner Bedeutung für die Handelnden selbst nur so verstanden werden kann wie auch andere Deutungs- und Handlungsmuster, in denen Menschen ihr Leben sinngebend strukturieren. Es verschränkt sich, entsprechend der Vielfalt zu bewältigender Anforderungen, mit vielfältigen und unterschiedlichen, auch widersprüchlichen Strategien der Lebensbewältigung, so dass weder Stringenz, Prinzipien noch konsistente Begründungszusammenhänge zwingend damit verbunden sind (vgl. Grunwald/Thiersch 2004b: 20). Im Gegenteil können intersubjektiv wie intrasubjektiv verschiedenförmige Strategien miteinander kombiniert sein sowie höchst unterschiedliche Ziele und Motive mit dem Dro-

¹⁰⁶ Die Begriffe Alltagsorientierung und Lebensweltorientierung sowie Alltag und Lebenswelt werde ich Hans Thiersch folgend unter Vernachlässigung der damit verknüpften unterschiedlichen wissenschaftstheoretischen Zugänge (z.B. Husserl, Schütz, Berger/Luckmann, Kosik) synonym verwenden.

gengebrauch einhergehen. Prinzipiell verweisen sie auf jene Dimensionen, die mit Keupp (2000) als zentrale Grundbedürfnisse der Subjekte betrachtet werden müssen, also die Befriedigung elementarer vitaler Bedürfnisse, die Erfahrung von Authentizität in der Lebensführung, die Erfahrung von Lebenssinn und die Möglichkeit sozialer Anerkennung, die Gestaltbarkeit der eigenen Lebenswelt sowie das Potential, sich als Subjekt des eigenen Handelns zu erfahren (vgl. Keupp 2000: 36).

Lebensbewältigung realisiert sich in unterschiedlichen Bewältigungsstrategien; Drogengebrauch kann sich jedoch zu einer solchen entwickeln, die alle anderen Strategien irrelevant werden lässt und das Zentrum des Alltags ausmacht und abhängige Strukturen begründet. Sucht kann „die eigene Intention, ein lohnendes Leben zu erfahren, unterlaufen und wird damit schwierig, schädigend und ruinös“ (Thiersch 1999a: 2), ohne dass ihr subjektiv sinnstiftendes Moment und ihr grundlegender Charakter als Bewältigungshandeln allerdings aufgehoben wäre. Vor diesem Hintergrund ist evident, dass eine auf kurative Heilung und Linderung orientierte Hilfe nicht ausreicht. Vielmehr muss Hilfe im Kontext einer lebenswelt- und bewältigungsorientierten Arbeit zu tragfähigeren Deutungs- und Handlungsmustern der Lebensbewältigung führen (vgl. Thiersch 1996: 68) und dies aus einer radikalen Sicht von den AdressatInnen und ihren Problemen her. Hilfe setzt folglich an den gegebenen Lebensverhältnissen der Lebenswelt der AdressatInnen an, d.h. an den darin liegenden Bewältigungsaufforderungen und den subjektiven Eigendeutungen des Drogengebrauchs, um davon ausgehend Perspektiven eines gelingenderen Alltags zu entwickeln. Hilfe zielt insofern darauf, alternative Formen der Bewältigung zu generieren, ohne die bisherigen, die Subjekte belastenden Muster zu ignorieren und damit zu entwerten. Dies verweist einerseits auf die Vielfalt der Hilfen, wie sie mit dem diversifizierten Angebot prinzipiell gegeben sind, und andererseits auf die konkrete Ausgestaltung von Hilfen. Entscheidend ist, ob und inwiefern sich Hilfen auf die Komplexität des lebensweltlich verorteten Bewältigungshandelns beziehen und diesbezüglich für die AdressatInnen subjektiv relevante Antworten geben können.

Das hier bislang umrissene Verhältnis von Drogengebrauch und Sucht, Lebenswelt und Lebensbewältigung sowie die daraus ableitbaren Konsequenzen für eine lebensweltorientierte Hilfestellung sollen in diesem Kapitel entfaltet werden. Das heißt, es gilt die für die Untersuchung im Hinblick auf den Zusammenhang von Drogengebrauch und pädagogisch-therapeutischen Hilfen wichtigen Theorieaspekte aus dem Konzept der Lebensweltorientierung und dem Bewältigungskonzept zu erörtern und daraus die relevanten Horizonte der Fragen an die Untersuchung abzuleiten. Dies beginnt mit einer Darlegung der wesentlichen Grundzüge der Lebensweltorientierung als theorie- und praxisbezogenes Rahmenkonzept Sozialer Arbeit (3.1), in der die für den theoretisch-analytischen sowie handlungspraktischen Zugang zum Thema relevanten Bedeutungsdimensionen von Lebenswelt herausgearbeitet werden. Im zweiten Schritt soll auf der Basis des Bewältigungskonzepts die Verstehensweise von Drogengebrauch und Sucht als lebensbewältigungsrelevantes Deutungs- und Handlungsmuster entwickelt werden (3.2). Eine auf diese theoretischen Annäherungen aufbauende

Rahmung der Drogentherapie als ‚Alltagswelt Drogentherapie‘ unter Bezugnahme auf wesentliche damit verbundene handlungsrelevante Implikationen (3.3) schließt die Ausführungen der Aspekte sozialpädagogischer Theoriebildung ab. Im vierten Teil (3.4) sollen im Rahmen der vorgestellten theoretischen Verortung die Fragen an die empirische Untersuchung formuliert werden.

3.1 Das Konzept der Lebensweltorientierung

Das Konzept der Lebensweltorientierung¹⁰⁷ verfolgt eine doppelte Perspektive. Es ist gleichermaßen Rahmenkonzept sozialpädagogischer Theoriebildung wie grundlegende Orientierung sozialpädagogischer Praxis (vgl. Füssenhäuser 2005: 144f.; Grunwald/Thiersch 2001: 1136). Ausgedrückt wird darin die Orientierung an der menschlichen Erfahrung und Praxis. Der Alltag oder die Lebenswelt der AdressatInnen mit deren subjektiven Deutungen, Schwierigkeiten und Möglichkeiten rückt als zentraler Ort sozialpädagogischen Verstehens und Handelns in den Mittelpunkt und verbindet sich als methodische Haltung mit dem emanzipatorischen Anspruch auf eine gelingendere Lebenswelt (vgl. Füssenhäuser/Thiersch 2001: 1892f.). Die Bestimmung des Alltags der AdressatInnen als Knotenpunkt der Sozialen Arbeit sowie individueller und kollektiver (Gesellschafts-)Geschichte kennzeichnet eine wesentliche Grundfigur des Konzepts, wie Füssenhäuser anknüpfend an Galuske (2002) resümiert (vgl. Füssenhäuser 2005: 145f.). Sozialstrukturelle Reflexivität und die (Selbst-)Bildungsbewegung von Individuen werden darin aufeinander bezogen, so dass es möglich ist, Soziale Arbeit einerseits sozialwissenschaftlich aufzuklären und andererseits ihren pädagogisch-bildungstheoretischen Kern zu bewahren. Thiersch selbst kennzeichnet das Konzept der Alltags- bzw. Lebensweltorientierung als *eine* mögliche Fokussierung Sozialer Arbeit und einen spezifischen Aspekt ihrer theoretischen Fundierung bzw. ihrer Praxis (vgl. Thiersch 1993: 12; 1999b: 29). Ergänzt werden müsse sie etwa durch Strukturanalysen der Gesellschaftstheorie und der Sozialpolitik, Biographierekonstruktionen sowie durch Fragen nach Effektivität, Effizienz, aber auch Transparenz in Bezug auf Professionalität und Organisationsstrukturen, wie sie sich aus der Dienstleistungsdebatte ergeben. Insofern kann Lebensweltorientierung als ein offenes Konzept betrachtet werden, das sich als anschlussfähig für verschiedene Handlungsfelder erweist (vgl. Grunwald/Thiersch 2004a; Liebau 1996).¹⁰⁸

¹⁰⁷ Das sozialpädagogische Konzept Lebensweltorientierung, wie es von Hans Thiersch vertreten wird, nimmt seinen Ausgang in der Theoriediskussion der 1970er und 1980er Jahre und führt die kritisch sozialwissenschaftliche Orientierung, die Heinrich Roth (1967) als ‚realistische Wende‘ innerhalb der Erziehungswissenschaft formuliert hat, weiter. Zur Entwicklung des Konzepts der Alltags- und Lebensweltorientierung, zu seiner Positionierung im disziplinären Diskurs der Sozialen Arbeit und seinen wissenschaftstheoretischen Wurzeln vgl. weiterführend Füssenhäuser 2005 sowie Niemeyer 1998.

¹⁰⁸ Für gemeindepsychologische Perspektiven vgl. Böhm u.a. 1992; Keupp 1990, 1994; 1995; Keupp/Rerrich 1982; Röhrle/Stark 1985; Röhrle/Sommer 1995; für die Sozialpsychiatrie vgl. Obert 2001; für die Bildungsarbeit mit Frauen vgl. Rösgen 1991; für Prozesse sozialer Ausgrenzung und ihrer Erklärungsweisen vgl. Keupp 1976. Zu den vielfältigen Diskussionssträngen, mit denen das Konzept der Alltags- bzw. Lebensweltorientierung – übereinstimmend oder abgrenzend – assoziiert ist, vgl. Grunwald/Thiersch (2001: 1136).

Die weiteren Ausführungen zum Konzept der Lebensweltorientierung gliedern sich in zwei Abschnitte. Ich werde zunächst die theoriegeleiteten Zugänge zur Rekonstruktion von Lebenswelt als Grundprämissen des Konzepts darstellen (3.1.1). Im zweiten Schritt sollen die für das Konzept zentralen Struktur- und Handlungsmaximen vorgestellt und hinsichtlich ihrer Bedeutung für die Drogenhilfe beleuchtet werden (3.1.2).

3.1.1 Theoriegeleitete Zugänge zur Rekonstruktion von Lebenswelt – zu den Grundprämissen des Konzepts

Im Konzept der Alltagsorientierung verbindet Thiersch – als grundlegende theoretische Bezugsdiskurse – die Tradition der hermeneutisch-pragmatischen Erziehungswissenschaft in ihrer kritisch-sozialwissenschaftlichen Revision mit den phänomenologisch-kritischen Konzepten zur Rekonstruktion von Alltag und Lebenswelt und Analysen von gesellschaftlichen Strukturmustern und Handlungsprozessen.¹⁰⁹ Die theoretischen Bezugsdiskurse verdichten sich in spezifischen theoriegeleiteten Rekonstruktionen von Alltag bzw. Lebenswelt. Diese Rekonstruktionen, die sich in sechs Aspekten entfalten lassen, bilden sozusagen den weiteren Zusammenhang der Bedeutungsdimensionen von Lebenswelt, innerhalb dessen sich lebensweltorientierte Soziale Arbeit mit ihren wesentlichen handlungsleitenden Implikationen verorten lässt.

a) Zunächst kann *Lebensweltorientierung als ein beschreibendes, phänomenologisch-ethnomethodologisch akzentuiertes Konzept* charakterisiert werden, „in dem der Mensch verstanden wird als ein Individuum in der Erfahrung einer Wirklichkeit, wie sie sich schon immer darstellt“ (Füssenhäuser 2005: 184), die von ihm begriffen und gedeutet wird und darin subjektiv sinnhaft erscheint (vgl. Berger/Luckmann 1980: 21). Wirklichkeit, wie sie mit ihren materiellen und symbolischen Ressourcen in der subjektiven Erfahrung bzw. im Alltag immer schon vorfindbar ist, gliedert sich in die Erfahrungen des Raums, der Zeit und der sozialen Bezüge. Dies meint „die Erfahrung von geschlossenen oder offenen Räumen, einer strukturierten oder chaotischen, perspektivlosen oder attraktiven Zeit, von stützenden, herausfordernden oder belastenden bzw. belasteten Beziehungen“ (Grunwald/Thiersch 2001: 1139). In pragmatischen, überschaubaren und vertrauten Mustern präsentiert sich insofern die Wirklichkeit als eine Ordnung, abgesichert durch Routinen, Rollen und Typisierungen, die routinisierte Handlungsmuster hervorbringen und es insofern ermöglichen, die vielfältigen Aufgaben der Lebenswelt miteinander zu verbinden und zu bewältigen. „Typisierte Deutungsmuster regeln das Handlungswissen, bestimmen also, was vertraut und unvertraut ist, was als verlässlich und problematisch – riskant gilt, ebenso wie die Übereinkünfte, nach denen das Unvertraute und Riskante zurückbezogen werden kann auf das schon Verlässliche und Beherrschbare“ (Thiersch 1986: 19). Alltäglichkeit als generell geltendes Verstehens- und Handlungsmus-

¹⁰⁹ Weiterführend vgl. insbesondere Füssenhäuser 2005; Füssenhäuser/Thiersch 2001; Grunwald/Thiersch 2001, 2004b; Thiersch 1986, (1992a: 41ff.), 1995b, 2002., Thiersch/Grunwald/Königter 2002.

ter strukturiert den Alltag und entlastet in der Selbstverständlichkeit dessen, was unhinterfragt gültig und brauchbar ist, d.h. nicht stets neuer Überlegung und Verhandlung bedarf. In dieser Alltäglichkeit arrangieren sich Menschen, sie passen sich an, erfahren Stabilität und Sicherheit, gestalten und verändern Alltag. Alltäglichkeit als Muster des Verstehens und Handelns verweist damit auch auf das Bemühen und die Schwierigkeiten des Sich-Arrangierens, nämlich auf die Mühen, sich zu behaupten in der Selbstdarstellung, in Überanpassung, Kompensation etwa von Ausgrenzung und Stigmatisierung oder nicht mehr tragfähiger Lösungsmuster sowie in Momenten der Konfrontation mit neuer und ungewohnter Alltäglichkeit. Es verweist insofern auch auf subjektive Krisenerfahrungen und potentiell sich problematisch und riskant entwickelnde Deutungs- und Handlungsmuster, wie etwa im Drogengebrauch, in denen sich jedoch immer die subjektiven Anstrengungen des Zurechtkommens vermitteln (vgl. Grunwald/Thiersch 2004b: 20).

b) Lebenswelt als erfahrene Wirklichkeit differenziert sich in vielförmige *Lebensräume* und funktionell sowie inhaltlich verschiedenartig bestimmte *Lebensfelder* wie etwa Schule, Ausbildung, Arbeit, Familie, Cliques, Öffentlichkeit, somit in unterschiedliche institutionelle Arrangements, aber auch in unterschiedliche Lebenslagen wie Armut, Jugend, Alter oder Geschlechtlichkeit (vgl. Thiersch 1986: 21). Solche *Alltagswelten* „sind Erfahrungs- und Handlungsräume, die als pragmatisch orientierter, überschaubarer Zusammenhang in gemeinsamer verbindlicher Verständigung erfahren werden“ (ebd.). Sie sind wesentlich bestimmt durch real verfügbare materielle und immaterielle Ressourcen, durch ihre jeweilige gesellschaftliche Funktion sowie Status und Institution (vgl. Thiersch 1995b: 224ff.; Treptow 1985: 162). Alltagswelt ist der Rahmen, in dem sich Alltäglichkeit konkretisiert. Die differenzierten Profile von Alltagswelten bilden gleichsam Ordnungen und Routinen auf Zeit und in unterschiedlichen Räumen und Feldern sowie sozialen Konstellationen. Das heißt, im zeitlichen Nebeneinander bzw. Nacheinander entfalten sich kongruente Erfahrungen und Anforderungen ebenso wie widersprüchlich zueinander stehende Alltagswelten mit entsprechend widersprüchlichen Deutungs- und Handlungsmustern. Sich ergänzend, aufeinander aufbauend, aber auch blockierend und in traumatische Erfahrungen mündend integrieren sie sich im subjektiven *Lebenslauf*. Lebensläufe können daher auch als „Geschichte immer neuer Anstrengungen um Verlässlichkeit im Alltag“ (Thiersch 1986: 20) gelesen werden. Das Konzept richtet sich in diesem Zugang auf die Rekonstruktion der konkreten Alltagswelten bzw. Lebensfelder und die damit verbundenen subjektiven Anpassungs- und Vermittlungsleistungen und Vermittlungsschwierigkeiten. Das Insistieren auf der ‚Eigensinnigkeit‘ von Menschen verbindet sich hiermit insoweit, als Eigensinn immer auch aktiver Versuch der Lebensbewältigung ist und ein wesentliches Potential für Lern- und Entwicklungsprozesse abgibt (vgl. Füssenhäuser 2005: 182), selbst wenn sich der (subjektive) Sinn nicht immer an der Oberfläche zeigt (vgl. Bitzan 2000a: 336).

c) Das Konzept der Lebensweltorientierung ist zum Dritten ein *historisch-soziales Konzept*. Alltag existiert nicht aus sich heraus. Er ist gebunden an historisch-gesellschaftliche Struktu-

ren, das heißt, gesellschaftliche, ökonomische und politische Strukturen bilden den Hintergrund für die Arrangements von Alltäglichkeit: „Alltäglichkeit ist das Verhältnis zur konkreten gesellschaftlichen Wirklichkeit“ (Thiersch 1986: 23). Im Motiv der Theaterbühne veranschaulicht, agieren Menschen auf der Vorderbühne nach spezifischen Deutungs- und Handlungsmustern, die geformt sind entsprechend den dahinterliegenden Strukturen und Bedingungen. Anknüpfend an Bitzan (2000a) muss der Alltag als Oberfläche von Vergesellschaftungsprozessen und deren subjektiver Verarbeitung verstanden werden, dem zugleich innewohnt, Potentiale und Bedürfnisse zu verdecken und zuzurichten. Für die gesellschaftlich rückgebundene Rekonstruktion von Lebenswelt ist insofern das Verhältnis von Lebensbewältigung und Lebenslage konstitutiv (vgl. Thiersch/Grunwald/Köngeter 2002: 170).

d) Der vierte Aspekt zur Rekonstruktion von Lebenswelt bezieht sich darauf, dass das Konzept ein *normativ-kritisches* ist, wie es sich insbesondere aus der Tradition der kritischen Alltagstheorie ableitet. Die „Zweideutigkeit der Alltäglichkeit ist Chance und Aufgabe zugleich“ (Thiersch 1978: 98). Das Ineinander von Gegebenem und Möglichem im Widerspruch von Pseudokonkretheit und Praxis, in dem der Mensch unfrei ist und zum Opfer von Routinen wird, verbindet sich mit dem Potential auf Befreiung aus diesen Zwängen und dem Potential auf kreative Experimente und Selbstrealisation im Sinne konkreter Utopien. „In der Spannung von Utopie und Faktizität wird Alltag zum Reservoir für verschüttete, blockierte Möglichkeit zu transzendierenden Antizipationen, die der Idee eines ‚befreiten Alltags‘ geschuldet sind“ (Treptow 1985: 154). Dies kennzeichnet den Doppelcharakter der Lebensweltorientierung als deskriptiv-analytisches Konzept *und* normatives Konzept. Im Respekt vor subjektiven Deutungs- und Handlungsmustern, die im Kontext von Alltäglichkeit und pragmatischer Sicherheit als subjektiv sinnhafte Bewältigungsstrategien betrachtet werden, richtet sich der Blick normativ orientiert auch auf die Destruktion des Pseudokonkreten als Option für einen gelingenderen Alltag. Die Abwehr einer allzu schnellen Genügsamkeit von Menschen in ihren alltäglichen Verhältnissen und die Sensibilität für protestative wie resignative Bestrebungen verbinden sich darin (vgl. Thiersch 1986: 36ff., 1995b: 226f., Füssenhäuser 2005: 169ff.; Grunwald/Thiersch 2001: 1140).

e) Das Konzept der Lebensweltorientierung konkretisiert, im fünften Aspekt, den *modernisierungs- und gesellschaftstheoretischen Rückbezug*, dem zufolge Lebenswelt hinsichtlich der Widersprüche und Erosionen von Lebensverhältnissen und Lebensführung und im Bezug auf die soziale Lebenslage bestimmt wird. Globalisierung, Pluralisierung und Individualisierung gehen einher mit sozialen Ungleichheiten – alten und neuen – und machen Lebenswelt zu einem Raum unterschiedlich verteilter materieller, sozialer und personaler Ressourcen und Deutungs- und Handlungsmuster. Im Zeichen „riskanter Freiheiten“ (Ulrich Beck) bzw. „riskanter Chancen“ (Heiner Keupp) verbinden sich Risiken, Freiheiten und Chancen unmittelbar miteinander. Soziale Ungleichheiten, d.h. traditionelle materielle Ungleichheiten sowie „häufig latente Ungleichheiten“ (Grunwald/Thiersch 2001: 1140) im Sinne ‚verweigerter‘ Partizipationspotentiale und hierarchisch strukturierter Verhältnisse in Bezug auf Region, Ge-

schlecht, Generation sowie Ethnizität gehen einher mit optionaler Offenheit in der Gestaltung der Lebensverhältnisse. Dies impliziert Freiheit *und* Zwang zur gleichsam individualisierten Aufgabe, die Regie für die eigenen Verhältnisse zu übernehmen. Das Potential, das Leben abseits fester Tradition und Kontrolle zu gestalten, liegt nahe an den Gefahren des Scheiterns und krisenförmiger Entwicklungen, zumal sich Lebensverhältnisse globalisierungsbedingt zunehmend als diskursiver Raum (vgl. Beck 1999a: 308f.) gestalten. Alltag als jener Ort, an dem gesellschaftliche Bedingungen in eine Pragmatik von Alltagsbewältigung umgesetzt werden, gerät – so kann zusammengefasst werden – „zunehmend zum Schauplatz von Desorientierung und Ratlosigkeit“ (Thiersch 1992a: 44). Lebensbewältigung, und nicht nur die Bewältigung schwieriger Situationen oder Phasen, sondern die Bewältigung heutiger Normalität als Lebensgestaltung (vgl. Stauber 1996) zwischen optionaler Offenheit und Desintegration und der tendenziellen Verunsicherung lebensweltlich verankerter Deutungs- und Handlungsmuster entwickelt sich vor diesem Hintergrund zu einer anspruchsvollen Aufgabe.¹¹⁰

f) Das Konzept Lebensweltorientierung kann in einem sechsten Aspekt in Bezug auf das theoretische Konstrukt des *geschlechtshierarchischen Verdeckungszusammenhangs* gelesen werden.¹¹¹ Gesellschaftliche Verhältnisse zeichnen sich aus durch eine ungleiche, hierarchische Geschlechterordnung, welche als strukturelles Phänomen sämtliche Lebensbereiche, subjektive Erfahrungs- und Bewältigungsweisen, Formen alltäglicher Kommunikation sowie auch institutionalisierte Interaktionsformen mitbestimmt. Indem sie allgemein gültigen Normalitätsmustern und -erwartungen entspricht, bleibt sie unreflektiert, was ihren ‚fortdauernden‘ Charakter des Selbstverständlichen, des nicht mehr Hinterfragbaren begründet. Damit verbunden, als Charakteristika einer Geschlechterpolarisierung im Konstrukt der Zweigeschlechtlichkeit (vgl. Gildemeister/Wetterer 1992; Lenz 1992), sind ‚Verdeckungen der inneren Passungsprozesse, der sozialen interaktiven Konstruktion von Geschlecht und der äußeren Passungen, der sozialpolitischen Regulierungen entlang der Geschlechterlinie‘ (Bitzan 2000b: 151). Zentraler Ort der Verdeckungen ist der Alltag in seiner Unmittelbarkeit der Erfahrungen und Pragmatik der Bewältigungsroutinen, der bis in seine Tiefenstruktur von der spezifischen Organisation der Geschlechterverhältnisse durchdrungen ist (vgl. Gildemeister 1995: 255).

Die Privatisierung wesentlicher gemeinwohlbezogener Verantwortlichkeiten und Tätigkeiten in der Zuständigkeit von Frauen bedeutet für Frauen verweigerte Anerkennung in materieller, psychosozialer und symbolischer Dimension sowie Ausgrenzung aus dem allgemein aner-

¹¹⁰ Lothar Böhnisch (2002) spricht in diesem Zusammenhang von der „Bewältigungstatsache“, die sich infolge gesellschaftlich bedingter sozialer Desintegration für Menschen in Form von typischen psychosozialen Bewältigungsproblemen stellt (vgl. hierzu auch 3.2).

¹¹¹ Im Konzept der Alltagsorientierung ist dieser Zugang nicht eigens ausformuliert, jedoch implizit und explizit angelegt, etwa in der Thematisierung der Kategorie Geschlecht im Zusammenhang modernisierungstheoretisch rückgebundener Überlegungen sowie im Verweis auf die patriarchale Grundstruktur des Sozialstaats (vgl. Füssenhäuser 2005: 224f.). Anknüpfungspunkte für eine solche theoretische Weiterentwicklung – vor allem unter der Perspektive modernisierter Ungleichheiten und Hierarchien – bieten insbesondere Bitzan 1996, 2000a, b; Bitzan/Funk 1995; Funk/Schmutz/Stauber 1993; TIFS 1998. Die Ausführungen dieser theoretischen Fortführung müssen gleichsam ‚quer‘ zu den bisherigen gelesen werden.

kannten Bezugsrahmen von Normalitätsmustern. „Alltag ist somit das fortwährende ‚Bewältigen‘ des ständigen Bedeutungsverlustes dessen, was ihn praktisch zu großen Teilen ausmacht“ (Bitzan 1996: 32). Notwendige Umdeutungen und Selbstreduzierungen im weiblichen Selbstbewusstsein sowie die Individualisierung von Gelingen und Scheitern in der biographischen Konstruktion gehen damit einher und machen Alltag zum Ort des *Realitätsverlustes*.¹¹² Darin begründen sich *verdeckte Relevanzstrukturen*, d.h. Denk- und Handlungsverbote in Bezug auf alltägliche Wahrnehmungs- und Erfahrungsqualitäten, die nicht gezeigt oder thematisiert werden dürfen. In der Alltäglichkeit der interaktiven Herstellung von Geschlecht, dem „doing gender“ (West/Zimmerman 1991) manifestieren sich Realitätsverlust und verdeckte Relevanzstrukturen als Fixierung auf Zuschreibungen von ‚Weiblichkeit‘ und ‚Männlichkeit‘, die als selbstverständliche Leitbilder zur Norm von Geschlechtlichkeit erhoben sind. Die Transformation von Geschlechterhierarchie in subjektive ‚Probleme‘ stellt dabei einen zentralen Wirkmechanismus des Verdeckungszusammenhangs her (vgl. Bitzan/Funk 1995: 90ff.; Bitzan/Reinl 1998). Dekonstruktion des pseudokonkreten Alltags schließt in dieser Dimension ein, die Scheinverständigung der verdeckt geschlechtshierarchischen Verfasstheit des Alltags zu durchbrechen (vgl. Bitzan 2000b: 155).

3.1.2 Die Struktur- und Handlungsmaximen im Konzept der Lebensweltorientierung

Lebensweltorientierte Soziale Arbeit orientiert sich an den Grunddimensionen der Lebenswelt, also der Zeit, dem Raum und den sozialen Bezügen. Diese Dimensionen konkretisieren sich in den Struktur- und Handlungsmaximen einer lebensweltorientierten Praxis, nämlich der Prävention, der Alltagsnähe, der Regionalisierung, Sozialraumorientierung und Vernetzung, der Integration und der Partizipation. Die Maximen richten sich, wie in der folgenden inhaltlichen Auseinandersetzung mit ihnen deutlich wird, sowohl auf das *Handeln* im fallbezogenen Sinn als auch auf die spezifischen *Strukturdimensionen*, innerhalb derer sich professionelles Handeln entfaltet.

Lebensweltorientierung, so lässt sich vorab zusammenfassen, und dies gilt für das generelle Konzept der Sozialen Arbeit wie für die speziellere Konkretisierung in Drogenarbeit und Drogentherapie, ist charakterisiert durch eine immer auch präventive Sicht, durch die Orientierung am Feld bzw. an der Region und der Stärkung der individuell vorfindlichen Ressourcen im Zusammenspiel von Möglichkeiten und Problemen sowie von Stärken und Schwächen, den Abbau von Zugangsbarrieren und so gesehen insbesondere durch einen Ausbau flexibler ambulanter wie teilstationärer Maßnahmen. In der Balance zwischen Vertrauen, Niedrigschwelligkeit, Zugangsmöglichkeiten und gemeinsamen Konstruktionen von Hilfenentwürfen gewinnt sie ihr spezifisches Handlungsrepertoire (vgl. BMJFFG 1990; Thiersch

¹¹² Zur Unterscheidung des Realitätsverlusts in subjektiver bzw. kollektiver Perspektive vgl. Bitzan (2000a: 340f.); Stauber (1996: 15ff.).

1999b; Thiersch/Grunwald/Köngeter 2002). Dies im Einzelnen weiter auszubuchstabieren, ist Ziel der folgenden Ausführungen.

Prävention

Prävention als *allgemeine* sowie als *spezielle Prävention* verstanden, beinhaltet unterschiedliche Zieloptionen. Als allgemeine Prävention will sie belastbare und stützende Infrastrukturen stabilisieren und inszenieren und richtet sich darin auf die Bildung und Festigung von allgemeinen Lebensbewältigungskompetenzen. Spezielle Prävention agiert prinzipiell, eingebettet in Formen allgemeiner Prävention, ebenfalls bevor sich Probleme und kritische Situationen bereits verdichtet und verhärtet haben; sie agiert also im Vorfeld und richtet sich auf spezifisch definierte Problemlagen in ausgewiesenen Arbeitssettings (vgl. Füssenhäuser 2005: 203f.; Grunwald/Thiersch 2004: 26). Die historisch und transdisziplinär tief verankerte Defizitperspektive auf die Pathologie des Drogengebrauchs greift insofern zu kurz, als sie eine daraus abgeleitete Prävention, angelehnt an medizinische und juristische Deutungsmuster, von der Vision des worst case her bestimmt und Katastrophen zu verhindern sucht¹¹³ sowie Gesundheit nur als Abwesenheit von Krankheit resp. von Drogengebrauch sieht (vgl. Thiersch 1992a: 30).

Allgemeine und spezielle Prävention sind hingegen in einem lebensweltorientiert erweiterten Konzept der Prävention als aufeinander bezogene Gestaltungsaufgaben zu verstehen. Ihr zentraler Orientierungspunkt ist gerade nicht das Krisenhafte und Dramatische, sondern vielmehr die Gestaltung von Lebensverhältnissen und sozialer Gerechtigkeit. Prävention greift damit zentrale Inhalte des Schadensminimierungsmodells im Sinne der Normalisierung und Risikominimierung auf (vgl. 1.6) und verweist auf die der Bewältigungs- und Gestaltungsfrage implizite Bildungsaufgabe (vgl. Böhnisch 2002: 205ff.). Die Konzeptualisierung von Suchtprävention als Bildungsaufgabe (vgl. Sting 1999; Sting/Blum 2003) bezieht sich auf diesen Zusammenhang. Jenseits von Abschreckungsstrategien, aber auch jenseits von engführenden verhaltenstherapeutischen Trainingsprogrammen setzt der umfassende pädagogische Zugang der Suchtprävention, in Anerkennung des Potentials zur (Selbst-)Bildsamkeit, an der Selbstbestimmung und Selbsttätigkeit der Menschen an. Suchtprävention so verstanden, basiert auf einem grundlegenden Bildungsanspruch, „der unter dem Stichwort der Lebenskompetenz den Gedanken allseitiger Persönlichkeitsbildung wiederbelebt und mit Hilfe der Suchtproblematik reformpädagogische Forderungen erneuert“ (Sting 1999: 495). Nicht Anti-Drogen- oder Anti-Sucht-Arbeit sind damit gemeint, sondern, wie Sting fortführt, „die Bildung zum konsistenten handlungsfähigen Selbst geschieht in Relation zu einer Suchtkultur, die sie zu unterlaufen droht“ (ebd.). Drogenbezogene Bildung kann darin charakterisiert werden als ein integriertes

¹¹³ Dies manifestiert sich auch in der Feststellung von Drogengebrauchstrends, die häufig keine Entsprechung in der Alltagsrealität haben und sachgerechte, wirklichkeitsnahe und nüchterne drogenpolitische Beurteilung und Entscheidung erschweren sowie auch die konkrete Ausgestaltung von Prävention behindern (vgl. hierzu Korf/Kemmesies/Nabben 1999).

Element sozialer Bildung, welche lebenspraktisch qualifiziert und neben sozialen Zusammenhängen somatische und körperliche Zusammenhänge einbezieht (vgl. Sting/Blum 2003: 88) und damit allgemeine und spezielle Aspekte von Prävention vereint. Ihren Ansatzpunkt findet sie im Bezug auf das Subjekt, d.h. in der Selbstbildung und der Lebensgestaltung bzw. -bewältigung im Kontext von Lebensverhältnissen, indem sie vermittelt zwischen subjektiven Ansprüchen, die auch ein Interesse an Rausch und Drogen einschließen, sozialen Anforderungen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen.

Prävention verweist auch auf das Verhältnis von Hilfen in der gegebenen Lebenswelt und die Gestaltung neuer kompensierender alternativer Lebensräume (vgl. Thiersch 2002: 211). Bezogen auf die Drogenhilfe, so kann in Anlehnung an die Überlegungen zur Jugendhilfe formuliert werden, zielt die Präventionsmaxime der Lebensweltorientierung darauf, dass frühzeitige, d.h. begleitende, unterstützende und ambulante Maßnahmen ausgebaut werden (vgl. Thiersch 1992a: 31, 1999b: 117). So besteht auch aus der Perspektive der therapeutischen Angebote die Notwendigkeit der Verschiebung hin zu präventiven, ambulanten und offenen Hilfen, vor allem aber zu niedrighwelligen, auf die Lebenswelterfahrungen der AdressatInnen bezogenen und in das Gemeinwesen hinein geöffneten Angeboten (vgl. Reinl/Stumpff 2000: 155f.; Thiersch 1999b; Thiersch 2001). Gleichzeitig gilt es allerdings zu bedenken, dass teilstationäre und/oder ambulante Hilfen nicht zur Norm erhoben werden dürfen, sondern hilfreich nur da sind, wo sie aus der Sache heraus, also aus der Analyse der Probleme der Menschen und ihrer Lebenswelt begründet sind (vgl. Thiersch 1999b: 123). Besonders in der Differenzierung der Angebotsstruktur und dem darin eingelagerten ‚geheimen‘ Vorrang ambulanter und offener Hilfen braucht es immer auch andere Maßnahmen, die wie die stationäre Therapie neue Lebensorte inszenieren und dabei in sich einen eigenen institutionellen Alltag ausbilden (vgl. Thiersch 2001: 224; Thiersch 2002: 213).

Alltagsnähe

Alltagsnähe im institutionellen Setting sowie in der methodischen Orientierung ist als Maxime zu verstehen, die auf unterschiedlichen Ebenen gelagert ist. Zum einen meint Alltagsnähe die „Präsenz von Hilfen in der Lebenswelt der AdressatInnen“ (Grunwald/Thiersch 2001: 1143) und ist insofern verbunden mit der institutionellen Gestaltung von *Niedrighwelligkeit* und *Erreichbarkeit*. Die Öffnung der Angebote ins Feld und ihre Präsenz in diesem kennzeichnet den institutionellen Aspekt. Wie Füssenhäuser ausführt meint die methodische Seite der Niedrighwelligkeit und Erreichbarkeit jedoch darüber hinaus, dass sich Soziale Arbeit den AdressatInnen gegenüber als nützlich und verständlich erweisen muss. Beide Aspekte zusammengenommen sind wesentliche Grundlagen der Vertrauensbildung und insofern zentrale Basis des professionellen Handelns (vgl. Füssenhäuser 2005: 205). Mit der Dimension der Alltagsnähe ist auf einer zweiten Ebene die *Situationsbezogenheit* der Hilfen angesprochen. In der Orientierung an den AdressatInnen in ihren Lebensverhältnissen mit spezifischen Problemen und Ressourcen begründet sich die damit zusammenhängende Forderung nach

einer Verschiebung vom Fall- zum Feldbezug der Hilfestaltung (vgl. ebd.). Alltagsnähe meint zum Dritten die Ausrichtung an einer *Ganzheitlichkeit* der Hilfen, die den subjektiven Lebenserfahrungen und Deutungen der AdressatInnen gerecht wird.

Alltagsnähe kann für die Drogenhilfe bedeuten, „institutionelle, organisatorische und zeitliche Zugangsbarrieren abzubauen, mit ihren Angeboten im Erfahrungsraum der Adressaten unmittelbar präsent zu sein“ (BMJFFG 1990: 87). Dies meint, dass sie Öffnungszeiten von Institutionen den Gegebenheiten anpasst, Beratungsstellen, Krisenanlaufstellen, Kontaktläden u.ä. in der Nähe bekannter Szeneplätze errichtet und in Form von aufsuchender Sozialarbeit und Straßensozialarbeit aber auch z.B. in Form von mobilen medizinischen Diensten die Nähe zu den AdressatInnen herstellt. Die Arbeit öffnet sich damit in ihren Institutionen und in ihren Umgangsformen für *alle* Drogenkonsumierenden – unabhängig davon, ob jemand drogenfrei oder drogenbezogen leben möchte. Entscheidend ist hierbei zum einen die ressourcenbezogene Arbeit, also die Unterstützung bei der Organisation individueller, sozialer und regionaler Ressourcen und zum anderen die krisenbezogene Arbeit, also das Anbieten von Unterstützungsmöglichkeiten zu Zeiten, in denen sich Krisen ereignen (vgl. Thiersch 1992a: 32). Die methodische Basis bilden – entsprechend der Orientierung an den komplexen Bezügen des Alltags – ganzheitliche Arbeitsansätze, im Gegensatz zu der mit Professionalisierung und Institutionalisierung einhergehenden Spezialisierung von Aufgabenfeldern (vgl. ebd.). Alltagsnähe als Struktur- und Handlungsmaxime bewegt sich insofern im Spannungsfeld von allgemeinen Aufgaben und spezialisierten Tätigkeiten. Gleichwohl kann Alltagsnähe nicht als Alternative zur Spezialisierung und Differenzierung von Aufgaben betrachtet werden. Hingegen verschiebt Alltagsnähe das Verhältnis von alltagsorientierten und spezialisierten Zugängen und meint, „dass die spezielleren Arbeitszugänge im Kontext der lebensweltlich gegebenen weiteren Problemzusammenhänge“ (ebd.) gesehen werden müssen. Alltagsnähe verweist insofern auf den gegenseitigen Bezug von alltagsnahen und offenen Angeboten einerseits und den speziellen andererseits. Dies bezieht sich etwa für die Drogentherapie auf das Verhältnis alltagsnaher und offener Hilfen zu therapeutischen Interventionsformen im engeren Sinn.

Regionalisierung, Dezentralisierung, Vernetzung und Sozialraumorientierung

Diese Struktur- und Handlungsmaxime rekurriert auf die „Einbettung der Arbeit in die gleichsam gewachsenen, konkreten lokalen und regionalen Strukturen, wie sie gegeben sind in den Lebenswelten und Alltagstraditionen und in den sozialen Versorgungsangeboten“ (BMJFFG 1990: 86). Das Ziel richtet sich dabei auf die Gestaltbarkeit und Erweiterung der regionalen Bezüge, der Kooperation sowie der Vernetzung als „Arbeit am gelingenderen Alltag in der Region“ (ebd.). Hier wird deutlich, dass Alltagsnähe erst zu erfüllen ist, insoweit auch die Hilfen regionalisiert und dezentralisiert im Erfahrungsbereich der NutzerInnen verankert sind. Dezentral organisierte Hilfe- und Unterstützungsmaßnahmen vergrößern einerseits den Grad der Erreichbarkeit für die Hilfesuchenden (vgl. Thiersch 1992a: 31). Andererseits verweist diese Maxime gleichfalls auf Berührungspunkte mit unterschiedlichen, nicht im engeren Sinn

drogenbezogenen Angeboten. Dies bezieht sich auf soziale Dienstleistung und Versorgung wie die Obdachlosenhilfe, Arbeitsprojekte, Initiativen zur Freizeitgestaltung, Ausbildungssektor etc., aber auch auf allgemein kulturell, sozial, sportlich und kreativ orientierte Angebote eines lokalen Zusammenhangs, die sich im Horizont einer Kultur des Sozialen (vgl. Thiersch 2002: 48ff.) mit alltagskompetenten Hilfen ausweisen. Es geht also um ein komplexes Spektrum miteinander vernetzter Hilfeangebote innerhalb eines Raums, eines Stadtteils, einer Stadt oder einer Region.

So nützt es nichts, wenn die Einrichtungen der Drogenhilfe neue Konzepte oder Umgangsweisen planen, die Polizei bzw. Justiz jedoch eine andere Linie vertritt; oder wenn substituierende ÄrztInnen nicht kooperieren mit Beratungsstellen oder Therapieeinrichtungen. Ebenso wenig effektiv scheint ein relativ gut ausgebautes Netz stationärer Einrichtungen ohne flankierende Angebote im regionalen Umfeld. Wenn letztlich weder die verschiedenen Institutionen voneinander wissen, wie das jeweilige Angebot aussieht, noch die Betroffenen aus Unkenntnis den Zugang zu der für sie im Moment angemessenen Unterstützung finden, dann bleibt ein Hilfesystem unter seinen gegebenen Möglichkeiten. Regionalisierung, Sozialraumorientierung und Vernetzung zielen damit auch darauf, die Perspektive der lebensweltlichen Integration der AdressatInnen in institutioneller Zuständigkeit und als Zuständigkeit regionaler Entwicklung miteinander zu verbinden (vgl. Böhnisch/Schröer/Thiersch 2005: 265f.).¹¹⁴

Freilich beschränkt sich Regionalisierung nicht nur auf die Region. Sie muss hingegen bezogen werden auf überregionale Strukturzusammenhänge und verknüpft sich dergestalt mit drogen- und sozialpolitischer Aktivität. Diese Notwendigkeit einer Verortung regionaler Bezüge in überregionalen Strukturzusammenhängen ergibt sich schon allein aus der nationalen und internationalen Reichweite des Drogenthemas sowie den regional unterschiedlich ausgestalteten Drogenpolitiken (vgl. 1.5, 1.6), in deren Gefolge sich nicht nur politische Prämissen, sondern auch fachliche Standards unterscheiden. Regionale Strukturen sind also kein Ersatz für die übergreifenden, sondern sollten diese gleichsam forcieren (vgl. BMJFFG 1990: 86f.).

Die Struktur der regionalen Angebote muss jeweils (kommunal-)politisch ausgehandelt und umgesetzt werden. Dies erfordert politisches Engagement bei den Beteiligten und auch die Formulierung etwaiger Mindeststandards, um einem Missbrauch der Regionalisierung als neuer Variante eines Sparprogramms vorzubauen. Regionalisierung, Dezentralisierung und Vernetzung sind daher auch verbunden mit dem *Prinzip der Einmischung* und der Notwendigkeit der Strukturierung und Vernetzung durch *Planung* als koordinierende und arbeitsfeldübergreifende Planung. Die im Achten Jugendbericht geforderte Kooperation basierend auf

¹¹⁴ Ein Beispiel für eine solche Strategie in der Drogenarbeit ist die enge Vernetzung der unterschiedlichsten Zuständigkeitsbereiche und Träger in Frankfurt, die zu spürbaren Verbesserungen auf allen Ebenen geführt hat. Zu bilanzieren ist ein deutlicher Rückgang der Kriminalitätsdelikte und Gerichtsverfahren, eine signifikante Verbesserung der gesundheitlichen und sozialen Situation der Konsumierenden, tägliche Kontakte mit mehr als 2000 Drogenabhängigen sowie ein drastischer Rückgang der Todesfälle (zwischen 1991 und 1995 um 70%), wobei die Zahl der auf Abstinenz gerichteten Maßnahmen nicht reduziert wurde (vgl. Schneider 1998a).

einer lebensweltorientierten wechselseitigen Einmischungsstrategie unter gegenseitiger Anerkennung (vgl. Thiersch 1992a: 35f.; 1995a: 242ff.) erscheint in Anbetracht des transdisziplinären Arbeitsfeldes der Drogenhilfe besonders wichtig.

Zusammengenommen schafft so die regional bzw. sozialräumlich verfügbare und alltagsnah vermittelte Angebotsstruktur einen Rahmen, innerhalb dessen sich eine *Flexibilisierung von Hilfen* als „neue Passung zwischen individualisierten Bedürfnissen und Möglichkeiten der Hilfe“ (Thiersch 2002: 44) etablieren kann. Dabei steht das Angebot der Hilfen stets von den Bedürfnissen der AdressatInnen her zur Disposition (vgl. ebd.: 43). Gleichwohl muss der Blick auf die AdressatInnen in ihrer Lebenssituation vor neoliberaler Ausdeutung im Sinne eines individualisierten und individualisierenden Ressourcenmodells (vgl. Stauber 1995: 60f.) geschützt werden. Gerade in Bezug auf eine Flexibilisierung der Hilfen darf Sozialräumlichkeit nicht in ‚verflachter‘ Gestalt interpretiert werden, die vorrangig auf staatliches Des-Engagement, Reprivatisierung und Rekommunalisierung zielt und die Selbstständigkeit und Eigenverantwortung des/der Einzelnen als „eines gerade auch in Notsituationen für sich selbst zuständigen Mensch, der Ich-AG“ (Thiersch 2003: 124) betont. Vielmehr impliziert Sozialräumlichkeit in diesem Verständnis die Reflexion des Sozialraums in seiner ambivalenten Qualität für die Menschen, d.h. auch hinsichtlich seiner Tendenz, soziale Konflikte zu verdecken. Für die Drogenarbeit manifestiert sich dies hauptsächlich im Zusammenhang urbaner Drogenszenen. Im klassischen Sinn können diese als „Fixpunkt von Etikettierungsprozessen“ (Böhnisch/Schröder/Thiersch 2005: 217) gewertet werden. Hier neue Momente der Verortung, der Vergemeinschaftung und Aktivierung für Menschen mit (ehemaligem) Drogenkonsum zu erschließen, wäre eine Orientierungsrichtung lebensweltorientierter Drogenarbeit im Blick auf die produktive Aneignung von Raum (vgl. hierzu weiterführend Böhnisch/Münchmeier 1990; Böhnisch 1998; Wolf 1998). Die aktivierende Arbeit an Netzwerken¹¹⁵, die außerinstitutionelle soziale Kräfte mit institutionellen auf ein gemeinsames regionales sozial- bzw. gesundheitspolitisches Ziel hin bündelt, liefert hierfür wichtige Ansatzpunkte.

Integration

Die Maxime der Integration zielt darauf, Ausgrenzung, Unterdrückung und Gleichgültigkeit, wie sie sich gesellschaftlich zunehmend durchsetzen, gegenzusteuern und zu vermeiden. Es geht um *Gleichheit* in den Grundansprüchen und Anerkennung im Recht auf *Verschiedenheit*, also auch um eine Sicherung von Ressourcen und Rechten, die elementare Gleichheit erst möglich machen. Damit widersetzt sich das Anliegen der Integration der ihr innewohnenden Gefahr der Egalisierung, vor allem der Egalisierung im Dienste hegemonialer Ansprüche (vgl. Grunwald/Thiersch 2001: 1143f.). Lebensweltorientierte Praxis ist daran anknüpfend „integrativ orientiert“ (BMJFFG 1990: 88) und ist in ihren Institutionen und Angeboten so beschaffen, dass ausgrenzungsgefährdete Personen in allgemeine Angebote integriert werden.

¹¹⁵ Zur Netzwerkorientierung in der Sozialen Arbeit vgl. weiterführend Otto/Bauer 2005.

Für eine lebensweltorientierte Drogenarbeit bedeutet dies zweierlei: Erstens geht es – entgegen dem Trend zur Spezialisierung, die immer auch Aussonderung bedeutet – darum, ausstiegsorientierte und suchtbegleitende Hilfen für Drogenkonsumierende anzubieten, die in den Kontext allgemeiner Hilfen integriert sind. Es sollen nicht nur weitere Sonderwelten für DrogengebraucherInnen hergestellt werden. Insofern verbindet sich Integration mit der Regionalisierung, indem sie einer regionalen Grundstruktur bedarf, um integrierende Überschneidungen zu realisieren. Zweitens meint Integration, achtsam zu sein gegenüber dem Trend der Besonderung immer neuer Untergruppen von DrogengebraucherInnen, wie sie sich etwa im Zeichen der Individualisierung und Flexibilisierung herausbilden (vgl. 2.2.3). So richtet sich das Augenmerk auf DrogengebraucherInnen mit Doppeldiagnosen, MigrantInnen, drogengebrauchende Eltern bzw. drogengebrauchende Frauen/Männer mit Kindern etc., für die dann doch gesonderte Programme entwickelt werden. Dies führt zu speziellen Institutionen mit speziellen Handlungsmodellen für spezielle AdressatInnen. Die Kehrseite dessen ist allerdings: „Besonderheiten, Andersartigkeiten werden aus dem allgemeinen Bewusstsein und seiner Normalität verdrängt und geraten ins Abseits“ (BMJFFG 1990: 88). Ohne spezielle Angebote und Maßnahmen grundsätzlich in Frage stellen zu wollen, unterstützt Integration im Respekt und der Offenheit vor Unterschiedlichkeiten die Herstellung von „Räumen des Miteinanders“ (Grunwald/Thiersch 2001: 1144).

Partizipation

Partizipation, so die zusammenfassende Wertung im Achten Jugendbericht, ist eines der „konstitutiven Momente“ einer lebensweltorientierten Hilfe (vgl. BMJFFG 1990: 88) und ist eng verbunden mit Empowermentstrategien in der Hilfestellung. Partizipation ist im Konzept der Lebensweltorientierung zweifach angesiedelt: Zum einen als *Rechtsposition* der AdressatInnen und zum zweiten als Frage der *Mitbestimmung* und *Mitgestaltung*. Die Frage der Rechtsposition zielt auf die rechtliche Verankerung von Einspruchs- und Beschwerderechten, wie es derzeit etwa unter dem Stichwort des ‚Beschwerdemanagements‘ in Organisationen verhandelt wird. Um Gefahren der Zudringlichkeit und Kontrolle in der Lebenswelt, also Auswirkungen einer fürsorglichen Belagerung, wie sie sich bedingt etwa durch Alltagsnähe immer wieder stellen, zu begegnen, müssen „Praxen der Beteiligung weiter zur Selbstverständlichkeit institutionell gesicherter bürgerschaftlicher Rechte [...] und zur verantwortlichen Mitgestaltung entwickelt werden“ (Böhnisch/Schröer/Thiersch 2005: 266). Institutionalisierte Einspruchs- und Beschwerderechte bilden gleichsam die notwendige Grundlage für eine Praxis der Beteiligung im Sinne von Mitbestimmung und Mitgestaltung in Bezug auf Planung, Gestaltung und Durchführung von Angeboten. Damit AdressatInnen wiederum eine solche Beteiligung wahrnehmen können, bedarf es im institutionellen Setting hierfür Ressourcen und Artikulationsmöglichkeiten. Im stationären Alltag etwa sollten Zusammenleben und Arbeitsformen so gestaltet sein, dass sie Partizipation fördern und die AdressatInnen zur selbstverantwortlichen Mitgestaltung einladen. Freiwilligkeit im Hilfearrangement ist hierfür prinzipielle Voraussetzung, wenngleich die Bereitschaft, sich helfen zu lassen, häufig erst in vorlau-

fender Arbeit hergestellt werden muss (vgl. BMJFFG 1990: 89, Grunwald/Thiersch 2001: 1144).

Solche vorlaufende Arbeit ist bezogen auf die Drogenarbeit zunächst Aufgabe der Drogenberatung, nämlich Bereitschaft zur Therapie bzw. anderen weiterführenden Hilfen herbeizuführen. Im Falle einer Therapieaufnahme infolge justizieller Auflagen erscheint diese grundsätzliche Freiwilligkeit zunächst fragwürdig und verweist auf den grundlegenden Zusammenhang von Hilfe und Kontrolle, dem doppelten Mandat Sozialer Arbeit (vgl. Müller, S. 2001). Die Spannung zwischen Zwang und Freiwilligkeit verlagert sich insofern in die Therapieeinrichtung hinein und muss dort in den Hilfeeinrichtungen ausbalanciert werden. Das heißt nun wiederum nicht, dass Partizipation von vorneherein ausgeschlossen oder nur im Kontext einer nicht justiziell begründeten Therapie denkbar wäre. Vermutlich verlangt es aber besondere Anstrengungen um Möglichkeiten der Partizipation, also besondere Bemühungen um Ressourcen und Artikulationsräume, welche die AdressatInnen im Sinne der Mitsprache und Mitgestaltung selbstverantwortlich nutzen können. Ein professionelles Selbstverständnis, in dem sich die gemeinsame Aushandlung von Hilfefeldern akzentuiert, ist hierauf bezogen notwendige Voraussetzung (vgl. Thiersch 2002: 47).

3.2 Drogengebrauch und Sucht im Spiegel alltäglicher Lebensbewältigung

Drogen und Drogengebrauch sind in vielfältiger Form Teil unserer gesellschaftlichen Wirklichkeit, weshalb Probleme mit Drogen nur als Teil dieser gesellschaftlichen Wirklichkeit und nur im Kontext der Lebensverhältnisse von Menschen, also in der lebensweltlichen Dynamik des Handelns zu verstehen sind. So wurde es bereits eingangs sowohl hinsichtlich der theoretisch-analytischen als auch der handlungspraktischen Perspektive formuliert. Dieser Zusammenhang soll nun im Horizont modernisierungsbedingter Spannungsfelder im Blick auf die Suche der Menschen nach subjektiver Handlungsfähigkeit aufgegriffen und weiter ausgeleuchtet werden.

Zunächst gilt die Aufmerksamkeit dem Verständnis von Drogengebrauch als einem spezifischen Deutungs- und Handlungsmuster im Kontext des Bewältigungskonzepts (3.2.1). Der Zusammenhang von Lebensbewältigung und Drogengebrauch führt auf dieser Grundlage im zweiten Schritt zur Betrachtung der unter den Stichworten ‚Postmoderne‘ und ‚reflexive Modernisierung‘ diskutierten gesellschaftlichen Entwicklungstendenzen. Im Zentrum stehen die für die subjektive Lebensbewältigung relevanten Gestaltungsoptionen und -risiken der Menschen sowie die gesellschaftlich vorstrukturierten Integrationspotentiale, um vor diesem Hintergrund die Bedeutung von Drogengebrauch als alltags- und sinnkonstituierendes Moment zu erörtern (3.2.2). Inwiefern eine solche Bedeutungsdimension des Drogengebrauchs eingelassen ist in die gesellschaftliche Normalität und die Verhaltenserwartungen einer modernen Konsumgesellschaft, soll daran anknüpfend herausgearbeitet werden (3.2.3). Das Experimen-

tieren mit Drogen findet zumeist in der Jugendphase statt und verbindet sich darin mit zentralen Entwicklungsaufgaben dieses Lebensalters. Aus dieser spezifischen Dimension des Zusammenhangs von Lebensbewältigung und Drogengebrauch ergibt sich eine weitere Betrachtungsperspektive, in der allgemeine Entwicklungsaufgaben und substanzkonsumbezogene Lernaufgaben in stoffdifferenzierender und geschlechtsreflektierender Weise zu erörtern sind (3.2.4). Vor dem Hintergrund der auf der Basis des Bewältigungskonzepts entwickelten theoretischen Perspektiven soll abschließend die Frage nach der Verstetigung und Verfestigung von Drogengebrauchskarrieren und Sucht aufgegriffen werden (3.2.5).

3.2.1 Das Bewältigungskonzept: Drogengebrauch als spezifisches Deutungs- und Handlungsmuster

Das sozialpädagogische Bewältigungskonzept (vgl. Böhnisch 2002, 2005; Böhnisch/Schröer/Thiersch 2005) greift das Streben nach subjektiver Handlungsfähigkeit in der lebensweltlichen Dynamik, also bezogen auf die alltäglichen Sozialbeziehungen, auf die biographischen Übergänge sowie auf kritische Lebensereignisse, als zentrale Perspektive auf. Dieses Streben nach Handlungsfähigkeit wird verstanden „als subjektiv zu erreichendes psychosoziales Gleichgewicht [...], in dem die Variablen *Selbstwert, soziale Anerkennung und Selbstwirksamkeit/Selbstkontrolle* einander bedingen“ (Böhnisch/Schröer/Thiersch 2005: 125f., Hvhb.i.O.). Mit dieser Kennzeichnung einer emotionalen Antriebsdynamik knüpft das Bewältigungskonzept an das psychologische Coping-Konzept an und überschreitet zugleich dessen physiologisch-psychologische Verengung, indem es auf das Zusammenwirken von psychischen und sozialen Faktoren in der lebensweltlichen Dynamik von Handeln fokussiert. Die Suche nach Handlungsfähigkeit wird verstanden in der Dialektik von personaler Integrität als biographische Handlungsfähigkeit und soziale Integration. Das Konzept sucht so die tiefendynamischen Verdeckungen, Verschiebungen, Abspaltungen und Regressionen zu thematisieren, welche der subjektiven Bewältigung kritischer Lebensereignisse und -probleme innewohnen, ohne dass Bewältigung tatsächlich biographische bzw. lebensweltliche Verbesserungen im Sinne eines gelingenderen Alltags hervorbrächte. Vier Grunddimensionen der Spannung von Lebensbewältigung und sozialer Integration sind hierbei maßgeblich, nämlich (1) die tiefenpsychisch eingelagerte Erfahrung des Selbstwertverlustes, (2) die Erfahrung sozialer Orientierungslosigkeit, (3) die Erfahrung fehlenden sozialen Rückhalts und (4) die Suche nach erreichbaren Formen sozialer Integration, in die das Bewältigungshandeln sozial eingebettet ist und in diesem Sinne normalisiert werden kann. In der Verknüpfung dieser psychosozialen Grunddimensionen des Bewältigungshandelns lassen sich gesellschaftsbezogenes Sozialverhalten und das Selbst als triebbewegte Instanz aufeinander beziehen. (vgl. Böhnisch 2005: 46ff.).

Dadurch erfasst das Konzept erstens Bewältigungshandeln als zentrale Herausforderung in der Mitte der Gesellschaft im Sinne der alltäglichen Lebensbewältigung in widersprüchlichen und offenen Bewegungen zwischen den miteinander zu vermittelnden Bedürfnissen nach Ko-

härenz einerseits und experimentierender Offenheit andererseits. Es greift die Identitätsarbeit der Menschen als eine auf Individualität und Subjektivität zielende Konstruktionsleistung auf und rekurriert auf die damit verbundene stresserzeugende Ambivalenz typischer emotionaler Konstellationen, wie sie die immer neue Suche nach Handlungsfähigkeit bestimmt (vgl. Böhnisch 2002: 208f.). Zweitens erfasst das Konzept sämtliche Versuche der Lebensbewältigung, auch Formen sozial abweichenden Handelns, wenn anders bzw. in anderer sozialer Einbindung subjektive Handlungsfähigkeit nicht sozial verträglich realisierbar ist. Im Mittelpunkt steht die misslungene Balance zwischen psychischem Selbst und sozialer Umwelt, „aus der heraus das ‚verwehrte Selbst‘ soziale Aufmerksamkeit auch in antisozialen bis hin zu sozial- oder selbstdestruktiven Handlungen *sucht*“ (Böhnisch 2005: 32, Hvhb.i.O.).

Drogengebrauch und Sucht können vor diesem Hintergrund als eine spezifische Bewältigungskonstellation betrachtet werden, die sich im Zusammenwirken von soziostrukturellen und psychosozialen Faktoren im allgemeinen Horizont der Lebensbewältigung als Gestaltungsaufgabe der Menschen herausbildet. Drogengebrauch und Drogenmissbrauch verweisen in diesem Verständnis auf ein spezielles Deutungs- und Handlungsmuster, das in seiner Eigenart und seiner Ausprägung für die BenutzerInnen zunächst nur so verstanden werden kann wie andere Deutungs- und Handlungsmuster, in denen Menschen ihr Leben in der Erfahrung von Zeit, Raum und sozialen Beziehungen gestalten. Als pragmatische und routinisierte Muster von Alltäglichkeit unterstützen solche Deutungs- und Handlungsmuster dabei, die unterschiedlichen, mitunter widersprüchlichen Anforderungen der Lebenswelt zu integrieren und zu bewältigen (vgl. Thiersch 1986: 16ff.).

Die Vielfalt der zu bewältigenden Anforderungen korrespondiert mit einer Vielfalt von Bewältigungsstrategien, wie sie sich bezogen auf unterschiedliche Lebensfelder und Alltagswelten akzentuieren (vgl. Thiersch 1999a: 2). Unterschiedliche Deutungs- und Handlungsmuster können sich – als subjektiv relevante Bewältigungskonstellation – in einem Gefüge von Lebensstrategien ergänzen oder widersprüchlich miteinander verschränken. Mit den widersprüchlichen Anforderungen der gegebenen Alltags- und Bewältigungsaufgaben verbindet sich ein breites Spektrum an Funktionen des Drogengebrauchs. Höchst unterschiedliche, also auch gegensätzliche Motive können zum Drogenkonsum führen. Drogen werden genommen, um sich in einem sozialen Feld zu etablieren, d.h. man will dazugehören, dabei sein und akzeptiert werden, aber sie werden auch genommen, um sich als etwas Besonderes zu distinguieren. Oder sie werden genommen, um den alltäglichen Anforderungen und damit einhergehenden Überforderungen nachzukommen, um leistungsfähig und kompetent zu sein, um sozialen und beruflichen Erwartungen zu entsprechen, aber auch, um Irritierendes, Frustrierendes und Belastendes auszuhalten und auszugleichen. Barrieren und Ängste können abgebaut und unmöglich Erscheinendes soll möglich werden. Drogen unterstützen gleichermaßen in der Routine des Alltags, wie sie auch dazu verhelfen, der ihm eigenen Banalität zu entkommen. Langeweile und Abenteuerlichkeit, Rausch, Ekstase und Funktionieren im Alltag liegen mithin nicht weit auseinander. Drogen werden benutzt, so fasst Thiersch die ambivalenten Moti-

ve des Konsums zusammen, „um zu kompensieren, um zu unterstützen, um glücklich zu sein, um zu fliehen“ (Thiersch 1996: 55). Drogen helfen, im Spannungsfeld subjektiver Begründungszusammenhänge zwischen Bewältigung des Alltags und seiner Überschreitung durch außeralltägliche Alternativen, erwünschte Gefühle zu erzeugen, unerwünschte abzuwehren, sich mit dem Alltag zu arrangieren und das Leben mit den gegebenen Anforderungen zu bewältigen.¹¹⁶

Dieser Zusammenhang von Lebensbewältigung und Drogengebrauch soll im Folgenden vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Entwicklungstendenzen ausbuchstabiert werden. Zunächst gilt es, gesellschaftliche Verhältnisse im Blick auf ihre subjektiven Gestaltungsoptionen zu betrachten und daran anknüpfend die Frage nach der Bedeutung von Drogengebrauch aufzugreifen.

3.2.2 Postmoderne Gestaltungsoptionen, lebensweltliche Integrationspotentiale und die Bedeutung von Drogengebrauch

Eine gesellschaftliche Kontinuität und Berechenbarkeit, die gewisse Verlässlichkeiten der subjektiven Lebensplanung und -gestaltung schafft, ist im Zeichen postmoderner Formen der Moderne (Zygmunt Bauman) bzw. der reflexiven Modernisierung (Ulrich Beck) nicht mehr gegeben.¹¹⁷ Rückgebunden an modernisierte Strukturen, Hierarchien und Konfliktlinien (vgl. Stauber 2004: 28f.) wird Lebensbewältigung vielmehr zur höchst individualisierten Aufgabe der Einzelnen und bestimmt sich aus einer fundamentalen Entgrenzung des Sozialen.¹¹⁸ Das im gesellschaftlichen Umbruch angelegte Auseinanderdriften von system- und sozialintegrativen Bezügen mit neuen Formen der Vergesellschaftung – also neuen Arbeits- und Konsummustern, neuen Spaltungen und gesellschaftlichen Exklusionsmechanismen, neuen Brechungen zwischen Globalisierung und Regionalisierung sowie den Bedeutungszuwachs von Medien und virtuellen Welten (vgl. Thiersch 2001: 214f., 2003: 122) – kann mit Böhnisch (2001b) als *modernes Anomieproblem* verstanden werden. Gesellschaftliche Unübersichtlich-

¹¹⁶ Der Zusammenhang von Drogengebrauch, Lebensgestaltung und Bewältigung an sich ist kein neuzeitliches Phänomen. Jede der uns heute bekannten Drogen weist als solche oder in ihrer Grundsubstanz (z.B. Alkohol, Opium, Koka, Hanf) eine in spezifischen historischen und kulturellen Kontexten eingebundene Nutzungsgeschichte auf. Sie dienten als Mittel der Ernährung, der Heilung und Gesunderhaltung sowie als Mittel zur Berausung (vgl. Kanitscheider 2000b; Rättsch 2000; Schivelbusch 1980; Spode 1993, 1997; Wassenberg 1997).

¹¹⁷ Zur Kennzeichnung heutiger, pluraler und ambivalenter gesellschaftlicher Entwicklungsmomente werden die Begriffe ‚Postmoderne‘ und ‚reflexive Modernisierung‘ synonym verwendet (vgl. Bauman 1992; Beck 1986, 1999b; Beck/Bonß/Lau 2001). Beide Begriffe reflektieren die Leitidee von Bruch und Kontinuität und beziehen sich gleichermaßen auf die reflexive Auseinandersetzung der Moderne mit ihrem eigenen Entwicklungsprozess.

¹¹⁸ Diesen Prozess sozialer Entgrenzung bestimmen Böhnisch, Schröer und Thiersch (2005) in Weiterführung des Pluralisierungsbegriff mit dem Begriff des *digitalen Kapitalismus*. Mit der informations- und kommunikationstechnologisch, also digital vermittelten Abstraktion der Arbeit von sozialen Bindungen und der Ortlosigkeit globaler Kapitalzirkulation unterliegen Nationalstaaten und ihre Sozialpolitiken immer mehr dem Druck, sich an ökonomischen Parametern einer globalisierten Wirtschaftsordnung auszurichten. Eine regulative und fiskalische Krise des Sozialstaats geht damit einher, indem der digitale Kapitalismus die bisherige Balance zwischen Arbeit, Kapital, Sozialstaat und Ökonomie außer Kraft zu setzen droht und neue Vergesellschaftungsformen hervorbringt, auf die sich der Begriff der Entgrenzung im engeren Sinn bezieht (vgl. Böhnisch/Schröer/Thiersch 2005: 95ff., 116ff. sowie vertiefend Böhnisch/Arnold/Schröer 1999).

keit, das Anomische, tritt dabei hinter einen, den sozialen Kontext übergreifenden und überlagernden biographischen Selbstbezug zurück. Während lebensweltliche Bezüge für den biographischen Selbstbezug bedeutsamer werden, grenzen sich gesellschaftliche Systeme gegenüber diesen zugleich ab. Soziale Desintegration und soziale Integration wären demnach zu verorten in der Spannung zwischen technologisch-ökonomisch induzierter sozialer Entbettung und der subjektiven Biographisierung als Suche nach Handlungsfähigkeit jenseits jener Identitätssuche, die eine selbstverständliche soziale und sozialstaatliche Integration des Menschen im Sinne einer sozialen Kultur des kollektiven Rückhalts von Gewissheit und Ermunterung voraussetzte (vgl. Böhnisch 1997, 2002: 202).

Kontinuitätsstrukturen mit traditionsgebundenen Mustern, Lebensverläufen und Lebensformen weichen im Zeichen von Individualisierung, Pluralisierung und Globalisierung als Kernelemente postmoderner gesellschaftlicher Verhältnisse einer Vielzahl von Lebensformen und Lebensmustern. Die Subjekte sind aufgefordert, sich selbst zu entwerfen, zu planen, zu entscheiden und zu handeln – sie werden zu BastlerInnen ihrer Biographie (vgl. Hitzler 1988: 133ff.; Hitzler/Honer 1994). Individualisierung kennzeichnet mithin einen paradoxen Zwang, der die Menschen zur Selbstgestaltung und Selbstinszenierung und damit zur aktiven Eigenleistung zwingt (vgl. Beck/Beck-Gernsheim 1994b: 14f.). Die Menschen *können* nicht nur wählen – sie *müssen* auch wählen. Der Doppelcharakter von Freiheit und Zumutung ist in diesem paradoxen Zwang angelegt.

Soziale und geographische Mobilitätsprozesse erzwingen eine „spezifische Besonderung von Lebensläufen“ (Keupp 1990: 16), die sich durch eine Verselbständigung gegenüber sozialen, insbesondere traditionellen Bindungen auszeichnen. Gleichwohl bleiben Lebensläufe nach wie vor sowohl rückgebunden an die Suche nach sozialer Verankerung und Verortung (vgl. Gildemeister 1995: 254) als auch an geltende traditionale Verlässlichkeiten, deren Relevanz im Einzelnen nun für das eigene Lebenskonzept „gewählt, gerechtfertigt und als persönliches Risiko [...] verantwortet und verkraftet werden muss“ (Beck 1999a: 309). Lebensbewältigung als aktive Auseinandersetzung des Subjekts mit seiner Umwelt, die es sich aktiv handelnd aneignet und zu bewältigen sucht, wird zur riskanten Chance. Diese zeichnet sich eben dadurch aus, dass sie einerseits einen Gewinn an individuell wählbaren (Stilisierungs-)Optionen bedeutet, aber andererseits auch mit dem Verlust „eines schützenden das Dasein überwölbenden, kollektiv und individuell verbindlichen Sinn-Daches“ (Hitzler/Honer 1994: 307) einhergeht. Insofern verbindet sich Lebensbewältigung stets mit der immer wieder neu sich stellenden Frage nach dem Sinn des Lebens, mit der Frage nach dem Wie und Wo des eigenen Ortes und der Erfahrbarkeit von Subjektivität im Leben (vgl. Thiersch 1999a: 2). Modernisierungsrisiken und Modernisierungschancen dringen mithin ins Zentrum der individuellen Lebensführung ein.

Lebensbewältigung, also die Gestaltung eines eigenen Lebens in der Vielfalt der Optionen und Anforderungen, bestimmt sich überdies aus der Verfügbarkeit und den Möglichkeiten der

kreativen Nutzung sozialer, materieller und persönlicher *Ressourcen*. Diese stellen ein „gesellschaftlich ungleich verteiltes Handlungspotential“ (Keupp 2003) dar, denn grundsätzlich sind die gesellschaftlichen Verhältnisse gezeichnet von Ungleichheiten, die sich durch fehlende materielle und soziale Ressourcen auf unterschiedlichen Ebenen, also etwa Geld, Bildung, Gesundheit und Partizipationschancen ausdrücken (vgl. Müller/Otto 1997). Im Zeitalter des digitalen Kapitalismus verschärfen sich solche Ungleichheiten in Bezug auf arbeitsmarktstrukturelle sowie gesellschaftlich und sozialpolitisch bestimmte hierarchische Verhältnisse zwischen den Geschlechtern und Generationen. Vorenthaltene Lebenschancen und Resignation sind subjektiv spürbare und zu verarbeitende Implikationen dessen.

In unterschiedlichen Bereichen der Lebenswelt verbinden sich insofern für die *Drogengebrauchsentwicklung* relevante Faktoren in Korrespondenz mit der sozialen Lage (vgl. Schmidt/Alte-Teigeler/Hurrelmann 1999: 59ff.). Ökonomische Belastungen bis hin zu finanziellen Notlagen der Familien etwa bedingen geringe Chancen zur Partizipation am gesellschaftlichen Leben und befördern soziale Desintegration und psychosoziale Belastungen. Schule ist nicht nur ein Ort des Lernens, sie transportiert auch die im Kontext einer angespannten Arbeitsmarktsituation und sich wandelnder Arbeitsorganisation steigenden Anforderungen und den damit einhergehenden erhöhten Leistungs- und Erwartungsdruck. Und mangelnde materielle Ressourcen disqualifizieren auch in der postmodernen Welt (vgl. Bauman 1992: 334), indem sie den Rahmen abstecken für die potentielle Bildung sozialer und persönlicher Ressourcen, die für die Selbstorganisation in der eigenen sozialen Mikrowelt zunehmend wichtiger werden (vgl. auch Ahbe 1997; Bourdieu 1992: 64; Keupp 1996: 253).

Vor diesem Hintergrund modernisierungsbedingter Spannungsfelder und sozialer Ungleichheit bestimmt sich Lebensbewältigung aus *zersplitterten Teil-Orientierungen* der alltäglichen Lebenswelt, innerhalb derer der Mensch mit einer Vielzahl von (Selbst-)Stilisierungsformen und Sinnangeboten konfrontiert ist und daraus mehr oder minder frei wählen kann. Die Partizipation an „kleinen sozialen Lebens-Welten“ (Hitzler 1988: 136) bzw. Alltagswelten (vgl. Thiersch 1986: 21f.; 1995b: 221ff.) bietet im diffuser werdenden Alltag reflexiver Modernisierung einen sinnstiftenden und verlässlichen Raum, indem diese gleichsam Ausschnitte des gesellschaftlichen Erlebens schaffen. Im Rahmen subjektiver Relevanzen vermitteln sie eine Einheit subjektiver Interessen und der in ihnen sozial gültigen Bedeutungs- und Relevanzschemata. Was insgesamt fragwürdig und brüchig erscheint, nämlich eine subjektiv und intersubjektiv erfahrbare Konsistenz und Selbstverständlichkeit als integratives Moment, vermittelt sich hier. Die damit korrespondierenden Muster der Lebensbewältigung konstituieren dennoch gerade keinen Generalplan für die Bewältigung der Gesamtbiographie. Sie sind partiell gültig und im individuellen Bewusstsein repräsentieren sich die intersubjektiv geteilten Wissensbestände über den Zweck der sozialen Lebens-Welt als „temporäre thematische Kerne, die – unter anderem – den individuellen Lebensvollzug strukturieren“ (Hitzler 1988: 138) und dabei orientierungsgebend sind für weitere Erfahrungen.

Drogengebrauch kann eine solche kleine soziale Lebens-Welt oder Alltagswelt begründen, in der die eigenen Interessen, Selbstverständlichkeiten, Selbstinterpretationen, aber auch Konflikte und Hoffnungen als Teil der hier gültigen Bedeutungs- und Relevanzschemata wahrnehmbar werden. Substanzgebrauch bezeichnet darin das wesentliche (gemeinsame) Deutungs- und Handlungsmuster und wird zum bedeutenden Medium von Alltäglichkeit. Drogengebrauch entwickelt sich dergestalt in den spezifischen Bewältigungsaufgaben und lebensgeschichtlich erworbenen Ressourcen zu einem mehr oder minder ausgeprägten Kernelement des eigensinnigen Versuchs der Lebensgestaltung. Was von außen bzw. aus spezifischen Verstehensweisen heraus als abweichendes Verhalten oder auch als Krankheit interpretiert wird, präsentiert, wie gesagt, für die Handelnden selbst eine *stabilisierende Ordnung* in typisierten Deutungs- und Handlungsmustern: In der Alltäglichkeit des Drogenkonsums stellt sich Verbindlichkeit her, räumliche, zeitliche und soziale Bezüge sind darauf ausgerichtet und in diesen stellen die Individuen subjektive Kohärenz und intersubjektiven Konsens hinsichtlich ihrer Deutungs- und Handlungsmuster her. Drogengebrauch lässt sich in seinen widersprüchlichen Konturen aufschließen, nämlich in seiner subjektiven Sinnhaftigkeit ebenso wie in den einen gelingenderen Alltag verhindernden Aspekten. Indizien der Unzulänglichkeit einer solchen Alltagswelt, also was sich als verengend, einengend, ruinös in den erfahrenen Räumen, Zeiten und sozialen Beziehungen manifestieren kann, wird gleichfalls zum Selbstverständlichen und kann zunehmend Alternativen verstellen (vgl. Thiersch 1992b: 38).

Mit der heutigen Offenheit normativer Orientierung in der Inszenierung von Lebensräumen und in der Bewertung gelingender/nicht-gelingender Bewältigungsmuster (vgl. Grunwald/Thiersch 2001: 1140) korrespondieren *gesellschaftliche Bedeutungszuschreibungen* des Drogengebrauchs, die in die Konstitution einer solchen Alltagswelt einfließen. Relevant sind diesbezüglich zunächst die spezifischen Selektionsmechanismen und Bewertungen von Drogen und drogenbezogenen Lebensweisen entlang der Trennlinie von legal und illegal, die sich im Spannungsfeld von Verharmlosung und Dramatisierung verorten lassen (vgl. Thiersch 1996: 62f.). Sie liefern vielerlei Stoff für die Selbststilisierung und Selbstinszenierung mit Drogen. KonsumentInnen illegaler Drogen sind aufgrund der spezifischen Drogenkontrollmechanismen (vgl. Kap. 1) verwiesen auf den alltagsweltlichen Zusammenhang der Illegalität, auf den sich die Erfahrung von Selbstwert und Anerkennung potentiell konzentriert. Eine Ausschließlichkeit des Deutungs- und Handlungsmusters Drogengebrauch und -missbrauch wird dadurch verstärkt.

Mit dem Gebrauch von Alkohol und Zigaretten verbinden sich vollkommen andere Bedeutungszuschreibungen (vgl. Hurrelmann 2000: 453). Die meisten Erwachsenen halten es für selbstverständlich, wenn Jugendliche (probierend und vorübergehend) zu legalen Substanzen greifen. In der Clique der Gleichaltrigen garantiert solches Verhalten Anerkennung und Bewunderung und stabilisiert soziale Verortung. Hingegen erfolgt die Betrachtung des Gebrauchs illegaler Drogen, trotz lebensräumlich diversifizierter Kontrollmuster (vgl. Müller, S. 1995), in den Koordinaten von sozialer Abweichung, psychischen Krisen und gesundheits-

gefährdendem Verhalten. Der Umgang mit diesen Stoffen gilt als prekär; Konsumierenden wird gleichsam unterstellt, ihre physischen, psychischen und sozialen Entwicklungsaufgaben nur unzulässig zu bewältigen. Solche Bedeutungsdimensionen des Defizitären und Problematischen, die den pathologisch orientierten Betrachtungen von Drogengebrauch und Drogenabhängigkeit folgen, integrieren Drogenkonsumierende in ihr Selbstbild und erleben dennoch, dass die konsumierten Substanzen die Bewältigung alltäglicher Anforderungen sowie spezifische Selbstinszenierungen erleichtern. Dollinger (2005) verweist diesbezüglich auf den prinzipiellen Einfluss der mit dem Konstrukt ‚Drogenabhängigkeit‘ verbundenen gesellschaftlichen Bedeutungszuschreibungen auf den Verlauf von Drogenkarrieren.

3.2.3 Gesellschaftlich strukturierte Normalität von Substanzgebrauch

Die subjektive Aktualisierung von gesellschaftlichen Zuschreibungen und Deutungen zwischen Drogengebrauch und Drogenabhängigkeit vollzieht sich nicht zuletzt vor dem Hintergrund einer in die Normalität gesellschaftlicher Strukturen und Erwartungen eingelassenen Affinität zu Gebrauch und Missbrauch von Drogen (vgl. Thiersch 1996: 61). Drogengebrauch ist eingebettet in „eine spezifische Drogenkultur der Gesellschaft sowie in eine gesellschaftliche Verhaltensformierung, die suchartiges Verhalten als andere Seite des Normalverhaltens konstituiert – als zwanghafte, unkontrollierte Steigerung dessen, was man sowieso tut, mit dem Ziel einer Einwirkung auf die eigene psychische Befindlichkeit“ (Sting 1999: 494). Mit dieser Betrachtung einer der modernen Konsumgesellschaft innewohnenden Suchtlogik korrespondiert notwendigerweise ein weit verstandener Begriff von Abhängigkeit und Sucht, der stofflich und nicht stofflich bezogenes Handeln einschließt. Die Rede ist von Spielsucht, Arbeitssucht, Liebessucht, Esssucht, Putzsucht, Kaufsucht, Fernsehsucht etc. Zu Recht unterstreicht Thiersch (1996: 53) den notwendigen Wechsel im Blick zwischen einem weit verstandenen und einem hinsichtlich spezieller Erscheinungen stoffgebundenen bzw. stoffdifferenzierenden Begriff.

Anpassung, Fitness und Leistung kennzeichnen gesellschaftliche Erwartungen – sowohl im privaten als auch im schulischen und beruflichen Bereich –, die auf die Nutzung von diesbezüglich unterstützenden Mitteln verweisen. Etwa sind bereits im Leben von Kindern und Jugendlichen Medikamente allgegenwärtig, und zwar nicht in erster Linie zur Behandlung akuter Krankheiten. Vielmehr steht die Behandlung von Verhaltensgewohnheiten, die als Verhaltensstörungen klassifiziert werden können, also z.B. Unruhe, Lebhaftigkeit, Schlafstörungen, Bettnässen, Angstzustände aller Art und seit geraumer Zeit das hyperkinetische Syndrom im Zentrum der Verschreibungspraxis (vgl. Hurrelmann/Vogt 1985: 34).¹¹⁹ Das ‚Pillen-

¹¹⁹ In einer Untersuchung bei Bremer SchülerInnen haben 60% der befragten 14-Jährigen angegeben, dass sie Medikamente nehmen. Bei Berliner SchülerInnen wurde registriert, dass jede/r fünfte ZehntklässlerIn (8% der Jungen und 32% der Mädchen) regelmäßig Medikamente einnimmt (vgl. Drogenbeauftragte 2001: 15).

Schlucken' zur Befindlichkeitsbeeinflussung werde zur gängigen Alltagspraxis, so die Einschätzung im Suchtbericht der Bundesregierung (vgl. Drogenbeauftragte 2001: 15).

Teil der Lebenskultur ist ein „Kult des Machbaren“ (Thiersch 1999a: 8), ein „Kult der Geschwindigkeit“ (v. Wolffersdorff 2001: 333) geworden, der sich mit der riskanten Chance der Individualisierung verbindet (vgl. auch Treptow 1992). In Abkehr vom Lebensgefühl einer imaginären Gegenwelt im Drogengebrauch der 1970er Jahre schält sich ein Sich-Einlassen auf die Beschleunigungskräfte der Globalisierung als Kern heutiger Drogengebrauchsformen heraus. Drogen erscheinen darin als „charakteristische Spielart des typisch modernen Konzepts von Lebensbewältigung“ (Thiersch 1996: 62) und verweisen implizit auf die Orientierung an gesellschaftlichen Leistungsanforderungen in Konkurrenzverhältnissen und am Konsum als Ausdruck postmoderner Freiheit. Im Allgemeinen rekurriert Werbung mit ihren Bildern von Schönheit, Erfolg, sozialer Einbindung, Erlebnis und Abenteuer exakt auf diesen Zusammenhang. Mediale Strategien suggerieren die Teilhabe durch das Produkt und entwerfen Teil-Orientierungen für die individuelle Selbststilisierung und Sinnsuche – in einer medial ästhetisierten Variante des Substanzkonsums. Nach Sting (1999) liegt ein prinzipieller Zusammenhang von Konsumbedürfnis und Sucht in der inneren Unzufriedenheit, die zum wiederholten Konsum anregt. Zwischen kaufenden KonsumentInnen und drogengebrauchenden Süchtigen lässt sich nur ein gradueller Unterschied ausmachen: bei beiden existiert rationales Kalkül und Wiederholungszwang nebeneinander.

Der Kult des Machbaren steigert sich im Zeichen von Konsum und Erlebnishunger in der alltäglich werdenden Suche nach außerordentlichen, und damit besonders zu Selbststilisierung geeigneten Erfahrungen und Abenteuern, wie Thiersch (1999a) in Anlehnung an das Konzept der Erlebnisgesellschaft (Schulze 1992) ausführt. Die Banalität des Alltags und eine gewisse Sättigung elementarer Lebensbedürfnisse sind Motor einer Suche nach außergewöhnlichen Reizen, die Erfahrungen von Außeralltäglichem und Grenzüberschreitung ermöglichen und dabei auch selbstzerstörerische Handlungsweisen einbeziehen. Die Gefahren solchen Handelns rücken subjektiv in den Hintergrund, geht es doch genau um den Kick im Riskanten – getreu dem Motto ‚no risk, no fun‘! Im Extrem kann sich das dahin steigern, den eigenen Körper aufs Spiel zu setzen und sozusagen die potentielle Selbstzerstörung als letzte Ressource der Identitätskonstruktion anzuwenden (vgl. v. Wolffersdorff 1998: 33).

3.2.4 Entwicklungsaufgaben und Drogengebrauch im Jugendalter

Das Experimentieren mit Drogen und die Anfänge von Drogengebrauch liegen überwiegend in der Jugendphase. Dabei sind, wie es bereits thematisiert wurde, die Motive für diese ersten konkreten Begegnungen vielfältig. Sie liegen im Bereich des Probierens, der Neugier, der Suche nach Vergemeinschaftung in alltäglichen Kontakten und sie zeichnen sich primär aus durch undeutliche und ambivalente Wünsche. Zunächst stellen sich Jugendlichen beim Heranwachsen vielfältige Entwicklungsaufgaben, die sich wiederum im Prozess hin zu individualisierten Formen der Lebensbewältigung als besondere *Risikokonstellationen* erweisen (vgl.

Keupp 1990: 4; Thiersch 1996: 60f.). Wie lässt sich der Zusammenhang von Entwicklungsaufgaben im Jugendalter und Drogenkonsum konkretisieren?

Den Umgang mit psychoaktiven Substanzen zu erlernen, dies an sich stellt eine erste Entwicklungsaufgabe für junge Menschen dar und gestaltet sich in der dargestellten Normalität des Substanzgebrauchs. Fast alle Jugendliche probieren einmal Alkohol- und Tabakprodukte, „um zu erfahren, wie sie schmecken und wie sie wirken, und zwar sowohl körperlich als auch psychisch und sozial“ (Freitag/Hurrelmann 1999b: 10). Mit legalen Substanzen experimentieren Heranwachsende weitgehend offen; nicht zuletzt nutzen sie diese auch als Mittel nonkonformer Inszenierung, indem sie ein Handeln aufgreifen, das prinzipiell Älteren vorbehalten ist (vgl. ebd. 13; Helfferich 1997: 6). Der Probierkonsum illegaler Substanzen geschieht hingegen verborgener, weil ihr Gebrauch aus dem Kreis allgemein üblicher Alltagshandlungen normativ ausgegrenzt ist. Insbesondere also in Bezug auf illegale Drogen sind die Lernräume halboffiziell, so dass die zu bewältigende soziokulturelle Entwicklungsaufgabe, nämlich den Konsum psychoaktiver Substanzen als „Muster der Lebenspraxis nach außen und Regulation nach innen“ (Degkwitz 2005: 80) zu lernen, erheblich erschwert ist.

Weitere zu bewältigende Anforderungen im Jugendalter ergeben sich mit der Ablösung von den Eltern, der Hinwendung zu Gleichaltrigen, dem Aufbau erster Beziehungen mit erotischer und sexueller Komponente, der Entwicklung eines eigenen Werte- und Orientierungssystem sowie der schulischen und beruflichen Ausbildung. Die mit erheblichen emotionalen Verunsicherungen und körperlichen Wandlungsprozessen einhergehenden Aufgaben müssen bewältigt und befriedigend im Selbst integriert werden. Dies zu leisten, aber erst recht Momente des Scheiterns zeitigen körperliche und psychische Beeinträchtigungen; daraus können Belastungssituationen entstehen, in denen Drogen ein probates Bewältigungsmittel darstellen mögen. Hier folgen Jugendliche gesellschaftlich vorgezeichneten Formen der Stimmungsmanipulation, die für jedes Alter gegeben sind. Im Jugendalter verbinden sie sich mit einer neuen, spezifischen Freiheit. Zunehmend freier von der Kontrolle durch Erwachsene und noch nicht in der Situation, berufliche oder familiäre Verantwortung übernehmen zu müssen: dies, so Freitag und Hurrelmann (1999b: 10f.), begünstigt die Aneignung eines Deutungs- und Handlungsmusters Drogengebrauch, zumindest für eine vorübergehende Phase.

In der Auseinandersetzung mit den Entwicklungsaufgaben bewegen sich Heranwachsende im Spannungsverhältnis von *Anpassung* und *Auflehnung* gegenüber gesellschaftlichen Werten und Orientierungen wie etwa Erfolg, Status und materielle Ausstattung. Das Mischungsverhältnis von Konformität und Individualität fortwährend auszubalancieren und subjektiv lebbarere Formen zu finden, ohne stets zu wissen, wohin der Weg führt, prägt die Lebenswelt der Jugendlichen. „Das Leben kommt oft einer Gratwanderung gleich: Überwiegt das Ausmaß an Individualität, dann besteht die Gefahr, als Außenseiter dazustehen; wird andererseits zu viel Gewicht auf die Seite der Konformität gelegt, um keine Regeln zu verletzen, dann bleibt das Ansehen und die Anerkennung möglicherweise aus, der Einzelne geht in der Masse unter“

(Freitag/Hurrelmann 1999b: 14). Legale und illegale Drogen können in die eine wie in die andere Richtung unterstützen. Sie dienen der Leistungssteigerung und damit der Anpassung und sie können – je nach Substanz und Gebrauchsform – der Abgrenzung, d.h. als Symbol für Individualität stehen. Illegale Drogen erfüllen hier im Blick auf einen gewissen, schwer bewältigbaren Originalitätsdruck (vgl. Engel/Hurrelmann 1994: 3) eine wesentliche Funktion. Sie „symbolisieren im (subjektiv) optimalen Fall gleichzeitig den Einstieg in die Leistungsgesellschaft durch die Erfüllung der durch sie vorgegebenen Normen und Werte wie auch den kurzzeitigen Ausstieg aus ihr“ (Freitag/Hurrelmann 1999b: 15). Spiegelbildlich manifestiert sich dies in der Trendwende zum Gebrauch stimulierender Substanzen.

Für Mädchen und Jungen stellen sich die jugendspezifischen Entwicklungsaufgaben durchaus verschiedenartig dar, vor allem im Blick auf die Vernetzung einzelner Entwicklungsaspekte (vgl. Helfferich 1997: 151). Helfferich zeichnet dies nach in ihrer interaktionstheoretisch rückgebundenen Analyse jugendlichen Risikoverhaltens im Zusammenhang mit der Herstellung von Geschlechtsidentität und Sexualisierung. *Geschlechtstypisches Risikoverhalten* wird darin zum sozialen Zeichen, mit dem eine Selbstpräsentation als Frau oder Mann unterstrichen werden kann (vgl. ebd.). Verwoben sind die sozialen Zeichen der Selbstpräsentation mit den symbolischen Bedeutungen, die sich aus der Zweigeschlechtlichkeit als grundlegendem kulturellen Muster der Geschlechterverhältnisse (vgl. Hagemann-White 1988; Gildemeister/Wetterer 1992) bestimmt. Wenngleich Raum für experimentierende Gestaltungsvarianten gegeben ist, so stellen sich dennoch in den risikobezogenen interaktiv vermittelten Selbstpräsentationen Normalitätsmuster her. Darum sind auch drogenbezogene Stilisierungen für Mädchen und Jungen sowohl unterschiedlich gestaltet als auch mit unterschiedlichen Konsequenzen verbunden, abhängig davon, ob konformes oder konträres Handeln in Bezug auf kulturelle Praktiken um die Position als Mann oder als Frau arrangiert sind, also in Bezug auf ‚Männlichkeit‘ oder ‚Weiblichkeit‘ gedacht sind. Eingelagert in widersprüchlichen und konflikthafte Prozessen (vgl. Bitzan 2000a), entfaltet sich der subjektive Sinn des Drogengebrauchs insofern geschlechtsgebunden.

Exemplarisch zeigt sich dies in der Form hedonistischer Lebensstilisierungen, in welcher dem Substanzkonsum eine stilistische Inszenierungsbedeutung im Wechselspiel mit hedonistischen Einstellungen und Orientierungen zukommt. Es handelt sich in erster Linie um einen jungen- und hauptschuldominierten Lebensstil, innerhalb dessen der Substanzkonsum, vor allem der von illegalen Drogen und Alkohol, zur (Re-)Produktion einer spezifisch konturierten maskulinen Geschlechtsrolle dient (vgl. Raithel 2005). Gleichwohl schließt ein solcher als ‚männlich-hart‘ abgegrenzter Handlungsbereich Mädchen und junge Frauen nicht zwangsläufig aus. Für junge Männer ist ihr Beisein durchaus funktional in der Parallelisierung von Rauscherlebnissen und sexuellen Eroberungen. Zugleich sichern gemeinschaftliche Trinkrituale die kollektiven Prozesse der (Re-)Produktion männlicher Überlegenheit (vgl. Helfferich 1997: 156). Auch für junge Frauen, für die eine Teilnahme an dem Gruppenritual zunächst irrelevant ist, birgt die Partizipation am männerdominierten Lebensstil funktionale und sinn-

stiftende Aspekte, insbesondere vor dem Hintergrund der Schwierigkeiten für Mädchen, produktive Wege der Distanzierung von der Familie zu finden (vgl. Bitzan/Funk 1995: 101). Die Beteiligung am männerdominanten Lebensstil birgt die Chance der Anerkennung als ‚Kumpel‘ und sie unterstützt Versuche der Distanzierung von üblichen Weiblichkeitsvorstellungen (vgl. Helfferich 1997: 153). Für die Techno-Szene dagegen erweist sich ein entgegengesetztes Muster von Geschlechterverhältnis und Drogenstil als zentral. Konträr zu herkömmlichen Vorstellungen männlicher und weiblicher Rollenmuster erlaubt dieses Arrangement von Alltäglichkeit ein unabhängigeres Experimentieren mit Vorstellungen von ‚männlich‘ und ‚weiblich‘. Frauen partizipieren in tendenziell gleichberechtigter Weise am Drogengebrauch, und die Szene öffnet ihnen einen Erfahrungsraum jenseits herkömmlicher Geschlechterverhältnisse (vgl. ebd.: 157).

3.2.5 Drogengebrauch und Sucht – ein Deutungs- und Handlungsmuster mit offenen Optionen

Gegliedert in räumliche, zeitliche und sozialbezogene Dimensionierungen können Alltagswelten ein temporäres Konstrukt (das wieder aufgegeben wird), ein partielles (das neben anderen bedeutsam ist) oder auch längerfristig überdauerndes (ein Zentrum der Lebenswelt) darstellen (vgl. Thiersch 1996). Inwiefern sich also Drogengebrauch als Muster der Lebensbewältigung entwickelt und erhält, ist zunächst eine offene Frage.

Drogen können als *ein* wesentliches Medium der Lebensbewältigung (neben anderen) betrachtet werden. Ihr Gebrauch steht dabei in Zusammenhang mit stoffspezifischen neurobiologischen Prozessen. Die Wirkung psychoaktiver Substanzen auf das zentrale Nervensystem und das Potential, willentliche Steuerungsprozesse partiell auszuschalten, nutzen DrogengebraucherInnen insofern instrumentell zur Modifikation individueller Wahrnehmungs-, Denk- und Handlungsweisen. Dabei treten in der Regel „verschiedene pharmakologische und in deren Folge physiologische, kognitive und emotionale Wirkungen gleichzeitig oder zeitlich versetzt auf“ (Rist/Reymann 2000: 37). Wenngleich Drogenwirkungen kaum jenseits individueller Erfahrung und Interpretation generalisiert beschrieben werden können, so verfügen die einzelnen Substanzen gleichwohl in einer inneren „Wechselwirkung sozialer und emotionaler Reaktionen“ (Dollinger 2005: 152) über ein hohes Kompensationspotential im Sinne der erwünschten Stimmungsveränderung.¹²⁰ Dies entspricht, Blätter (2000: 147f.) folgend, den historisch gewachsenen, kulturspezifischen Einstellungen und Wissensinhalten über die Wirkungsweisen einzelner Substanzen.

Neurobiologische Prozesse bedingen insofern keinen ‚neuronalen Entwicklungsautomatismus‘. Sie wirken nicht autonom, sondern sie sind eingebunden in die aktive Auseinanderset-

¹²⁰ So werden Wohlbefinden und Euphorie den Opiaten, Beruhigung und Angstlösung den Barbituraten, Verstärkung von Sinneseindrücken den Halluzinogenen und Stimmungsaufhellung und Wohlbefinden den Cannabinoiden zugerechnet (vgl. Schmidt 1996: 95; weiterführend Egartner/Holzbauer 1994: 7ff.; Kähnert 1999; Pallenbach/Ditzel 2003, Kap.3).

zung des Individuums, innerhalb dessen sie sich Drogengebrauch als sinnhaftes Deutungs- und Handlungsmuster aneignen. Diese kulturelle Praxis des Individuums, so Degkwitz (2005: 79), führt zu wesentlichen Modifikationen der biologischen Grundlagen bzw. der Funktionslogik des Organismus, also etwa der Sensibilisierungs- und Konditionierungsvorgänge als Herausbildung eines fortgesetzten Verlangens (vgl. Zieglgänsberger 2000: 28f.). Drogenabhängigkeit verläuft nicht nach einem typischen, linearen Muster und mündet keinesfalls nahezu zwangsläufig in eine Verelendungskarriere. Die ursprünglichen Gründe für den Gebrauch von Drogen sind vielfältig und es gibt weder *den* Grund noch *die* typische Drogenkarriere. Die Biographien von Drogenabhängigen sind individuell höchst unterschiedlich, die Verläufe von Drogengebrauch und -abhängigkeit gestalten sich vor dem je individuellen Hintergrund vieler Kontextfaktoren. Auch die gefährlichen Seiten des Suchtmittelmissbrauchs entfalten sich unterschiedlich ausgeprägt im Rahmen der vielfältigen lebensweltlichen und lebensgeschichtlichen Dimensionen des Drogengebrauchs. In der aktiven Auseinandersetzung des Subjekts mit der Umwelt konstituieren sich differenzierte Entwicklungsprozesse einhergehend mit variationsreichen Gebrauchsmustern, die sich sowohl intersubjektiv als auch intrasubjektiv unterscheiden und wandeln können (vgl. Kandel/Jessor 2002; 2.2.2.1).

Jede Form von Drogengebrauch kann sich zum Missbrauch und zur Sucht steigern. Was ursprünglich als Bewältigungsstrategie des Alltags eingesetzt wurde, kann sich im Prozess des Gebrauchs zu einer Strategie entwickeln, die sukzessiv alle anderen Strategien dominiert, entwertet, verunmöglicht. Der Gebrauch wird zum Missbrauch, der Missbrauch selber zum Problem und schließlich wird die Bewältigung der alltäglichen Lebensaufgaben immer mehr unmöglich und die Abhängigkeit zum beherrschenden und (lebens-)bedrohlichen Faktor in der Existenz. Im Sinne einer Generalisierung und Stereotypisierung der drogenbezogenen Praxis gegenüber verschiedenen inneren wie äußeren Anforderungskonstellationen (vgl. Degkwitz 2005: 81) entwickelt sich Drogengebrauch und Sucht in einem solchen Prozess zum zentralen Deutungs- und Handlungsmuster und wird zum Lebensmittelpunkt. Die Alltagswelt Drogengebrauch wird aus einer temporären/partiellen zu einer zentralen Konstruktion, wie es sich etwa in hedonistischen Lebensstilisierungen andeutet. Wesentlich für eine solche Verstärkung des Drogengebrauchs ist, Bohnsack (1995) folgend, inwieweit im Rahmen einer habituellen Alltagspraxis noch andere Elemente von Orientierungssicherheit, biographischer Sinnfindung, Respekt und Anerkennung erfahren werden können. Auch die Zentrierung der Alltagswelt um den Drogengebrauch birgt reichhaltige Attraktivität und Erlebnisqualitäten, die in vielem einen vollwertigen Ersatz für das Aufgegebene bieten und den Handlungsweisen des konventionellen, nicht drogenbezogenen Lebens, z.B. hinsichtlich einer erfolgsbezogenen sozialen Status- und Hierarchiepositionierung, gar nicht unähnlich sind (vgl. Berger 1982: 1212ff.). Nicht unbedeutend ist diesbezüglich die Chance, den Lebensstandard zu steigern, wenn man sich im Drogen-Kleinhandel erfolgreich bewegt.

Je mehr sich allerdings der Drogengebrauch als zentrales Deutungs- und Handlungsmuster entwickelt, desto eher verbindet er sich mit spezifischen zeitlich, räumlich und sozial einge-

schränkten Konstrukten. An nicht drogenbezogenen sozialen Kontakten fehlt es zumeist und die Zugangsmöglichkeiten zu gesellschaftlichen Bereichen sind erheblich beschränkt. So gehören langjährig Konsumierende mit verstetigten Gebrauchsmustern tendenziell zu jenen Personengruppen, die bei schon gespannter Ressourcenlage immer wieder von neuen Ressourcenverlusten bedroht und betroffen sind (vgl. Nestmann 1997b).

Wie sich der Prozess der Drogenabhängigkeit eines Individuums entwickelt, hängt wesentlich von Faktoren der Lebenswelt ab, d.h. von den geschlechts- und persönlichkeitspezifischen sowie sozial bedeutsamen Faktoren der Lebenslage, die sich vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Spannungsfelder von Individualisierung und Pluralisierung und sozialer Ungleichheit, aber auch der spezifischen gesellschaftlichen Drogenkontrollmechanismen der Prohibition und Repression ausprägen. Und die Entwicklung von Sucht und Biographie ist bestimmt davon, wie sich der Drogengebrauch in der aktiven Auseinandersetzung des Individuums vor dem Hintergrund gesellschaftlich und kulturell vorgeformter Deutungsangebote mit seiner Umwelt, d.h. zwischen sozialen Netzen, Cliques, Drogenszene, Familie, Schule und Arbeit oder anderen Institutionen gestaltet. Ausschlaggebend ist insofern, welche Ressourcen zur Verfügung stehen und inwiefern und wie lange sich das Deutungs- und Handlungsmuster Drogenkonsum für das Individuum in seinem Lebenskontext subjektiv als schlüssig und sinnvoll erweist oder etwa alternative Muster an seine Seite treten.

3.3 Lebenswelt- und bewältigungsorientierte Hilfen in der Drogentherapie

Hilfe, die an der Komplexität des Drogengebrauchs als Bewältigungshandeln ansetzt, muss grundsätzlich daran interessiert sein, den AdressatInnen in der Ausbildung und Stabilisierung tragfähigerer Deutungs- und Handlungsmuster zu helfen. Für die Drogentherapie fasst Friedrich Bschor diese Aufgabe dahingehend, bei der Bewältigung der Schwierigkeiten am Übergang von der tendenziellen sozialen Exterritorialität der Drogenabhängigkeit hin zu einem drogenfreien Leben zu unterstützen. Im Detail bedeutet dies: „Die Schwierigkeit, eine Wohnung und einen Arbeitsplatz zu finden, die Schuldenregulierung, die Kontakte zu drogenfreien Bezugspersonen im normalen sozialen Nahraum, die Wiedererlangung des Führerscheins, des Sorgerechts für etwa vorhandene Kinder, das Wiederaufnehmen sportlicher Aktivitäten oder anderer Aktivitäten im Vereinsrahmen und dergleichen mehr. Die konkrete Bewältigung dieser ist die zentrale Achse des Weges zur wirklichen Rehabilitation, wobei auch die Bedeutung der medizinischen und zahnärztlichen Versorgung nicht unterschätzt werden sollte. Die mit der Therapie erlangte gesteigerte Kompetenz des Klienten, mit sich selbst und seinen Problemen subjektiv besser umgehen zu können, ist sicher nicht unwichtig, damit allein ist es aber nicht getan“ (Bschor 1984: 178).

Diese Bewältigungsperspektive im Rahmen der Lebensweltorientierung betonend, orientiert sich die Hilfepraxis auf die Aufgabe der Lebensbewältigung und der (Re-)Organisation von

Bezügen der AdressatInnen. Hilfe soll dazu beitragen, gelingendere Lebensentwürfe und Lebenswelten zu ermöglichen (vgl. Thiersch 2002: 102). Anknüpfend an Böhnisch, Schröer und Thiersch (2005) lässt sich eine solch lebenswelt- und bewältigungsorientierte Unterstützung verstehen als Hilfe zur Bewältigung *im* Lebenslauf. Es geht – allgemein gesprochen – um Lern-, Bildungs- und Bewältigungskontexte, innerhalb derer sich methodisch unterschiedlich gestaltete Hilfeformen auf „die Bearbeitung von in der Lebenswelt liegenden Kommunikations-, Interaktions- und Bewältigungskonflikten unter Berücksichtigung der auffindbaren Ressourcen“ (Füssenhäuser 2005: 190) richten. In der Verbindung eines analytischen Zugangs zu den spezifischen Lebensverhältnissen mit pädagogischen Konsequenzen akzentuiert die auf Bewältigung gerichtete Lebensweltorientierung den Wechsel von traditionell defizitär-individualisierenden Betrachtungsweisen. Maßgeblich ist zum einen – in der Betonung der Dimension des Sozialen – das Zusammenwirken von Problemen und Möglichkeiten, von Stärken und Schwächen, wie es sich im Alltag der Menschen als „Brüche und Chancen heutiger lebensweltlicher Erfahrung“ (Thiersch 2003: 122) ausweist, und maßgeblich ist zum anderen – in der Betonung von Subjektivität – die Selbstständigkeit und Selbsttätigkeit der Menschen im Alltag (vgl. Thiersch 2002: 40ff.; Thiersch/Grunwald/Köngeter 2002: 161).

Diese Rahmung eines spezifischen professionellen Arbeits- und Selbstverständnisses soll nun anknüpfend an die Ergebnisse der in Tübingen durchgeführten Studie „Alltagswelten“ (vgl. Thiersch u.a. 2001; Einleitung), d.h. insbesondere anknüpfend an den subjektivem Standort und die Nutzungsmuster der AdressatInnen (3.3.1), hinsichtlich ihrer Implikationen für die Drogentherapie als Alltagswelt und pädagogisch-therapeutisch inszenierter Lebensraum ausgeleuchtet werden (3.3.2). Abschließend werde ich vier für die empirische Untersuchung wesentliche Handlungsorientierungen im Sinne einer handlungsorientierten Binnendifferenzierung der Alltagswelt Drogentherapie ableiten.

3.3.1 „Subjektiver Standort“ und „Nutzungsmuster“: DrogengebraucherInnen in der Therapie

Ebenso vielfältig wie die Entwicklungsverläufe des Drogengebrauchs in lebensweltlicher Komplexität stellen sich auch die subjektiven Voraussetzungen und Bedingungen der TherapieadressatInnen in ihrer Bedeutung für die Drogentherapie dar. Wie die Ergebnisse der Studie „Alltagswelten und pädagogisch-therapeutischer Erfolg in Einrichtungen der Drogenarbeit“ (vgl. Thiersch u.a. 2001) zeigen, erweisen sich insbesondere der ‚subjektive Standort‘ sowie die ‚Nutzungsmuster‘ der AdressatInnen im Therapieprozess als wesentliche Faktoren für Therapieverlauf und Therapieresultat. Erfolg, d.h. Wirksamkeit der Therapie verstanden im Sinne einer Veränderungswirksamkeit hinsichtlich Drogengebrauch, Alltagsbewältigung und psychodynamischen Prozessen (vgl. 3.3.2), hängt im Wesentlichen von der interaktiv-kommunikativen Auseinandersetzung der AdressatInnen innerhalb der Drogentherapie ab. Ein veränderungswirksamer Therapieprozess unterscheidet sich von einem weniger wirksamen durch das Maß an *Passung* bzw. *Auseinandersetzung* und bestimmt sich insbesondere

daraus, ob sich sozusagen ein ‚Dialog‘ entwickelt, in dem konkrete Antworten gefunden bzw. gegeben werden können für den subjektiven Kontext von Lebensbewältigung und Drogengebrauch. Der Dialog muss auf die subjektive Bedeutung und die dahinter liegenden Botschaften des Drogengebrauchs eingehen und darin Vermögen und Verwehrungen sichtbar und nutzbar machen (vgl. Böhnisch/Schröer/Thiersch 2005: 126). Mit dem ‚subjektiven Standort‘ und den ‚Nutzungsmustern‘ als typische Bewältigungsprofile wurden hierfür wesentliche Anknüpfungspunkte empirisch herausgearbeitet.

Die AdressatInnen kommen in die Therapie mit einem spezifischen Muster hinsichtlich dessen, was den subjektiven Kontext von Lebensbewältigung und Drogengebrauch sowie ihre subjektiven Veränderungsvorstellungen betrifft. Das heißt, sie kommen mit einer individuellen Anfrage und erwarten in der Therapie eine für sie ‚passende‘ Antwort. Das *empirisch-theoretische Konstrukt des subjektiven Standorts* umfasst diesbezüglich drei zeitlich geschichtete Dimensionen und vereint biographisch-/vergangenheits-, aktualitäts- und zukunftsorientierte Merkmale. Im Einzelnen bezieht es sich auf Ressourcen für einen gelingenderen Alltag im Vorfeld der Therapie, auf die Eigendeutung der AdressatInnen ihres Drogenkonsums im Kontext der Lebensbewältigung, auf die Erwartungen an den Therapieaufenthalt sowie auf die Reichweite und Konkretisierung der individuellen Zielformulierungen.

In Bezug auf die *biographisch/vergangenheitsorientierte* Dimension zeigt sich ein erster Zusammenhang zwischen Therapieerfolg und Ressourcen für einen gelingenderen Alltag. Am ehesten wird jemand erfolgreich seinen Therapieprozess durchlaufen, wenn er/sie über solche Ressourcen im Sinne positiver lebensgeschichtlicher Erfahrungen und die hierfür notwendigen persönlichen und sozialen Kompetenzen verfügt. Wesentlich ist hierbei, inwiefern die Therapie genau solche Ressourcen beleben, rekonstruieren oder aufbauen kann. Ein zweiter Zusammenhang ergibt sich zwischen Therapieerfolg und der subjektiven Eigendeutung des Drogenkonsums im Kontext von (problematischer) Lebensbewältigung – im Gegensatz etwa zu einer Deutung des Drogenkonsums als Freizeitverhalten. Die Verbindung von Drogengebrauch und Lebensbewältigung in der subjektiven Deutung der AdressatInnen spielt offenbar eine wesentliche Rolle als Motor konstruktiver Auseinandersetzung innerhalb des Therapiealltags mit seinen vielfältigen Elementen. Gleichwohl kann sich eine Deutung des Drogenhandelns im Kontext der Lebensbewältigung auch erst im Therapieprozess herausbilden. In diesem Fall wirkt dies motivierend auf die weitere konstruktive Auseinandersetzung.

Mit der *aktuellen Dimension* des subjektiven Standorts sind Erwartungen der AdressatInnen, die sie mit der Therapie verknüpfen, angesprochen. Es zeigt sich ein enger Zusammenhang zwischen dem Erfolg von Therapie und der Reichweite und Radikalität der Veränderungserwartungen, aber auch der jeweiligen Reflexion, Realitätsanpassung, Konkretisierung und Erweiterung der subjektiven Vorstellungen. Erwartungsmuster von TherapienutzerInnen lassen sich wie folgt typisieren: (1) eine Schnittstelle zwischen bisheriger Lebensgeschichte und Neubeginn zu schaffen; (2) eine Unterstützung des Versuchs, die Lebensgeschichte in Teilen

zu verändern; (3) eine drogenfreie ‚Aus-Zeit‘, eine Pause ohne sonstige Ansprüche einzulegen oder (4) eine Vermeidung bzw. Verkürzung von Haftstrafen zu erreichen. Diejenigen Personen, die vorwiegend Erwartungen im Bereich der beiden letztgenannten Muster mitbringen, schneiden – bezogen auf Verlauf und Resultat – durchschnittlich schlechter ab als jene aus den ersten beiden Gruppen. Der Wunsch nach einer Schnittstelle bzw. nach einer teilweisen Veränderung zeichnet sich dadurch aus, dass die Erwartungsaspekte relativ flexibel bzw. stark abhängig vom jeweiligen sich entwickelnden Therapieprozess benannt werden. Ein ‚völliger Neubeginn‘ muss eventuell neu, d.h. kleiner dimensioniert und den gegebenen Umsetzungsmöglichkeiten angepasst werden. Wohingegen ein geringes Maß an Erwartungen und Vorstellungen möglicherweise zu konkretisieren und zu erweitern wäre. Insofern erweist sich die Arbeit an und mit den Erwartungen als ein wichtiges Moment für das Gelingen der Therapie.

Die *zukunftsorientierte Dimension* des subjektiven Standorts beinhaltet den Zusammenhang von Zielformulierung und erfolgreichem Therapieverlauf bzw. -resultat. Es zeigt sich grundsätzlich, dass keine Ziele, oder aber zu viele bzw. zu weitreichende gemessen an den Ausgangsbedingungen, eher hinderlich für einen veränderungswirksamen Therapieprozess sind. Die Formulierung weniger bzw. kleinräumiger Ziele zieht dagegen mehr Erfolg nach sich. Je konkreter die Ziele dabei formuliert sind oder im Laufe der Therapie konkretisiert werden können, umso besser für das Therapieresultat. Bedeutsam für diese Dimension ist demnach auch, ob und wie die Zielformulierungen der AdressatInnen im Alltag Therapie ihren Platz erhalten und wie hilfreich sich einzelne Elemente dabei erweisen, an den Zielen zu arbeiten.

Erfolg und Wirksamkeit einer Therapie vermitteln sich entscheidend darin, inwiefern vor dem Hintergrund der konkreten Bedingungen des subjektiven Standorts *veränderungswirksame Nutzungsmuster* entwickelt werden können. Ein veränderungswirksamer Therapieprozess unterscheidet sich von einem weniger erfolgreichen dadurch, dass bei Ersterem die AdressatInnen durch ein bestimmtes Maß von Passung an das Setting wie auch durch Auseinandersetzung mit demselben einen Dialog findet, in dem sich konkrete Antworten auf den je individuellen Kontext von Lebensbewältigung und Drogenkonsum ergeben. Für einen effektiven Therapieprozess ist es darum nicht ausreichend, sich an die Therapie in ihren spezifischen Anforderungen nur anzupassen und die Zeit passiv zu überstehen. Der Effekt von einzelnen Therapieelementen, wie etwa Arbeitstherapie, Freizeittherapie, psychotherapeutische Gruppen- und Einzelgespräche oder das Zusammenleben der AdressatInnen lässt sich insofern nicht per se definieren. Vielmehr sind solche Effekte stets abhängig von konkreten einrichtungsspezifischen Gegebenheiten und spezifischen Orientierungen des professionellen Handelns sowie den sich im Kontext der subjektiven Voraussetzungen, Erwartungen und Ziele der AdressatInnen entwickelnden Therapieprozess.

Die basierend auf den Fallanalysen der Klienteninterviews herausgearbeiteten typologischen Bewältigungsmuster mit ihren unterschiedlichen Nutzungsprofilen zeigen, dass speziell den *sozialen Interaktionen* – innerhalb der Gruppendynamik wie auch im Verhältnis zu den Mit-

arbeiterInnen – eine zentrale, vermittelnde Rolle bei der Nutzung der einzelnen Elemente in einem veränderungswirksamen Sinn zukommt. Ebenfalls als zentral erweist sich für die Stabilisierung und Unterstützung erreichter Veränderungen die Rolle *nachsorgender Maßnahmen* im engeren und weiteren Sinne, also prinzipiell das soziale Umfeld, das die Einzelnen nach der Therapie vorfinden. Wesentlich sind Nachsorgemaßnahmen bezüglich dessen, ob sich ein effektiver Therapieverlauf auch tatsächlich als Erfolg, bezogen auf die drei Dimensionen des Bewältigungshandelns, niederschlägt. Oder ob vielmehr ein weniger effektiver Therapieprozess letztlich doch zu einem positiv veränderungswirksamen Resultat führen kann.

Aus den typologischen Bewältigungsmustern der AdressatInnen wurden *Voraussetzungen für einen effektiven Therapieprozess und ein erfolgreiches Therapieresultat* abgeleitet. Solche Bedingungen sind am ehesten gegeben, wenn

- möglichst wenige stationäre Therapien zuvor durchlaufen wurden;
- AdressatInnen zu Therapiebeginn über bestimmte nicht drogenbezogene Ressourcen und funktionierende Handlungsmuster verfügen, an die angeknüpft werden kann;
- die Erwartungen, die sich mit der Therapie verknüpfen, entweder auf einen biographischen Neuanfang zielen oder die Biographie in einigen Teilen verändert werden soll;
- die Zielformulierungen hinsichtlich dessen, was mit der Therapie erreicht werden soll, möglichst konkret und relativ realistisch sind gemessen an der Ausgangslage, oder wenn sie durch den Therapieprozess in dieser Richtung strukturiert werden;
- die subjektive Eigendeutung des Drogenproblems dieses im Kontext mit Fragen der Lebensbewältigung sieht;
- das Setting ein Mindestmaß an Passung für die Einzelnen aufweist, weder überfordernd noch unterfordernd ist und sich sowohl von der Konzeption wie auch von der konkreten Umsetzung derselben her als passend für die individuellen Bedürfnisse erweist;
- die Kommunikation zwischen AdressatIn und Setting konstruktive Nutzungsmuster in Form von aktiver Auseinandersetzung mit einzelnen Therapieelementen aufweist, aus der sich Antworten auf die zentrale subjektive Problematik ergeben;
- die Kommunikation, konkret die sozialen Interaktionen in der Gruppendynamik des sozialen Miteinanders und/oder mit einzelnen MitarbeiterInnen genutzt werden können, um veränderungswirksame Erfahrungen zu machen;
- die sozialen Interaktionen dem/der AdressatIn überwiegend das Gefühl geben, akzeptiert und angenommen zu werden;
- die Therapie ihre Brückenfunktion zwischen dem Leben vor und dem Leben nach der Therapie durch adäquate Nachsorgemaßnahmen oder Nachsorgevermittlung verstärkt. Prinzipiell gilt hier: Je weniger von der subjektiven Ausgangsbasis her noch tragfähige Ressourcen bestehen, umso weniger reicht der Therapieprozess für sich genommen aus,

um neue Formen des Bewältigungshandelns im Sinne tragfähigerer Deutungs- und Handlungsmuster auszubilden und zu stabilisieren.

3.3.2 Alltagswelt Drogentherapie als pädagogisch-therapeutisch inszenierter Lebensraum

Hilfe und Unterstützung, so wurde gesagt, versteht sich als Hilfe zur Bewältigung im Lebenslauf, die darauf zielt, gelingendere Lebensentwürfe und Lebenswelten zu ermöglichen und zu inszenieren. Die stationäre Drogentherapie soll als ein hierauf bezogenes Hilfesetting verstanden werden. Sie bildet eine spezifische Alltagswelt als pädagogisch-therapeutisch inszenierter Lebensort mit vielfältigen Lern-, Erfahrungs- und Entwicklungsräumen, die daraufhin ausgerichtet sind, veränderungswirksame Nutzungsmuster zu fördern und die AdressatInnen in der Ausbildung und Stabilisierung ihres Bewältigungshandelns zu unterstützen. Dieses, d.h. das zu verändernde Bewältigungshandeln, lässt sich in dreierlei Hinsicht differenzieren, nämlich a) der *Drogengebrauch* im engeren Sinn, b) die *gelingendere Alltagsbewältigung* nach der Therapie in ihren aufgefächerten Dimensionen von sozialer Interaktion und Beziehungsgestaltung, Lebens- und Wohnverhältnissen, Arbeits- und Ausbildungsverhältnissen sowie Freizeitgestaltung und c) die *psychodynamischen Prozesse* in Bezug auf Reflexionen, Einsichten und Perspektiven als Ausdruck erhöhter Autonomie nach innen und nach außen¹²¹. Angesprochen sind damit u.a. veränderte Deutungen der eigenen Vergangenheit, vor allem was den Kontext von Drogengebrauch und Lebensbewältigung auch im Hinblick auf weitere Rückfallgefährdungen anbelangt.

Prinzipiell konstitutiv für die Alltagswelt Drogentherapie sind die unterschiedlichen *Strukturierungselemente* und *Bedeutungsdimensionen* des Alltags:

- die Struktur und Bedeutung des verfügbaren *Raums*, also die räumliche Strukturierung des Zusammenlebens, die Funktion von Räumen, die darin angelegten Möglichkeiten der Kommunikation ebenso wie des Rückzugs und Alleinseins;
- die Struktur und Bedeutung der *zeitlichen Gliederung* des Alltags mit unterschiedlichen Aufgaben und Anforderungen, also die Strukturierung und Gliederung der gesamten Therapiezeit, die Strukturierung der Woche und des Tagesablaufs sowie das Verhältnis von geregelter und ungeregelter Zeit;
- die Struktur und Bedeutung der *sozialen Beziehungen*, also das Zusammenleben und Miteinander in der Gruppe, die spezifischen Versammlungsanlässe wie etwa Hausversammlungen, die Begegnungen zwischen AdressatInnen und MitarbeiterInnen, die soziale Strukturierung innerhalb der Adressatengruppe bezogen auf Alter, auf den individuellen Zeitpunkt des Therapieverlaufs sowie bezogen auf die Geschlechter;

¹²¹ Mit dem Konstrukt der Autonomie nach innen und nach außen folge ich der Unterscheidung in die auf *Selbstkontrolle und Selbstbild* bezogene innere Autonomie und die auf *Durchsetzungsfähigkeit und Gestaltungsfähigkeit* bezogene äußere Autonomie (vgl. Kufner 1995: 77).

- die Struktur und Bedeutung spezifischer *Regulierungsmomente*, also das Regelwerk im Blick auf Drogengebrauch, Zusammenleben sowie Rechte und Pflichten der AdressatInnen;
- die Struktur und Bedeutung des *Verhältnisses von Binnen- und Außenraum*, also die Gestaltung etwa von Außenkontakten mittels Telefon, Briefverkehr und Besuchsmöglichkeiten, die Regelungen zum Medienkonsum sowie die Öffnungen hin zur Nachbarschaft und zur Region;
- die Struktur und Bedeutung der *pädagogisch-therapeutischen Angebote*, also die Psychotherapie, die Freizeittherapie und Arbeitstherapie als pädagogisch-therapeutische Elemente im engeren Sinn.

Bestimmend für die Alltagswelt Drogentherapie sind folglich nicht nur die charakteristischen pädagogisch-therapeutischen Angebote im engeren Sinn, sondern der *gesamte Zusammenhang des gelebten Lebens* in der Einrichtung, d.h. die Struktur des Lebensraums und die darin liegende pädagogisch-therapeutische Wirkung. Angebote der Arbeits-, Einzel-, Freizeit- und Gruppentherapie sind hierbei ebenso als Elemente der Alltagswelt Drogentherapie aufzufassen wie auch die Raum- und Zeitstruktur der Einrichtung, Regeln, soziale Kontakte zwischen den NutzerInnen, soziale Kontakte nach außen sowie die Kontakte zu einzelnen MitarbeiterInnen. Das Konzept der Instituethik von Bernfeld verweist auf solch komplexe institutionsbezogene Wirkzusammenhänge: „Die Schule – als Institution – erzieht“ (Bernfeld 1967: 28). Instituethik – übertragen auf die Drogentherapie – bezeichnet demzufolge zum ersten die Nahtstelle von Drogentherapie als Institution *und* als Ort von pädagogisch-therapeutischen Lern- und Entwicklungsprozessen und schließt zum zweiten die vor-pädagogischen und vor-therapeutischen Voraussetzungen des professionellen Handelns ein. Mit Honig (2002) gesprochen richtet sich ein solcher Blickwinkel auf die Formaspekte institutionalisierter Interaktion und betont die aktive Rolle der AdressatInnen, die sich nicht nur die vorgefundene Welt aneignen, sondern diese und die darin gegebenen Beziehungen aktiv beeinflussen – sie also selbst zur Voraussetzung der Lern- und Entwicklungsprozesse und des darauf zielenden professionellen Handelns werden. Wesentlich hierauf bezogen ist die pädagogisch-qualitative Haltung bei Bernfeld, die auf die Verantwortlichkeit, die Selbsttätigkeit und die Selbstbildungsprozesse der AdressatInnen zielt.

Alltagswelt Drogentherapie zeichnet sich auf der Basis der als wesentlich ausgewiesenen Strukturierungselemente und Bedeutungsdimensionen des Alltags aus durch eine von drogenbezogenen Lebensformen zunächst abgehobene Alltäglichkeit mit alternativen Erfahrungs- und Handlungsräumen in überschaubaren Zusammenhängen und gemeinsamer verbindlicher Verständigung. Sie konstituiert einen sozialen Ort (vgl. Bernfeld 1969a: 198ff.), der im Sinne eines gelingenderen Alltags entlastend, verlässlich und attraktiv ist (vgl. Thiersch 1986: 102) und als Rahmung und Matrix pädagogischer und therapeutischer Prozesse dient. Alltäglichkeit vermittelt sich darin mit spezifischen, institutionell vorgezeichneten Routinen, Rollen und

Typisierungen, die die AdressatInnen in der selbsttätigen Aneignung der Umwelt zu neuen Deutungs- und Handlungsmustern, also verändertem Bewältigungshandelns anregen sollen. Hierauf bezogen entfaltet sich Wirksamkeit – verstanden als Veränderungswirksamkeit hinsichtlich der drei Dimensionen von Bewältigungshandeln: Drogengebrauch, gelingendere Alltagsbewältigung und psychodynamische Prozesse – in der interaktiv-kommunikativen Auseinandersetzung der AdressatInnen in und mit den Erfahrungs- und Handlungsräumen der Alltagswelt. Insbesondere geht es um die Auseinandersetzung der AdressatInnen mit Alltagsaufgaben in der Gemeinschaft des Zusammenlebens, um die Auseinandersetzung mit den spezifischen pädagogisch-therapeutischen Angeboten und um die Auseinandersetzung mit dem eigenen biographisch-lebensweltlichen Gewordensein. Pädagogisch-therapeutische Wirksamkeit entfaltet sich mithin in der spezifischen Qualität der Alltagswelt als Feld des Lernens, der Erfahrungen und der Entwicklungen, mit Hilfe dessen eine ‚Brücke‘ hergestellt werden kann zwischen der Lebenswelt vor und nach der Therapie (vgl. auch Greese 1995) und die Alltagswelt Drogentherapie also in einem bedeutsamen Bezug zum subjektiven Lebensentwurf steht (vgl. Müller, H.-R. 1990: 214f.). Anknüpfend an Treptow (2002) geht es darum, unterschiedliche soziale Orte in einer pädagogisch reflektierten Gestaltung von Sinnzusammenhängen miteinander so zu verbinden, dass subjektive Vorstellungen der NutzerInnen, wie sie den subjektiven Standort auszeichnen, darin Sinn und Perspektive erhalten.

Professionelles Handeln in der Alltagswelt Drogentherapie vollzieht sich insofern stets in einem doppelten Bezug, d.h. einem personalen wie auch gestalterischen. Der auf die Interaktion und Kommunikation mit den AdressatInnen direkt gerichtete pädagogische bzw. therapeutische Bezug des Handelns verbindet sich mit dem gestalterischen Bezug des Handelns, der sich in der Gestaltung des Orts als Matrix von Entwicklungs- und Lernprozessen konkretisiert. Dies verweist auf den *Subjekt- und Feldbezug professionelles Handelns*, wie er für (sozial-)pädagogisches Handeln grundsätzlich relevant ist. Mollenhauer betont für die Erziehungswirklichkeit den Zusammenhang von pädagogischem Bezug und sozialpädagogischer Aktion, die sich nicht unmittelbar auf die AdressatInnen, sondern grundlegend auf das sie umgebende sozialpädagogischen Feld richtet (vgl. Mollenhauer 1968: 21ff.). Im Konzept der Lebensweltorientierung akzentuiert sich der Zusammenhang von Subjekt- und Feldbezug in der Rückbindung an die Lebenswelt bzw. den Alltag der AdressatInnen. Indem sich professionelles Handeln auf die Schnittstelle von biographischen Erfahrungen und strukturellen Bedingungen bezieht, agiert es notwendigerweise im Respekt vor den eigensinnigen lebensweltlichen Ressourcen und Deutungen der AdressatInnen, wie sie sich in einem subjektiven Zusammenhang von Problemverständnis und Lösungsressourcen offenbaren. Die damit verbundenen „komplexen und individuell eigensinnigen Konstellationen“ (Thiersch 2004: 702) sind insofern, gerade auch ausgehend von der Nachfragedimension moderner Dienstleistung (vgl. Arbeitsgruppe „Präventive Jugendhilfe“ 1995), wesentliche Anknüpfungs- und Bezugspunkte für jegliche Form von Hilfe. Der Subjekt- und Feldbezug des Handelns knüpft mithin an die

Rückbindung perspektivischer Entwürfe im sozialen Ort der AdressatInnen an, wie sie von Bernfeld (1969a, b) aufgezeigt wird.

Mit der Verknüpfung von Subjekt- und Feldbezug sollen eine einfache Individualisierung problematischer Konstellationen und der darauf bezogenen Hilfe ebenso vermieden werden wie die Entmündigung der AdressatInnen im Bild der Hilflosigkeit bzw. im Konzept paternalistischer Hilfe, die immer bereits weiß, was das Richtige ist. Stattdessen geht es um die Selbsttätigkeit der Menschen und den ihren lebensweltlichen Verhältnissen eigenen Konstellationen von Belastungen und Ressourcen – kurz gesagt: um die *Anerkennung* von Menschen als Subjekte ihrer Verhältnisse. Dies erfordert neben der Analyse der Lebenswelt in ihrer sozialpolitisch hergestellten Dimension vor allem die Beachtung spezifischer Konfliktkonstellationen und Widersprüche wie auch Parteilichkeit für die AdressatInnen (vgl. Bitzan 2000a: 337). Mit dem Begriff der „subjektorientierten Flexibilisierung“ fasst Galuske den Subjekt- und Feldbezug der Lebensweltorientierung als „einen Trend, Institutionen, Organisationsstrukturen, vor allem auch Denk- und Handlungsmuster in der Sozialen Arbeit angesichts einer fortschreitenden Individualisierung zu öffnen für den gestiegenen biografischen Eigensinn der Subjekte und ihre lebensweltliche Eingebundenheit“ (Galuske 2002: 298).

Die Arbeit im Prozess und die ‚Inszenierung‘ von lebensweltlichen Bewältigungsmustern kennzeichnet die Bewegung in der Spannung zwischen *Respekt und Kritik* (Destruktion) gegenüber lebensweltlichen Verhältnissen und Bewältigungsmustern (vgl. Thiersch 1995c: 248). In den Belastungen und Orientierungsschwierigkeiten heutiger Normalität zielt sie auf „Veränderungen, auf gelingendere Strukturen, auf Wachstum und Lernen (...) auf Probleme, auf Veränderungsbedingungen hin zu gelingenderen Bewältigungsstrategien“ (Thiersch 1995a: 218). Mit dem Bedeutungszuwachs des biografischen Selbstbezugs tritt die biographische Dimension der Lebensbewältigung deutlicher hervor und verweist auf die lebenslangen Themen menschlicher Entwicklung und (sozialen) Lernens in unterschiedlich verfassten Lernkontexten.¹²²

Ausgehend von den bisherigen theoretischen Überlegungen lassen sich für die methodischen Konkretisierungen professionellen Handelns *vier Orientierungsebenen* unterscheiden, die in ihrem spezifischen Zusammenspiel für die Alltagswelt Drogentherapie von Interesse sind, nämlich die abgegrenzten professionell gerahmten Settings der pädagogisch-therapeutischen Bausteine, den Alltag sowie Pädagogik und Therapie.¹²³ Damit wird eine handlungsorientierte Binnendifferenzierung der Alltagswelt Drogentherapie entsprechend ihrer *Handlungszu-*

¹²² Thiersch unterstreicht diesbezüglich den Zusammenhang zwischen dem Konzept Lebensweltorientierung und dem erweiterten Bildungs- und Lernkonzept; „es betont in seiner Sicht das lebensweltliche Ineinanderspiel der Lernprozesse, Bildung als Arbeit an Lebenskompetenzen, ebenso aber die Bedeutung des informellen Lernens, zu dem sich formalisierten und nicht formalisierten Lernprozesse in Relation zu setzen haben, und die lebensweltoffene Gestaltung von nicht formalisierten Prozessen“ (Thiersch 2003: 123).

¹²³ Vgl. hierzu auch Planungsgruppe Petra (1991), die in ihrer Analyse der Leistungsfelder von Heimerziehung drei Handlungsorientierungen, nämlich Alltag, Pädagogik und Therapie, unterscheiden.

sammenhänge wie ihrer *professionell-instrumentellen Zugänge* vorgenommen. Zu verstehen ist die Differenzierung als eine analytische, die praktisch sowohl von vielschichtigen wechselseitigen Überlagerungen wie auch von ambivalenten Beziehungen geprägt ist.

Die *Bausteine Psychotherapie, Freizeittherapie und Arbeitstherapie* als eingegrenzte, professionell gerahmte Settings pädagogischen und therapeutischen Handelns kennzeichnen spezifische Handlungsräume und spezifische Elemente des Alltags. Einerseits sind sie Teil des drogentherapeutischen Alltags insgesamt; andererseits sind sie dem Alltag tendenziell enthoben in der spezifischen Abgrenzung als pädagogisch-therapeutische Elemente. Als solche zeichnen sie sich aus durch einen speziellen Aufgabenfokus, also Arbeit, Freizeit sowie die psychotherapeutisch begleitete Arbeit an lebensgeschichtlich entstandenen Blockaden, verbinden sich mit hierauf bezogenen Intentionen des Handelns sowie spezifischen Handlungsmethoden und lassen sich einzelnen, hierfür jeweils zuständigen MitarbeiterInnen zuordnen. Die Bausteine stellen insofern eine vom Alltag und alltäglichen Leben in der Einrichtung zeitlich, räumlich und sozial abgegrenzte Handlungsorientierung dar mit spezifisch professionell-instrumentellen Zugängen.

Alltag als Handlungsorientierung verweist zunächst auf einen spezifischen gegenstandsbezogenen Zusammenhang des Handelns, etwa wenn sich professionelle Interventionen auf das Zusammenleben, auf alltägliche Aufgaben der AdressatInnen oder auch die Einhaltung der Regeln beziehen und Alltag und die Alltagsbewältigung mithin zum Gegenstand professionellen Handelns wird. Alltag steht darüber hinaus für spezifische Alltagssituationen und Zeiten im Tagesablauf, die über die therapeutischen Elemente hinausweisen wie z.B. Mahlzeiten, gemeinsame Unternehmungen jenseits dieser Elemente oder Freizeitbeschäftigungen in unterschiedlichsten Konstellationen, ‚flüchtige‘ oder spontane Gespräche etc. Gerade in einem stationären Setting sind wesentliche Teile des Handelns und der Begegnungen zwischen Professionellen und AdressatInnen „nicht im engeren Sinn psychotherapeutisch, sondern ‚normal‘“ (Dörner u.a. 2004: 564). Alltag verweist, so betrachtet, auf im besten Wortsinn ‚alltägliche‘ Handlungsformen, die nicht zwingend bzw. nicht vordergründig mit pädagogischen oder therapeutischen Intentionen einhergehen und verweist auch auf Handeln als nicht agierendes Beobachten, als Wahrnehmen (vgl. Müller/Schmidt/Schulz 2005) sowie auf das Anknüpfen professionellen Engagements im Alltäglichen und auf die Chance für indirekte Arrangements (vgl. Thiersch 1986: 73). Alltag als Handlungsorientierung meint insofern auch das Handeln in den Zwischenräumen professionell abgegrenzter Settings, jenseits klar umrissener Handlungszusammenhänge und jenseits eindeutig definierter professionell-instrumenteller Zugänge. Weiterhin lässt sich die Handlungsorientierung Alltag als strukturierende Rahmenbedingung von Therapie und Pädagogik bestimmen und liegt insofern mit seinen spezifischen Mustern von Alltäglichkeit ‚quer‘ zu diesen beiden Orientierungen und integriert das Vor-Pädagogische und Vor-Therapeutische, wie es Bernfeld (1967) mit seinem Entwurf der Instituetik erfasst. Alltag liegt mithin an der Schnittstelle pädagogisch-therapeutischer Prozesse und pädagogisch-therapeutischer Strukturen und verweist auf die

Notwendigkeit, die Verwobenheit dieser beiden Ebenen nicht nur zu reflektieren, sondern sie als prozesshaften und strukturbildenden Ort der Gestaltung zu verstehen, sollen reale Gegen-erfahrungen zur äußeren und inneren Realität (vgl. Müller, B. 1992: 67), also von den Adres-satInnen anzueignende Räume des Lernens, der Erfahrung und der Entwicklung entstehen.

Die *Pädagogik* richtet sich allgemein auf die Unterstützung von Lern- und Erfahrungsprozessen im Kontext der lebenslangen Themen von Entwicklung und sozialem Lernen, die sich im Blick auf ein verändertes Bewältigungshandeln stellen (vgl. z.B. Böhnisch 2005: 20ff.). Damit ist die Perspektive von Sozialisationsprozessen ebenso angesprochen wie die Perspektive des gemeinschaftlichen Zusammenhalts, der als essentielles Element der Alltagswelt betrachtet wird, aber auch das Zusammenleben in seinen spezifischen Reglements. Und damit ist gleichfalls die Bewältigung der von Bschor (1984) als wesentlich charakterisierten Anforderungen auf dem Weg aus der tendenziellen sozialen Exterritorialität der Drogenabhängigkeit gemeint, die sich lebenswelttheoretisch auch in der Perspektive eines gelingenderen Alltags fassen lassen. Konkret bezieht sich dies auch auf solche Bereiche wie Wohnungs- und Arbeitsplatzsuche, Klärung und Regelungen zur materiellen Situation, Herstellung bzw. Unterstützung von sozialen Kontakten sowie Orientierungen im Freizeitbereich. Ferner liegt die spezifische Qualität der Alltagswelt gerade auch darin, ein Ort der Bildung und Selbstbildung zu sein, indem sie für Bildungsprozesse wesentliche Dimensionen wie „Teilhabe und Verantwortung“, „Wirksamkeit des eigenen Handelns“, „Aneignung und Gestaltung von Räumen“, „kulturelle Praxis“ und „gelingendere Lebensbewältigung“ (vgl. Rauschenbach u.a. 2004: 24f.) im lebensweltlichen Ineinanderspiel von Lernprozessen und Bildung als Arbeit an Lebenskompetenzen (vgl. Thiersch 2003: 123) integriert. Dabei ist das zentrale Problem nicht, *dass* jemand kompetent zum Handeln wird, sondern, *wie* jemand im Handeln kompetent wird, „*sich* bildet, *sich* im Verhältnis zur Umwelt und zu anderen zu bestimmen versucht“ (Müller, H.-R. 1990: 12, Hvhb.i.O.) und sich darin, d.h. in der alltäglichen Interaktion und Kommunikation Subjektivität und Autonomie entwickeln kann. Die Aufgabe der Pädagogik bestimmt sich daher als eine, die sich auf die alltägliche Lebenspraxis bezieht, also Bezug nimmt auf die komplexen alltäglichen Verrichtungen, Handlungsbeziehungen, Problemdeutungen und lebensweltlichen Sinnhorizonten aller an den vielfältigen Interaktions- und Kommunikationsprozessen im pädagogisch-therapeutischen Milieu Beteiligten (vgl. Müller, H.-R. 1995).

Die Handlungsorientierung *Therapie* tangiert zunächst ganz allgemein auf die oben genannten Bausteine des Therapieprogramms, also die Psychotherapie, die Arbeitstherapie sowie die Freizeittherapie, indem diese selbst als ‚Therapie‘ bezeichnet werden, und bezieht sich somit im engeren Sinn auf die spezifisch gerahmten Settings. Im Speziellen meint Therapie den Baustein der Psychotherapie und verweist auf die Anwendung konkreter psychotherapeutischer Methoden in spezifisch abgeschlossenen Räumen, in denen über Probleme geredet und Konflikte modellhaft bearbeitet werden können (vgl. Steingass 2001: 337f.). Solche psychotherapeutisch ausgewiesenen Arrangements beziehen sich vor allem auf psychodynamische Entwicklungsprozesse, die in spezifischer professioneller Haltung der Neutralität und Distanz

professionell-therapeutisch initiiert und begleitet werden. Lebensgeschichtlich entstandene Blockaden aufzulösen und damit das für Prozesse selbsttätiger Aneignung notwendige und in seiner Entfaltung behinderte subjektive Vermögen freizulegen, soll als Aufgabe von Therapie verstanden werden (vgl. Müller, H.-R. 1995: 77). Was das methodische Repertoire anbelangt, so fassen Feuerlein, Kürfner und Soyka (1998: 266) diesbezüglich „alle therapeutischen Interventionen, die mit Methoden der verbalen und nonverbalen Kommunikation durchgeführt werden, einschließlich der Wissensvermittlung zur Selbstveränderung. In Abgrenzung von soziotherapeutischen Maßnahmen steht die Beeinflussung des Betroffenen selbst im Vordergrund, nicht die strukturelle Veränderung seines sozialen Umfelds“. Auf das Selbst und das eigene Gewordensein bezogene Reflexionen, das Verstehen und die Klärung von Lebensproblemen sowie die erweiterte Kompetenz im Umgang mit Anforderungen und Problemen können als Kernpunkte benannt werden.

Im Vergleich zur Pädagogik kann Therapie bestimmt werden als eine Orientierung, die stärker handlungsentlastet ist und dem Alltag zunächst mehr enthoben. Bernfeld folgend trennt Pädagogik und Therapie in ihrer spezifischen Konkretisierung die Bezugnahme auf den sozialen Ort, von dem sich Pädagogik gerade nicht in der therapeutisch-neutralen Haltung distanzieren darf bzw. kann (vgl. Bernfeld 1969a: 202ff.). Dies bedeutet gleichwohl nicht, dass Therapie unabhängig vom Alltag betrachtet werden kann. Distanz, die gewöhnlich zwischen Therapie und Alltag besteht, ist in einem stationären Setting wie der Drogentherapie, die in ihrem Selbstverständnis die (totale) therapeutische Atmosphäre (Feuerlein 1984: 194, 218; vgl. Feuerlein/Kürfner/Soyka 1998: 310) betont, eine relationale Größe. Grundsätzlich begründet die Alltagswelt Drogentherapie einen gemeinsamen Alltag, innerhalb dessen unterschiedliche Räume der MitarbeiterInnen und AdressatInnen existieren, in denen jeweils das Verhältnis der vier Handlungsorientierungen mit ihren professionell-instrumentell bzw. methodischen Zugängen und spezifischen binnendifferenzierten Handlungszusammenhängen ausgehandelt und hergestellt werden muss. Es ist evident, dass dies für eine psychotherapeutische Gruppen- oder Einzelarbeit anders aussieht, als für die Arbeitstherapie und die konkreten Angebote der Beschäftigung in der Freizeittherapie oder etwa für das Handeln in den ‚Zwischenräumen‘ der Alltagswelt Drogentherapie, also in jenen Räumen, welche die Bausteine in pädagogisch-therapeutischer Gestaltung rahmen.

Thiersch betont das gleiche Ziel von Therapie und Pädagogik, als beide Hilfe leisten, wenn im Alltag Probleme auftreten und ein gelingenderer Alltag ermöglicht werden soll. Sowohl pädagogische als auch therapeutische Hilfen nehmen die im Alltag angelegten Bewältigungsmuster der AdressatInnen auf, strukturieren und verfremden sie; pädagogische Hilfen verkörpern dabei alltagsnähere Hilfen, während die therapeutischen in verhärteteren Situationen zum Tragen kommen. In ihrer spezifischen Struktur sind beide Formen zueinander offen und aufeinander verwiesen (vgl. Thiersch 1986: 82). Die alltagsnähere Form zeichnet sich durch das professionelle Engagement im gemeinsamen Handeln, Reden und Unternehmen aus. Therapie folgt dem ‚Prinzip der Distanz‘ in ihren räumlichen und zeitlichen Strukturen, damit die

AdressatInnen „von den Zwängen des Miteinander-Auskommen-Müssens freigesetzt (und ihnen gegenüber auch durch die Verschwiegenheit des Therapeuten abgesichert) neue, unbefangene Möglichkeiten eines Verhältnisses zu sich, seinen Ängsten, Hemmungen, Peinlichkeiten finden kann“ (ebd.: 80). Ein wesentlicher Aspekt therapeutischer Arrangements liege darin, dass in besonderen Schwierigkeiten, die im Alltag nicht angegangen werden können, Chancen und Kräfte freigelegt und stabilisiert werden können jenseits von Moralisieren, Ermahnen oder Strafen (vgl. ebd.: 109f.). In der Gegenüberstellung von Pädagogik und Therapie rückt die Handlungsorientierung der Pädagogik näher an den Alltag als die der Therapie und berührt jene Formen professionellen Handelns, die Thiersch als Alltagshandeln beschreibt (vgl. ebd.: 71ff.). Therapie als Handlungsorientierung konzentriert sich demgegenüber vorrangig auf die Bausteine, die distanzierter vom Alltag sind.

Die Therapeutischen Gemeinschaften der Drogenhilfe lassen sich, wie im Zusammenhang mit der Entwicklung des Therapieverbunds (vgl. 2.2.3) gezeigt wurde, unterteilen bezüglich ihres professionellen Arbeits- und Selbstverständnisses in einerseits pädagogisch-therapeutische bzw. soziotherapeutische und andererseits therapeutische bzw. psychotherapeutische Konzeptionen. Sie differieren im Wesentlichen in dem unterschiedlich gewichteten Bedeutungsgehalt von Alltag und Alltagsbewältigung einerseits und der im engeren Sinn alltagsenthobenen psychotherapeutischen Hilfestellung zur Bewältigung des Problemverhaltens andererseits. Trennlinien verlaufen insbesondere entlang der Fragen danach, wie viel Therapie und wie viel Alltag bzw. wie viel Pädagogik und wie viel Therapie die Therapeutische Gemeinschaft braucht, was implizit ebenfalls auf die hier entwickelten Handlungsorientierungen verweist.

Professionelles Handeln konkretisiert sich mithin in diesem Bedingungsgefüge aus Bausteinen, Alltag, Pädagogik und Therapie als ein Komplex von spezifischen Deutungs- und Handlungsmustern. Basierend auf Wertvorstellungen, Zielperspektiven und Standards professionellen Handelns bündeln sich darin gemeinsam geteilte Übereinkünfte der MitarbeiterInnen und bringen eine sinnhaft strukturierte Praxis hervor (vgl. Müller, H.-R. 1990; Schreyögg 1994), in der die verschiedenen Handlungsorientierungen reflexiv handelnd immer wieder neu zu bestimmen, auszubalancieren, miteinander zu vermitteln und auch voneinander abzugrenzen sind. Diese Konkretisierung professionellen Handelns in der Komplexität des drogentherapeutischen Alltags nachzuvollziehen im Spiegel der Deutungs- und Handlungsmuster der MitarbeiterInnen, ist Gegenstand der empirischen Ausarbeitungen im fünften Kapitel. Die konkreten Fragen, die sich mit diesem Anliegen vor dem Hintergrund der bisherigen theoriegeleiteten Ausarbeitungen verbinden, sollen nunmehr – den theoretischen Teil der Arbeit abrundend und die methodologischen Überlegungen vorbereitend – im nächsten Kapitel ausgeführt werden.

3.4 Theoriegeleitete Fragen an die Untersuchung

„Lebensweltorientierte Forschung entwickelt sich im offenen Suchen, im Prozess, in der immanenten Strategie von Entwurf, Korrektur und neuem Entwurf, in Stufen allmählicher Annäherung an den Gegenstand – natürlich immer bezogen auf den vorgängigen, theoretischen Rahmenentwurf“ (Thiersch 2002: 156f.). Und genau dieser soll nun mit den im Prozess des offenen Suchens entworfenen Fragen an die Untersuchung gebündelt werden. Die hier als Horizonte des Fragens entworfenen Themenkreise betrachte ich als sensibilisierende Konzepte (vgl. Blumer 1979; Kelle 1994: 232ff.), die gewissermaßen einen ‚offenen‘ Rahmen abstecken. Der sensibilisierende Horizont des Fragens ist, da fundiert in den theoretischen Ausgangsüberlegungen, nicht beliebig veränderbar; gleichwohl generieren sich daraus zu jedem Zeitpunkt des Forschungsprozesses Fragen unter neuen Aspekten und weitere Fragen an das empirische Material (vgl. hierzu 4.2, 4.4.2).

Ausgehend vom, als allgemeine Rahmenrichtlinie verstandenen, gesellschaftlichen Auftrag an die Drogentherapie, DrogengebraucherInnen auf dem Weg aus der Drogenabhängigkeit und bei der beruflichen und sozialen Integration zu unterstützen, wird grundsätzlich gefragt, wie dieser allgemeine Auftrag professionell handelnd realisiert wird. Gefragt wird danach, wie die Alltagswelt Drogentherapie als pädagogisch-therapeutischer Lebensraum mit seinen unterschiedlichen Lern-, Erfahrungs- und Entwicklungsräumen professionell handelnd inszeniert und gestaltet wird, also wie sie gestaltet wird im Blick auf das Bewältigungshandeln der AdressatInnen und wie sie dadurch alternative Deutungs- und Handlungsmuster fördert. Damit eröffnet sich ein Horizont des Fragens, der auf der einen Seite die Gestaltung der Alltagswelt als sozialen Ort und neuen Lebensraum berührt und diese in der Bezugnahme auf die subjektiven, lebensweltlich gegebenen Voraussetzungen der AdressatInnen mit dem direkten pädagogischen und therapeutischen Bezug von MitarbeiterInnen und AdressatInnen auf der anderen Seite vermittelt.

Dabei richtet sich mein Interesse darauf, den Fragen auf der Folie der oben vorgenommenen handlungsorientierten Binnendifferenzierung nachzugehen und professionelles Handeln in der Drogentherapie in diesem Bezugsrahmen empirisch aufzuschließen. Anknüpfend an die modernisierungsbedingten Verwerfungen innerhalb der drogenpolitischen und -rechtlichen Regulierungen und der Drogenhilfe (vgl. Kap. 1, 2) stellt sich ferner grundsätzlich die Frage danach, inwiefern sich eine solche übergreifende Entwicklungsdynamik im professionellen Handeln niederschlägt. Das heißt, auf dieser Ebene gilt mein Interesse der Frage, ob und in welcher Weise der Wandel von schematisch-linearen Vorstellungen der Abhängigkeits- und Ausstiegentwicklung hin zu differenz- und prozessorientierten Annahmen, denen zufolge vor allem eine Individualisierung und Flexibilisierung von Hilfe verstärkt betont werden, sich im Handeln der Drogentherapie abbildet.

Die Fragen an die Untersuchung, wie sie in der theoretischen Verortung im Konzept der Lebensweltorientierung und dem Bewältigungskonzept entwickelt wurden, sollen im Folgenden

unter zwei Hauptperspektiven, nämlich unter der Perspektive auf den *Alltag als gelingenderen Alltag* in der Drogentherapie sowie dem *Drogengebrauch als Bewältigungshandeln* und dem Entwurf alternativer Deutungs- und Handlungsmuster in der Drogentherapie geordnet werden.

Wie stellt sich ein von drogenbezogenen Lebensformen abgehobener Alltag bezogen auf seine grundlegenden Strukturierungselemente dar? In welchen Mustern wird ein solcher Alltag von den MitarbeiterInnen gedacht und konzipiert? Und inwiefern verstehen sie die Strukturierungselemente als relevante handlungsleitende Dimensionen? In welchen Zusammenhängen und unter welchen Umständen werden sie professionell handelnd aufgegriffen und kennzeichnen insofern Aufgabenfelder der MitarbeiterInnen? Welche Intentionen verbinden sich mit den einzelnen Strukturierungselementen im professionellen Handeln hinsichtlich spezifischer Lern-, Erfahrungs- und Entwicklungsräume? Angesprochen sind damit jene Merkmale, wie sie bereits als wesentliche Strukturierungselemente und Bedeutungsdimensionen des Alltags ausgeführt wurden (vgl. 3.3.2) und nun noch einmal hinsichtlich der auf die Untersuchung gerichteten Fragen expliziert werden sollen:

- Die *Struktur und Bedeutung des verfügbaren Raums*: Was kennzeichnet den Alltag in seiner räumlichen Strukturierung? Welche Funktion messen die MitarbeiterInnen dieser Strukturierung bei und wie interpretieren sie die darin angelegten Möglichkeiten für die AdressatInnen im Hinblick auf pädagogisch-therapeutische Prozesse? Werden räumliche Bedingungen, also etwa Fragen der funktionellen Untergliederung, aber auch Fragen der ästhetischen Gestaltung, Fragen der darin angelegten oder nicht angelegten Möglichkeiten im Spannungsfeld von Kommunikations- und Rückzugsbedürfnissen der AdressatInnen für das Handeln bedeutsam?
- Die *Struktur und Bedeutung der zeitlichen Gliederung des Alltags*: Wie gestalten die MitarbeiterInnen zeitliche Strukturierungen des Alltags? Und wie verbinden diese sich mit spezifischen Aufgaben und Anforderungen an die AdressatInnen? Welche Bedeutung hat eine solche Strukturierung – also die Gliederung der gesamten Therapiezeit, die Einteilung der Woche im Wechsel von Werktagen und Wochenende, die Strukturierung des Tagesablaufs – für das professionelle Handeln? In welchem Verhältnis stehen zeitlich geregelte und ungeregelte Phasen zueinander und welche Effekte sehen die MitarbeiterInnen diesbezüglich für die Erfahrungs- und Handlungsräume der AdressatInnen?
- Die *Struktur und Bedeutung der sozialen Beziehungen*: Inwiefern sind die sozialen Bezüge in der Einrichtung wesentlich für professionelles Handeln? Welche unterschiedlichen Formen der Begegnung zwischen MitarbeiterInnen und AdressatInnen sowie zwischen den AdressatInnen im Alltag bzw. in den pädagogisch-therapeutischen Bausteinen sind hierfür bedeutsam? Welche Funktionen verbinden sich mit spezifischen Gruppen- und Versammlungsanlässen? Inwiefern kommt die Balance zwischen den Interessen der Einzelnen und der Gruppe professionell handelnd zum Tragen und welche Handlungsmuster sind diesbezüglich für die MitarbeiterInnen wichtig? Welche Rolle spielt über-

- haupt das konkrete Gefüge der Adressatengruppe, also ihre Zusammensetzung etwa hinsichtlich Alter, Geschlecht, Ausbildung, Aufenthaltsdauer sowie hinsichtlich ihres lebensweltlichen Hintergrunds im Drogengebrauch?
- Die *Struktur und Bedeutung spezifischer Regulierungsmomente*: Welche Regeln strukturieren mit welcher Absicht die Alltagswelt Drogentherapie? Inwiefern lassen sich hier unterschiedlich gewichtete und auch in verschiedenen Phasen relevante Regeln auffinden? Wie gelangen sie zur Geltung zwischen vorgabenorientierten bzw. aushandlungsbezogenen Verfahrensweisen? Welche Bedeutung haben Regeln und die mit ihnen verbunden spezifischen Gestaltungsformen im professionellen Handeln? Welche konkreten Umgangsweisen finden sich in Bezug auf das Reglement? Welche Bedeutung erlangen Regelverletzungen im Alltag und wie wird mit ihnen professionell handelnd umgegangen? In welchem Verhältnis stehen Regelfragen und pädagogisch-therapeutische Prozesse der Einzelnen bzw. der Gruppe zueinander?
 - Die *Struktur und Bedeutung des Verhältnisses von Binnen- und Außenraum*: Wie wird dieses Verhältnis zwischen innen und außen der Alltagswelt Drogentherapie gestaltet? Welche Begrenzungen gibt es diesbezüglich vor dem Hintergrund welcher handlungsleitender Ideen der MitarbeiterInnen? Also ist es das ‚Modell der grünen Wiese‘, abgeschottet von jeglichem Kontakt mit einer Lebenswelt außerhalb der Therapie? Oder sind hierbei Differenzierungen maßgeblich? Wie gestaltet sich das Verhältnis von Binnen- und Außenraum in Bezug auf die Herkunft der AdressatInnen, also in Bezug auf FreundInnen, PartnerInnen und Familie? Wesentlich scheint diesbezüglich auch die Frage, inwiefern der Binnenraum der Drogentherapie sich in den Sozialraum öffnet?
 - Die *Struktur und Bedeutung der pädagogisch-therapeutischen Bausteine*, d.h. der Psychotherapie, Freizeittherapie und Arbeitstherapie als pädagogisch-therapeutische Elemente im engeren Sinn. Zu fragen ist zunächst grundsätzlich nach der Bedeutung der Bausteine in der Alltagswelt Drogentherapie und nach ihrer spezifischen Verortung im gesamten Alltag der Einrichtung. Der Horizont des Fragens richtet sich mithin auf das Besondere der Psychotherapie, Arbeitstherapie und Freizeittherapie im Blick auf das Gesamte der Drogentherapie, also im Blick auf den Auftrag, wie er mit welchen methodischen Formen professionell handelnd umgesetzt wird. Welche Ziele und welche Aufgabenbereiche verbinden sich mit den einzelnen Bausteinen? Lassen sich hierauf bezogen charakteristische, von den MitarbeiterInnen herzustellende Lern-, Erfahrungs- und Entwicklungsräume identifizieren? Welche Dimensionen professionellen Handelns sind für die einzelnen Bausteine prägend? An welchen Punkten gleichen sie bzw. unterscheiden sie sich? Was gibt es jenseits solcher bausteinspezifischer Muster darüber hinaus an Gemeinsamkeiten? Wie lassen sich die Bausteine im Gesamtgefüge der Alltagswelt verorten? Und wie wird dieses Gesamtgefüge im Sinne einer Integration der Lern-, Erfahrungs- und Entwicklungsräume professionell handelnd zusammengeführt? Welche

Bedeutung haben die Bausteine hinsichtlich der alltagsstrukturierenden Aspekte professionellen Handelns, also im Blick auf die pädagogisch-therapeutische Strukturierung als Gestaltungsaufgabe? Und welche Bedeutung haben sie hinsichtlich der pädagogisch-therapeutischen Prozesse, also hinsichtlich der professionell handelnd zu begleitenden Lern-, Erfahrungs- und Entwicklungsprozesse der AdressatInnen sowohl bezogen auf die Gruppe als auch auf die einzelnen Personen? Wie sind die in den bisherigen Fragehorizonten aufgehobenen Strukturierungselemente von Raum, Zeit, sozialen Beziehungen, Reglement und Binnen-Außen-Verhältnis in den Bausteinen wiederum aufgehoben? Und welche Relevanz erlangen sie je spezifisch für professionelles Handeln?

Die Alltagswelt Drogentherapie als pädagogisch-therapeutisch inszenierter und begleiteter Lebensraum richtet sich, so wurde dargelegt, darauf, die AdressatInnen in der Ausbildung und Stabilisierung ihres Bewältigungshandelns zu unterstützen, und zwar anknüpfend an die eigenwilligen subjektiven Konstrukte von Bewältigung in ihrem Potential als Ressourcen des Ausstiegsprozesses ebenso wie in ihrer subjektiven Bedeutung der erlebten Verwehrungen und Verhinderungen (vgl. Böhnisch/Schröer/Thiersch 2005: 126f.). Vor dem Hintergrund der theoretischen Ausführungen sind diesbezüglich folgende Fragen relevant:

- Drogengebrauch, gelingendere Alltagsbewältigung nach der Therapie, psychodynamische Prozesse als *veränderungsrelevante Dimensionen des Bewältigungshandelns*: In welcher Form und in welchen Zusammenhängen nehmen die MitarbeiterInnen auf die einzelnen Dimensionen der Veränderung Bezug? Inwiefern sind sie relevant hinsichtlich der bausteinspezifischen Aufgabenfokussierung und der konkreten Formen des Handelns? In welchem Verhältnis werden die drei Veränderungsbereiche von den MitarbeiterInnen betrachtet? Gibt es hinsichtlich der veränderungsrelevanten Dimensionen Schwerpunkte im Handeln? Und wie vermittelt sich in diesem Verhältnis die dem gesellschaftlichen Auftrag inhärente und deutungsnotwendige Spannung von Abstinenz und Integration?
- Individuelle Anfragen der AdressatInnen und ‚passende‘ Antworten – *der subjektive Standort*: In welcher Weise findet sich der subjektive Standort der AdressatInnen, wie er in seinen biographischen, aktualitäts- und zukunftsbezogenen Merkmalen entwickelt wurde, als Bezugspunkt professionellen Handelns? Wie können in der Drogentherapie Ressourcen belebt und aktiviert, neue Ressourcen organisiert werden? In welchen Zusammenhängen konkretisiert sich eine Arbeit an den subjektiven Deutungen des Drogenkonsums bzw. des Zusammenhangs von Drogen und Lebenswelt? Welche Bedeutung erlangen die subjektiven Erwartungen der AdressatInnen für das Handeln der MitarbeiterInnen? Inwiefern gibt es diesbezüglich etwa Raum für Reflexionen, Realitätsanpassungen, Konkretisierungen und Neudimensionierungen der subjektiven Vorstellungen? Wo und mit welchen Möglichkeiten finden adressatenorientierte Zielformulierungen ihren Platz? Welche Bedeutung hat hierbei das Abstinenzziel? Welche anderen

Zielbereiche sind ferner relevant? Inwiefern spielt der Faktor Motivation eine Rolle für das professionelle Handeln? In welchen Zusammenhängen wird die Förderung von Motivation der AdressatInnen in einem prozessorientierten Deutungsrahmen handlungsrelevant?

- *Veränderungswirksame Nutzungsmuster* der AdressatInnen: Welche Möglichkeiten sehen MitarbeiterInnen, veränderungswirksame Nutzungsmuster, d.h. solche einer gewissen Übereinstimmung und Passung bzw. einer Auseinandersetzung mit dem Setting zu fördern? In welcher Form und in welchen Zusammenhängen zielen sie mit ihrem Handeln auf die Nutzungsmuster der AdressatInnen? Wo werden diesbezüglich Chancen aber auch Grenzen des Handelns thematisiert? Wie vermitteln sich im Blick auf die Nutzungsmuster der AdressatInnen programmatische Orientierungen mit den an Bedeutung gewinnenden Aspekten einer Flexibilisierung, Differenzierung und Individualisierung der Hilfen? Wie gestalten MitarbeiterInnen etwa die Balance von subjektiv relevanten Anliegen und den Anforderungen einer Rahmengestaltung? In welchem Verhältnis stehen Vorgaben- und Aushandlungsorientierung zueinander?
- Wie konkretisiert sich in der Unterstützung des Bewältigungshandelns der AdressatInnen der *Subjekt- und Feldbezug* professionellen Handelns, der sich den theoretischen Ausführungen folgend in dreifacher Weise dimensionieren lässt, nämlich in der Bezugnahme auf die Lebenswelt der AdressatInnen vor der Therapie als Basis und Ausgangspunkt der Hilfestellung (1), in der Reflexion und Gestaltung der Alltagswelt Drogentherapie als sozialer Ort und Muster gelingenderen Alltags (2) sowie in der Antizipation dessen, was sich in der Therapie entwickeln und verändern soll und vor allem, wie es nach der Therapie von den NutzerInnen umgesetzt und realisiert werden kann, also einen gelingenderen Alltag ermöglicht (3). Wie akzentuiert sich der im Subjekt- und Feldbezug auf direkte Interaktion und Kommunikation gerichtete pädagogische bzw. therapeutische Bezug als personale Kategorie des professionellen Handelns und der auf die Herstellung eines sozialen Orts gerichtete Bezug als gestalterische Kategorie professionellen Handelns? Und wie verbinden sie sich im Blick auf die Herstellung und Inszenierung eines pädagogisch-therapeutischen Lebensraums? Und welchen Raum erhalten darin die komplexen und individuell eigensinnigen Konstellationen im Bewältigungshandeln der AdressatInnen als Ausgangspunkt und Gegenstand professionellen Handelns?

4 Erkenntnisinteresse und methodische Wege der Umsetzung

Bislang standen die theoretischen Hinführungen zur Untersuchung im Zentrum der Betrachtungen. Abgeschlossen wurden sie im letzten Kapitel mit den daraus abgeleiteten Fragen, die für eine empirische Annäherung an die Alltagswelt Drogentherapie von Interesse sind. Anknüpfend daran soll in diesem Kapitel der Untersuchungsgegenstand in seiner erkenntnistheoretischen und methodologischen Verortung ausgeführt, also das empirisch-methodische Untersuchungsdesign dargelegt werden. An die zusammenfassende Gegenstands- und Zielbestimmung, die unter Bezug auf die zentralen Fragestellungen vorgenommen wird (4.1.), schließen die Ausführungen zur methodologischen Rahmung in der Grounded Theory (4.2) und im Konzept sozialer Deutungsmuster (4.3) an. Im vierten Teil des Kapitels wird darauf aufbauend das konkrete Vorgehen der Datenproduktion erläutert (4.4). Das umfasst die Experteninterviews in ihrer Bedeutung für die Untersuchung sowie die Datenerhebung und -auswertung, wie sie sich im Forschungsprozess in unterschiedlichen Phasen konzentrieren.

4.1 Gegenstand und Ziel der Untersuchung

Vor dem Hintergrund der dargelegten Brüche und Verschiebungen in Drogenpolitik und Drogenhilfe richtet sich das *Untersuchungsinteresse*, eingebettet in den theoretischen Rahmen der Lebenswelt- und Bewältigungsorientierung, auf das professionelle Handeln in der Drogentherapie. Bezogen auf diesen *Gegenstand der Untersuchung* wird gefragt, wie der allgemeine gesellschaftliche Auftrag der Drogentherapie, Drogenkonsumierende auf dem Weg aus der Drogenabhängigkeit und bei der Rehabilitation in das Erwerbsleben zu unterstützen, realisiert wird. Wie wird er realisiert in der Spannung von Abstinenz, sozialer und beruflicher Integration? Wie realisiert sich dieser Auftrag in der Perspektive auf die Alltagswelt Drogentherapie und in der Perspektive auf das Bewältigungshandeln der AdressatInnen? Wie konkretisiert sich also dieser Auftrag in einem stationären Hilfesetting, in dem sich professionelles Handeln nicht nur im Bezug zu den einzelnen AdressatInnen (in der Gruppe) konzentriert, sondern dieses immer auch eingebunden ist in einen Alltag als pädagogisch-therapeutisch inszenierter Lebensraum von Menschen mit höchst unterschiedlichen konkreten Anliegen? Wie konturiert sich in diesem Spannungsfeld ein professionelles Arbeits- und Selbstverständnis, das die unterschiedlichen Orientierungen zwischen pädagogisch-therapeutischen Settings im engeren Sinn und Alltag sowie zwischen Pädagogik und Therapie integriert? Inwiefern also ist die Struktur des Lebensraums in seiner Gliederung von Raum, Zeit und sozialen Bezügen relevant für das professionelle Handeln? Wo vermittelt der Alltag in seiner für die Alltagswelt Drogentherapie spezifischen Pragmatik Perspektiven auf einen gelingenderen Alltag?

Wie bereits in der Einleitung erörtert, könnte eine solche Fragestellung mittels unterschiedlicher Zugänge verfolgt werden. Möglich wäre eine Befragung der AdressatInnen, welche auf deren Erlebensweisen und Erfahrungswelten sowie Entwicklungs- und Lernprozesse fokussiert (vgl. etwa Hanses 2005; Reinl/Sander 2003). Auch könnte professionelles Handeln im

Rahmen einer teilnehmenden Beobachtung erschlossen werden. Gewählt wird jedoch ein methodischer Zugang zum Thema mittels leitfadengestützter Experteninterviews mit MitarbeiterInnen einer Therapieeinrichtung. Dies begründet sich in meinem *Erkenntnisinteresse*, die Alltagswelt Drogentherapie, wie sie repräsentiert ist in den *Deutungs- und Handlungsmustern der MitarbeiterInnen*, zu erfassen. Insofern handelt es sich einerseits um einen engeführten Zugang zur Alltagswelt. Andererseits eröffnet dieser Zugang die Möglichkeit, professionelles Handeln in seinen intentionalen Bezügen zu verstehen. Die intentionale Verfasstheit von Handlungssituationen lässt sich nur in den sinnstiftenden Konstruktionen der Handelnden selbst aufschließen, indem diese aus ihren Selbstäußerungen hermeneutisch-interpretativ rekonstruiert werden. Dennoch sind die Adressatenbefragung und die teilnehmende Beobachtung als methodische Zugänge implizit ebenfalls relevant für die Untersuchung (vgl. 4.4).

Die intentionale Verfasstheit von Handeln, also die Frage: was wird von wem, mit welcher Absicht und aus welchem Begründungszusammenhang heraus, wie getan, ist genau die Frage, die im Blick auf den gesamten Handlungszusammenhang und die Konturen professioneller Arbeits- und Selbstverständnisse interessiert. Wie wird gehandelt, welche Intentionen liegen dem zugrunde und welche Deutungsmuster verbinden sich mit jeweils spezifischen Gegenstandsbereichen? Angesprochen sind damit etwa Auffassungen vom Charakter der Drogenabhängigkeit ebenso wie normativ orientierte Vorstellungen zum Ausstiegsprozess, zu Zielen der Therapie und der eigenen Arbeit, zur Einschätzung professioneller Unterstützungspotentiale, aber auch die Formen der Zusammenarbeit, die spezifischen Zuständigkeiten innerhalb des Teams sowie Formen der Arbeitsteilung und Integration bezogen auf die pädagogisch-therapeutischen Bausteine.

Zusammengefasst richtet sich das *Untersuchungsziel* darauf, die Alltagswelt Drogentherapie als pädagogisch-therapeutisch inszenierter Lebensraum aus der Perspektive der MitarbeiterInnen in ihren spezifischen Handlungsfeldern kasuistisch zu erschließen und in den Deutungs- und Handlungsmustern der MitarbeiterInnen die Relevanz der aus sozialpädagogischer Sicht wesentlichen Dimensionen auszuleuchten (vgl. Kap. 3). Damit verbunden sollen die professionellen Deutungs- und Handlungsmuster vor dem Hintergrund der modernisierungsbedingten Verwerfungen, also der Heterogenisierung von Drogenpolitik und -recht (vgl. Kap. 1) und der Entwicklungsdynamik der Drogenhilfe, welche für die stationäre Drogentherapie als Ende der Eindeutigkeit konstatiert wurde (vgl. Kap. 2), reflektiert werden.

Der prinzipielle Auftrag zur Unterstützung auf dem Weg aus der Drogenabhängigkeit und zur Rehabilitation ins Erwerbsleben gibt eine allgemeine Rahmenrichtlinie professionellen Handelns vor, die sich als kleinster gemeinsamer Nenner professionellen Handelns innerhalb der Alltagswelt Drogentherapie bestimmen lässt. In den unterschiedlichen Aufgaben- und Kompetenzbereichen entsprechend den einzelnen Bausteinen der Psycho-, Arbeits- und Freizeittherapie sowie den bausteinübergreifenden, alltagsrelevanten Handlungszusammenhängen konkretisiert sich dieser allgemeine Auftrag in spezifischen Deutungs- und Handlungsmustern

der MitarbeiterInnen als Grundlage der Arbeitsgestaltung. Dabei basierten sowohl die ersten Therapeutischen Gemeinschaften als schematisch-programmatisch gestaltete Nachreifungsinstanzen wie auch die im Zuge der Modernisierungsentwicklung angestrebten individualisierten und flexibilisierten Hilfeformen auf dieser allgemeinen Rahmenrichtlinie.

Es interessiert also zunächst die Frage, welche Deutungs- und Handlungsmuster sich in der Praxis empirisch aufweisen lassen und wie der allgemeine Unterstützungsauftrag in spezifische Arbeitskonzepte und konkrete Praxis übersetzt wird. Es interessiert darüber hinaus, inwiefern mit den verschiedenen Handlungsbereichen je eigene Deutungs- und Handlungslogiken verbunden sind und wo sich Gemeinsamkeiten finden lassen. Wie also akzentuiert sich ein drogentherapeutisches Arbeits- und Selbstverständnis vor dem Hintergrund bausteinspezifischer Gestaltungsaufgaben? In welcher Form finden sich die unterschiedlichen Handlungsorientierungen des Alltags, der Pädagogik und der Therapie im Verhältnis zu den abgegrenzten Settings der Bausteine darin wieder? Daran schließt sich die Frage nach den Konturen von Deutungs- und Handlungsmustern im Spannungsfeld pädagogischer bzw. therapeutischer Verortung unmittelbar an. Prinzipiell soll weiterhin nach dem Einfluss der beschriebenen Modernisierungsentwicklung in Drogenarbeit und Drogenpolitik gefragt werden.

Zunächst läge es nahe, die Arbeitskonzepte der MitarbeiterInnen im Kontext ihres konzentrierten Arbeitsauftrags eines Bausteins zu fokussieren. In einer lebenswelt- und bewältigungsorientierten theoretischen Verortung reicht dies gleichwohl nicht aus. Da hier die gesamte Alltagswelt der Drogentherapie als pädagogisch-therapeutisch wirksamer Lebensraum wahrgenommen wird, kann sich eine Untersuchung praxisrelevanter Deutungs- und Handlungsmuster *nicht* auf die pädagogisch-therapeutischen Angebote im engeren Sinn begrenzen. Zum Ersten beschränkt sich die Wirksamkeit des Settings in dieser Gesamtsicht nicht auf den im engeren Sinn als ‚therapeutisch‘ klassifizierten Zusammenhang von Psychotherapie, Freizeittherapie und Arbeitstherapie. Zum Zweiten beschränkt sich auch professionelles Handeln – und sei es nur nicht agierendes Beobachten als Wahrnehmen gleichsam nebenher – nicht auf diese abgeschlossenen Handlungsräume. Zum Dritten beschränkt sich professionelles Handeln nicht auf sozialpädagogisches Handeln, weshalb mit dem Begriff professionelles Handeln immer Handeln basierend auf den unterschiedlichen Wissens- und Handlungssystemen der jeweiligen Professionen angesprochen ist, das wiederum aus sozialpädagogischer Perspektive beleuchtet werden soll. Professionelles Handeln unterschiedlicher disziplinärer Verortung findet immer auch in den Zwischenräumen statt, in dem, was im vorigen Kapitel als Alltag, im Gegensatz zu den dem Alltag eher enthobenen Bausteinen, beschrieben wurde. Bestimmend für die Untersuchung sind insofern, dies soll hier noch einmal betont werden, nicht die charakteristischen therapeutischen Angebote im eigentlichen Sinn, sondern – da es sich um stationäre Therapie handelt – der gesamte Zusammenhang des gelebten Lebens in einer Einrichtung, die Struktur des Lebensraums und die darin liegende pädagogisch-therapeutische Wirkung. Pädagogisch-therapeutische Angebote wie Arbeits-, Einzel-, Freizeit- und Gruppentherapie verstehe ich hierbei – dem Konzept der Lebensweltorientierung

folgend (vgl. Thiersch 1986, 1992a, 2001) – ebenso als Elemente der Alltagswelt Drogentherapie wie auch die Raum- und Zeitstruktur der Einrichtungen, Regeln, soziale Kontakte zwischen den BewohnerInnen, soziale Kontakte nach außen sowie die Kontakte zu einzelnen MitarbeiterInnen. Gefragt wird danach, wie die Alltagswelt im Ganzen als pädagogisch-therapeutischer Lebensraum inszeniert wird und wie darin in unterschiedlichen Feldern Lern-, Erfahrungs- und Entwicklungsräume hergestellt werden.

Dem vorgestellten Forschungsinteresse folgend ist die Untersuchung in Form einer *Fallstudie* (vgl. Kraimer 1994: 162ff.) konzipiert, wobei die Alltagswelt Drogentherapie als institutionelles Gefüge und Handlungszusammenhang selbst den ‚Fall‘ ausmacht und eben nicht die für (sozial-)pädagogische Fragestellungen sonst eher verbreitete, auf individuelle Personen und ihre Lebens- oder Erziehungs- und Bildungsgeschichte bezogene kasuistische Bezugnahme (vgl. Fatke 1997: 61). Die Alltagswelt Drogentherapie als pädagogisch-therapeutischer Lebensraum soll aus der Perspektive der für die MitarbeiterInnen relevanten Handlungszusammenhänge in kasuistischer Weise erschlossen werden. Die einzelnen Bausteine, d.h. die pädagogisch-therapeutischen Angebote der Freizeittherapie, Arbeitstherapie und Psychotherapie werden verstanden als spezifische Konkretisierungen des Gesamtzusammenhangs, als Einzelfälle des Gesamtfalls Drogentherapie. Die Fallstudie zielt darauf, die professionellen Deutungs- und Handlungsmuster rekonstruktiv zu entdecken und die dem Handeln zugrundeliegenden Orientierungsweisen und Relevanzstrukturen verstehend zu durchdringen. Das Handeln soll, auf der Basis seiner symbolischen Repräsentationen, in den zugrundeliegenden Relevanzstrukturen und regelbildenden Konstruktionen der professionell Tätigen nachvollzogen und reflektiert werden. Solchermaßen schließt das Vorhaben an die von Meuser (2003b) allgemein formulierte Aufgabe rekonstruktiver Sozialforschung an, nämlich die Konstruktion der Wirklichkeit, wie sie die AkteurInnen in und mit ihren Handlungen vollziehen, zu rekonstruieren. Darin orientiert sich das Forschungsvorhaben im Rahmen des interpretativen Paradigmas (vgl. Lamnek 1995a: 42ff.) an den Prämissen der Grounded Theory sowie im engeren Sinn am Konzept sozialer Deutungsmuster.

4.2 Grounded Theory und das Zusammenspiel von Empirie und Theorie

Der Drogentherapieforschung fehlt es bisher noch weitgehend an Untersuchungen über den konkreten Handlungszusammenhang des gesamten Therapieraums, wie er oben als Alltagswelt Drogentherapie ausgewiesen wurde, die sich also auf den Mikrokosmos der Therapie richten (vgl. 2.2.2.3). Fragen danach, was genau in der Therapie geschieht, d.h. wie MitarbeiterInnen ihren Auftrag konkret handelnd umsetzen, mit welcher Absicht und welchen Zielen, also welche Motive und Intentionen mit bestimmten Handlungsbereichen und Handlungsformen verbunden werden und wie sich berufliche Selbstverständnisse ausprägen, sind nicht schlüssig zu beantworten. In der empirischen Annäherung an die skizzierte Fragestellung wird

insofern ein qualitatives Vorgehen gewählt, das sich im Sinne einer hypothesengenerierenden Forschung an der Grounded Theory orientiert.

In der Tradition der Grounded Theory bestimmt ein weitgehend unvoreingenommener Horizont das Forschen. Gleichwohl meint dies nicht theoretische Voraussetzungslosigkeit, denn, wie Blumer (1979) ausführt, kann man die empirische Welt nur durch ein Schema oder Bild von ihr sehen. Die zu untersuchende Wirklichkeit existiert bereits immer im Spiegel dieser Betrachtungen und die Beurteilung sozialer Handlungen erfordert die Kenntnis eines Handlungskontextes, welcher dem Handeln erst Sinn und Bedeutung verleiht. Die theoretischen Voraussetzungen der Untersuchung bezogen auf die politisch-rechtlichen Bedingungen und auf die Entwicklungsdynamik der Drogenhilfe sowie hinsichtlich der theoretisch-hypothetischen Verortung des Forschungsgegenstandes im Alltags- und Lebensweltkonzept wurden in den ersten drei Kapiteln umfangreich dargelegt und in den Fragen an die Untersuchung verdichtet (vgl. 3.4). Zu verstehen sind diese im Sinne *sensibler Konzepte* nach Herbert Blumer, die für die Wahrnehmung sozialer Bedeutungen im konkreten Handlungsfeld sensibilisieren (vgl. Kelle 1994: 232ff.) und als offene und veränderliche Annahmen eine orientierende Rahmung schaffen. Glaser und Strauss (1998) verweisen in diesem Zusammenhang auf die theoretische Sensibilität als wesentliche Qualität (vgl. hierzu 4.4.2.2).

Die Orientierung an der Grounded Theory, die ich im Sinne einer philosophischen Orientierung der Forschung (vgl. Corbin 2003: 72) aufgreife, impliziert eine Herangehensweise, in der „Empirie und Theorie gleichsam ins Gespräch miteinander“ (Schimank 1996: 269; vgl. auch Lüders 1991: 402) gebracht werden. Auf der Basis von theoretisch begründeten Prämissen soll in phänomenologischer Weise nach der Struktur und den Eigenheiten gesucht werden, die sich vom Gegenstand her zeigen und in einer Weise begrifflich gefasst werden, die den Gegenstand beschreiben und erklären kann. Es geht mithin um die Fallrekonstruktion im Stil des ‚materialen Theoretisierens‘, wie es Bude (1988) in der Konzentration um die Daten eines Falls beschreibt. Als offene und explorative Methodologie, in deren Verständnishorizont nicht die Vorauswahl von Variablen bzw. die Hypothesenüberprüfung im Mittelpunkt steht, dient sie vor allem dem Zweck, zu entdecken, welche Variablen relevant sind und in welchem Bezug zu Phänomenen sie stehen (vgl. Corbin 2003: 71).

Die Grounded Theory grenzt sich sowohl von rein deduktiv aus theoretischen Prämissen abgeleiteten Theorien wie auch von rein induktiv aus empirischen Beobachtungen gewonnenen Theorien ab und zielt auf die Erzeugung einer ‚begründeten‘ bzw. ‚gegenstandsbezogenen‘ Theorie‘ mittlerer Reichweite (vgl. Glaser/Strauss 1979, 1998: 41ff.; Strauss 1991: 202ff.). Eine in dieser Weise empirisch fundierte Theorie geht über die Reichweite von ad hoc gebildeten Alltagshypothesen hinaus, ohne allgemeingültige Gesetzmäßigkeiten im Sinne großer Theorieentwürfe zu formulieren.¹²⁴ Eine gegenstandsbezogene Theorie erforscht einen

¹²⁴ Anselm Strauss unterscheidet diesbezüglich die gegenstands- bzw. bereichsbezogene Theorie von der formalen bzw. allgemeinen Theorie, die sich insbesondere durch den Abstraktionsgrad unterscheiden. Gegenstandsbe-

„scharf umgrenzten Bereich des sozialen Lebens“ (Kelle 1994: 289; vgl. auch Faltermaier 1990: 211ff.), wie hier die Alltagswelt Drogentherapie mit spezifischen, das professionelle Handeln auszeichnenden Handlungs- und Deutungsmustern. Diese herauszuarbeiten und in ihren Zusammenhängen zu beschreiben, zu erklären und sie in ihrer Plausibilität für den spezifischen Gegenstandsbereich theoretisch zu erfassen, kennzeichnet das *Ziel der hier vorliegenden Untersuchung*. Es geht mithin darum, die Erfahrungen der AkteurInnen zu ergründen und die sozialen Strukturen, in denen Bedeutung konstruiert und rekonstruiert wird, aufzudecken und sie auf eine verstehende Deutung und auf erklärende Zusammenhänge hin zu verdichten im Sinne der dichten Beschreibung (vgl. Bude 2003: 60; Friebertshäuser 2003: 33f.).

Dieses Vorgehen zielt insofern nicht auf Repräsentativität über die Gesetzmäßigkeit der Häufigkeit; es zielt hingegen darauf, das Typische der Struktur sozialen Handelns im Sinne einer konzeptuellen Repräsentativität (vgl. Strübing 2004: 31) herauszuarbeiten und darzustellen und darüber Repräsentativität zu gewährleisten. Es geht darum, im fortgeführten Vergleich zu klären, „welches allgemeine Problem der jeweiligen Besonderheit der einzelnen Fälle zugrunde liegt“ (Bude 2003: 61). Typisierung wird erfasst über den inneren Sinnzusammenhang, „darüber, wie verschiedene Merkmale sinnlogisch ineinander greifen und so eine Struktur bilden, die sich stets aufs Neue reproduziert. Struktur und Strukturierung, Gestalt und Prozess werden in einem so verstandenen Typus zusammen gedacht“ (Wohlrab-Sahr 1994: 270).

Die Grounded Theory stellt in diesem Ansinnen eine Methodologie der empiriebegründeten Theoriebildung dar; eine Festlegung auf bestimmte methodische Ausrichtungen des Forschens hingegen impliziert sie nicht. „Es mag angemessener sein zu sagen, dass es viele Ansätze gibt, um eine Theorie zu bilden, die in empirischen Daten gegründet ist, wobei diese Methoden von einer allgemeineren Methodologie stammen, auf sie aufbauen und sich aber auch von ihr abgesetzt haben“ (Corbin 2003: 75). So können unterschiedliche Forschungsansätze und methodische Konkretisierungen innerhalb der Grounded Theory im Sinne einer auf Varietät und Prozesshaftigkeit ausgerichteten Datenerhebung und Datenanalyse zur Entfaltung gelangen. Die Deutungsmusteranalyse als forschungspragmatisch-heuristisches Konzept (vgl. Lüders 1991: 380f.) liefert diesbezüglich wesentliche Anknüpfungsmöglichkeiten für die konkret-methodische Umsetzung der Fallstudie. Beide Forschungskonzeptionen, die Grounded Theory und die Deutungsmusteranalyse, folgen dem Prinzip der Wechselbedingtheit, das nach Bude (2003) besagt, dass das Einzelne und Besondere seine Bestimmung aus den Gesetzen seiner Beziehung zu anderem erhält, und lassen sich hinsichtlich einer methodisch kontrollierten, hermeneutisch vorgehenden Fallrekonstruktion sinnvoll miteinander verbinden.

zogene Theorien beziehen sich dem Autor zufolge auf materiale bzw. empirische Forschungsgebiete wie etwa die Krankenpflege, die berufliche Ausbildung oder wirtschaftliche Beziehungen. Formale Theorien lassen sich dagegen formalen bzw. konzeptuellen Forschungsgebieten zuordnen, also etwa der Stigmatisierung, der formalen Organisation oder der Sozialisation (vgl. Strauss 1991: 202ff.).

4.3 Professionelle Deutungs- und Handlungsmuster als Gegenstand sozialpädagogischer Drogentherapieforschung

Das Konzept sozialer Deutungsmuster ist anzusiedeln in der prinzipiellen sozialwissenschaftlichen Debatte über das Verhältnis von Handlung und Struktur, von subjektiver Intentionalität und objektivem Sinngehalt, von Mikro- und Makroebene. Ebenso weit wie dieser Diskussionshorizont ist die Vielfalt der mit dem Konzept verbundenen Ausgestaltungsvarianten, weshalb Arnold (1983) von Deutungsmusteransätzen spricht, die unterschiedlich akzentuiert und mit unterschiedlichen methodologischen Konsequenzen verbunden sind,¹²⁵ jedoch nicht als einander ausschließend zu betrachten sind (vgl. Meuser/Sackmann 1992: 14). Grundsätzlich kann die Deutungsmusteranalyse in Anlehnung an Lüders und Meuser (1997) als eine Variante der interpretativen Soziologie und als ein Verfahren der qualitativ, rekonstruktiv verfahrenen Sozialforschung verstanden werden. Real-empirisch lassen sich in den breit gefächerten Analysen unterschiedliche metatheoretische Referenzpunkte auffinden. Legt man die von Arnold (1983) vorgelegte Klassifizierung zugrunde, so ist die vorliegende Untersuchung zu verorten als *phänomenologisch orientierte sozialwissenschaftlich-hermeneutische*¹²⁶ *Konzeption*.

Eine solche sozialwissenschaftlich-hermeneutisch ausgerichtete Deutungsmusteranalyse ist verbunden mit zwei theoretischen Perspektiven der Wissenssoziologie (vgl. hierzu auch Lüders/Meuser 1997: 64f.). Denken, Erkenntnisgewinn und die Produktion von Wissen entschlüsselt *Karl Mannheim* (1952, 1984) in ihrer Funktion als Instrument kollektiven Handelns und Entscheidens. Zwei Ideenkomplexe sind damit verbunden: Zum Ersten zeichnet sich Denken als kommunikativer und sozial vermittelter Prozess aus und beschränkt sich nicht auf die Leistung des Individuums als einsamer Akt. Zum Zweiten geschieht Denken in konkreten historisch-gesellschaftlichen Situationen. Denkprozesse sind daher immer schon situiert in vorgegebenen Denkstilen und Situationsdeutungen als Moment ausgelegter Welterfahrung und als Basis sinnhafter Wahrnehmung der Realität. Die einzelnen Menschen sind in ihrem Denken immer beeinflusst von anderen Denkenden und dem historisch-sozialen Kontext, in dem sie leben. Sie nehmen daran teil, das weiterzudenken, was andere vor ihnen gedacht haben, und provozieren, indem sie neue Anforderungen aufgreifen, Veränderungen und Wandlung (vgl. Mannheim 1952: 5, 1984: 66ff.).

Mit dem Begriff der *Denkstile* erfasst Mannheim Verschiedenheiten des Denkens, in denen sich – sozial rückgebunden – differente, in Erlebniszusammenhängen basierte Weltanschau-

¹²⁵ Arnold unterscheidet drei Konzeptionen von Deutungsmusteransätzen: 1) Konzeption im Kontext wissenschaftlich-hermeneutischer Positionen, 2) Konzeption im Zusammenhang mit der Auseinandersetzung um die theoretischen Probleme einer Bestimmung von Arbeiterbewusstsein sowie 3) die strukturtheoretische Konzeption einer objektiven Hermeneutik genuin soziologischer Art (vgl. Arnold 1983: 899).

¹²⁶ Zur Übersicht und spezifischen Konkretisierungsformen sozialwissenschaftlicher Hermeneutik vgl. Hitzler/Honer 1997, Honer/Hitzler 1994 sowie Schröer 1994.

ungen¹²⁷ und unterschiedliche Beziehungen zum Gegenstand des Denk- und Erkenntnisinteresses niederschlagen. Denkstile bilden insoweit einen Teil eines historisch-sozialen Denkosmos, stellen also Hauptströmungen des Denkens dar, die historisch wandelbar „gegeneinander oder aufeinander hinzu sich bewegen und von Fall zu Fall sich partiell oder ganz verbinden“ (Mannheim 1984: 137). In Denkstilen vermitteln sich insofern kollektive Denkintentionen¹²⁸, innerhalb derer sich individuelle Denkintentionen bewegen. Wenngleich Raum für schöpferische Denkakte und auch irrationale Momente bleiben, generieren sich Veränderungen, auch radikal Neues, rückgebunden an die spezifischen Probleme und Anforderungen des sozialen Gefüges. Verankert in der sozialen Welt spiegeln sich zunehmende gesellschaftliche Komplexität und Ausdifferenzierung in einer Vielfalt von Denkstilen. Als *Denkstandorte* kennzeichnet Mannheim ergänzend jene Knotenpunkte, an denen sich in historisch-gesellschaftlichen Entwicklungsprozessen eine besonders wichtige und charakteristische Synthese von Denkstilen bildet. Gleichsam wie von einer Bergspitze aus sind an den Knotenpunkten der Denkstandorte die zu ihnen führenden Wege und ihre spezifischen Denkstile erfassbar (vgl. Mannheim 1984: 137f.).

Alfred Schütz – und damit komme ich zur zweiten wissenssoziologischen Referenz – folgend enthält subjektives und soziales Wissen, sei es im wissenschaftlichen oder im alltäglichen Denken, „Konstruktionen, das heißt einen Verband von Abstraktionen, Generalisierungen, Formalisierungen und Idealisierungen, die der jeweiligen Stufe gedanklicher Organisation gemäß sind. Genau genommen gibt es nirgends so etwas wie reine und einfache Tatsachen“ (Schütz 1971: 5). Schütz verweist damit auf jene Konstruktionen, auf denen die Herausbildung und Anwendung von Regeln für das Handeln in spezifischen Situationen basiert, sowie auf die Bedeutung des Wissens im Prozess der Konstruktion von Wirklichkeit. Wirklichkeit ist demnach nur zu erfassen in den Sinnsetzungsprozessen der Handelnden und der diesbezüglich relevanten Bezugsrahmen, also in den alltäglichen Verstehensleistungen der handelnden Subjekte. Diese in typischer Weise zu beschreiben, kennzeichnet Schröder (1997) – insbesondere in Anlehnung an Berger/Luckmann (1980) sowie Soeffner (1989) – als die Aufgabe einer sozialwissenschaftlichen bzw. sich im engeren Sinn als wissenssoziologisch definierenden Hermeneutik. Der hermeneutische Verstehensprozess konzentriert sich auf die Frage, „wie Handlungssubjekte – hineingeboren in historisch und sozial entwickelte Orientierungsrahmen – diese einerseits vorfinden und sich aneignen müssen, andererseits diese immer wieder neu ausdeuten und damit auch erfinden müssen“ (Schröder 1997: 109).

¹²⁷ Weltanschauungen sind nach Mannheim das Ergebnis sozialer Erlebniszusammenhänge, die sich in solchen Anschauungen ‚absetzen‘ und insofern wiederum nur im historischen und sozialen Kontext betrachtet werden können. „Weltanschauung (eines Zeitalters, einer Gruppe usw.) ist eine strukturell verbundene Reihe von Erlebniszusammenhängen, die zugleich für eine Vielheit von Individuen die gemeinsame Basis ihrer Lebenserfahrung und Lebensdurchdringung bildet“ (Mannheim 1980: 101, vgl. auch Mannheim 1984: 78ff., 227).

¹²⁸ Beobachtungen, Inhalte und Formen des Denkens treten insofern nicht isoliert auf, d.h. nicht „in Form von Einzelfällen“ (Mannheim 1984: 68), vielmehr sind sie getragen von „Kollektivintentionen“, die als „Elemente‘ einer umfassenderen Willensintention einer einheitlichen Beobachtungsrichtung zustande kommen“ (ebd.).

Das inzwischen vielfältig in qualitativer Sozialforschung erprobte *Konzept der sozialen Deutungsmuster* ist aufs Engste verbunden mit den Arbeiten¹²⁹ von Ulrich Oevermann. Deutungsmuster versteht Oevermann, abgrenzend zu isolierten Meinungen oder Einstellungen bezüglich partikularer Handlungsobjekte, als ein Gefüge von Wissensbeständen, das in sich logisch einem konsistent strukturierten Argumentationszusammenhang folgt und sich auf objektiv deutungsbedürftige Handlungsprobleme bezieht. Sie stellen ein „ensemble“ von sozial kommunizierbaren Interpretationen der physikalischen und sozialen Umwelt“ (Oevermann 2001: 5) dar.¹³⁰ Deutungsmuster verweisen auf deutungsbedürftige objektive Handlungsprobleme und Handlungsanforderungen, auf die sie eine intersubjektiv verbindliche Antwort geben und gleichsam wie selbstverständlich gültig gehaltene Orientierungen in der erwartbaren und typischen Handlungssituation der Lebenswelt gewährleisten. Dies kennzeichnet soziale Deutungsmuster in ihrer subjektiven wie intersubjektiven Dimensionierung. Deutungsmuster entwickeln gegenüber den sie bedingenden Entstehungsfaktoren eine gewisse Persistenz und Autonomie und stellen nach Meuser (2003a) eine eigenständige Dimension sozialer Wirklichkeit dar, in der sie aufgrund ihrer gesellschaftlichen Vermitteltheit insbesondere auch normative Geltungskraft erreichen (vgl. Arnold 1983; Meuser/Sackmann 1992: 16f.; Ullrich 1999: 2f.).

Nicht die individuellen Einstellungen und Meinungen¹³¹ selbst stehen dabei im Mittelpunkt, sondern vielmehr der spezifische Konstitutionszusammenhang von Handlungsorientierungen, also der sich in den Deutungsmustern dokumentierende soziale Sinn und der im Handeln repräsentierte individuelle Ausdruck überindividueller sozialer Zugehörigkeit und kollektiver Orientierung (vgl. Meuser 2003b: 142; Ullrich 1999:1f.). Wesentlich ist, dass sich subjektiver Sinn immer vermittelt und generiert im Kontext kollektiver, sozialer Sinn- und Bedeutungszusammenhänge und -zuschreibungen und sich Handlungsorientierungen bilden innerhalb sozial verfügbarer Deutungsangebote als „Möglichkeitsraum subjektiver Interpretationen von Welt“ (Meuser 2003a: 32). Bezogen auf die Alltagswelt Drogentherapie, die gleichsam als organisatorisch-institutioneller Rahmen den Möglichkeitsraum zur professionellen Interpretation der Anforderungen bildet, stellen institutionalisierte Deutungsmuster (vgl. Mollenhauer

¹²⁹ Entscheidende Impulse für die weitere Entwicklung des Konzepts und der Deutungsmusteranalyse liefert bis heute der von Oevermann bereits 1973 verfasste und erstmals 2001 publizierte Beitrag „Zur Analyse der Struktur von sozialen Deutungsmustern“ (Oevermann 2001).

¹³⁰ In ähnlicher Weise bezeichnen Dewe und Ferchhoff mit dem Terminus der Deutungsmuster „allgemein die praktisch handlungsrelevanten überindividuell geltenden und logisch konsistent miteinander verknüpften Sinninterpretationen sozialer Sachverhalte“ (Dewe/Ferchhoff 1984: 76). Nach Arnold sind Deutungsmuster die „mehr oder weniger zeitstabilen und in gewisser Weise stereotypen Sichtweisen und Interpretationen von Mitgliedern einer sozialen Gruppe, die diese zu ihren alltäglichen Handlungs- und Interaktionsbereichen lebensgeschichtlich entwickelt haben. Im einzelnen bilden diese Deutungsmuster ein Orientierungs- und Rechtfertigungspotential von Alltagswissensbeständen in der Form grundlegender, eher latenter Situations-, Beziehungs- und Selbstdefinitionen, in denen das Individuum seine Identität präsentiert und seine Handlungsfähigkeit aufrechterhält“ (Arnold 1983: 894).

¹³¹ Soziale Deutungsmuster konkretisieren sich in individuellen Einstellungen und Meinungen, d.h. Deutungsmuster sind konstitutiv für individuelle Einstellungen und Haltungen und nicht umgekehrt (vgl. Oevermann 2001: 19).

1980: 104) einen wichtigen sozialen Sinn- und Bedeutungskontext dar, innerhalb dessen sich je individuelle Deutungen profilieren. Sie helfen zum einen Situationen einzuschätzen und zu definieren (,was ist der Fall'?), zum anderen situations- und normadäquates Handeln zu begründen (,was ist richtig und wünschenswert'?) (vgl. Ullrich 1999: 2). Indem komplexe Situationen auf bekannte Strukturen und Grundmuster reduziert werden können, erfährt der/die Einzelne Sicherheit und Plausibilität im Handlungskontext und kann sich orientieren.

Deutungsmuster sind im Gegensatz zu singulären Einstellungen und Meinungen auf einer latenten Ebene angesiedelt und verkörpern ein ‚implizites Wissen‘ (vgl. Arnold 1983: 896ff.; Meuser/Sackmann 1992: 19ff.; Lüders 1991: 378ff.). Als solches implizites Wissen sind sie Giddens (1988) folgend verfügbar im Modus des praktischen Bewusstseins und nicht zwingend Gegenstand des diskursiven Bewusstseins. Praktisch ist das Bewusstsein insofern es den Handelnden vermittelt, wie sie sozial akzeptabel handeln müssen, ohne zugleich jene Regeln, die sie praktisch handelnd im Sinne eines Routinewissens beherrschen, immer auch explizieren zu können. Reflexiv verfügbar sind die Regeln allenfalls bruchstückhaft. Sie sind vielmehr auf einer Tiefenstruktur als latente Deutungsmuster angesiedelt, die in manifesten Äußerungen der AkteurInnen sichtbar werden und sich gleichsam darin ‚ent-äußern‘. Ausgegangen werden muss allerdings von unterschiedlichen Strukturniveaus sozialer Deutungsmuster sowie variierenden Graden der Geltung und Reichweite unterschiedlicher Deutungsmuster (vgl. Becker u.a. 1987: 10f.; Bohnsack 2003: 83ff.; Lüders 1991: 381ff.; Meuser 2003a: 32; Oevermann 2001: 19f.). Je nach Gegenstand und Fragestellung gibt es demnach, verbunden mit den Aspekten Reichweite und Geltung von Deutungsmustern, durchaus Fälle, in denen den Subjekten zugrundeliegende Deutungsmuster intentional verfügbar sind, oftmals in formelhaft verdichteter Weise (vgl. Lüders 1991: 382).

Vor allem Situationen erhöhter lebensweltlicher Reflexivität, also wenn sich Verwerfungen und Brüche im Alltag zeigen und das Gewohnte und Normale fragwürdig scheinen, mindern die Latenz von Deutungsmustern und lassen diese vermehrt der reflexiven Auseinandersetzung zugänglich werden; Deutungsmuster werden dann zumindest vorübergehend manifest (vgl. Meuser/Sackmann 1992: 20; Oevermann 1991: 314f., 2001: 20ff.). Deutungsmuster befinden sich also stets in einer Spannung zwischen Kontinuität und relativer Flexibilität, die vor allem in Phasen erhöhter krisen- und umbruchsinduzierter alltags- bzw. lebensweltlicher Reflexivität in Bewegung kommt, dann, wenn Kontinuität erst erkennbar wird. Neues entsteht sozusagen – im Prozess der Transformation (vgl. Oevermann 1991: 274) – in und basierend auf der Auseinandersetzung mit dem Gegebenen und Selbstverständlichen, das sich nunmehr deutlicher manifestiert.

Für das *professionelle Handeln in der Drogentherapie* wird eine solche erhöhte krisen- und umbruchinduzierte alltags- und lebensweltliche Reflexivität angenommen. Entwicklungsprozesse der Drogenpolitik und des gesamten Hilfesystems gehen, wie gezeigt wurde, einher mit Verunsicherungen und Veränderungen innerhalb der Drogentherapie (vgl. 2.2). Das in die

Krise geratene Alte stellt insofern eine objektive Bedingung für die Lösung des Problems dar, das es zugleich konstellierte (vgl. Oevermann 1991: 315). In der transformatorischen Bewältigung des Problems, so ist in Anlehnung an das Konzept sozialer Deutungsmuster anzunehmen, werden traditionelle und neu emergierende Deutungsmuster ‚sichtbar‘. In diesem Sinne gibt die Drogentherapie für die Frage nach professionellen Deutungs- und Handlungsmustern einen ‚interessanten Fall‘¹³² ab.

Verfolgt wird, bezogen auf den gesamten Handlungszusammenhang der Alltagswelt Drogentherapie, die Rekonstruktion der professionellen Deutungs- und Handlungsmuster in der Perspektive der einzelnen pädagogisch-therapeutischen Bausteine. Indem sich die analytische Perspektive auf die Gestaltungsformen und Strukturen des professionellen Handelns richtet, interessieren mich gleichermaßen Deutungsmuster *und* Handlungsmuster, d.h. die handlungsleitenden Deutungsmuster und die damit verbundenen Formen der Praxis im Sinne eines ‚weichen‘ Regelbegriffs¹³³ (vgl. Lüders 1991: 381ff.). Meuser und Sackmann (1992: 15) weisen darauf hin, dass die Struktur von Deutungsmustern nur zu erfassen ist, wenn die sozialen Struktur- und Handlungsprobleme, auf die sie ja gerade eine Antwort darstellen, in die Analyse integriert werden. Insbesondere begründet sich ein solches Vorgehen in der Konzeption des Sozialen als „serielle Struktur“, wie sie Bude (1991) unter Betonung der Ambivalenz sozialer Strukturierung zwischen strukturierenden und emergierenden Aspekten aufzeigt. Das Soziale erscheint darin „als eine durch Querverbindungen figurierte Verteilung singulärer Punkte in einem Raum voller Interaktionen“ (Bude 1991: 108), wobei unterschiedliche Vorstellungen über die Beschaffenheit fundamentaler Schematismen der Interaktionen durchaus möglich sind (vgl. ebd.: 120). Das Soziale liegt demnach an der ‚Oberfläche‘ und nicht in der Tiefe; die sozialen Regeln sind solche ohne festes Format und leiten im Sinne ‚fakultativer Regeln‘ (vgl. ebd.: 108).

Maßgeblich ist für die Fallstudie Drogentherapie insofern die ‚weichere‘ interaktionistische Version des Deutungsmusterbegriffs¹³⁴, die die Rolle des handlungsfähigen Subjekts betont (vgl. Lüders/Meuser 1997: 62). „Der Interaktionsraum unseres jeweiligen konkreten Alltags hat – uns sozialisierend – sich durch uns verändert und wird weiter von uns verändert. Er ist unser unmittelbarer Anpassungs-, Handlungs-, Planungs- und Erlebnisraum: unser Milieu, das wir mitkonstituieren und dessen Teil wir sind. Wir kennen die expliziten und nichtexpliziten Regeln dieses Interaktionsraumes und setzen sie unter anderem strategisch ein. Wir haben von

¹³² „‚Interessante Fälle‘ findet man an den offenbaren und verdeckten Intensitätspunkten des sozialen Lebens: wo sich etwas bricht oder dreht, wo bisher Unvereinbares zusammenkommt und einstige Sicherheiten brüchig werden, wo die Subjekte sich bekämpfen, langweilen oder sich lieben“ (Bude 1988: 425).

¹³³ Lüders (1991) siedelt auf der einen Seite einen ‚strikten Regelbegriff‘ bei Oevermann an und stellt diesem einen ‚weicheren‘ Regelbegriff gegenüber, wie er ihn bei Becker u.a. (1987) vertreten sieht. Verbunden sei mit dem weicheren Regelbegriff eine weniger strenge Grenzziehung der Analyseebenen von Handlungsphänomenen und Deutungsmustern (vgl. hierzu auch Lüders/Meuser 1997: 60ff.).

¹³⁴ In der interaktionistischen Variante werden Deutungsmuster als historisch, in Interaktionen ausgebildete Interpretationsmuster der Weltdeutung und Problemlösung begriffen (vgl. Lüders/Meuser 1997: 62f.; weiterführend hierzu Schröer 1997).

den Strukturen und dem Handlungspotential unserer Alltags- und Lebenswelt ein manifestes und ein latentes ‚Wissen‘. Und beides ist gleich wirksam. Primär aus den Interaktionsstrukturen des Alltags organisiert sich unsere Erfahrung, und andererseits konstituieren unsere Erfahrungen und unser Handeln die Strukturen unseres Alltags“ (Soeffner 1989: 12f.). Thiersch (1986: 18f.) verweist diesbezüglich auf die routinisierten Deutungsmuster, welche das Handlungswissen in einem alltäglichen, elementaren und pragmatischen Verhältnis zur Wirklichkeit regeln und dadurch Überschaubarkeit, Vertrautheit und insbesondere Ordnung in Rollen, Routinen und Typisierungen herstellen. Als stets schon vorgefundener gemeinsamer Handlungszusammenhang konstituiert dabei der *Interaktionsraum des konkreten Alltags* eine thematische Grundrichtung, die im Rahmen der subjektiven Erfahrungszusammenhänge realisiert und auch modifiziert wird.

Dieser Interaktionsraum, von Meuser (2003a: 32) als Möglichkeitsraum, von Bude (1991: 106) als eigentümlicher symbiotischer Handlungszusammenhang charakterisiert, bildet mithin als Zusammenhang professionellen Handelns das Zentrum der Fallstudie. Die Alltagswelt Drogentherapie wird, den allgemeinen Ausführungen Schröers (1997) folgend, verstanden als *spezifischer Handlungszusammenhang*, der sich in komplexer Weise definiert, über eine von den MitarbeiterInnen zu bewältigende Aufgabenstellung, über dabei zwangsläufig wirksame Rahmenbedingungen sowie über die aus Aufgabenstellung und Rahmenbedingungen resultierenden und nicht hintergehbaren Problemfelder (vgl. hierzu 3.4). Es geht also um die Rekonstruktion der strukturellen Probleme und Anforderungen, welche die MitarbeiterInnen in ihrem spezifischen institutionellen Rahmen, der stationären Langzeittherapie, handelnd bewältigen. Und es geht um die in diesem spezifischen professionell und institutionell gerahmten Gefüge sich eröffnenden bzw. sich verschließenden Handlungsmöglichkeiten zur Bewältigung der Anforderungen und Lösungen der Probleme (vgl. Schröer 1997: 115).

Das *Forschungsprogramm* lässt sich nunmehr in *drei Aspekten* dimensionieren: Es sollen, vor dem Hintergrund der Entwicklungsdynamik der Drogenpolitik und Drogenhilfe (vgl. 1.5, 1.6, 2.2) – erstens – in phänomenologischer Weise Handlungsmuster rekonstruiert, diese – zweitens – in ihrem Bezug zu grundlegenden Deutungsmustern erschlossen und – drittens – Deutungs- und Handlungsmuster im Bezugsrahmen einzelner Bausteine sowie des gesamten Therapiealltags im Kontext lebensweltorientierter Prämissen professionellen Handelns (vgl. Kap. 3) reflektiert werden. Solchermaßen zielt das Forschungsvorhaben auf die Verbindung von rekonstruktiver Analyse mit phänomenologischer Deskription (vgl. Lamnek 1995a: 36; Soeffner/Hitzler 1994: 36ff.).

4.4 Erhebung, Organisation und Auswertung des Datenmaterials – die Fallstudie Drogentherapie und ihre Datenproduktion

4.4.1 Experteninterviews als Kernelement der Datenproduktion

Methodisches Kernelement der Fallstudie Drogentherapie bilden Experteninterviews mit vier MitarbeiterInnen einer stationären Langzeittherapieeinrichtung. Experteninterviews, wie sie ehemals vor allem in industriesoziologischen Forschungsarbeiten, in der Eliten-, Implementations- und Professionalisierungsforschung sowie in der Arbeitsmarktforschung eingesetzt wurden (vgl. Bogner/Menz 2005a: 20f. Meuser/Nagel 1991: 445), finden zunehmend Eingang in sozialpädagogische Forschung (vgl. etwa Ackermann/Seeck 1999; Müller/Schmidt/Schulz 2005; zusammenfassend Meuser/Nagel 1997: 481f.). Ihr eher randständiger Charakter in der methodologischen Diskussion¹³⁵ spiegelt sich mithin kaum mehr auf forschungspragmatischer Ebene wider. Nach Bogner und Menz (2005a) ist zentraler Ausgangs- und Bezugspunkt der aktuellen Diskussion um das Experteninterview der Ansatz von Michael Meuser und Ulrike Nagel (1991, 1994, 1997, 2003, 2005), auf den auch ich meine methodische Konkretisierung des Experteninterviews gründe. Meuser und Nagel (2005: 81) verorten das offene, leitfadengestützte Experteninterview am Rande der interpretativen Sozialforschung; es erfülle die Anforderungen einer kommunikativen Datenerhebung ebenso wie die einer nicht standardisierten Auswertung. Mit dem Experteninterview stehen die befragten ExpertInnen im Zentrum der Untersuchung mit dem Ziel der „Erfassung von praxisgestützigem Expertenwissen, des know how derjenigen, die die Gesetzmäßigkeiten und Routinen, nach denen sich ein soziales System reproduziert, enactieren und unter Umständen abändern bzw. gerade dieses verhindern, aber auch der Erfahrungen derjenigen, die Innovationen konzipiert und realisiert haben“ (Meuser/Nagel 1997: 481).

Für die Erforschung der Deutungs- und Handlungsmuster in der Drogentherapie eignet sich dieses Erhebungsinstrument besonders gut. Erstens stellen Experteninterviews die Befragten in ihrem professionellen Handlungszusammenhang ins Zentrum des Interesses. Zweitens zielen sie auch auf implizites Wissen als wesentliches Element von Expertenwissen und damit unmittelbar auf die dem praktischen und nicht zwingend dem diskursiven Bewusstsein verfügbaren Deutungs- und Handlungsmuster (vgl. 4.3). Zusammengefasst sind Experteninterviews auf die Generierung bereichsspezifischer und objekttheoretischer Aussagen hin angelegt – hier bezogen auf den Zusammenhang professionellen Handelns in der Alltagswelt Drogentherapie – und nicht auf die Analyse von Basisregeln sozialen Handelns oder universale Strukturen schlechthin. Explizite und implizite Erfahrungsregeln, welche das Funktionieren im Handlungszusammenhang bestimmen, sind Gegenstand der Wissensbestände (vgl. Meuser/Nagel 2005: 91).

¹³⁵ Zur Geschichte der Experteninterviews im Kontext der Entwicklung (qualitativer) Sozialforschung vgl. ausführlicher Bogner/Menz (2005a: 17f.).

Die Bestimmung des Expertenbegriffs von Meuser und Nagel folgt der wissenssoziologischen Unterscheidung von *Experten* und *Laien* sowie der damit verbundenen Differenzierung von Allgemeinwissen und spezialisiertem Sonderwissen nach Schütz (1972) und Sprondel (1979) (vgl. hierzu insbesondere Meuser/Nagel 1997: 483ff.; Hitzler 1994). Im Blick auf das Experteninterview kennzeichnet der Begriff *ExpertIn* einen relationalen Status – relational in Bezug auf das Forschungsfeld und die Forschungsfrage. Der Expertenstatus wird demnach den Betreffenden von der Forscherin bezogen auf das konkrete Forschungsinteresse hin verliehen. Dies geschieht allerdings nicht beliebig, sondern bezieht sich auf die institutionell-organisatorischen Strukturierungen des Handlungsfeldes und ein angenommenes spezielles Sonderwissen auf Seiten der *ExpertInnen*, das in besonderer Weise praxiswirksam wird. „Eine Person wird zum Experten gemacht, weil wir wie auch immer begründet annehmen, dass sie über ein Wissen verfügt, das sie zwar nicht alleine besitzt, das aber doch nicht jedermann bzw. jederfrau in dem interessierenden Handlungsfeld zugänglich ist“ (Meuser/Nagel 1997: 481; vgl. auch Bogner/Menz 2005b: 45f.). *Als ExpertIn gilt* demnach, wer erstens Verantwortung trägt für den Entwurf, die Implementierung oder die Kontrolle von Problemlösungen oder wer zweitens über einen privilegierten Zugang zu Informationen über Personengruppen oder Entscheidungsprozesse verfügt. Potentiell kann dies jede Person in einem sozialen Feld sein, die Entscheidungen und Problemlösungen beeinflusst, ohne dass die für das Feld spezifischen Routinen der Entscheidungsfindung und formalen Positionen ausschlaggebend wären (vgl. Meuser/Nagel 1991: 443f., 1994: 180ff.). Forschungspragmatisch schlagen Gläser und Laudel (2004: 113) folgende Fragen zur konkreten Auswahl der zu befragenden *ExpertInnen* vor: 1) Wer verfügt über die relevanten Informationen? 2) Wer ist am ehesten in der Lage, präzise Informationen zu geben? 3) Wer ist am ehesten bereit, Informationen zu geben? 4) Wer von den Informanten ist verfügbar?

Die *MitarbeiterInnen der Drogentherapie* sind insofern *ExpertInnen*, als sie über ein spezialisiertes Sonderwissen, bezogen auf die Drogentherapie im Gesamten und bezogen auf die Bausteine im Einzelnen, verfügen und in ihrem Arbeitsbereich über ein hohes Maß an Gestaltungskompetenz. Sie sind angesprochen als *ExpertInnen* hinsichtlich ihres professionellen Handlungszusammenhangs, der sie als Teil des zu erforschenden Handlungsfeldes definiert (vgl. Meuser/Nagel 1994:182). Damit verbunden ist ein Fokus, der Experteninterviews deutlich von anderen Formen qualitativer Interviews, wie etwa dem fokussierten, problemzentrierten oder narrativen Interview, unterscheidet. Während in diesen Interviewformen vorrangig die gesamte Person in ihrer biographischen und lebensweltlichen Verortung interessiert, zielt das Experteninterview auf die *MitarbeiterInnen* als *AkteurInnen* eines spezifischen Funktionskontextes, aufgrund dessen sie einen Wissensvorsprung über dieses spezifische soziale Feld haben. Beim Experteninterview bildet gerade „*nicht* die Gesamtperson den Gegenstand der Analyse, d.h. die Person mit ihren Orientierungen und Einstellungen im Kontext des individuellen und kollektiven Lebenszusammenhangs. Der Kontext, um den es hier geht, ist ein organisatorischer oder institutioneller Zusammenhang, der mit dem Lebenszusammenhang

der darin agierenden Personen gerade nicht identisch ist und in dem sie nur einen ‚Faktor‘ darstellen“ (Meuser/Nagel 1991: 442, Hvhb.i.O.). Gegenstand der Befragung sind insofern die mit der Funktion im organisatorischen und institutionellen Kontext – d.h. der professionellen Rolle in der Arbeitstherapie, der Freizeittherapie und der Psychotherapie – verbundenen Zuständigkeitsbereiche, die Aufgaben und Tätigkeiten sowie die darin begründeten Erfahrungen und Wissensbestände. „Klar definierte Wirklichkeitsausschnitte“, so Meuser und Nagel (1991: 444), hier: die Alltagswelt Drogentherapie, sind der Bezugspunkt von Experteninterviews.

Das *Wissen*, das im Rahmen der Experteninterviews interessiert, ist eben das Sonderwissen, das an spezielle Funktionen gebunden ist und zu einem guten Teil Insider- und Hintergrundwissen über Handlungsabläufe und Handlungszusammenhänge darstellt, sowie vor allem die ‚ungeschriebenen Gesetze‘ des professionellen Alltags, das implizite Wissen. Folglich sind Experteninterviews nicht einfach ‚Informationsgespräche‘ (vgl. Bogner/Menz 2005a: 16). In der Giddenschen Unterscheidung von praktischem und diskursivem Bewusstsein als zwei Polen eines Kontinuums lässt sich diese Form des Expertenwissens im Spannungsfeld dazwischen verorten. „Es ist kein völlig vorreflexives Wissen auf der Ebene von Basisregeln, aber auch kein Wissen, das Experten einfach ‚abspulen‘ können“ (Meuser/Nagel 1994: 183). Expertenwissen bewegt sich auf dem Kontinuum dazwischen und enthält von allen Schattierungen etwas. Berichtet werden können Prinzipien des Handelns, Entscheidungs- und spezifische Handlungssituationen; dies geschieht im Sinne von rationalisierten und legitimierenden Argumentationsfiguren und im Sinne des praktisch handelnd verfügbaren Routinewissens. Immer auch geben ExpertInnen jedoch Einblicke in „ihre impliziten funktionsbezogenen Relevanzen und Maximen; und zwar dann, wenn sie Abläufe rekapitulieren, erläutern, extemporeieren“ (ebd.).

Bestimmen lassen sich nach Bogner und Menz (2005b: 43f.), quer zu der Unterscheidung von Alltags- versus Expertenwissen liegend, *drei Dimensionen des Expertenwissens*. Das technische Wissen, das Prozesswissen und das Deutungswissen. Das technische Wissen charakterisieren die Autoren im Sinne eines Routinewissens um Anwendungsabläufe und bürokratische Kompetenzen. Das Prozesswissen dagegen formiert sich aus der Kenntnis der Interaktionsroutinen, der organisatorischen Konstellationen, der Einsichten in frühere oder aktuelle Ereignisse. Im Unterschied zum technischen Wissen ist es ein Wissen, das sich als praktisches Erfahrungswissen aus dem eigenen Handlungskontext generiert. Das Deutungswissen wiederum kennzeichnet die subjektiven Relevanzen, Regeln, Sichtweisen und Interpretationen der ExpertInnen. Angesprochen ist mit dieser Dimensionierung auch jener Bereich des Expertenwissens, den Walter (1993: 14) als die persönliche Gestaltung, die Interpretation der institutionellen Rolle bezeichnet. Er verweist diesbezüglich auf Überlegungen und Strategien jenseits formeller Regeln, die ein institutionalisiertes System aufrechterhalten und ein informelles, aber institutionenspezifisches Regelwissen begründen, das die AkteurInnen für die Erledigung ihrer Aufgabe anwenden. Anknüpfend an die obigen Ausführungen zum Konzept sozialer

Deutungsmuster sind diese verschiedenen Dimensionen des Expertenwissens für die Fallstudie Drogentherapie in ihrer je unterschiedlichen Kontur bedeutsam.

In methodischer Absicht kann daher der *Begriff des/der ExpertIn* wie folgt definiert werden: „Der Experte verfügt über technisches, Prozess- und Deutungswissen, das sich auf sein spezifisches professionelles oder berufliches Handlungsfeld bezieht. Insofern besteht das Expertenwissen nicht allein aus systematisiertem, reflexiv zugänglichem Fach- oder Sonderwissen, sondern es weist zu großen Teilen den Charakter von Praxis- oder Handlungswissen auf, in das verschiedene und durchaus disparate Handlungsmaximen und individuelle Entscheidungsregeln, kollektive Orientierungen und soziale Deutungsmuster einfließen. Das Wissen des Experten, seine Handlungsorientierungen, Relevanzen usw. weisen zudem – und das ist entscheidend – die Chance auf, in der Praxis in einem bestimmten organisationalen Funktionskontext hegemonial zu werden, d.h. der Experte besitzt die Möglichkeit zur (zumindest partiellen) Durchsetzung seiner Orientierungen. Indem das Wissen des Experten praxiswirksam wird, strukturiert es die Handlungsbedingungen anderer Akteure in seinem Aktionsfeld in relevanter Weise mit“ (Bogner/Menz 2005b: 46; vgl. auch Hitzler 1994).

Diese überindividuellen, handlungs- bzw. funktionsspezifischen Muster des Expertenwissens sind nicht schlicht durch ‚Information‘ abzufragen, sie müssen entdeckt und rekonstruiert werden und lassen sich nur durch interpretative Rekonstruktion der (Ent-)Äußerung der handelnden ExpertInnen erfassen (vgl. Bohnsack/Nentwig-Gesemann 2003: 165; Meuser 2003a: 32). Die unterschiedlichen Dimensionen des Expertenwissens sind weniger ein analytisch erfassbares Charakteristikum der Wissensbestände als vielmehr eine Konstruktion der interpretierenden Sozialwissenschaftlerin (vgl. Bogner/Menz 2005b: 44). Auch dies kennzeichnet die Aufgabe einer kontrollierten Auswertung im Sinne rekonstruktiver Sozialforschung und verweist auf die ‚Stummheit‘ der Daten (vgl. Friebertshäuser 2003; Reichertz/Schröer 1994: 64), die im Zuge gedanklicher Prozesse, also mittels der typisierenden Rekonstruktion und Interpretation des Wahrgenommenen, erst zur Sprache gebracht werden.

Was die *konkrete Umsetzung* einer Befragung mittels Experteninterviews anbelangt, betonen Meuser und Nagel im Blick auf das Erkenntnisinteresse am Expertenhandeln die Notwendigkeit eines offenen, leitfadengestützten Interviews (vgl. auch Bude 1988: 422). Vom Verzicht auf thematische Vorstrukturierung, wie dies für narrative Interviews kennzeichnend ist, raten sie gleichwohl ab. Eine Dimensionierung und Vorbereitung des thematischen Gegenstands sei dringend notwendig, um erstens das Wissen der ExpertInnen umfassend erheben zu können und sich zweitens ebenso als kompetente Gesprächspartnerin auszuweisen (vgl. Meuser/Nagel 1997: 486). Zudem dient die inhaltliche Auseinandersetzung mit dem Leitfaden der Anpassung der Interviewführung an den kulturellen Kontext der GesprächspartnerInnen, worin nach Gläser und Laudel (2004: 17ff.) ein wesentliches Moment für eine gelingende Kommunikation im Interview liegt.

4.4.2 Phasen des Forschungsprozesses

Entsprechend der Orientierung an der Grounded Theory sind Datenerhebung und Datenauswertung eng miteinander verwoben, in zyklischen Bewegungen. In meinem konkreten Vorgehen habe ich mich weitgehend an einem phasenförmigen Prozess der Datenkonstruktion orientiert, wie er, basierend auf den methodischen Überlegungen der Grounded Theory (vgl. insbesondere Strauss 1991), von Reichertz und Schröder (1994) und Schröder (1997) vorgestellt wird. Die von den Autoren vorgeschlagenen Phasen zeichnen sich durch eine fortwährende Bewegung zwischen den empirischen und theoretischen Aspekten aus, die mithin das Anliegen, Empirie und Theorie miteinander ins Gespräch zu bringen, das materiale Theoretisieren (vgl. 4.2), konkretisieren. Dabei habe ich in allen Phasen der Fallstudie immer wieder fallspezifische Anpassungen vorgenommen sowie weitere methodische Überlegungen einbezogen.

Was das konkrete Handeln der Forscherin anbelangt, so scheint mir eine Haltung der Offenheit, des Interessiert-Seins und der Anerkennung für die Arbeit der Professionellen wie für die Therapieleistung der AdressatInnen in Bezug auf den Einstieg ins Forschungsfeld sowie für den gesamten weiteren Forschungsprozess als eine wesentliche Grundlage des Gelingens. Sich-Einlassen-Wollen, Verstehen-Wollen, ohne Immer-besser-Wissen-Wollen, wie Anne Honer verweisend auf den Begriff der ‚Neutralität‘ bei Blanche Geer diese Haltung zusammenfasst. „Die ideale Einstellung, um ins Feld zu gehen, ist demnach die, anzunehmen, dass *alles* beachtenswert ist bzw. dass man einfach nicht vorher wissen kann, was sich als nicht beachtenswert erweisen könnte. Denn grundsätzlich kann alles im Feld zum Datum werden, weil grundsätzlich auch *alles* dazu beitragen kann, die Menschen im Feld zu *verstehen*“ (Honer 1994: 92, Hvhb.i.O.). Hinzu kommt eine „abduktive Haltung“ (Reichertz/Schröder 1994: 62f.), in der sich die Forscherin bemüht, ‚alte‘ Überzeugungen auf die Probe zu stellen und offen zu sein dafür, ‚neue‘ tragfähigere Überzeugungen auszubilden, d.h. der Haltung des Zweifels im Prozess hermeneutischen Verstehens (vgl. Soeffner/Hitzler 1994) zu folgen. Die zu erhebenden Forschungsdaten müssen daher so beschaffen sein, dass sie sich nicht zwangsläufig kongruent zu den vorhandenen ‚alten‘ Überzeugungen verhalten. Vielmehr müssen sie die „Eigenschaften eines Wetzsteines“ (Reichertz/Schröder 1994: 62) enthalten, der dazu dienlich ist, überkommene Vorurteile abduktiv ab- oder umzuschleifen. „Den widerständigen Charakter der gegebenen empirischen Welt“ (Blumer 1979: 41) methodisch für die Suche nach Antworten zu erschließen wird damit wahrscheinlicher. Mit der Nichtmethodisierbarkeit einer solchen Forschungshaltung sowie der Zirkelhaftigkeit des reflexiven Bewusstseins kommt, so Bude (2000: 571) das Moment der Kunst in die Wissenschaft.

Nach diesen allgemeinen Vorbemerkungen zur Forschungshaltung sollen im Folgenden die Phasen des Forschungsprozesses in ihrer Abfolge kurz vorgestellt werden, um danach das eigene Vorgehen innerhalb dieses Modells zu verorten.

Die *erste Phase* besteht aus den ersten vorbereitenden Schritten im Forschungsfeld. Die ungerichtete Teilnahme am Geschehen richtet sich vor allem darauf, die Erhebungsmöglichkeiten

auszuloten und Zugangsbarrieren abzubauen. Als zentrale Handlungsmaxime dieser Forschungsphase gilt: „möglichst viel mit einer freischwebenden, nicht vorstrukturierten Aufmerksamkeit *wahrnehmen* und: alles *einsammeln*, was das Feld hergibt und zu allen Dingen *Fragen stellen*, selbst wenn eine Antwort auf der Hand zu liegen scheint“ (Reichertz/Schröer 1994: 64, Hvhb.i.O.). Beobachtungen und Erfahrungen aus dem Forschungsfeld werden in Memos festgehalten.

In der *zweiten Phase* bleibt zunächst die freischwebende Aufmerksamkeit, das Sammeln und Fragen erhalten. Die Anfertigung von Memos allerdings ändert sich dahingehend, dass sie auch während des Feldaufenthaltes geschrieben und darin deutlich Beobachtungen, Vermutungen und Schlussfolgerungen voneinander unterschieden werden. Mit der Erhebung ‚natürlicher‘ Daten, d.h. vorliegende Dokumente, Akten, Formulare, audiovisuelle Aufzeichnungen und Tonbandprotokolle, kann in dieser Phase begonnen werden. Ist dies nicht möglich, so gilt das Engagement weiterhin dem Erhöhen des Vertrauens auf Seiten möglicher AnsprechpartnerInnen für die weitere Datenerhebung.

Die *dritte Phase* zeichnet sich insbesondere dadurch aus, dass die fortgesetzte Feldbeobachtung erweitert wird um die parallele erste Aufarbeitung und Interpretation bereits gesammelter Daten. Unter Einbeziehung der Memos und Feldbeobachtungen werden diese Daten in einer Forschungsgruppe interpretiert. Aufscheinenden Inkonsistenzen und offenen Fragen gilt dabei die besondere Aufmerksamkeit. Die ersten Begrifflichkeiten sollten in dieser Phase noch sehr ‚weich‘ gehalten werden, d.h. die Begriffsgrenzen bleiben fließend und die Brauchbarkeit gewählter Begriffe wird immer wieder in Frage gestellt.

Die *vierte Phase* ist wiederum, wie die ersten beiden Phasen, geprägt von einer Haltung freischwebender Aufmerksamkeit. Gezielte Aufmerksamkeit richtet sich in Erweiterung dieses offenen Handelns auf die bislang bemerkten Inkonsistenzen, Lücken und offenen Fragen. Feldbeteiligte können diesbezüglich und vor dem Hintergrund der bisherigen Auswertungen und Interpretationen des Materials auch direkt angesprochen und gezielt noch einmal befragt werden.

Weitere Phasen gestalten sich als konzentriertere Wiederholungen der Phasen drei und vier. Das heißt, eine zweite Interpretationswelle in der Weise wie in Phase drei erbringt neue Lücken und Inkonsistenzen und bereits formulierte Begrifflichkeiten können ausdifferenziert oder verworfen und neue gewonnen werden. Daraufhin folgt wieder Phase vier. Diese Hin- und Herbewegung erfolgt so lange, bis man glaubt, genügend Material gesammelt zu haben. ‚Genügend‘ ist hierbei zu verstehen „als möglichst optimale Resultante unterschiedlicher, auch entgegengerichteter Variablen“ (Schröer 1997: 121).

Die *vorletzte Phase* zeichnet sich aus durch extensives Auswerten des erhobenen Datenmaterials. In weiteren Feldbesuchen können neu entdeckte Lücken und Ungereimtheiten abermals mit den Feldbeteiligten gezielt geklärt werden. Als *letzte Phase* schließt die Formulierung begründeter Hypothesen an.

4.4.2.1 Zugang und Annäherung ans Forschungsfeld

Aufgrund der Einbindung in einen größeren Forschungszusammenhang, in dem die vorliegende Untersuchung am Ende eines bereits drei Jahre andauernden Forschungsprozesses stand, hatte ich vielfältige Möglichkeiten zur Teilnahme und Exploration, wie sie für die erste Phase beschrieben sind.¹³⁶ Nicht nur umfassten daher diese vorbereitenden ersten Schritte als ‚professionelle Fremde‘ (vgl. Bude 1991: 116) im Forschungsfeld eine vergleichsweise lange und intensive Zeitspanne in der untersuchten Therapieeinrichtung. Vielmehr konnte ich meine Feldbeobachtungen auf zwei weitere Einrichtungen, die im gesamten Forschungszusammenhang auch einbezogen waren, ausdehnen. Dies schärfte wesentlich meinen Blick für die Spezifika der Arbeitskonzepte in der hier untersuchten Einrichtung, also dafür, was dort existiert und in anderen Einrichtungen nicht, was anders gehandhabt und strukturiert wird oder wo Gleiches möglicherweise unterschiedlich begründet wird. Der Zugang zu verbalen und non-verbalen Handlungs- und Darstellungselementen vermittelte mir „erste Hinweise auf grundlegende Orientierungsmuster (im Sinne einer Hypothesengenerierung) [...], die dann durch Textinterpretation validiert und differenziert“ (Bohnsack 2003: 132) werden konnten. Zu nennen wären etwa Ungereimtheiten und Leerstellen, die, wenngleich in unterschiedlicher Form, in allen Phasen des Forschungsprozesses zutage traten. Einerseits finden sich diese im Bezug auf die Grenzen professionellen Handelns, wie es dann auch in den Interviews als wesentliches Erzählmuster aufscheint. Andererseits betrifft dies die Leerstelle in Bezug auf eine professionell handelnde Integration der Erfahrungen von AdressatInnen in den unterschiedlichen Bereichen der Drogentherapie. Hierfür ließen sich bereits in den anfänglichen Forschungsphasen vielfältige Hinweise finden.

Zufällige Beobachtungen, wie sie auch Geertz (1987: 202ff.) darstellt, die mitunter eher flüchtigen Charakter hatten und erst im anschließenden Festhalten im Memo in ihrem möglichen Bedeutungsgehalt reflektierend erschlossen wurden, bildeten eine beachtenswerte Erkenntnisquelle im Forschungsprozess. So habe ich vielfältige Beobachtungen notiert, auch solche, die meinen Überzeugungen und Annahmen widersprachen, oder solche, die merkwürdig und interessant wirkten, obwohl ihre Bedeutung vorerst unklar blieb (vgl. hierzu Blumer 1979: 56). Genauso wie die zufälligen Beobachtungen erwiesen sich die zahllosen, zunächst weitgehend ungerichteten Gespräche mit MitarbeiterInnen wie mit NutzerInnen der Einrichtung als wichtige Ressource für mehr Wissen über die zu erforschende Alltagswelt Drogentherapie. Dies diente nicht nur der Einsozialisation ins Forschungsfeld, die Honer (1994: 89f.) als eine Einsozialisation in die lebensweltliche Perspektive der handelnden Subjekte beschreibt, sondern zugleich der Vertrauensbildung und der Sichtbarwerdung der Forscherin (vgl. Girtler 1984: 97ff.; Wax 1979). Die auf eine Perspektivenübernahme innerhalb des sozialen Felds abzie-

¹³⁶ Die bisherige Forschungsarbeit hatte ihren Schwerpunkt in einer Befragung der AdressatInnen unterschiedlicher Drogentherapieeinrichtungen. Die daraus abgeleiteten für Therapieverlauf und -resultat wesentlichen Zusammenhänge wurden in diesem Forschungskontext im Spiegel der professionellen Arbeits- und Selbstverständnisse beleuchtet (vgl. hierzu Reinl/Stumpp 2000, 2001; Thiersch u.a. 2001; 3.3.1).

lende Rolle einer beobachtenden Teilnehmerin (vgl. Girtler 1984: 103ff.) einzunehmen, stand dabei nicht im Vordergrund.¹³⁷ Die Feldbeobachtungen unterstützten als ‚beiläufiges‘ Instrument des unspezifischen und spezifischeren Wahrnehmens im Forschungsfeld und erfüllten im Sinne des ‚Dabei-Seins‘ ihren Zweck hinsichtlich der Entwicklung unmittelbarer Vertrautheit mit der untersuchten Sphäre und eines Wissens aus erster Hand (vgl. Blumer 1979: 52f.)

Die Entscheidung etwa, die Untersuchung der Deutungs- und Handlungsmuster von MitarbeiterInnen in der *stationären Langzeittherapie* anzusiedeln, basierte nicht zuletzt auf den Beobachtungen der ersten Untersuchungsphase, in dem sich in diesem Einrichtungstypus sehr früh eine besondere Verdichtung von Neuem und Altem der Drogenarbeit andeutete. Während sich die neueren Einrichtungen, die 3-Monats-Therapie und die 6-Monats-Therapie, bereits in Abgrenzung zu dieser ‚Urform‘ der Drogentherapie definierten, kann auf dieses Medium zur Generierung eines Arbeits- und Selbstverständnisses dort nicht zurückgegriffen werden. So offenbarten sich in dieser Phase bereits wesentliche Anzeichen für die mit dem Ende der Eindeutigkeit in der stationären Drogentherapie als Königsweg einhergehenden Verunsicherungen. Die Situation erhöhter lebensweltlicher Reflexivität im Zusammenhang mit Brüchen und Verwerfungen als besonders günstige Untersuchungskonstellation schien daher vorrangig in der stationären Langzeittherapie gegeben.

Neben dem beobachtenden Dabei-Sein, den damit einhergehenden Gesprächen und Klärungen wirkten sich insbesondere in der ersten und zweiten Phase die im gesamten Forschungsprojekt durchgeführten Interviews mit AdressatInnen als orientierungsweisend im Feld aus. Wir befragten nicht nur, wie allgemein üblich in der Therapieforschung, AdressatInnen, die regulär ihre Therapie beendeten, sondern versuchten auch jene zu erreichen, die vorzeitig aufhörten. Dies ermöglichte wiederum für die hier vorliegende Untersuchung zahlreiche orientierungsgebende Einblicke in das Therapiegeschehen, die weder durch eine verstärkte Teilnahme am Therapiealltag¹³⁸ noch durch weitere Gespräche in der Einrichtung möglich gewesen wären. Diese Interviews mit den AdressatInnen gaben Zeugnis von Hoffnungen, Wünschen, aber auch Enttäuschungen, die zumeist in sehr differenzierter Weise im Zusammenhang der unterschiedlichen lebensweltlichen Bezüge vor, während und nach der Therapie entfaltet wurden. Insgesamt waren die Gespräche und Interviews mit den AdressatInnen wesentlich für mein Handeln im Feld, d.h. ich wurde im Feld akzeptiert und konnte mich neugierig fragend bewegen. Zudem erlaubte mir die Akzeptanz, hin und wieder an den wöchentlichen Hausversammlungen teilzunehmen und aus dieser Perspektive professionelles Handeln in der direkten Interaktion mit AdressatInnen zu beobachten.

¹³⁷ Zu den unterschiedlichen Arten der Forschungstätigkeiten, die als teilnehmende Beobachtung gelten vgl. Becker/Geer 1979.

¹³⁸ Möglicherweise bedarf es hierfür eine Form der beobachtenden Teilnahme, wie sie Heckmann Ende der 1970er Jahre in verschiedenen Therapieeinrichtungen durchgeführt hat, indem er sich als Mitarbeiter bzw. Bewohner in die Therapeutischen Gemeinschaften begab (vgl. Heckmann 1980a; allgemein zur Frage des offenen bzw. verdeckten Beobachtens vgl. Honer 1994: 90f.).

Im Sinne eines Hintergrundwissens flossen die Informationen und Erkenntnisse sowie die Fragen, die sich daran knüpften, sowohl in die vielfältigen Gespräche mit den MitarbeiterInnen ‚am Rande‘ als auch in die während der zweiten und dritten Phase durchgeführten Experteninterviews ein. In Bezug auf Letztere eröffneten mir diese Annäherungen an die Untersuchung ein gezielteres Thematisieren der Handlungszusammenhänge und Handlungsschemata, die, wie Honer (1994: 92) zu Recht anmerkt, nur begrenzt im Interview zu erfragen sind. Mit dem Eindringen in den sozialen Handlungszusammenhang gelang es mir mehr und mehr, mich den Definitionsprozessen der Handelnden selbst anzunähern (vgl. Blumer 1981: 96). Insofern diente die zweite (aber auch bereits die erste) Phase der Erweiterung meiner Relevanzstrukturen für die Befragung der ExpertInnen, die den eigentlichen empirischen Kern der Fallanalyse ausmacht. Ebenfalls flossen die Auswertungen und Interpretationen der Adressatenbefragung implizit in die Mitarbeiterbefragung ein. Das heißt, diese Ergebnisse fungierten in ähnlicher Weise wie die eben angesprochenen Eindrücke aus den Kontakten mit AdressatInnen als eine Art Hintergrundfolie und Fokus des Thematisierens. Unterstützt wurden diese Aspekte noch durch die zahlreichen Treffen auf der Koordinationsebene des Verbundprojekts, die mir wesentliche Einblicke in organisatorische und institutionelle Abläufe und Gegebenheiten gewährten und so mein Hintergrundwissen abrundeten. Der damit einhergehende interdisziplinäre Diskurs mit den ForscherInnen anderer Teilprojekte, bei denen es sich vorwiegend um PsychologInnen aus der Psychiatrie und der Psychologie handelte (vgl. Einleitung), schärfte und erweiterte die Wahrnehmungen dabei gleichermaßen.

4.4.2.2 Zentrale Aspekte der Datenerhebung

Eingebunden in diese Phasen der mehr oder minder gerichteten Aufmerksamkeit in den ersten Forschungsphasen wurden die in die Befragung einzubeziehenden Personengruppen und Personen ausgewählt. Insbesondere dienten diesbezüglich auch Experteninterviews in den oben bereits angesprochenen weiteren Einrichtungen als wesentliche Erkenntnisquelle innerhalb des Auswahlprozesses, der sich nach Glaser und Strauss am bisherigen Stand der Theoriebildung orientiert und als ‚*theoretical sampling*‘ bezeichnet wird. „Theoretisches Sampling meint den auf die Generierung von Theorie zielenden Prozess der Datenerhebung, währenddessen der Forscher seine Daten parallel erhebt, kodiert und analysiert sowie darüber entscheidet, welche Daten als nächste erhoben werden sollen und wo sie zu finden sind. Dieser Prozess der Datenerhebung wird durch die im Entstehen begriffene – materiale oder formale – Theorie *kontrolliert*“ (Glaser/Strauss 1998: 53, Hvhb.i.O.). Dabei hängen Ausgangsentscheidungen durchaus von apriorischen theoretischen und praktischen Annahmen ab und vollziehen sich nicht im gleichsam theorie- und voraussetzungslosen Raum.¹³⁹ *Theoretische Sensibilität*, so die Autoren weiter, erlaubt es der Forscherin, allmählich ein Instrumentarium von Kategorien und Hypothesen zu entwickeln, nach der auch die Angemessenheit und Relevanz

¹³⁹ Dies illustrieren Glaser und Strauss (1974) etwa im ersten Kapitel ihrer Studie zur Interaktion mit Sterbenden.

der Daten beurteilt werden kann (vgl. ebd.: 54f.). Mit theoretischer Sensibilität ist die Fähigkeit der Forscherin angesprochen, Feinheiten in der Bedeutung von Daten zu erkennen. Sie ist abhängig „vom vorausgehenden Literaturstudium und von Erfahrungen, die man entweder im interessierenden Phänomenbereich selbst gemacht hat oder die für diesen Bereich relevant sind“ (Strauss/Corbin 1996: 25). Der Begriff der theoretischen Sensibilität bezieht sich wesentlich darauf, Wichtiges von Unwichtigem zu unterscheiden, Einsichten zu haben sowie den Daten Bedeutung zu verleihen und vor allen Dingen zu verstehen. Evident ist, dass mit der theoretischen Sensibilität wiederum der flexible bzw. kritische Umgang mit eigenen Überzeugungen und vorhandenen Konzepten angesprochen ist. Als bedeutende Quellen theoretischer Sensibilität kennzeichnen Strauss und Corbin neben dem Literaturstudium und der persönlichen Erfahrungen die beruflichen Erfahrungen sowie den analytischen Prozess der Forschung selbst (vgl. ebd. 25f.).

Die gesamte *Erhebung der Experteninterviews* fand statt im Zeitraum von November 1998 bis September 1999 und umfasste ein Interview mit dem Mitarbeiter der Arbeitstherapie, eines mit einer Mitarbeiterin der Freizeittherapie sowie zwei Interviews mit je einer Mitarbeiterin und einem Mitarbeiter der Psychotherapie. Diese Auswahl der InterviewpartnerInnen folgte zunächst dem Ansatz der Repräsentation aller therapeutischen Bausteine in der Befragung. Ferner war für die Befragung zweier PsychotherapievertreterInnen ausschlaggebend, dass diese Konstellation dem Handlungszusammenhang, wie er sich den AdressatInnen präsentiert, weitgehend entspricht. Während ihres Therapieaufenthaltes sind sie stets zwei PsychotherapiemitarbeiterInnen zugeteilt. Überdies war hierfür forschungspragmatisch handlungsleitend die Beobachtung der gerade in diesem Baustein vorfindbaren unterschiedlichen Haltungen und Einschätzungen der MitarbeiterInnen. Diesen Punkten sollte mit der Erhebung Rechnung getragen werden. Was die dargestellten Forschungsphasen anbelangt, so waren die Befragungen am Übergang von der zweiten und dritten Phase angesiedelt.

Die Interviews fanden allesamt in Räumen statt, welche die GesprächspartnerInnen ausgewählt hatten. Dies waren im Fall der PsychotherapiemitarbeiterInnen deren Büroräume, im Fall der Arbeitstherapie das Domizil der Hausmeisterei; nur die Freizeittherapiemitarbeiterin musste erst einen Raum ausfindig machen, was wiederum der realen Arbeitssituation entspricht. Das heißt, dieser Baustein verfügt über keine eigenen Räumlichkeiten, wie es auch im Kontext der Darstellungen zur freizeittherapiespezifischen Arbeitsorganisation Gegenstand des Interviews war. Alle Interviews dauerten zwischen zwei und zweieinhalb Stunden und wurden unter Beachtung der kommunikationsförderlichen Umgangsweisen (vgl. Gläser/Laudel 2004: 151ff.) auf Audiocassetten dokumentiert.

Wie in den Ausführungen zum Experteninterview bereits begründet, wurden die Gespräche als offene, leitfadengestützte Interviews geführt (vgl. 4.4.1). Auch die Entwicklung und Anpassung des Interviewleitfadens verdankt dem anfänglichen Fragen, Beobachten und Sammeln wesentliche Konturen. Im Wechselspiel mit den unterschiedlichen theoretischen Zugän-

gen zum Thema Drogentherapie, wie sie in den vorigen Kapiteln referiert wurden, dienten die im Feld gewonnenen (theoretischen) Einsichten zur weiteren Dimensionalisierung und Operationalisierung des Untersuchungsgegenstandes für die Interviews. Insgesamt stellten diesbezüglich die anfänglichen Aufarbeitungen und Interpretationen der verschiedenen Auffälligkeiten, Beobachtungen, Ungereimtheiten und Fragen, wie sie in Memos festgehalten wurden, im Gesamtkontext des sozialpädagogischen Forschungsprojekts eine wichtige Unterstützung dar.

Der *Leitfaden* umfasste sowohl bausteinübergreifende Elemente als auch solche, die sich auf bausteinspezifische Aspekte des Handelns beziehen. So konnte gewährleistet werden, dass sowohl die bausteinspezifischen Aspekte des Expertenwissens wie auch jene, die sich auf den gesamten Alltag Drogentherapie und das darin vermittelte bausteinübergreifende Verhältnis des professionellen Handlungszusammenhangs beziehen, erfasst werden. Mit einer Ausnahme¹⁴⁰ begannen die Interviews alle mit der Frage nach der spezifischen Zuständigkeit des Mitarbeiters bzw. der Mitarbeiterin im Handlungsfeld, die als erzählgenerierende Frage einen Zugzwang der Erzählung erzeugte (vgl. Hopf 2000: 355ff.). Die Interviewten konnten insofern, im Kontext des Untersuchungsgegenstandes verbleibend, dem Gespräch zunächst die ihnen wesentliche Richtung geben und die ihnen relevanten Bereiche entfalten. Im Blick auf die Rekonstruktion der spezifischen Handlungsformen und -konstellationen sowie der handlungsleitenden Deutungsmuster bzw. Relevanzstrukturen der MitarbeiterInnen halte ich dies für unerlässlich, geht es doch gerade um die Rekonstruktion des Typischen aus dem „Eigensinn des Falls“ (Bude 1988: 426; vgl. auch Schröder 1997: 113). Insgesamt erfüllte der Leitfaden seinen sicherheits- und orientierungsgebenden Zweck, obwohl er sehr offen und eher ‚beiläufig‘ im Sinne einer „flexiblen Orientierungshilfe“ (Kaufmann 1999: 65) verwendet wurde. Er diente eher als Medium der Vergewisserung, ob alle aus meiner Sicht relevanten Themen- und Fragebereiche angesprochen wurden, und kam zumeist erst am Ende des Interviews zum Tragen. Fehlten wesentliche Bereiche, blieb noch genügend Zeit, diese durch spezielle Nachfragen zu ergänzen. Die wesentlichen Fragen konnten jedoch bereits im Gesprächsfluss erörtert werden.

Die Datenerhebung kann ich insgesamt resümieren als Kommunikation mit den MitarbeiterInnen der Drogentherapie, in der ich als Forscherin bei den ExpertInnen auf ein hohes Maß an Neugier an der Sache getroffen bin. Mit Meuser und Nagel (1997: 487) gesprochen, agierten die ExpertInnen in der Haltung von ProtagonistInnen und AkteurInnen, die zu wissenschaftlichen Zwecken den ‚Vorhang‘, wenigstens ein bisschen und kontrolliert, ‚heben‘ und

¹⁴⁰ Diese Ausnahme betrifft das erste Interview mit dem Mitarbeiter der Psychotherapie. Er wurde eingangs auf die Bedeutung des Alltags in der Therapie angesprochen. Dies folgte der Forschungsperspektive auf den gesamten Alltag Drogentherapie und erwies sich in der ersten Aufarbeitung des Interviews als zu ‚eng‘, indem es auf ein Thema lenkt, das zunächst höchst interpretationsbedürftig oder auch von Seiten der Interviewerin erklärungsbedürftig erscheint. Mit der korrigierten Eingangsfrage öffnet sich hingegen das Spektrum und kann von den ExpertInnen zunächst selbst entfaltet und gefüllt werden. Das erste Interview mit abweichender Eingangsvariante konnte dennoch in die Untersuchung einbezogen werden. Auch dieser Aspekt des Forschungsverlaufs unterstützte die Entscheidung, zwei MitarbeiterInnen aus der Psychotherapie zu befragen.

sich ‚in die Karten gucken‘ lassen sowie – etwas vorsichtiger formuliert: ihre ‚Geheimnisse‘ zumindest teilweise ‚lüften‘. Mitunter spielten auch solche Aspekte eine Rolle, die Meuser und Nagel als Instrumentalisieren der Forscherin als ‚Ko-Expertin‘ bezeichnen (vgl. ebd.: 487f.). Meine umfassenden Einblicke in den Therapiealltag, die ich bis dahin gewinnen konnte, erlaubten mir allerdings sowohl in der Erhebungs- wie auch in der Auswertungsphase, damit konstruktiv-reflektierend umzugehen.

Ehe im Anschluss die konkreten Schritte der Datenauswertung thematisiert werden, möchte ich als Illustration der vielfältigen, von der Forscherin nicht kontrollierbaren Interaktionszusammenhänge im Forschungsprozess ein Beispiel geben.

Exkurs: Vordergründiges und Hintergründiges der Datenproduktion

Aus zweierlei Gründen erscheint mir dieser Exkurs wichtig: Erstens vermittelt er einen ‚plastischen Eindruck‘ der vielgestaltigen Verwobenheit des Forschens in einen konkreten Handlungszusammenhang. Zweitens unterstreicht er die grundlegende Bedeutung der angesprochenen Haltungen und insgesamt der anfänglichen Forschungsphasen im Blick auf die Produktion der Kerndaten. Als wesentlich, so soll hier gezeigt werden, erweist sich auf unterschiedlichen Ebenen die interaktive Herstellung von Akzeptanz, die notwendigerweise offene und flexible Haltungen und Handlungen erfordert. Ausgewählt habe ich für diese exkursive reflektierende Darstellung die ‚Geschichte‘ des Interviews mit Georg¹⁴¹, dem Mitarbeiter der Hausmeisterei und Instandhaltung.

Die Suche nach einer/einem InterviewpartnerIn aus der Arbeitstherapie gestaltete sich schwierig. Meine allgemeine Anfrage an das Gesamtteam der Einrichtung blieb unbeantwortet. In einem Telefonat mit Georg, der zufällig meinen Anruf entgegennahm und mit dem ich bislang keinen direkten Kontakt gehabt hatte, reagierte dieser reserviert, erklärte mir die große Arbeitsbelastung aller KollegInnen der Arbeitstherapie, versprach aber, meine Anfrage ins Arbeitstherapieteam einzubringen. Weil ich von einem grundsätzlichen Wissen über meine Untersuchung ausging, formulierte ich mein Interesse unter Bezugnahme auf den gesamten Suchtforschungsverbund relativ kurz. Obwohl ich Georgs Reserviertheit bemerkt hatte, rechnete ich nicht mit der Ablehnung meiner Bitte, die mir Georg eine Woche später mitteilte. Er begründete dies – im Namen des Arbeitstherapieteams – mit mangelnden Zeitressourcen, aber durchaus auch mit mangelnder Bereitschaft. Ich war ziemlich überrascht von dieser Entscheidung, weshalb ich zunächst nur in der Lage war, mein Verständnis einerseits sowie mein Bedauern andererseits auszudrücken. Damit stand ich allerdings vor einem erheblichen Problem, was die Auswahl der InterviewpartnerInnen nach dem Prinzip des theoretical sampling (vgl. Glaser/Strauss 1998: 53ff.; 4.4.2.2) anbelangt. Die Integration aller drei Therapiebausteine schien mir unerlässlich. Fiele die Arbeitstherapie heraus, so meine Hypothese, würden einzelne typische Deutungsmuster keine Berücksichtigung finden (vgl. Lamnek 1995b: 92). Das Ziel, „ein möglichst zutreffendes Set der relevanten Handlungsmuster in einer sozialen Situation herauszufinden“ (ebd.), wäre von vornherein zum Scheitern verurteilt.

Demnach blieb mir nichts anderes übrig, als einen zweiten Versuch zu starten. Die einzigen Anhaltspunkte, die ich hierfür aus den bisherigen Gesprächen mit Georg hatte, waren Arbeitsüberlastung und mangelndes Interesse an meiner Untersuchung im Team der Arbeitstherapie. Daran wollte ich anknüpfen und Georg persönlich auf seine Beteiligung ansprechen. Trotz seiner abweisenden Haltung schien eine prinzipielle Basis gegeben, die mir ein solches Vorgehen gestattete.

¹⁴¹ Die Namen der InterviewpartnerInnen sind zum Schutze ihrer Anonymität geändert. Ich verwende die Vornamen meiner InterviewpartnerInnen gemäß dem allgemein in der Einrichtung üblichen Verhalten, sich gegenseitig zu duzen, was in allen Interviews praktiziert wurde.

In zwei weiteren Telefongesprächen, in denen ich Georg mehr über meine Forschungsinteressen erzählte, versuchte ich zu vermitteln, warum die Beteiligung der Arbeitstherapie für meine Forschungsarbeit wichtig sei und inwiefern sie auch der Arbeitstherapie selbst nutze. Als „verkürzte und unformalisierte Akte von Analyse“ (Becker/Geer 1979: 162) hatte ich im Prozess meiner Einsozialisation ins Forschungsfeld ‚Ahnungen‘ und ‚Einsichten‘ gewonnen über Spannungsverhältnisse zwischen den einzelnen Therapiebausteinen. Darauf gegründet ging ich von einem prinzipiellen – wenngleich von mir noch nicht geweckten – Interesse an einer gleichwertigen Beteiligung der Arbeits-, Freizeit- und Psychotherapie aus. Mein Bestreben, alle drei Therapiebausteine in meine Untersuchung einzubeziehen, hatte also ein Korrelat auf Seiten der MitarbeiterInnen. Die Offenheit und Flexibilität im Forschungsprozess (vgl. Lamnek 1995a: 196) führte in diesem Fall nicht zu einer Modifizierung des Forschungsdesigns, sondern zur Anpassung meines Vorgehens in der Auswahl der Population entsprechend der gegebenen Abläufe im Feld, um den Ansprüchen des theoretical samplings gerecht zu werden.

In unserer Unterhaltung im Anschluss an das geführte Interview erwies sich Georgs Einverständnis als einstweilen höchst widerstrebend. Eigentlich war es seine Absicht gewesen, einen Kollegen als Ersatz zu schicken, von dem er meinte, ‚dieser würde mir nicht viel erzählen‘, was ihm misslang. Zunächst liegt die Interpretation nahe, Georg nur durch Hartnäckigkeit überredet zu haben. Dagegen vermittelt die Unterhaltung nach dem Interview weitere Interpretationsweisen.

Georg beklagte sich heftig über die umfangreichen Forschungsaktivitäten¹⁴² in der Einrichtung, die zu einer insgesamt ablehnenden Haltung insbesondere im Arbeitstherapieteam führte. Dabei spielte nicht nur der Umfang der von den MitarbeiterInnen aufzuwendenden Zeit eine Rolle, sondern mehr noch das Selbstverständnis der WissenschaftlerInnen, die Zeit der AdressatInnen für ausgedehnte Fragebogenerhebungen vor allem während der Arbeitstherapie beanspruchen zu können. Vor diesem Hintergrund interpretiere ich den langwierigen, zwiespältigen Entscheidungsprozess in der Vorphase des Interviews. Georgs widerstrebendes Sich-Einlassen verstehe ich als Ausdruck eines tiefen Unmuts über die wissenschaftlichen Aktivitäten und die AkteurInnen. Genau diesen hatte ich zu Beginn meiner Verhandlungen mit Georg aktiviert durch meine tendenzielle Haltung der Selbstverständlichkeit einer Teilnahme an der Forschung. Ich selbst bin in dieser Situation viel zu sehr von der Akzeptanz der MitarbeiterInnen gegenüber meiner Forschungsaufgabe ausgegangen, die so in der Arbeitstherapie *nicht* oder aber aufgrund der spezifischen Erfahrungen *nicht mehr* gegeben war. Ich musste sie folglich am Ende meiner empirischen Erhebungen erneut herstellen.

Darin liegen Momente der Eigendynamik eines Forschungsprozesses, innerhalb dessen vielfältige Faktoren zum Tragen kommen, die nicht vorausgeplant werden können, mit denen allerdings im Prozess flexibel und kreativ umzugehen ist. Die inhaltlichen Erläuterungen und Begründungen für die Relevanz der Arbeitstherapiebeteiligung waren das Vehikel der zentralen Botschaft ‚ich halte es nicht für selbstverständlich, dass Du mir Deine Zeit zur Verfügung stellst‘. Damit formulierte ich ein Selbstverständnis, das den Mitarbeiter in seiner Sicht auf die Arbeitsbelastung grundsätzlich respektiert und ihn als wichtigen Experten des Feldes wertet, was von Georg, vor allem im Licht des von ihm als ungebührlich eingeschätzten Verhaltens anderer ForscherInnen, positiv wahrgenommen wurde. Darüber hinaus wurde deutlich, dass es *seine* Entscheidung ist, teilzunehmen oder nicht: Er ist der Experte und ich als Forscherin bin „auf *sein* Expertenwissen angewiesen“ (Lamnek 1995b: 95, Hvhb..i.O.).

Der dargestellte Prozess der Klärungen verdeutlicht das Gewicht einer gegenseitig Akzeptanz und Anerkennung vermittelnden Basis zwischen Interviewerin und Interviewten hinsichtlich der Wahrnehmung oder eben Nicht-Wahrnehmung einer Reziprozität in der Forschung. Diesen Zustand konnten wir in der Inter-

¹⁴² In den beiden Teilprojekten des Suchtforschungsverbands „Wahrgenommene Kontrolle“ (Jonas/Walter/Eder-Jonas 2001) und „Basisdokumentation“ (Günthner u.a. 2001) kamen umfangreiche Fragebogenerhebungen zum Einsatz. Ferner nutzen die ForschungskollegInnen offenbar vorrangig den Zeitrahmen der Arbeitstherapie für ihre Erhebungen, während wir im Teilprojekt „Alltagswelten“ die AdressatInnen in ihrer frei verfügbaren Zeit befragten und auch die MitarbeiterInnen außerhalb ihrer Zeit für die Bausteine, um den Ablauf der Therapie möglichst wenig zu stören.

viewvorgeschichte herstellen und im Interview selbst darauf aufbauen. Insofern zeigt sich, dass hierfür nicht erst die Anfangsphase des Interviews selbst (vgl. ebd.) ausschlaggebend ist, sondern dass sich diese Aufgabe für die Forscherin schon mit der ersten Kontaktaufnahme und grundsätzlich in den Phasen der ‚freischwebenden Aufmerksamkeit‘ stellt. Die Vorgeschichte des Interviews lieferte mir jedoch auch wertvolle Informationen und Hinweise für die Analyse der Daten, insbesondere für „die realitätsgerechte und lebensweltlich angemessene Verortung des Befragten“ (ebd.: 99). Die Frage, wer verfügt mit welchem Recht über die Zeit der Arbeitstherapie, erweist sich nämlich nicht nur als ein relevantes Thema hinsichtlich der Forschungskontakte, sondern ist auch von zentraler Bedeutung für den gesamten Handlungszusammenhang der Alltagswelt Drogentherapie.

4.4.2.3 Zentrale Aspekte der Datenauswertung

Mit der Auswertung des Datenmaterials beziehe ich mich im Sinne der dargestellten Prozessgestaltung nach Reichertz/Schröer (1994) und Schröer (1997) vorrangig auf die vorletzte und letzte Phase des Forschungsverlaufs, also die Phasen der extensiven Auswertung und Interpretation der Daten sowie die Formulierung von Hypothesen. Mit den beschriebenen intensiven Feldforschungsphasen und den bereits in den weiteren Drogentherapieeinrichtungen durchgeführten Experteninterviews im Rahmen des gesamten Forschungsprojekts wurde bezüglich einer umfangreichen Rückkehr ins Forschungsfeld bereits wesentliche Vorarbeit geleistet. Insbesondere betrifft dies das Vorgehen des *theoretical sampling* sowie die Präzisierung des Leitfadens und daraus möglicherweise resultierender Ergänzungsnotwendigkeiten. Eine Rückkehr in das Feld erwies sich daher nur partiell als erforderlich. Wo dies im Blick auf noch entdeckte Lücken und Inkonsistenzen des Materials nötig erschien, wurden weitere kurze Feldaufenthalte unternommen sowie Rückfragen und Klärungen mit den InterviewpartnerInnen verhandelt. Rückkoppelungsgespräche zu ersten Ergebnissen fanden mit den MitarbeiterInnen der Einrichtung, auch mit solchen, die nicht direkt an der Befragung beteiligt waren, zu unterschiedlichen Zeitpunkten der Forschung statt. Ebenso gab es hinsichtlich der Einordnung von Wahrnehmungen Gespräche mit Vertretern der Trägerleitung.

Die Datenauswertung beschreiben Meuser und Nagel als den *Modellvorschlag einer Entdeckungsstrategie*, welche die Prinzipien interpretativer Sozialforschung erfüllt und wesentliche methodische Implikationen der Grounded Theory aufgreift (vgl. hierzu insbesondere Meuser/Nagel 1991, 2005). Im Auswertungsverfahren bin ich den Vorschlägen in weiten Teilen gefolgt. Das Untersuchungsdesign und die Bedingungen seiner Durchführungen erforderten allerdings in manchen Punkten abweichende Vorgehensweisen, wie sie in Teilen auch bei Ackermann/Seeck (1999) thematisiert sind. Grundsätzlich wurde das Textmaterial zunächst fallanalytisch und anschließend thematisch vergleichend analysiert.

Allgemein gesprochen betrifft das Abweichen die methodische Kontrolle des Zirkelschlusses, also den Nachweis der Intersubjektivität der Methode, der Prüfkriterien und der Gültigkeit der Interpretationen. Ihre Bedeutung erhalten die Äußerungen der ExpertInnen, Meuser und Nagel (2005: 81f.) folgend, im Kontext ihrer institutionell-organisatorischen Handlungsbedingungen. Dies, wie auch die leitfadenorientierte Interviewführung gewährleistete die Vergleichbarkeit. Wengleich dies bezogen auf die gesamte Fallrekonstruktion plausibel erscheint, so

halte ich es im Blick auf die Rekonstruktion der Deutungs- und Handlungsmuster hinsichtlich des je bausteinspezifischen Handlungszusammenhangs nicht für ausreichend. In diesem Bezugsrahmen werte ich die Interviewtexte als Einzelfälle, deren Besonderung ich fallanalytisch betrachte, um in der Sprache des Falles den Spuren der Verwerfungen und Fragmentierungen nachzugehen (vgl. Lüders 1991: 379). Hier folge ich der hermeneutischen Strategie einer kasuistischen Forschungspragmatik, wie sie Bude (1988, 1991) entwirft, und orientiere mich dezidiert an der hermeneutischen Kunstlehre der Interpretation nach Soeffner/Hitzler (1994).

Die von Meuser und Nagel gelockerten Maßgaben der kontextabhängigen Bedeutungsinterpretation von Äußerungen einerseits und der sequenziellen Textrekonstruktion und -interpretation andererseits wurde somit nicht in dem vorgeschlagenen Umfang übernommen. Der Bedeutungskontext wird mithin gegenüber dem Funktionskontext des Wissens aufgewertet, ohne Letzteren im Sinne des gemeinsam geteilten institutionell-organisatorischen Zusammenhangs zu vernachlässigen. Das Verhältnis von fallanalytischer und anschließender thematisch-vergleichender Analyse verschiebt sich somit zugunsten der erstgenannten.

Transkription

Was die Transkription anbelangt, schlagen Meuser und Nagel einerseits den Verzicht auf aufwendige Notationssysteme und andererseits die nur teilweise Verschriftung der Interviews, je nach Diskursverlauf, vor (vgl. Meuser/Nagel 2005: 83).

Dagegen wurde hier eine minimale Notation bei der Transkription verwendet, was insbesondere Auslassungen, längere Pausen bzw. akustisch Unverständliches betrifft. Die aufgezeichneten Interviews wurden darüber hinaus in vollständiger Fassung transkribiert, was besonders für die einzelfallanalytische hermeneutische Rekonstruktion notwendige Voraussetzung ist. Prinzipiell sehe ich die mit der teilweisen Verschriftung verbundene Gefahr der frühzeitigen Reduktion des Datenmaterials im Sinne eines „Verschenkens von Wirklichkeit“ (Meuser/Nagel 2005: 83). Die Transkripte erstellte eine professionelle Schreibkraft und sie wurden von mir überprüft. Dies hatte einen doppelten Nutzen: Zum einen konnte ich Korrekturen, also akustisch schwer Verstehbares, aufgrund der Kenntnisse des direkten Gesprächs einfügen. Dieser Arbeitsschritt erfolgte daher zeitnah zum Interview. Dennoch blieben insbesondere in dem Interview mit der Mitarbeiterin aus der Psychotherapie zahlreiche Leerstellen im Transkript, was zum einen dem Umstand lauter Umfeldgeräusche während der Interviewzeit geschuldet ist, aber auch der ausgesprochen leisen Stimme der Interviewpartnerin. Nachfragen und Klärungen waren daher vor allem für dieses Interview wichtig.

Paraphrase

Als zweiter Auswertungsschritt erfolgt die Paraphrasierung der Interviews in der chronologischen Folge des Gesprächsverlaufs. Wiedergegeben wird in eigenen Worten, was die ExpertInnen äußern, wie sie ihr Handeln beschreiben, was sie meinen, was sie wie beobachten, deuten und beurteilen. Die notwendige Einteilung des Textes in thematische Sequenzen als Sinn-

einheiten folgt der Manier des Alltagsverstandes: „Die Interviewte spricht über, äußert sich zu und berichtet von, sie hat beobachtet und meint, interpretiert dies als das, gelangt zu dem Urteil, erklärt sich etwas, hält sich an jene Faustregel“ (Meuser/Nagel 2005: 84). Die Paraphrase stellt einen wesentlichen Teil der Kontrolle des Zirkelproblems dar, indem das geäußerte Wissen der ExpertInnen gleichsam textgetreu verdichtet wird, ehe den Spuren und Verwerfungen nachgegangen wird. In diesem Arbeitsschritt geht es insbesondere um die Reduktion von Komplexität und um ein erstes Verdichten des Textmaterials. Insofern ist darauf zu achten, dass sich der ganze Interviewinhalt in den Paraphrasen wiederfindet. Thematische Kernpunkte werden hier bereits deutlich, d.h. es geht nicht darum, jeden Sachverhalt in derselben Ausführlichkeit wie im Interview selbst zu gewichten. „Trennlinien zwischen Themen werden deutlich, Erfahrungsbündel und Argumentationsmuster schälen sich heraus, Relevanzen und Beobachtungsdimensionen nehmen Kontur an“ (ebd.: 84). Hinsichtlich der Vergleichbarkeit von Paraphrasierungen werden die ersten vorgenommenen Paraphrasen am Ende noch einmal betrachtet und eventuell verändert.

Überschriften

An die Paraphrasierung schließt sich ein weiterer verdichtender Schritt an, indem die paraphrasierten Textteile mit textnahen Überschriften versehen werden, vergleichbar dem Kodieren der Grounded Theory (vgl. Strauss 1991: 56ff.). Die Überschriften orientieren sich an der Terminologie der ExpertInnen. Besonders signifikante Äußerungen bieten sich diesbezüglich an. Etwa wurden Überschriften aus dem Material abgeleitet wie: „Ich bin doch nicht der Clown“, „das Haus am Laufen halten“ oder „das wird hier alles immer pädagogischer“. Solche Überschriften fallen in ihrer Ausdrucksgestalt präziser aus als Formulierungen der Forscherin. Und sie belassen den Text in seiner Gestalt, was vor allem für den anschließenden thematischen Vergleich wichtig ist (vgl. Ackermann/Seeck 1999: 22). Einzelnen Textpassagen wurden hierbei auch mehrere Überschriften zugeordnet, ohne sie zunächst in ihrer Sequenzialität zu zerreißen. Eine vielschichtige Verzahnung von Themen, die eine Mehrfachbenennung von Überschriften erforderlich macht, ergibt sich hauptsächlich bei solchen Interviews, die in ihrem Diskursverlauf stark durch die Relevanzstrukturen der ExpertInnen bestimmt sind (vgl. Meuser/Nagel 2005: 85). Dies ist, wie bereits angesprochen, in den hier durchgeführten Befragungen der Fall.

Textelemente, in denen ähnliche bzw. gleiche Themen verhandelt sind, werden nun unter einer Hauptüberschrift für die subsumierten Passagen angeordnet. Überschriften sind dabei auf ihr Integrationsvermögen der miteinander verbundenen Textpassagen an den Interviewsequenzen zu bemessen und nicht vorrangig an den Paraphrasen. Die Auswertung bleibt immer noch auf der Ebene der einzelnen Interviews, und die vorgenommenen Verdichtungen, Typisierungen und Abstraktionen verbleiben in deren Horizont. Allerdings muss für die Zusammenschau der Themen die Sequenzialität aufgelöst werden. Insofern liegen mit diesem Ar-

beitsschritt zwei Textvarianten vor: die sequenziell gegliederte sowie die thematisch bezogene Variante.

Ergänzend zum Vorgehen bei Meuser und Nagel habe ich im Weiteren für jedes Interview Falldarstellungen im Sinne einer ‚strukturellen Beschreibung‘ erarbeitet (vgl. Ackermann/Seeck 1999: 22). Relevante Themen, Urteile und Deutungen sind darin verdichtet und abstrahiert und fallimmanent typisiert. Als Ausgangspunkt der Beschreibungen habe ich zunächst die Eingangssequenzen der Interviews einer intensiven Auswertung im Hinblick auf ihre verschiedenen möglichen Lesarten unterzogen. Im Sinne einer „kontextfreien Interpretation“ (Reichert/Schröer 1994: 73) diente dies der Sensibilisierung für später möglicherweise relevante Bedeutungsnuancen. Diese konnten noch im gesamtprojektbezogenen Forschungsteam diskutiert und reflektiert werden, was hauptsächlich für die Kodierung der Interviews in diesem Arbeitsschritt und hinsichtlich der Schärfung der Kategorien für den weiteren Auswertungsprozess bedeutsam war. Ferner wurden in der strukturellen Beschreibung die fallimmanenten – also aus der Perspektive der einzelnen pädagogisch-therapeutischen Bausteine abgeleiteten – Handlungsformen und Handlungsdimensionen unter Berücksichtigung der spezifischen damit verbundenen Motive, Intentionen und Deutungen herausgearbeitet und typisierend verdichtet. Es ging hierbei vor allem darum, wesentliche Momente bausteinspezifischer Handlungsmuster in ihrem Sinnzusammenhang hermeneutisch-verstehend zu rekonstruieren.

Ausgangsbasis hierfür bildeten die mit Hauptüberschriften versehenen, subsumierten Textpassagen, die in dieser fallimmanenten Beschreibung mit signifikanten Äußerungen der Interviewten illustriert wurden. Eine weitere Bezugnahme auf die sequenziell gegliederte Textvariante war diesbezüglich immer wieder notwendig. Das Besondere an diesem Arbeitsschritt ist die formulierende und reflektierende Interpretation des Datenmaterials (vgl. Bohnsack 2003: 134ff.) in einer weiteren Form der Verdichtung. Widersprüchen in den Interviews sowie immer wiederkehrenden Inhalten, wie sie sich in ‚banalen‘ Sätzen verbergen (vgl. Kaufmann 1999: 140ff.), galt dabei meine besondere Aufmerksamkeit. Die solchermaßen entstandenen Falldarstellungen bildeten das Rohmaterial für die *Bausteinrekonstruktionen*, wie sie dann unter Bezug auf die weiteren noch zu beschreibenden Auswertungsschritte für die Darstellung der empirischen Ergebnisse im Sinne einer dichten Beschreibung entwickelt wurden.

Thematischer Vergleich

Mit diesem Schritt überschreitet die Auswertung den Einzelfall, verbleibt jedoch in der bisherigen Logik des Vorgehens bei der Bildung von Überschriften. Das heißt, jetzt wird nach thematisch vergleichbaren Passagen aus allen Interviews gesucht und diese werden zusammengestellt. Auch dient dieser Schritt der Vereinheitlichung von Überschriften. Die damit einhergehende weitere Reduktion der Terminologie ist verbunden mit der Aufgabe, Redundanzen zu tilgen. Ein textnahes Kategorisieren wird empfohlen; Kategorien sollen sich entsprechend der Grounded Theory vorrangig durch analytische und metaphorische Qualitäten auszeichnen. Die Kategorien in Form der Überschriften für die zusammengeführten Textpas-

sagen verweisen auf die den Äußerungen abzulesenden Relevanzstrukturen als „typische Erfahrungen, Beobachtungen, Interpretationen und Konstruktionen, Verfahrensregeln und Normen der Entscheidungsfindung, Werthaltungen und Positionen, Handlungsmaximen und Konzepte im Rahmen der Funktionsausübung“ (Meuser/Nagel 2005: 86).

Die AutorInnen betonen, wie wichtig es ist, die Resultate des thematischen Vergleichs immer wieder am Primärmaterial des Interviews auf ihre Triftigkeit, Vollständigkeit und Validität hin zu überprüfen (vgl. ebd.: 87). Was das anbelangt, schlagen sie vor, relevante Passagen hintereinander aufzulisten, um einerseits Gemeinsamkeiten zu verdeutlichen und andererseits Unterschiede, Abweichungen und Widersprüche festzuhalten. Hilfreich waren in diesem Bearbeitungsschritt die konkreten Fragen zum Detail: Bei welchen Themen decken sich die Angaben der ExpertInnen? Wo gibt es unterschiedliche Positionen? Zu welchen Themen äußern sich alle Interviewten? Was sind das für Themen, die nur in einzelnen Interviews zu finden sind? Welche ExpertInnen äußern sich wozu? Mich mit solchen Fragen im Auswertungsprozess immer wieder zu beschäftigen, hat mir geholfen, die Verdichtung voranzutreiben, Kategorien dabei zu präzisieren und weiterführende Hypothesen zum Fall zu entwickeln. Wichtige Anknüpfungspunkte hierfür waren die bereits thematisierten Wiederholungen und Widersprüche in und zwischen den Interviews. Etwa jene Textpassagen, die mit der Kategorie ‚Zusammenarbeit und Integration‘ versehen waren, erfuhren in der Bearbeitung dieser Fragestellungen immer wieder neue Zuordnungen und Gruppierungen quer zu den Interviewtexten.

Theoretische Konzeptualisierung

Meuser und Nagel sprechen in diesem Zusammenhang von der soziologischen Konzeptualisierung. In der hier verfolgten sozialpädagogischen Forschungsperspektive auf die Alltagswelt Drogentherapie als professionellen Handlungszusammenhang, in der Gegenstand und Fragestellung auf der Verknüpfung von sozialpädagogischem Diskurs, dem darin angelegten ‚sozialpädagogischem Blick‘ und einem sozialpädagogischem Beobachtungsgegenstand innerhalb des sozialpädagogischen Koordinatensystems basieren (vgl. Thole 2003: 49), greift eine soziologische Konzeptualisierung gleichwohl zu kurz. Notwendig ist vielmehr die Erweiterung auf sozialpädagogische Theoriekonzepte, wie sie in den vorhergehenden Abschnitten dieser Arbeit vorgestellt wurden. Die weitere Bearbeitung des Datenmaterials wird mithin in diesen Bezugsrahmen bzw. in dieses Koordinatensystem gestellt, wobei es immer darum geht, Deutungs- und Handlungsmuster im Spannungsfeld einer mehrperspektivischen Handlungsorientierung zwischen Bausteinen, Alltag, Pädagogik und Therapie zu theoretisieren. Die prinzipiell mit diesem Schritt verbundene Aufgabe, wie sie Meuser und Nagel entwerfen, verändert sich dadurch nicht.

Vollzogen wird eine Loslösung der Bearbeitung von den primären Interviewtexten und von der Terminologie der ExpertInnen selbst. Das bisher erarbeitete Sekundärmaterial wird nun selbst zum Gegenstand der weiteren Auswertung und Kategorisierung. Im Rückgriff auf theoretisches Wissen richtet sich dieser Schritt darauf, das Gemeinsame im Verschiedenen be-

grifflich zu fassen. In diesen theoriegeleitet formulierten Kategorien erscheint das Besondere des gemeinsam geteilten Wissens in verdichteter Form und wird expliziert. „Der Prozess der Kategoriebildung impliziert einerseits ein Subsumieren von Teilen unter einen allgemeine Geltung beanspruchenden Begriff, andererseits ein Rekonstruieren dieses allgemeinen, für den vorgefundenen Wirklichkeitsausschnitt gemeinsam geltenden Begriffs“ (Meuser/Nagel 2005: 88). Relevanzen, Typisierungen, Generalisierungen und Deutungsmuster sollen mit diesem Bearbeitungsschritt systematisiert werden.

Theoretische Generalisierung

Diese Stufe der Bearbeitung des Datenmaterials ist verbunden mit einer Konzentration auf die theoriegeleitete Bearbeitung des bisher gewonnenen Auswertungsmaterials. Aus der erweiterten Perspektive der theoriegeleiteten Begrifflichkeiten soll eine „Interpretation der empirisch generalisierten ‚Tatbestände‘“ (ebd.: 89) formuliert werden. Rekonstruktiv werden Sinnzusammenhänge in Typologien und Theorien verknüpft, wo bisher eher additives und pragmatisches Nebeneinander vorherrschend war. Die Kontrolle des Zirkelproblems stabilisiert sich während des gesamten Auswertungsverfahrens im permanenten Abgleich von theoretischen Konzeptualisierungen und empirischen Daten. Dies schließt etwa ein, bereits durchlaufene Auswertungsphasen (ähnlich wie in den beschriebenen Phasen des gesamten Forschungsprozesses) zu wiederholen und die Fundierung von Generalisierungen im Datenmaterial zu prüfen (vgl.ebd.: 90f.). Theoretische Sensibilität, wie sie oben bereits angesprochen wurde, erhöht sich dabei mit der Arbeit am Material und dient hier erneut bzw. während des gesamten Forschungsprozesses ebenso wie die Basistechniken komparativer Analyse und der Gebrauch des Hinterfragens dazu, die Angemessenheit und Relevanz der zu identifizierenden Konzepte zu beurteilen (vgl. Glaser/Strauss 1998: 107ff.; Strauss/Corbin 1996: 25ff., 56ff.).

5 Empirische Einzelfallstudien: Psychotherapie, Arbeitstherapie und Freizeittherapie

Kernstück der empirischen Ausarbeitungen sind die Einzelfallstudien zu den drei pädagogisch-therapeutischen Bausteinen. In diesen möchte ich – nach einigen vorangestellten Erläuterungen zur Untersuchungseinrichtung (5.1) – die wesentlichen Handlungsdimensionen aus der Perspektive der Psychotherapie (5.2), der Arbeitstherapie (5.3) und der Freizeittherapie (5.4) entwickeln. Entsprechend der theoretischen Rahmung durch die sozialpädagogischen Konzepte der Lebensweltorientierung und der Bewältigungsorientierung kommt es mir sowohl auf die bausteinspezifischen als auch auf die bausteinübergreifenden, d.h. auf den gesamten Lebensraum der Drogentherapie gerichteten, Dimensionen an, so dass ich die Frage nach den professionellen Deutungs- und Handlungsmustern der MitarbeiterInnen stets in dieser doppelten Perspektive verfolge. Die interne, inhaltliche und strukturelle Gliederung der drei Einzelfallstudien ist dabei nicht übergreifend gleich. Sie folgt insoweit der Logik des Erzählens der InterviewpartnerInnen, als sie die darin angelegte Entwicklung der Arbeitskonzepte, wie sie in zentralen Deutungs- und Handlungsmustern rekonstruiert sind, widerspiegelt. Das empirische Kapitel der Arbeit endet mit der Zusammenfassung der Ergebnisse (5.5).

5.1 Die Untersuchungseinrichtung im Überblick

Die den empirischen Fallstudien vorangestellten Erläuterungen zur Untersuchungseinrichtung basieren im Wesentlichen auf Selbstzeugnissen der Einrichtung. Sie nehmen sowohl Bezug auf die räumlichen Verhältnisse und Möglichkeiten als auch auf die allgemeinen konzeptionell-inhaltlichen Schwerpunkte der Einrichtung (5.1.1) und stellen kurz die konzeptionelle Ausrichtung der pädagogisch-therapeutischen Bausteine vor. Dieser beschreibende Teil der empirischen Ausarbeitungen, der gleichsam zu den Einzelfallstudien hinführt, endet mit einer Kurzvorstellung der interviewten MitarbeiterInnen (5.1.3).

5.1.1 Der Bebenhäuser Klosterhof

Der Bebenhäuser Klosterhof – kurz genannt: ‚die Sophie‘ – ist die älteste Einrichtung des 1973 gegründeten Vereins Drogenhilfe Tübingen e.V.¹⁴³ Untergebracht ist die stationäre Langzeittherapieeinrichtung am Rande Tübingens in einem mehr als 300 Jahre alten Klosterhof, der früher zum Zisterzienserkloster Bebenhausen gehörte. Die NutzerInnen der Einrichtung sind innerhalb kürzester Zeit im Grünen und haben ebenso die Möglichkeit, entweder zu

¹⁴³ Der Bebenhäuser Klosterhof gehörte zum Zeitpunkt der Untersuchung mit der Kompakttherapie Reutlingen (3 Monate Therapiezeit) und dem Bläsiberg Tübingen (4-6 Monate Therapiezeit) zum Zentrum I der Drogenhilfe Tübingen e.V.. Darüber hinaus umfasste das Zentrum zwei Drogenberatungsstellen in Tübingen und Reutlingen sowie unter gemeinsamer Trägerschaft mit der AIDS-Hilfe Tübingen e.V. einen Kontaktladen für DrogenkonsumentInnen.

Fuß, mit dem Fahrrad oder mit öffentlichen Verkehrsmitteln in die Stadt zu gelangen, ohne inmitten des Zentrums – und damit in der ständigen Nähe der Drogenszene – zu sein.

Zu dem Klosterhof gehören zwei Hauptgebäude, in denen neben den Wohngruppen noch die Zentrumsleitung und Verwaltung des gesamten Zentrums I (Sophie, Wohndependance Bläsi-berg, Kompakttherapie Reutlingen), die Büroräume des Gesamtleiters¹⁴⁴, der Soziale Dienst sowie Sport- und Gruppenräume, die Sauna und Aufenthaltsmöglichkeiten für MitarbeiterInnen und BewohnerInnen untergebracht sind. Gemeinsam mit dem so genannten Waschhaus, das hauswirtschaftliche Räume, die Arztpraxis und Büroräume der MitarbeiterInnen aus dem Psychotherapiebereich beherbergt, bilden die beiden Hauptgebäude einen kleinen Innenhof, der, abgeschirmt von der Hauptverkehrsstraße, gleichermaßen Kommunikations- und Bewegungsinteressen dient, was vor allem von Frühjahr bis Herbst eine rege genutzte Erweiterung der räumlichen Verhältnisse bietet. Neben dem Waschhaus wurde ein alter Schuppen im Rahmen der Arbeitstherapie zu einem Nutzgebäude für den Arbeitsbereich „Hausmeisterei“ (Renovierungen, Verschönerungen, Instandhaltung) umgewandelt. Dahinter bilden Grün- und Gartenflächen den Abschluss des Anwesens. Auf die andere Seite hin schließen sich Ställe, Geräteschuppen, Grün- und Gartenflächen an. Abgetrennt durch eine Tankstelle befindet sich die Zehntscheune, die vor ein paar Jahren, ebenfalls unter Mithilfe der Arbeitstherapie, renoviert und so dem therapeutischen Betrieb zugänglich gemacht wurde. Sie beinhaltet im Erdgeschoss Werkstätten der Arbeitstherapie und im ersten Stock Gruppenräume sowie eine kleine Teeküche. Hier finden sowohl Gruppen mit AdressatInnen als auch Teamsitzungen und Besprechungen statt.

Jeweils im 1. und 2. Stock der Hauptgebäude sind die Wohnräume der ungefähr 45-50 BewohnerInnen, die sich auf 4 Wohngruppen („Frischlufte“, „Sputnik“, „Laubfrosch“, „Peanuts“) verteilen. Jede Wohngruppe verfügt neben den privaten, für Frauen und Männer getrennt konzipierten Mehr- und Einbettzimmern sowie sanitären Gemeinschaftseinrichtungen über einen gemeinsamen Gruppenraum mit kleiner Teeküche, Sitzecke, Fernsehapparat und Musikanlage. Die privaten Zimmer beinhalten eine Grundausstattung, können aber auch nach eigenem Geschmack gestaltet werden. Die Mahlzeiten werden von BewohnerInnen und MitarbeiterInnen gemeinsam eingenommen im Speiseraum neben der Küche in einem der Hauptgebäude.

Aufgenommen werden Drogenabhängige entweder über eine Drogenberatungsstelle, die in der Regel auch die Kostenzusage klärt oder aber über eine direkte, schriftliche Bewerbung mit einer kurzen Begründung des Therapieinteresses und einem Lebenslauf. Voraussetzung zur Aufnahme sind die schriftliche Kostenzusage des zuständigen Kostenträgers und eine abgeschlossene Entzugsbehandlung mit direktem Übergang in die Therapieeinrichtung (vgl. Drogenhilfe Tübingen o.J.: 13).

¹⁴⁴ Der Gesamtleiter zog 1999 aus dem Bebenhäuser Klosterhof in die Wohndependance Bläsi-berg, um die räumliche Enge und die Konzentration der Zentrums- und Vereinsverwaltung etwas abzumildern.

Allgemeines Ziel der Therapie ist die Wiederherstellung der Fähigkeit, selbstverantwortlich und ohne Drogen zu leben. Damit sind Bereiche des Lebens angesprochen wie die materielle Existenzsicherung, Arbeit, berufliche Qualifikation, soziale Kontakte und Beziehungen, aktive Freizeitgestaltung als strukturgebendes Moment eines Alltags, der nicht durch Drogen bestimmt ist. Ausgehend von infolge der Drogenabhängigkeit bestehenden Sozialisationsdefiziten sollen in der Therapie „die jeweils notwendigen Fähigkeiten im Sinne einer Rehabilitation wieder aktiviert oder gebildet werden“ (Drogenhilfe Tübingen 1992: 3).

Das grundlegende Prinzip der Therapie ist die *Therapeutische Gemeinschaft*: „Innerhalb der Therapeutischen Gemeinschaft leben, heißt neue Erfahrungen zu machen, gemeinsam Höhen und Tiefen zu erleben, zusammen gegenseitig voneinander zu lernen und Probleme in der Gruppe anzusprechen. Jede/r bringt bestimmte Fähigkeiten mit und jede/r ist in der Lage dazulernen, egal ob im Arbeiten, im Sport, in seiner Kreativität und in den Beziehungen zu anderen Mitmenschen. Niemand ist so festgefahren, dass er nicht mehr Veränderungen in seinem Leben erreichen kann. Bei diesem Prozess der Veränderung profitiert jedoch nicht nur jeder Einzelne selbst, sondern auch die anderen der Gemeinschaft“ (Drogenhilfe Tübingen o.J.: 4). Auf der Basis der Therapeutischen Gemeinschaft bilden die Bausteine Psychotherapie, Arbeitstherapie und Freizeittherapie die drei Säulen der Arbeit, wobei allen drei Teilen gleiche Bedeutung zukommt (vgl. Drogenhilfe Tübingen 1992: 1). Das Team der MitarbeiterInnen setzt sich entsprechend aus PsychologInnen, PädagogInnen, SozialarbeiterInnen/SozialpädagogInnen, Arbeits- und SporttherapeutInnen, Ex-UserInnen sowie einem Arzt und Honorarkräften für einzelne Freizeitangebote zusammen.

Im Zentrum der *Psychotherapie* steht die wohngruppenbezogene Gruppentherapie. Die Inhalte der Gruppentherapie beziehen sich sowohl auf die Erarbeitung der Suchtgenese und der Persönlichkeitsentwicklung als auch auf aktuelle, im Kontext des Zusammenlebens entstehende Konflikte. Einzeltherapien – bevorzugt mit der Methode des analytischen Sandspiels – werden im Bedarfsfall ergänzend angeboten. In der *Arbeitstherapie* steht die Versorgung der Therapeutischen Gemeinschaft im Mittelpunkt. Dabei geht es weniger um die individuelle Arbeitsleistung, sondern um die Übernahme von Verantwortung, um die Gewöhnung an Aufgaben und Verpflichtungen sowie die Abstimmung im Kollektiv. Die *Freizeittherapie* hält ein vielseitiges Angebot sportlicher und kreativer Betätigungen bereit, aus dem sich die BewohnerInnen einzelne Bereiche auswählen, die Spaß machen, aber auch eine Vertiefung von Fähigkeiten ermöglichen. Die Freizeittherapie will insofern Interessen wecken und zur Entdeckung von Fähigkeiten anregen, aber auch Anregungen für die Gestaltung des Alltags nach dem Therapieaufenthalt geben. Daneben gibt es noch themenzentrierte Gruppen, wobei im Untersuchungszeitraum nur die Selbsterfahrungsgruppe mit Ton und zeitweise die Frauengruppe existierte.

Der zeitliche Ablauf der Therapie ist in verschiedene *Phasen* gegliedert: die Orientierungsstufe (4-8 Wochen), die Kerntherapie (ca. 6 Monate) und die Adaptionsphase (ca. 3 Monate).

Kennzeichnend für diese Phasen sind die Zunahme der Kontaktmöglichkeiten nach außen und die anwachsende Verantwortlichkeit nach innen, was sich in unterschiedlichen, dem Phasenmodell entsprechenden Regeln wiederfindet. Die wichtigsten und phasenübergreifend geltenden *Regeln des Zusammenlebens* in der Gemeinschaft sind: Keine Drogen und keine Gewaltanwendung. Darüber hinaus enthalten die Hausregeln wesentliche Punkte zur Organisation und zu Verbindlichkeiten der Hausgemeinschaft wie z.B. Essenszeiten, Pflichten und Privilegien, Geldausgaben etc. (vgl. Drogenhilfe Tübingen 1992: 14).

Die *Adaptionsphase* ist, räumlich getrennt von der Orientierungsstufe und Kerntherapiephase, in einer eigenen Wohnung untergebracht. Die Angehörigen aller vier Wohngruppen wohnen dort dann zusammen. Eine zentrale Rolle spielen hierbei die weiteren Perspektiven hinsichtlich Arbeit und Wohnen sowie das Erproben des bisher Gelernten. Das Leben in der Gemeinschaft wird weitgehend eigenverantwortlich organisiert. Zwei Mitarbeiter des psychotherapeutischen Bereichs unterstützen die BewohnerInnen durch die zweimal wöchentlich stattfindenden 2-3-stündigen Gruppensitzungen und durch ihre zweimalige Anwesenheit pro Woche. Der Bezug zur Außenwelt soll nun vergrößert, Außenkontakte intensiviert und die Ablösung aus der Einrichtung forciert werden. Bei Auszug aus der Adaptionseinrichtung sollten die BewohnerInnen einen Arbeitsplatz oder eine Weiterbildungsmöglichkeit gefunden haben.

Im Rahmen der Nachsorge besteht die Möglichkeit des betreuten Wohnens in einer der *Außenwohngruppen*, um den Übergang in die Selbständigkeit zu erleichtern. Entsprechend steht das Prinzip der Hilfe zur Selbsthilfe und die Bezugnahme auf die Gruppe der BewohnerInnen im Zentrum, und die Betreuung richtet sich auf die „Unterstützung der Eigeninitiative und Förderung eigener Konfliktlösestrategien“ (Drogenhilfe Tübingen 1992: 18). Wöchentlich findet eine Reflexionsgruppe statt und im Bedarfsfall Einzelgespräche und Krisenintervention. Aufgenommen werden kann, wer einen Arbeits- oder Ausbildungsplatz hat. Die ehemaligen BewohnerInnen der Therapieeinrichtung, die nicht in den Außenwohngruppen leben, können an einer wöchentlich stattfindenden ambulanten Nachsorgegruppe teilnehmen, und zudem besteht in Krisenfällen die Möglichkeit der Einzelfallbetreuung.

5.1.2 Die pädagogisch-therapeutischen Bausteine

Die *Psychotherapie*: Die Gruppentherapie, d.h. die Bezugstherapiegruppe, findet als einzige psychotherapeutische Gruppe zweimal pro Woche statt und dauert jeweils drei Stunden. Die Gruppentherapie wird über die gesamte individuelle Therapiedauer hinweg von zwei MitarbeiterInnen geleitet. Eine geschlechterparitätische Besetzung ist dabei nicht zwingend. Es gibt sowohl Gruppen, die von je einer Frau und einem Mann geleitet werden als auch geschlechterhomogene Teams. Was die AdressatInnen anbelangt, so finden sie sich in der selben Besetzung wie in der Wohngruppe auch zur Therapiegruppe zusammen. Wohnen, Zusammenleben und Therapie im engeren Sinn sind also parallel zueinander organisiert. Je nach Einrichtungsbelegung besteht die Gruppentherapie aus 11 bis 13 Personen. Die Teilnahme an der Gruppentherapie ist verpflichtend. Methodisch werden unterschiedliche psychotherapeutische Ver-

fahren aus Verhaltenstherapie, Familientherapie und Gestalttherapie eingesetzt. Vorwiegend wird jedoch mit dem Psychodrama gearbeitet. Als AnleiterInnen der Therapiegruppe sind die MitarbeiterInnen zugleich die zentralen individuellen AnsprechpartnerInnen für die TeilnehmerInnen, wie es der Idee der Bezugstherapie folgt. Ergänzend zur Gruppentherapie werden aus dem Baustein der Psychotherapie heraus auch einzeltherapeutischen Angebote gemacht, allerdings erst zu einem späteren Zeitpunkt im individuellen Therapieverlauf für einzelne Personen.

In der *Arbeitstherapie* stehen unterschiedliche Arbeitsbereiche zur Verfügung. Dies waren im Untersuchungszeitraum: Küche/Hauswirtschaft, Garten/Tierhaltung, Kreativbereich, Schreinerei und Hausmeisterei/Instandhaltung. Jeweils ein/e oder zwei MitarbeiterInnen sind für einen Arbeitsbereich zuständig. Für die Küche/Hauswirtschaft, die Schreinerei und die Hausmeisterei/Instandhaltung ist jeweils ein/e MitarbeiterIn verantwortlich und für Garten/Tierhaltung und den Kreativbereich jeweils eine Mitarbeiterin und eine Mitarbeiter gemeinsam. Die Arbeitstherapie findet in der Orientierungsstufe und in der Kerntherapie statt. Während dieser Zeit ist die Teilnahme für alle AdressatInnen verpflichtend. Die BewohnerInnen einer Wohngruppe durchlaufen gemeinsam nach einem festgelegten Rotationsprinzip mehrere Arbeitsbereiche, wobei sie in manchen Bereichen noch einmal aufgeteilt werden. Dies ist beispielsweise der Fall beim Arbeitsbereich Hausmeisterei/Instandhaltung, der sich die Wohngruppe jeweils mit dem Arbeitsbereich Schreinerei teilt. Eine Arbeitstherapiegruppe besteht in der Regel aus 5-8 Personen oder, wenn sie nicht geteilt ist, aus ca. 12 Personen. Der Wechsel von einem Arbeitsbereich in den nächsten findet vierteljährlich statt, wobei angestrebt wird, dass alle Personen in der Küche waren. Im Wochenplan ist die Arbeitstherapie täglich an den Werktagen vorgesehen. Sie findet 3x morgens und 2x nachmittags statt, letzteres dann, wenn vormittags Gruppentherapie ist. Am Ende der Therapie absolvieren die AdressatInnen in der Regel ein ca. sechs-wöchiges Praktikum außerhalb der Einrichtung, das von den MitarbeiterInnen der Arbeitstherapie begleitet wird.

Die *Freizeittherapie* hat ebenso wie die anderen Bausteine ihren festgefügtten Platz im Tages- und Wochenplan. Ein breit gefächertes Angebot an sportlichen, musischen und kreativ-bastlerischen Tätigkeiten bildet die Grundlage der Freizeittherapie. Die AdressatInnen wählen sich turnusgemäß eine vorgeschriebene Anzahl an Maßnahmen aus. Zu Therapiebeginn sind dies vier verschiedene Angebote, was sich bis zum Ende der Therapie auf ein Angebot reduziert. Die Teilnahme an der Freizeittherapie ist entsprechend diesen Vorgaben obligatorisch, wie die Arbeitstherapie und Gruppentherapie auch. In der Freizeittherapie sind eine ganze Reihe HonorarmitarbeiterInnen beschäftigt, so dass ein sehr ausdifferenziertes Angebot zustande kommt und überdies eine Vielzahl unterschiedlicher Personen für diesen Baustein zur Verfügung stehen. Angeboten werden in der Regel: Töpfern, Seidenmalen, Aikido, Fotografie, Theater, Trommeln, Musikgruppe, Yoga, Mannschaftsspiele wie Volleyball und Fußball, Krafttraining, Kajak, Skifahren, Klettern, Schwimmen.

5.1.3 Die InterviewpartnerInnen ¹⁴⁵

Psychotherapie: Monika ist Dipl.-Sozialpädagogin und hat eine Zusatzausbildung in Gestalttherapie absolviert. Zum Zeitpunkt des Interviews ist sie 42 Jahre alt. Sie arbeitet seit 9 Jahren in dieser Einrichtung und insgesamt seit 18 Jahren in der Drogen- und Suchtarbeit. Sie ist teilzeitbeschäftigt mit 75%. Monika ist zuständig für die Gruppentherapie in einer Wohngruppe, für Einzeltherapie und Einzelgespräche sowie für Verwaltungstätigkeiten, Berichtswesen und Dokumentation der Arbeit nach innen und außen, also insbesondere gegenüber den Kostenträgern der Therapie, Staatsanwaltschaftschaft und Bewährungshilfe. Wie die anderen MitarbeiterInnen auch, ist sie zudem verantwortlich für die Hausversammlungen, die in kurzer Form täglich und einmal pro Woche als längere Sitzung stattfinden. Darüber hinaus leitet sie in der Einrichtung tätige PraktikantInnen an und ist Ansprechpartnerin für die NachtdienstmitarbeiterInnen. Ulrich ist Dipl.-Psychologe und hat eine Zusatzausbildung in Psychodrama absolviert. Zum Zeitpunkt des Interviews ist er 38 Jahre alt. Er arbeitet seit 8 Jahren in dieser Einrichtung und seit 10 Jahren insgesamt in der stationären Drogentherapie. Ulrich hat eine 100%-Stelle. Er ist zuständig für die Gruppentherapie in einer Wohngruppe, für Einzeltherapie und Einzelgespräche sowie für Verwaltungstätigkeiten, Berichtswesen und Dokumentation wie Monika auch. Im Rahmen der Hausversammlung ist er der Sprecher des Teams. Zusätzlich ist er für die BewohnerInnen der Adaptionsphase verantwortlich und vertritt die KollegInnen in der Außenwohngruppe. Er ist aktiv im Betriebsrat und versteht sich grundsätzlich als Ideenentwickler in der Einrichtung. Für die Gruppentherapie und damit auch für die Wohngruppe sind zwei MitarbeiterInnen zuständig; Ulrich wie auch Monika arbeiten jeweils zusammen mit einer Kollegin, so dass die eine Gruppe geschlechterparitätisch besetzt ist und die andere mit zwei Frauen.

Arbeitstherapie: Georg ist ausgebildet als Schreiner, Arbeitstherapeut und Berufspädagoge. Zum Zeitpunkt des Interviews ist er 35 Jahre alt und seit 9 Jahren in der Einrichtung beschäftigt; davor war er bereits 3 Jahre im Suchtbereich tätig. Der Umfang seiner Stelle beträgt derzeit 95%. Georg ist verantwortlich für den Bereich der Hausmeisterei und Instandhaltung und teilt sich den Zuständigkeitsbereich für eine Wohngruppe mit dem Kollegen der Schreinerei. Zu seinen Aufgabengebieten gehören neben der Arbeitstherapie im engeren Sinn die Betreuung der AdressatInnen während ihres Praktikums zu Therapieende sowie die Betreuung von externen PraktikantInnen, die im Rahmen ihrer Ausbildung ein Praktikum in der Therapieeinrichtung machen. In Verbindung mit seinem arbeitstherapeutischen Bereich fungiert er auch als Hausmeister der Einrichtung und ist auch zuständig für die Organisation von Instandhaltungs- und Renovierungsmaßnahmen, die an Firmen vergeben werden.

Freizeittherapie: Sigrid ist Sport- und Biologielehrerin mit einer Zusatzausbildung in Tanztherapie. Zum Zeitpunkt des Interviews ist sie 40 Jahre alt und seit sieben Jahren in der The-

¹⁴⁵ Die Namen der interviewten MitarbeiterInnen sowie weitere Namen, die genannt werden, sind im Text geändert.

rapieeinrichtung beschäftigt. Zuvor war sie in der Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung tätig. Ihr Stellenumfang beträgt 57%. Sie ist zuständig für diverse Angebote der Freizeittherapie und bietet vor allem Tanz, Trommeln und Volleyball. Überdies leitet sie seit längerer Zeit eine Trommelgruppe für ehemalige BewohnerInnen an. Gemeinsam mit einem Kollegen, ebenfalls aus der Freizeittherapie, ist sie verantwortlich für die Neuengruppe, die als eine 6-wöchige Integrations- und Orientierungsgruppe zum Therapiebeginn konzipiert ist. Mit KollegInnen aus den anderen Bausteinen leitet sie noch die Verantwortlichengruppe, in der die von jeder Wohngruppe gewählten Gruppenverantwortlichen gemeinsam mit den MitarbeiterInnen über einrichtungsrelevante Themen und Klärungsbereiche verhandeln. Als festgestellte Mitarbeiterin ist sie außerdem mit organisatorischen Aufgaben die Freizeittherapie betreffend betraut.

5.2 Die Psychotherapie

Die Psychotherapie vereint gruppentherapeutische und einzelfallbezogene Hilfen. Zunächst wird die Gruppentherapie in ihren wesentlichen Dimensionen im Zentrum der Betrachtungen stehen (5.2.1 – 5.2.8). Die für die Einzelgespräche (5.2.9) und Einzeltherapie (5.2.10) charakteristischen Dimensionen professionellen Handelns schließen daran an.

5.2.1 Subjektorientierte Ziel- und Therapiereflexion als Gegenstand der Gruppentherapie

In der Therapieeinrichtung – so zeigt sich in der Wahrnehmung der MitarbeiterInnen – treffen DrogenkonsumentInnen mit höchst heterogenen Ausgangslagen aufeinander. Damit verbunden sind unterschiedliche Drogengebrauchsentwicklungen ebenso wie weitgehend ausdifferenzierte Zielperspektiven und Motivationslagen als zentrale Merkmale des subjektiven Standortes (vgl. 3.3.1). Im Ergebnis führt dies zu einer weitgehenden *Heterogenität der Adressatengruppe*, welche die MitarbeiterInnen auf unterschiedlichen Ebenen formulieren. Etwa nennen sie ein breites Altersspektrum der AdressatInnen zwischen 20 und 50 Jahren, unterschiedliche biographische Zeitpunkte des Konsumbeginns sowie den Faktor der Konsumdauer, quantitativ und qualitativ unterschiedliche Erfahrungen mit Drogentherapie, vielfältige Entwicklungsverläufe des Drogengebrauchs mit unterschiedlichen Konsumformen, wobei dem Kokainkonsum wachsende Bedeutung zukommt, und ferner die verschiedenartigen Erfahrungen in Drogenszene und Strafvollzug.

Die subjektiven Vorstellungen dessen, was die AdressatInnen mit der Therapie erreichen wollen, also die aktuelle und die zukunftsorientierte Dimension des subjektiven Standorts, beschreiben die InterviewpartnerInnen in einem sehr breiten Spektrum. Einige möchten anstehende Haftstrafen vermeiden, manche wissen (noch) nicht, ob sie überhaupt ihr Drogenhandeln ändern möchten, andere wiederum entwerfen ein Bild der völligen Erneuerung und Veränderung. Und dazwischen finden sich noch solche, die gezielte themenspezifische Anfragen

an ihren Therapieaufenthalt mitbringen. Diejenigen, die zum ersten Mal in Therapie sind, wirken hinsichtlich der eigenen Veränderungsperspektiven tendenziell unentschlossen und unklar in ihrer Haltung.

„Es gibt da schon auch unterschiedliche, also es gibt Leute, die kommen und wissen irgendwie noch gar nichts, Leute, die zum ersten Mal und aus dem Knast kommen, also denen ist es erst mal wichtig, draußen zu sein aus dem Strafvollzug und ja es gibt auch Leute, die kommen und sagen, ich weiß nicht, ob ich wirklich keine Drogen mehr nehmen möchte. Es gibt Leute, die kommen und sagen, ich will auf keinen Fall mehr Drogen nehmen, es gibt Leute, die sagen, ja, ich möchte hier mal eine Therapie durchziehen und dann möchte ich eine Arbeit und Familie und Wohnung.“
(Monika, 716-722)¹⁴⁶

Die Spannweite der subjektiven mit dem Therapieaufenthalt verbundenen Erwartungen und Ziele unterstreicht das Bild der heterogenen Adressatengruppe und lässt sich bezogen auf die subjektiven Therapieperspektiven und Motivationslagen entlang der Ausführungen der InterviewpartnerInnen in *fünf Gruppen* ausdifferenzieren, nämlich die Ziellosen, die Unsicheren (auf das Drogenhandeln bezogen), die Entschlossenen (auf das Drogenhandeln bezogen), die Generalisierenden (auf kompletten Wandel bezogen) und die Differenzierenden (auf einzelne Themen oder Problembereiche hin orientiert). Eine solche Differenzierung der Adressatengruppe bezieht sich zusammengefasst auf den Grad der Entschlusskraft, auf den Grad der Konkretisierung sowie auf den Grad der Differenzierung und Reichweite vor dem Hintergrund höchst unterschiedlicher Drogenentwicklungsverläufe. Daraus resultieren mithin auch heterogene Erwartungen daran, was in der Therapie im Allgemeinen und in der Gruppentherapie im Besonderen stattfinden wird und soll. Angesichts der Relevanz der subjektiven Erwartungen für Therapieverlauf und -resultat (vgl. 3.3.1) stellt sich die Frage, wie diese subjektiven Perspektiven in ihren jeweiligen Ausprägungen in die Gruppenarbeit integriert werden und wie sich das Handeln der MitarbeiterInnen darauf bezieht.

In Anbetracht der beschriebenen heterogenen Adressatengruppe schildern die MitarbeiterInnen kaum generalisierbare *Zielperspektiven* für die AdressatInnen.

„Das kann ich so generell nicht sagen. Weil ich finde, dass die Ausgangspunkte schon auch unterschiedlich sind von den einzelnen Leuten. Also für manche kann's wohl schon gut sein, wenn sie einfach eine Weile hier bleiben und clean leben oder einigermäßen clean leben, weil sie dann selber zum Beispiel auch sagen, ja, so lange

¹⁴⁶ Die in den Einzelfalldarstellungen eingearbeiteten Interviewpassagen sind jeweils mit dem Namen und dem Verweis auf die Zeilennummern im Interviewtext gekennzeichnet. Wenn Auslassungen im Interviewtext vorgenommen wurden, so ist dies mit einer eckigen Klammer [...] gekennzeichnet. Steht eine solche zu Beginn der Interviewaussage, dann kennzeichnet dies eine Auslassung dahingehend, dass nicht der vollständig gesprochene Satz übernommen wurde. Gedankliche Pausen bzw. Abbrüche sind mit Punkten ‚...‘ gekennzeichnet. Umgangssprachliche Begriffe wurden so übernommen, wie sie im Interview verwendet sind. Was die Integration in den Text der Arbeit anbelangt, so habe ich alle Interviewpassagen, die mehr als drei Textzeilen umfassen, in eingerückte Absätze gesetzt. Die kürzeren Interviewauszüge stehen im Fortlauf der Textabsätze. Dies gilt für Psychotherapie, Arbeitstherapie und Freizeittherapie gleichermaßen.

habe ich noch nie clean gelebt, also ist das schon was.“ (Monika, 303-307) Für manche hier kann's ein Ziel sein, ein bisschen spielerischer zu werden, zum Beispiel, ja [...] Ein Ziel kann, aber weißt Du das ist wirklich völlig individuell, ein Ziel kann auch sein, einen Weg zu finden, mit seinen Aggressionen was anfangen zu können, also ohne da so destruktiv oder selbstdestruktiv zu sein, was auch oft vorkommt.“ (Monika, 322-327)

Damit werden Ziele der AdressatInnen auf ganz unterschiedlichen Ebenen beschrieben. Sie reichen von der Möglichkeit eines drogenfreien Lebens während der Therapiezeit bis hin zu weitergehenden Auseinandersetzungen hinsichtlich der Veränderung des Drogenhandelns sowie allgemeinen Bereichen der Persönlichkeitsentwicklung. Entsprechend differenzieren sich die Themen für die Einzelnen aus, die in der Gruppentherapie in der Auseinandersetzung mit den TeilnehmerInnen und den MitarbeiterInnen relevant werden.

„Ja, das findet eigentlich ständig statt, dieses Thema, worum geht's bei dir, also das findet ständig statt und das verändert sich dann auch immer mal wieder. Also ich würde sagen, das ist eigentlich ein Stück von der Therapie, das immer wieder aufzugreifen, dieses Thema oder das ist auch immer mal wieder im Raum, allein auch schon dadurch, dass ich jemandem sage, was ich für einen Eindruck habe von ihm und da dann eine Auseinandersetzung auch anfängt. Vielleicht sagt er, ja, das sehe ich auch so, oder nein, wie kommst du denn darauf und so.“ (Monika, 395-401)

Laufende Zielreflexionen und die Auseinandersetzung mit den damit verknüpften subjektiv relevanten Themen durchziehen das gruppentherapeutische Geschehen und markieren einen *Kernpunkt des therapeutischen Arbeitens*. Konfrontiert mit den Wahrnehmungen der Gruppenmitglieder und der MitarbeiterInnen setzen sich die Einzelnen mit ihrer Person, ihrer Entwicklung und den für sie relevanten Themen auseinander. Die Frage nach den subjektiv bedeutsamen Anliegen und Anknüpfungspunkten wird hier zum Gegenstand der Therapie schlechthin. Im Vordergrund stehen also nicht übergeordnete Fragen, die gleichsam für alle Drogenabhängigen relevant wären. Vielmehr richtet sich der Blick auf das für das Subjekt Bedeutsame, das zum Zentrum der Auseinandersetzung und Bearbeitung in der Gruppentherapie wird, und zwar während des gesamten individuellen Therapieverlaufs.

Häufig verfolgen die AdressatInnen Ziele, deren Erreichbarkeit nicht unmittelbar anzunehmen ist. Die Frage danach, ob und inwiefern solche Ziele und Schwerpunkte auch realistisch sind, rückt daher immer wieder in den Mittelpunkt der gruppentherapeutischen Auseinandersetzung. Das heißt, es geht für die Einzelnen darum, sich stets auch der Umsetzbarkeit eines veränderten Bewältigungshandelns zu vergewissern und die eigenen Überlegungen und Zukunftsvisionen im Sinne einer Realitätsprüfung und -annäherung zu beleuchten. Was für die einen sinnvoll und vor allem umsetzbar ist, kann für andere wiederum eine völlige Überforderung darstellen. „Auch unrealistisch, beispielsweise Leute, die gehen zurück in ihre alte Umgebung und sagen, das schaffe ich, das ist kein Problem für mich und das kann was ganz Un-

realistisches sein. Es kann auch mal klappen, aber es kann auch was ganz Unrealistisches sein.“ (Monika, 748-751)

Diesbezüglich wird die Lebenswelt der AdressatInnen vor der Therapie für das professionelle Handeln relevant. Ob ein Ziel zu groß ist, lässt sich nur vor dem Hintergrund der lebensweltlichen Bedingungen erörtern, allgemeingültige Antworten können hier nicht gegeben werden (vgl. auch 5.2.5). Insofern wird nachvollziehbar, wenn Monika sagt, das ziehe sich mitunter durch die gesamte Therapie. Zielreflexion und Auseinandersetzung mit den entsprechenden Themen gibt folglich nicht nur eine Richtung der Entwicklung an, sondern bezieht sich in enger Weise auf die Bedingungen der Umsetzung. Prinzipiell geht es also immer auch darum, Zielperspektiven und zukünftige Lebensweltbedingungen in Einklang zu bringen. Und die Auseinandersetzungen in der Gruppentherapie richten sich darauf, angesichts der Lebensbedingungen Einzelner, Schritte zu erarbeiten auf dem Weg zu den großen Zielen, die Fernziele also in Teilschritte zu zergliedern, mithin den Weg überschaubar zu gestalten.

„Ja, also guck’ mal, wenn zum Beispiel solche Leute mit diesen ewig weiten Fernzielen kommen, da wirklich mal rumzudröseln, was brauchst du denn, um da eigentlich irgendwann mal anzukommen, was sind denn die kleineren, realistischeren Schritte dazwischen.“ (Monika, 734-737)

Zu große Ziele bergen stets auch die Gefahr des persönlichen Scheiterns in sich, wenn nach dem Therapieaufenthalt die neuen Vorhaben nicht in der gedachten Weise umgesetzt werden können. Gruppentherapeutisches Handeln richtet sich mithin auf die *Formulierung, Reformulierung und Konkretisierung subjektiver Ziele* und greift damit einen für Verlauf und Resultat der Therapie zentralen Faktor auf (vgl. 3.3.1). Damit verbindet sich in der Gruppentherapie für die AdressatInnen die Möglichkeit, unterschiedlichste Ziel- und Erwartungsperspektiven zu artikulieren, auch wenn Drogenfreiheit kein absolutes Ziel für sie darstellt. In dieser Offenheit kann in der Gruppentherapie anknüpfend an den jeweils subjektiven Vorstellungshorizont mit ambivalenten Perspektiven gearbeitet werden; die Einzelnen müssen nicht vorgeben, etwas zu wollen, von dessen Sinnhaftigkeit und Erreichbarkeit sie nicht einmal annähernd überzeugt sind. Möglicherweise ändert sich daran bis zum Ende der Therapie nichts, aber grundsätzlich sehen die MitarbeiterInnen in offen geäußerten Ziel- und Motivationslagen der AdressatInnen Chancen zur Entwicklung von weitergehender Ausstiegs- und Therapiemotivation. Besonders eindrücklich wird das an denjenigen Personen, die zunächst nur eine Therapie aufnehmen, weil sie der Haftsituation entkommen wollen. „Das kann schon sein, dass die auch im Lauf der Zeit dann entdecken, ja das finde ich doch ganz gut, also da und da habe ich was rausgezogen, das hat mir was gebracht.“ (Monika 1213f.)

Die MitarbeiterInnen suchen ein *offenes Klima* zu schaffen, das es den AdressatInnen ermöglicht, ihre Haltungen und Vorstellungen, auch solche jenseits der Drogenfreiheit, als unmittelbare Perspektive auszusprechen. Unterschiedliche Erwartungsmuster der AdressatInnen zwischen völligem Neubeginn und Ersatz für eine Straftat lassen sich dergestalt in diskursiven

Verhandlungen integrieren, ohne dass sie der Gefahr unterliegen, abgewertet zu werden (vgl. Jungblut 1993). Subjektive Erwartungen – so ein diesbezüglich wesentliches Deutungsmuster – können sich verändern bzw. erweitern, in realitätsnähere Bahnen gelangen oder aber auch in ihrer geringen Reichweite bestätigt werden. Ein offenes Klima dient dabei generell als Basis motivierender Interventionen, die Entwicklungsprozesse auch in Fällen geringer motivationaler Ausgangslagen fördern können, wie es die MitarbeiterInnen mit ihrem Handeln intendieren.

Dennoch thematisieren die InterviewpartnerInnen auch diejenigen, die während der gesamten Therapiezeit ihre Ausgangshaltung wahren und sich höchstens – wie es geringstenfalls von ihnen erwartet wird – passiv anpassen. Sie entwickeln über die Anpassung hinaus keine Zugänglichkeit für therapeutische Bemühungen, überstehen die Zeit durch passives Abwarten oder gar Abschottung gegenüber dem Setting. Eine Auseinandersetzung mit den einzelnen Elementen der Alltagswelt Drogentherapie im Sinne veränderungswirksamer Nutzungsmuster erscheint in diesen Fällen deutlich erschwert. In der Gruppentherapie eröffnen sich diesen Personen wenig Lern- und Entwicklungsräume. Die bloße Anpassung an das Setting und seine Vorgaben fördert kaum Veränderung, aber diejenigen, die sich anpassen, stören wenigstens nicht die Therapieabläufe und das gruppentherapeutische Arbeiten. Somit untergraben diese wenig zugänglichen AdressatInnen nicht die Entwicklungsmöglichkeiten derjenigen, die für sich andere Ziele formulieren. Hierin liegt m.E. auch ein wichtiges Motiv für die Forderung der MitarbeiterInnen an die AdressatInnen nach Anpassung (vgl. auch 5.2.7.3, 5.2.7.4).

Unterschiedliche Ziele und Erwartungen in der Gruppentherapie zu integrieren, ist, trotz der beschriebenen Anpassungsleistung der AdressatInnen, nicht unbegrenzt möglich. Hierauf verweist Ulrich, wenn er ausgehend von dem mangelnden Interesse Einzelner an der tiefenpsychologisch orientierten Reflexion und Aufarbeitung der biographischen Entwicklung, wie sie für die Einrichtung maßgeblich sind, überlegt, ziel- und erwartungsbezogene Klärungen schon im Vorfeld der eigentlichen Therapie, in einer so genannten Eingangsstufe anzusiedeln.

„Und es gibt Leute, die ein Interesse haben, ja womit hängt denn das alles zusammen, da würde ich sagen, da ist so ein tiefenpsychologischer Zweig ganz sinnvoll, ja. Und das praktisch mit den Leuten zusammen überlegen, was wollen sie machen und was ist sinnvoll und auch die Motivation ein bisschen wecken.“ (Ulrich, 320-324)

Hier scheinen unterschiedliche Deutungs- und Handlungsmuster innerhalb der Einrichtung auf. Die eine Variante konzentriert sich auf die Arbeit mit den unterschiedlichsten Ziel- und Erwartungsperspektiven und versucht, diese in ihrem dynamisch gedachten Gehalt produktiv in die Gruppenarbeit einzubeziehen. Diagnose und Hilfeplanung werden darin zum integralen und prozessual gedachten Teil des gruppentherapeutischen Arbeitens, zumindest implizit, nicht jedoch in systematischer Form. In der zweiten Variante sollen – ausgehend von der Annahme begrenzter Integrationsmöglichkeiten – die Ziel- und Erwartungsperspektiven der NutzerInnen vor dem Beginn der eigentlichen Kerntherapie geklärt werden. Dies zielt auf eine

größere Homogenität der Gruppe, um auf deren Basis in der Gruppentherapie den Aspekt des tiefenpsychologischen Arbeitens stärken zu können. Im Sinne einer medizinisch inspirierten Indikationsstellung für eine bestimmte Behandlungsform stellt eine solche Organisationsform die Diagnostik der Therapie voran.

Zusammengefasst finden sich als handlungsleitende Deutungsmuster auf dieser Ebene vor allem differenz- und prozessorientierte Annahmen zum Ausstiegsgeschehen, welche die individuellen Entwicklungsgeschichten und subjektiven Erfahrungshorizonte der NutzerInnen in den Mittelpunkt stellen. Jene wiederum sollen in der Gruppentherapie ermittelt und zum zentralen Gegenstand der subjektorientierten Auseinandersetzung und Reflexion gemacht werden. Was erreicht werden soll mit der Therapie, bestimmt sich in einer Bandbreite subjektiv relevanter Zielperspektiven und orientiert sich mitnichten an generalisierten Vorstellungen, auch nicht an einem unumstößlichen Abstinenzziel. Ziele sind vielmehr Verhandlungssache, Anfangspunkt und Gegenstand gruppentherapeutischer Arbeit und verweisen auf gemeinsam auszuhandelnde Deutungen dessen, was das Problem und die Schwierigkeiten ausmacht und welche Veränderungen angemessen und realistisch sind (vgl. Thiersch 1992a: 134).

Dabei fällt auf, dass sich die subjektorientierte Ziel- und Therapiereflexion, was die wesentlichen Dimensionen des Bewältigungshandelns anbelangt, vor allem auf den *Drogengebrauch* im engeren Sinn sowie die *psychodynamischen Entwicklungsprozesse* bezieht. Themen der gelingenderen Alltagsbewältigung stehen hierbei kaum zur Debatte. Möglicherweise zeichnen sich diesbezüglich Arbeitsteilungen entsprechend der spezifischen Binnendifferenzierung der pädagogisch-therapeutischen Bausteine ab und fallen diese Anliegen eher in den Bereich der Arbeits- und Freizeittherapie. Allerdings sieht Ulrich das Ziel der Arbeitsintegration bzw. der Arbeitsfähigkeit etwa nur als perspektivische Möglichkeit, wenn die für die psychotherapeutische Arbeit wesentlichen Ziele im Zusammenhang der unterschiedlich gelagerten Reflexionen, Einsichten und Perspektiven erreicht werden: „Die werden, denke ich, nur über das, was ich für mich als Ziel definiere, nur über das werden sie arbeitsfähig,“ (Ulrich, 1301f.) d.h. wenn die AdressatInnen für sich und ihr Drogenhandeln selbstreflexiv Verantwortung übernehmen (vgl. hierzu 5.2.3). Ferner kommen im Kontext der Ziel- und Therapiereflexion insbesondere *problem- und defizitorientierte Deutungsmuster* zum Tragen, nämlich was zu entwickeln ist, wo Probleme vorliegen, an denen gearbeitet werden muss, während Ressourcen als Anknüpfungspunkte dieses Arbeitens im Sinne einer Aktivierung und Wiederbelebung tragfähiger Handlungsmuster und Kompetenzen unterbelichtet bleiben.

5.2.2 Die Suche nach dem eigenen Weg

Anknüpfend an die subjektorientierte Zielformulierung und -reflexion beschreiben die MitarbeiterInnen ihre Arbeit im Blick auf die weitere Entwicklung der Einzelnen nicht als eine feste Vorgaben und Entwicklungsmuster. Sie interpretieren diesen Aspekt ihrer Aufgabe vielmehr als eine Unterstützung der AdressatInnen bei der Suche nach ihrem eigenen (Ausstiegs-) Weg. Die Metapher des eigenen Wegs verweist auf diejenigen Momente, die für die Einzelnen

in ihrem Ausstiegsprozess hilfreich sind. Entsprechend den heterogenen Ausgangslagen und subjektiv unterschiedlich konturierten Zielvorstellungen kann es keine allgemeingültigen Patientrezepte geben, die gleichsam ‚automatisch‘ zu einem geänderten Drogengebrauch bzw. alternativen Bewältigungsmustern führten. Vielmehr müssen die Einzelnen mit Hilfe der gruppentherapeutischen Auseinandersetzungen für sich herausfinden, was ihnen hierbei hilft.

„Also ich verknüpfe damit, dass es auf die individuelle Entwicklung ankommt und dass das eben wirklich unterschiedlich ist, was jeder für einen Stand hat und dass ich nicht so was befördern möchte, quasi Rezepte zu liefern und Klienten gehen dann in die Illusion, ja, jetzt habe ich all diese Rezepte gekocht, jetzt muss es ja klappen.“
(Monika, 865-868)

Zu vermitteln, es gäbe so etwas wie ein Allheilmittel, wäre insofern kontraproduktiv, als die AdressatInnen wahrscheinlich falsche Vorstellungen ausbildeten – als gäbe es ein Mehrpunkteprogramm, das, absolviert man es, zur Drogenfreiheit führt. Für manche ist diese Idee verführerisch, verspricht sie doch eine gewisse Sicherheit, die aber letztlich illusionär bleiben muss. Insofern ist es im professionellen Handeln immer wieder wichtig, den eigenen Weg herauszustreichen und einer Verabsolutierung einzelner Ausstiegsschritte und Haltungen entgegenzuwirken.

Prägnant lässt sich dies an der Bewertung des erneuten Konsums für den weiteren Drogengebrauch aufzeigen. In strikter Lesart der Lehre der Anonymen Alkoholiker führt jeder weitere Kontakt mit einem Suchtmittel in einem nicht mehr steuerbaren Prozess des Kontrollverlusts¹⁴⁷ abermals in den abhängigen Gebrauch. Anknüpfend an die subjektiven Voraussetzungen vermitteln die MitarbeiterInnen diesbezüglich differenziertere Leitlinien ihres Handelns.

„Es hat gleichzeitig verheerende Auswirkungen, diese Philosophie der anonymen Alkoholiker, so nach dem Motto, ein Gläschen Schnaps im Kuchen drin und damit bin ich wieder auf der Rutschbahn – also das tut ja bei denen selber dann so was auslösen wie, ich hab’ mir jetzt wieder einen Druck gemacht, aus Gründen egal, ich kann jetzt gar nichts mehr machen, da kann ich gleich weitermachen, also dieser Selbstläufer, den das dann kriegt, das finde ich eine ganz verheerende Geschichte. Es gibt bestimmt Leute, für die ist es wichtig, dass sie für sich das so definieren, ich darf gar nichts machen.“ (Ulrich, 1422-1429)

Was für Einzelne stimmig und hilfreich ist, kann für andere gerade eine gegenläufige Wirkung haben. Oder anders ausgedrückt: Was Einzelne in ihrem Ausstiegsprozess voranbringt, kann in der verabsolutierten Form, als Rezept für alle, zur Falle für diejenigen werden, für die andere Formen und Haltungen eher hilfreich wären. Auch eine Umkehr der Generalisierung wäre dabei fehl am Platz, also eine umgekehrte Betrachtung in dem Sinn, dass der erneute Kon-

¹⁴⁷ Im zweiten Kapitel der Arbeit wurde der Kontrollverlust als wesentliches und vielfältig kritisierendes Moment pathologischer Erklärungsmodelle dargelegt, der allerdings kaum empirisch fundiert ist und von Jellinek (1960) selbst nur als hypothetisches Konstrukt aufgefasst worden war (vgl. 2.1.2).

sum *für alle* unproblematisch sei. Dies wäre wenig hilfreich im Blick auf diejenigen, denen eine klare Abstinenzvorstellung förderlich ist. Insofern wendet sich eine Suche nach dem eigenen Weg dezidiert gegen generalisierte Vorstellungen, was gut und richtig ist, um ein drogenfreies Leben zu gestalten. Stattdessen geht es darum, differenzierte Antworten zu finden und die reflexive Auseinandersetzung mit dem subjektiven Kontext von Drogengebrauch und Lebensbewältigung zu fördern und damit Rückfälle entsprechend der Unterscheidung von ‚lapse‘ als Ausrutscher und ‚relapse‘ als Wiederaufnahme früherer Konsummuster (vgl. Marlatt 1989 sowie 2.2.2.3) zu entdramatisieren.

Die Kommunikation von zwangsläufig unterschiedlichen Haltungen und Botschaften ist im Umgang mit den AdressatInnen nicht immer einfach. „Ja. Und das hier zu vertreten ist immer eine Gratwanderung, weil das häufig auslöst, wie, ich kann ja mal was machen¹⁴⁸ [...] und die finde ich ganz schwierig.“ (Ulrich, 1435f.) Was Ulrich als ‚Gratwanderung‘ anspricht, verweist auf das Spannungsverhältnis zwischen dem Gebot der Drogenfreiheit in der Einrichtung und dem Wissen um den immer wieder auftretenden Drogengebrauch der AdressatInnen. Dies führt – vor dem Hintergrund der dargelegten differenzierten Betrachtungs- und Umgangsweisen – offenbar nicht selten dazu, dass die AdressatInnen das Drogenfreiheitsgebot grundsätzlich in Frage stellen. Sie folgern aus der beschriebenen Entdramatisierung des erneuten Konsums dessen legitimierte Beibehaltung, auch während der Therapie. Wenngleich dieser Gedanke aus der Perspektive der AdressatInnen, insbesondere solcher, die relativ unentschlossen hinsichtlich eines veränderten Drogenhandelns sind, nachvollziehbar ist, wäre seine Umsetzung innerhalb eines auf abstinenten Lebensweisen zielenden stationären Hilfesettings absurd. Die Drogenfreiheit in der Einrichtung als eine *der* zentralen Regeln und Rahmenbedingung wäre von vorneherein außer Kraft gesetzt. Aufgrund dessen kann die subjektorientierte Auseinandersetzung um den eigenen Weg des Ausstiegs – hier als Frage nach der auf das Subjekt bezogenen Bewertung weiteren Konsums – nur innerhalb der für alle gültigen, von der Einrichtung definierten Rahmenbedingungen geführt werden.

Faktisch wird es somit zur alltäglichen Aufgabe der MitarbeiterInnen, die Balance zwischen den unterschiedlichen Ebenen auszuloten und diese in der Auseinandersetzung mit den AdressatInnen zu vermitteln. Zu vermitteln wäre also zwischen der Abstinenz als Therapiebedingung, den unterschiedlichen Optionen für den subjektiven Ausstiegsprozess, d.h. dem potentiellen subjektiven Therapieziel Abstinenz sowie der Integration von Rückfällen in den Ausstiegsprozess als Idee und als konkretes Geschehen. Die darin eingelagerten Widersprüchlichkeiten können – wie im Bild der Gratwanderung ausgedrückt – nicht aufgelöst werden. Dies kennzeichnet die schwierige Balance im professionellen Handeln, vor allem im Umgang mit AdressatInnen, die dem Abstinenzziel selbst höchst indifferent gegenüberstehen. Das Umgehen mit dieser Widersprüchlichkeit erfordert zunächst eine klare und entschiedene Haltung der MitarbeiterInnen zur Frage der Drogenfreiheit als Therapiebedingung, die sich allerdings

¹⁴⁸ „Ich kann ja mal was machen“ meint hier, dass auch in der Einrichtung Drogen konsumiert werden können.

paart mit einer verständnisvollen und begleitenden Haltung im Falle von Rückfällen als Kernelement des professionellen Arbeits- und Selbstverständnisses (vgl. 5.2.4).

In der Rede von der Gratwanderung, welche die subjektorientierte Suche nach einem Weg aus dem Drogengebrauch kennzeichnet, vermittelt sich auf der Handlungsebene in der Therapeutischen Gemeinschaft der Wandel zentraler Leitlinien der Drogenarbeit. Mehrdimensionale Sichtweisen lösen die linearen Vorstellungen der Abstinenzentwicklung mehr und mehr ab, wie dies aus unterschiedlichen Perspektiven in der Entwicklungsdynamik der Drogenhilfe beschrieben wurde (vgl. 2.2.2).

5.2.3 Subjektentwicklung und Eigenverantwortung

Die Suche nach dem eigenen, subjektiv sinnvollen Weg manifestiert sich in der Arbeit an der Subjektentwicklung, welche die MitarbeiterInnen insbesondere mit dem Ziel verbinden, die Verantwortlichkeit der AdressatInnen für das eigene Tun zu fördern. Dies drückt sich in dem für das Handeln zentralen Begriff der *Eigenverantwortung* bzw. *Selbstverantwortung* aus, den Monika zusammenfassend erläutert:

„Was ich damit verbinde ist, dass jemand sich selber mitkriegt, sich selber spürt, eine Wahrnehmung hat von sich selber, eine Wahrnehmung davon hat, wie er agiert, Bedürfnisse mitkriegt, Grenzen mitkriegt, so was, und auch so eine Entscheidung trifft, was tut mir gut, was tut mir nicht gut, und sich je nachdem dann auch verhält, so würde ich das mit der Eigenverantwortung sehen.“ (Monika, 937-941)

Diesbezüglich konnten *drei zentrale Dimensionen* herausgearbeitet werden, und zwar die Selbstkompetenz, die Bewertung der eigenen Ressourcen und Möglichkeiten und die Kontroll- und Entscheidungskompetenz im Kontext des Drogenhandelns, die im Folgenden erläutert werden.

Selbstreflexion und Selbsteinschätzung – die Arbeit an der Selbstkompetenz

Die Arbeit an der Selbstkompetenz meint zunächst – wie es sich im obigen Zitat ausdrückt – die Wahrnehmung des eigenen Selbst, also sich selbst zu spüren, Zugang zu den eigenen Gefühlen und Bedürfnissen zu finden und das eigene Handeln in diesem Zusammenhang zu reflektieren. Sie zielt auf die Sensibilisierung für Gefühle und Bedürfnisse und die Entwicklung eines klaren und der Wirklichkeit angenäherten Selbstbildes. Die Arbeit an der Selbstkompetenz verweist insofern unmittelbar auf das Selbstkonzept als Gesamtheit von Theorien und Einstellungen, also das Bild, das eine Person von sich selber hat (vgl. Schüler/Dietz 2004: 145f.). Damit werden in der gruppentherapeutischen Arbeit Fragen relevant, die die Person in ihrer Entwicklung ins Zentrum stellen: Wo stehe ich? Wie gehe ich mit meinen Gefühlen und Bedürfnissen um? Wie schätze ich meine Möglichkeiten ein? Was möchte ich erreichen? Fragen also, die eine Selbstreflexion der AdressatInnen auf unterschiedlichen Ebenen anregen sollen, ausgehend von der eigenen Befindlichkeit, die es zu spüren, zu entdecken und vor allem ernst zu nehmen gilt.

In der Fokussierung auf die Selbstwahrnehmung der AdressatInnen erweist sich ein Deutungsmuster als handlungsleitend, das davon ausgeht, dass bislang Gefühle, Bedürfnisse, die Erfahrung von Grenzen kaum wahrgenommen, sondern mit Hilfe von Drogen verdeckt wurden und insofern erst (neu) entdeckt werden müssen, was nicht allen gleichermaßen leicht fällt.

„Also wenn ein Klient hierher kommt und für den ist es erst mal die Mordserrungenschaft, da die ersten sechs Wochen clean geblieben zu sein, und dann kann ich nicht hingehen und von dem schon die große Selbstreflexion verlangen, also jetzt mal überspitzt ausgedrückt, sondern dann ist es genau das, was erst mal wichtig war für den.“ (Monika, 875-879)

Monika spricht die anstrengende und vielleicht sogar schmerzliche Seite der Selbstreflexion an und drückt aus, wie notwendig eine darauf bezogene Rücksichtnahme ist. Die Erwartungen der MitarbeiterInnen an die Einzelnen müssen gegebenenfalls im Sinne der momentanen subjektiven Möglichkeiten relativiert und differenziert werden. Auch die Frage der individuellen Therapiezeit spielt eine Rolle; so wird tendenziell von Personen, die schon länger in Therapie sind, ein höheres Maß an Selbstreflexion und Auseinandersetzung erwartet als von TherapieanfängerInnen.

Ausschlaggebend in der Arbeit an der Selbstkompetenz sind zunächst ganz *allgemeine Themen* wie beispielsweise Überforderungsgefühle, Umgang mit Aggressionen, die Einschätzung der eigenen Möglichkeiten, in deren Kontext dann erst das Verhältnis zu Drogen relevant wird.

„Aber auf anderen Ebenen kann es auch sein, ab wann fühle ich mich denn überfordert und oder wie sehr halte ich mich raus, gell, und wenn ich überfordert bin, kann ich dann was sagen oder wie gehe ich dann damit um, also was auch wieder mehr mit so einer Selbstwahrnehmung zu tun hat.“ (Monika, 318-321)

Angesprochen wird hier ein konstruktiver und produktiver Umgang mit den zunächst gewahr gewordenen Gefühlen, ohne auf die Hilfe von Drogen zurückgreifen zu müssen. Problematisch dürfte es sicherlich sein, dass die AdressatInnen in dieser Form der Selbstauseinandersetzung wenig geübt sind und bislang in kritischen Momenten der Überforderung oder der Aggression tatsächlich auf die Unterstützung durch Drogen rechnen konnten, was ihnen nun verwehrt ist. Das heißt, ein erprobtes Mittel der Bewältigung steht nicht mehr zur Verfügung und andere Bewältigungsmuster, wie hier eine neue Form der *Selbstkompetenz*, die basiert auf einem veränderten Selbstbild und einhergeht mit erhöhter Selbstkontrolle im Sinne einer größeren inneren Autonomie (vgl. Kufner 1995: 77), müssen erst noch erworben bzw. wiederbelebt werden. Professionelles Handeln fokussiert in diesem Zusammenhang vor allem auf die Dimension der psychodynamischen Prozesse im Bewältigungshandeln und vermittelt darüber auf den Drogengebrauch.

Bewertung der eigenen Ressourcen und Möglichkeiten

Es soll also ein Zugang zu den eigenen Gefühlen erworben werden, der die AdressatInnen befähigt, sich mit ihren Gefühlen einerseits auseinanderzusetzen und ihr Verhalten und Handeln daran zu orientieren. Dabei geht es auch darum, die subjektiv verfügbaren Ressourcen und Möglichkeiten für veränderte Drogengebrauchsmuster bzw. Abstinenz einzuschätzen und zu bewerten. In diesem Zusammenhang sieht Monika immer wieder auch unangemessene Selbsteinschätzungen der AdressatInnen, die eher als Überschätzung betrachtet werden können. Folglich richten sich gruppentherapeutische Interventionen stets auch auf das *Verhältnis von Einschätzung und Überschätzung* der eigenen Möglichkeiten im Blick auf die weitere Lebensgestaltung. „Unrealistisch in dem Sinne von, ich gehe da jetzt raus, ich schaffe das und mir wird nichts misslingen. Da kann man sich fragen, wozu dieser Unrealismus, also das kann ja auch ein Schutz sein und so vor den eigenen Ängsten wieder auftauchen und so.“ (Monika, 746-748) Monika verweist hier erneut auf die Relevanz der Auseinandersetzung mit den eigenen Gefühlen, indem sie die Schutzfunktion solcher unrealistischer Haltungen und Vorstellungen im Hinblick auf etwaige Ängste thematisiert. Bleiben diese Ängste im Verborgenen, ohne dass sich die Einzelnen damit auseinandersetzen, können sie ein Scheitern der eigenen Vorhaben bewirken. Die Selbstreflexion als Auseinandersetzung mit den eigenen Gefühlen und Bedürfnissen wird mithin als eine wesentliche Grundlage für die Bewältigung eines Lebens ohne Drogenkonsum betrachtet. Infolgedessen steht die allgemeine Selbstreflexion zwar in engem impliziten Bezug zum Drogengebrauch, dieser selbst jedoch erscheint nicht immer als zentraler Gegenstand. Vordergründig geht es um eine Selbstbewusstwerdung, die an spezifischen Punkten den Drogengebrauch einschließt, beispielsweise dann, wenn das Handeln der AdressatInnen im Kontext von Alkohol- oder Drogenkonsum während der Therapie gemeint ist (vgl. 5.2.4).

Kontroll- und Entscheidungskompetenz im Drogengebrauch

Eigenverantwortung als Ziel der therapeutischen Arbeit lässt sich daran anknüpfend weiterhin fassen als eine Bewusstwerdung und Entwicklung der eigenen Kontroll- und Entscheidungskompetenz hinsichtlich des Drogengebrauchs ausgehend von einem wachsenden selbstreflexiven Bezug zum eigenen Tun. Mit Hilfe der Gruppentherapie sollen die AdressatInnen Verantwortung für ihr Handeln entwickeln, indem sie sich die eigenen Fähigkeiten zur Kontrolle ihres Drogengebrauch ins Bewusstsein rufen.

„Das Ziel meiner Therapie ist so gesehen, dass die Leute die Möglichkeit kriegen, dass sie schnallen, in welchem Zusammenhang läuft meine Drogeneinnahme, also dass ich nicht einfach tump jetzt einbaue, wer irgendwas ist, sondern dass ich mir wirklich überlege, was ist denn da und womit hängt das zusammen, also erst mal ein Stück weit ein Verständnis für mich selber kriege und dass es nicht so unkontrollierbar ist. Also eigentlich ist mein Ziel das, dass die Klienten selber die Kontrolle über ihr Handeln, auch ihr Drogenhandeln haben, und gleichzeitig zu vermitteln, es wird wahrscheinlich dir irgendwann immer mal wieder passieren, dass du auch mal rück-

fällig wirst, auch da hast du die Kontrolle weiterhin in der Hand, dass du natürlich auch wieder aufhören kannst.“ (Ulrich, 1205-1214)

Erneut anknüpfend an die Kritik am Jellinekschen Modell des Kontrollverlusts sollen die AdressatInnen befähigt werden, ihr Tun, auch das Drogenhandeln, selbst zu kontrollieren, jenseits einer Vorstellung, die Droge bestimme über das eigene Handeln, was nicht zuletzt die Alternativlosigkeit des Drogenkonsums nahe legt. Anstelle des Gefühls der hilflosen Ausgeliefertheit an die Droge soll im Zuge der subjektbezogenen Auseinandersetzung ein Bewusstsein für die eigenen Entscheidungsmöglichkeiten treten. „Wichtig ist, dass sie selber das Gefühl kriegen, sie können eine Entscheidung treffen, das ist eigentlich mein Ziel für die Therapie.“ (Ulrich, 1223-1225) Damit wird die handelnde Tätigkeit des Subjekts im Drogengebrauch unterstrichen und es werden die Selbstdeutungen zum Zusammenhang von Drogenkonsum und Lebensbewältigung thematisiert, auf die sich die Arbeit an der Eigenverantwortung richtet und wie sie insbesondere noch einmal in der Rückfallbearbeitung in den Mittelpunkt gelangt.

5.2.4 Rückfallbearbeitung in der Gruppentherapie

Konsumieren die AdressatInnen während ihres Aufenthaltes erneut Alkohol oder Drogen, werden also rückfällig im Drogenhandeln, so führt das nicht zwangsläufig zur Beendigung der Therapie. Dies folgt der Annahme, dass Rückschritte und Rückfälle zum Ausstiegsprozess dazugehören und auch in einer abstinentenorientierten Therapie nicht ausgeschlossen werden können, selbst wenn Drogenfreiheit während der Therapie als zentrale Regel der Einrichtung gilt. „Ja zum Beispiel an dem Punkt mit Rückfallbearbeitung, also ich finde es weiterhin wichtig, dass man sagt, es kann zu Rückfällen kommen und man muss gucken, was man denn da dann macht und es geht nicht darum, die Leute gleich rauszuschmeißen.“ (Ulrich, 243-245) Mit der Fortsetzung der Therapie wird den AdressatInnen erst die weitere Auseinandersetzung mit ihrem Drogenhandeln ausgehend von der konkret erlebten Rückfalldynamik ermöglicht, was für die Subjektkompetenz und die Verantwortlichkeit für das eigenen Handeln, wie sie im letzten Kapitel beschrieben sind, wesentlich ist. Insofern soll die Dimension der Rückfallbearbeitung im Folgenden als ein *fokussierter Bestandteil der subjektbezogenen Auseinandersetzung* verstanden werden, in dessen Mittelpunkt die zunehmende Verantwortung für das eigene (Drogen-)Handeln steht.¹⁴⁹

Ehe es zur Rückfallbearbeitung kommt, entscheiden die MitarbeiterInnen im Team über den weiteren Verbleib in der Einrichtung oder die disziplinarische Entlassung. Entschieden wird diese Frage unter Bezugnahme auf die derzeitigen Verhältnisse im Haus, also etwa, wie um-

¹⁴⁹ Inwieweit die Rückfallbearbeitung tatsächlich auch im Falle von Alkoholkonsum zum Tragen kommt, kann nicht schlüssig beantwortet werden. Theoretisch dürfen die BewohnerInnen weder Alkohol noch andere Drogen während ihres Therapieaufenthaltes konsumieren. Dennoch verweisen die Interviews auf unterschiedliche Bewertungsmaßstäbe insbesondere hinsichtlich des Alkoholkonsums. Demnach ist davon auszugehen, dass eine Rückfallbearbeitung vorrangig beim Konsum illegaler Drogen realisiert wird.

fassend das Rückfallgeschehen insgesamt bei den BewohnerInnen eingeschätzt wird. Maßgeblich ist hierbei auch, ob erneuter Drogenkonsum als gemeinschaftliche und in seinem Ausmaß als überdimensionierte Aktivität bewertet wird, oder ob dieser verbunden ist mit gewalttätigen Akten seitens der BewohnerInnen.

„Auch wenn jemand Alkohol trinkt, das kann sehr dramatisch sein, weil es wirklich zu dramatischen Szenen kommen kann, richtig wütend rumwüten, und dann wird geschaut, was hat das jetzt für einen Stellenwert grade, ist es ein Rückfall oder ist es, haben wir den Eindruck, es (2 Worte unverständlich). Es wird schon auch geguckt, wie stark hat er denn jetzt seine Grenzen überschritten, es gibt ja das so genannte Koma-Saufen, also wo wir dann keine Toleranz mehr so haben.“ (Monika, 1421-1427)

Auf dieser Seite der entscheidungsrelevanten Überlegungen orientieren sich die MitarbeiterInnen in erster Linie an strukturbezogenen und gemeinschaftsrelevanten Momenten, die sich allgemein auf die gesamte Einrichtungssituation beziehen.

Ausschlaggebend ist aber auch, inwieweit die Betroffenen selbst bereit sind, sich konstruktiv mit dem erneuten Drogenkonsum auseinanderzusetzen, da sonst eine Rückfallbearbeitung als wenig sinnvoll erachtet wird. „Aber dazu muss ich natürlich die Bereitschaft haben von den Klienten, das auch wirklich machen zu wollen und nicht einfach was konsumieren zu wollen und dann am besten seine Ruhe zu haben ganz schnell.“ (Ulrich, 246-248) Im Weiteren definiert Ulrich die *Bereitschaft zur Auseinandersetzung* als Interesse daran, die Umstände des Drogenkonsums im Kontext des Alltagshandels und der subjektiven Motive zu beleuchten.

„Das ist wirklich so eine grundsätzliche Bereitschaft, dass jemand sagt, das war so und so, ich weiß ehrlich gesagt auch nicht, wie's da hinkam, mich interessiert's aber rauszukriegen, warum es so weit kommt, das würde ich glaube ich gerne hören, da ist mir egal, womit das dann alles zusammenhängt, was ich nur hören will, glaube ich, ist die Bereitschaft, sich damit tatsächlich auseinanderzusetzen.“ (Ulrich, 260-265)

Dieses Interesse einschätzen zu können, erfordert zunächst das konkret auf den Anlass bezogene Gespräch mit den Einzelnen. Sicherlich fließen aber auch die vielfältigen Eindrücke, die ein/e MitarbeiterIn in den Gruppensitzungen gewonnen hat, ein. Auf dieser Basis machen sich die MitarbeiterInnen ein Bild davon, wie sinnvoll im Einzelnen eine Rückfallbearbeitung sein kann. Ferner dient das konkret auf den Rückfall bezogene Verhalten der AdressatInnen als wichtige Quelle der Einschätzung: versucht jemand, den Drogengebrauch zu vertuschen, oder legt er/sie das Geschehen offen? Tendenziell, nicht zwangsläufig, werden diejenigen, die ihren Konsum zu verdecken suchen und durch Kontrollmechanismen oder MitbewohnerInnen entdeckt wurden, als weniger aufgeschlossen für eine konstruktive Auseinandersetzung mit dem Drogenhandeln eingeschätzt. Dabei ist m.E. davon auszugehen, dass ein Vertuschungsversuch je nachdem auch auf andere Motive der AdressatInnen verweist, die eher im Zusammenhang

der ungeklärten Perspektive infolge einer befürchteten disziplinarischen Entlassung zu suchen wären, insbesondere im Falle einer gerichtlich induzierten Therapie.

Im Hinblick auf die Konsequenzen ist für die MitarbeiterInnen auch der konkrete Zeitpunkt eines Rückfalls bedeutsam. So deutet ein erneuter Konsum zu Beginn der Therapie eher auf einen fortgesetzten Drogenkonsum hin als auf einen Rückfall im Ausstiegsprozess, der vor dem Hintergrund eines an sich gegebenen Abstinenzziels bearbeitet werden könnte. Eher muss gefragt werden, ob diese Person überhaupt ihr Drogenhandeln verändern möchte.

„Die Frage ist, grade am Anfang, ist das ein Rückfall oder was ist es denn, oder ist es einfach die Fortsetzung vom Drogenkonsum, der vorher da war, und wenn dann gleich in den ersten Wochen wieder ein Suchtmittelkonsum stattfindet und vielleicht wieder, dann kann man eher so sagen, das ist fast wie eine Fortsetzung und gar kein Rückfall in dem Sinne.“ (Monika, 424-428)

Offen bleibt, ob es in diesen Fällen kategorische Entscheidungsmuster gibt. Aus den Interviewtexten insgesamt kann eher geschlossen werden, dass ein Rückfall zu Therapiebeginn nicht notgedrungenerweise zu einem Ausschluss der AdressatInnen führt. Dies kann auch in Zusammenhang mit der bereits erörterten Idee betrachtet werden, dass sich selbst bei geringer und nur vager Zielperspektive der Einzelnen eine Motivation für den Ausstiegsprozess entwickeln kann. Eine auf aktuelle Rückfalldynamiken bezogene Auseinandersetzung wird diesbezüglich in Verbindung mit motivationsfördernden Erkenntnissen und Einsichten betrachtet.

Zunächst kann festgehalten werden: In die Entscheidung über die Konsequenzen, die ein Rückfall für die Einzelnen mit sich bringt, fließen unterschiedliche *auf die Einzelnen sowie auf die Gemeinschaft bezogene Faktoren und Beweggründe* ein. Klare und für alle Entscheidungen gleichermaßen gültige Richtlinien gibt es nur bedingt, weil sie sich je nach der allgemeinen Lage in der Therapieeinrichtung und den subjektiven Kontextbedingungen zwischen den ausschlaggebenden struktur- und subjektbezogenen Faktoren hin und her bewegen, die vor diesem Hintergrund jeweils neu zu gewichten sind.

Wenn jemand nach einem Rückfall in der Einrichtung bleibt, dann ist die *Rückfallbearbeitung* obligatorisch. Sie „wird nicht als Auflage ausgesprochen, das ist eigentlich selbstverständlich, dass das zu passieren hat.“ (Monika, 1463f.) Dann richtet sie sich, allgemein gesprochen, auf eine *konstruktive Auseinandersetzung mit dem eigenen Drogenhandeln*. Ohne die diesbezügliche Bereitschaft der AdressatInnen bleibt die Rückfallbearbeitung vermutlich wirkungslos, außer in ihrem Verlauf entwickelt sich ein wie auch immer geartetes Interesse, sich mit den rückfallbezogenen Fragen zu beschäftigen. Bleibt die Auseinandersetzung auf der Ebene von oberflächlichen Erklärungsmustern, so wird nicht mehr als eine Pflicht erfüllt. Die AdressatInnen befassen sich dann kaum tiefergehend mit den Kontextbedingungen des Konsums und den darin liegenden Handlungsaspekten.

„Und das ist halt auch das Problem, was willst du Rückfallbearbeitung machen, wenn dann das auf dieser Storyebene stattfindet, da kannst du doch keinen Rückfall

bearbeiten mehr, wenn die selber gar nicht bereit sind, da tatsächlich so weit auch dahinterzugucken und das ist das, wo ich sage, wir stoßen hier ganz hart an die Grenzen, ob wir überhaupt Psychotherapie machen können.“ (Ulrich, 237-241)

Vor dem Hintergrund der subjektorientierten Zielperspektiven, Motivationslagen und Entwicklungsschritte muss allerdings grundsätzlich von *unterschiedlich intensiven Auseinandersetzungsprozessen* ausgegangen werden, wie sie die MitarbeiterInnen vielfach beschreiben.

Im Verlauf eines Rückfallereignisses während der Therapie ist ‚*der Suchtdruck*‘ ein sozusagen ‚beliebtes‘ Erklärungsmuster der AdressatInnen selbst. Mit dieser Interpretation, so die Einordnung der MitarbeiterInnen, verbleiben die Betroffenen auf der Ebene oberflächlicher Erklärungsmuster: Der Suchtdruck ist als handlungs- und kontextunabhängiges Phänomen verantwortlich für den Drogenkonsum. Ulrich wendet sich entschieden gegen solche Begründungszusammenhänge und integriert sie – im Blick auf die Kontrolle und Verantwortung für das Handeln auf Seiten der AdressatInnen – kritisch reflektierend in die gruppentherapeutische Rückfallarbeit. „Ja, weil dann muss ich mir überlegen, warum Suchtdruck, womit hängt denn der zusammen, also das finde ich völlige Idiotie.“ (Ulrich 181f.) Anstatt den Suchtdruck handlungsunabhängig in seiner überhöhten und machtvollen Position zu belassen, knüpft die rückfallbezogene Auseinandersetzung an der Verortung und Reflexion des *Drogenkonsums in Kontext der Alltagsbewältigung* an und fragt danach, *wie es zum Suchtdruck kommt*, welche Funktion Drogen und Drogengebrauch im konkreten Alltagshandeln übernehmen. So betrachtet erscheint dann Drogengebrauch weniger als unabhängiges, nicht steuerbares Geschehen, sondern entfaltet sich als ein spezifisches Muster des Alltagshandelns, wie andere Handlungsweisen auch.

Gut, dann würde ich mir überlegen, ja wie kommt’s denn zum Suchtdruck, also was sind denn für Sachen davor, die mich so weit bringen, dass ich jetzt wieder mir irgendwas einbauen will. Und da kann, natürlich kann da eine Rolle spielen, es geht ja nicht darum, ich muss immer die großen Probleme oder sonstwas haben, sondern da kann – also die üblichen Geschichten sind wirklich das, dass Männer irgendwelchen Alk oder sonstige Sachen reinbringen, damit sie eine Frau ins Bett kriegen, das ist eine Variante des berühmten Spielchens. Ich habe was dabei, biete irgendeiner hübschen jungen Frau, die hier neu gekommen ist, etwas an und damit kriege ich die auch ein bisschen..., Variante eins, die häufig stattfindet. Und da ist es Blödsinn, von Suchtdruck zu reden, sondern da geht’s um so gesehen sogar ein sehr zielgerichtetes Verhalten [...] Und das hat nichts mit Problemen zu tun, oder du kannst natürlich auch Probleme draus machen, aber erst mal würde ich das jetzt nicht auf Problemenebene sehen.“ (Ulrich, 185-197)

Drogengebrauch kann – jenseits von Suchtdruck – verortet werden im Kontext sozialen Handelns, wie es sich im zitierten Beispiel konkretisiert im Versuch, mit Hilfe von Drogengebrauch sexuelle Kontakte aufzunehmen. Statt eines machtvollen Suchtdrucks offenbart sich hier der Drogenkonsum in seiner aktiven Beschaffenheit, und das Handeln der Akteure tritt

hervor. Betrachtet man also den Alltagskontext des Drogenkonsums, kann auch die *aktive Rolle der Handelnden* gesehen werden. Erst in diesem Zusammenhang wird dann die problemorientierte Reflexion des Handelns bedeutsam, nämlich als Frage, was die Einzelnen zu solchen Verhaltens- und Bewältigungsmustern führt, und daran anknüpfend als Suche nach alternativen Mustern der sozialen bzw. sexuellen Kontaktaufnahme. Zunächst muss allerdings der Zusammenhang von Drogenhandeln und Alltagsbewältigung herausgestellt werden. Er bildet gleichsam die Basis für die Selbstwahrnehmung des eigenen Handelns, der zugrundeliegenden Motive und erst recht für die potentiellen Alternativen, die es im alltäglichen Handeln zum Drogenkonsum gibt. Insofern zielt Rückfallbearbeitung auch auf die Selbstdeutungen von Drogengebrauch und Lebensbewältigung.

Ein weiteres Beispiel für den Zusammenhang von Drogen- und Alltagshandeln zeigt sich im Phänomen des ‚*Partymachens*‘, das unter Verweis auf die damit verbundenen gesellschaftlichen Entwicklungen und Wertmaßstäbe von Ulrich beschrieben wird.

„Oder wenn einer – Party machen, das ist ja neuerdings immer so ein schönes Wort... [...] ...und zum Party machen gehört halt, dass man sich irgendwas einbaut, man will lustig, man will fit, man will sonstwas sein und dazu muss man sich was einbauen, das ist auch erst mal gar nicht direkt Probleme, das ist aber auch nicht Suchtdruck, sondern das ist einfach, was weiß ich, ein Stück weit ein Abbild der Gesellschaft, die diese ganze Ecstasy-Sachen und dass Koks eine viel größere Rolle spielt wie vor Jahren, dass man nämlich fit, leistungsstark und lustig und so weiter nur noch sein will. Das Problem hast du dann, wenn du dir dann überlegst, ja warum schaffst du das denn nicht, ohne dir was einzubauen, dann kommst du in den Problembereich rein.“ (Ulrich, 203-213)

Mithin beinhaltet die Reflexion des Zusammenhangs von Drogenkonsum und Alltagshandeln stets auch die *Arbeit mit den Widerständen* der AdressatInnen. Sich diesem Zusammenhang und damit der eigenen aktiv handelnden Seite im Drogenkonsum zu stellen, fällt den AdressatInnen nicht immer leicht. Das Erklärungsmodell des Suchtdrucks wirkt subjektiv entlastend und hilft eben gerade, den Gedanken eigener Kontrollmöglichkeiten und eigener Verantwortlichkeit abzuwehren. Vor diesem Hintergrund kritisiert Ulrich die gängige *Definition der Drogenabhängigkeit als Krankheit*, welche entgegen der therapeutischen Bemühungen in Richtung einer reflektierten und verantwortlichen Haltung zum Drogenhandeln einen Standpunkt der Hilflosigkeit unterstützt. Drogen erhalten mit der Krankheitsdefinition – analog zur Vorstellung des Suchtdrucks – eine mächtige Existenz, mächtig außerhalb des eigenen Selbsts und jenseits des eigenen Drogenhandels. Im Selbstbild der abhängig Drogengebrauchenden führt dies zum Bild des Hilflos-Ausgeliefert-Seins (vgl. auch Haller 1997: 297).

„Das Krankheitsmodell ist verheerend hier, der einzige Vorteil vom Krankheitsmodell ist das, dass die Leute eine Therapie bezahlt kriegen, ansonsten ist das wirklich verheerend und das hat ja auch seine Fortsetzung gefunden, dass man jetzt einen Arzt hier fest angestellt haben muss. Hier ist ein Arzt und damit ist ja klar, da geht’s

um die Versorgung von Krankheit [...] Und die Verantwortung abgeben, jetzt ohne dass die jetzt vielleicht so klar definiert, ich bin krank und du musst machen, aber das gibt's natürlich schon, ich bin drogenabhängig und ihr Mitarbeiter müsst jetzt hier mal machen, dass ich hier wieder nichts mehr mache.“ (Ulrich, 1461-1475)

Wenngleich die Krankheitsdefinition die Formen der Drogenarbeit erweitert und eine Therapiefinanzierung erst möglich macht, so bleibt sie dennoch verbunden mit *nachteiligen Effekten* auf die Arbeit, weil sie gerade die Reflexion und Entwicklung einer subjektiven Kontroll- und Entscheidungskompetenz als Element des eigenverantwortlichen (Drogen-)Handelns in Frage stellt. Eine Krankheitsdefinition befördert gerade nicht die von Monika allgemein geäußerte Perspektive eines bewussten und verantwortlichen Umgangs der AdressatInnen mit spezifischen Situationen, wie sie von Ulrich mit den beiden oben illustrierten Beispielen konkretisiert wird. Folglich ist die Auseinandersetzung in der Gruppentherapie – insbesondere in der Rückfallbearbeitung – stets auch eine Arbeit an zentralen Bildern und Mythen des Drogenkonsums (vgl. Schneider 1999), die für die AdressatInnen durchaus handlungsleitende Kraft besitzen.

Die Rückfallbearbeitung in der Gruppentherapie lenkt den Blick auf die Rückfalldynamik, wie sie sich im Kontext alltäglicher Situationen entwickelt. Handlungsleitende Intentionen richten sich darauf, jenseits der wahrgenommenen Hilflosigkeit, die aktive Seite des Subjekts in dem dynamischen Prozess sichtbar und bewusst zu machen und die kritische Auseinandersetzung mit rückfallspezifischen Situationen zu fördern. Typische Konsumsituationen sollen entschlüsselt werden, damit die Einzelnen mit diesen Konstellationen bewusster umgehen können. Insofern zielt Rückfallbearbeitung auf die Kontrollkompetenz im Drogenhandeln und nimmt auf dieser Basis alternative Handlungsstrategien ebenso ins Visier wie den Fall des weiteren Konsums. Es liegt in der Entscheidung und in der Verantwortung der Einzelnen, wie sie ihr Drogenhandeln weiterhin gestalten.

Insofern haben Rückfälle während der Therapie eine *wichtige Funktion*, indem sie nämlich Anlass bieten, an der konkreten subjektiven Rückfalldynamik zu arbeiten. Die Rückfallbearbeitung kann erstens im Kontext des Therapieverlaufs betrachtet werden, insoweit sie dem Anliegen dient, die drogenfreie Zeit während der Therapie zu stabilisieren, wie es immer wieder als zentrales Ziel der Therapie formuliert wird. „Ich würde sagen, ein Ziel ist sicherlich, dass sie eine Zeit der Drogenfrei... haben hier, oder möglichst drogenfrei...“ (Monika 180f.) Rückfallbearbeitung strebt zweitens Effekte an, die über die Zeit der Therapie hinausreichen. Für das Drogenhandeln kritische Situationen werden in der Rückfallbearbeitung vorweggenommen und beleuchtet hinsichtlich der späteren Konfrontation mit speziellen Orten und Situationen, also in der Perspektive spezifischer sozialer und raumbezogener Anforderungen. Ebenso können mit Hilfe der Rückfallbearbeitung Kompetenzen erworben werden, um auch nach der Therapie das eigene Drogenhandeln auf einem anderen Niveau zu reflektieren.

„Wenn jemand an einen Punkt gekommen ist, auch über eine Rückfälligkeit zu kapierten, okay, das sind die und die Situationen und es sind die und die Umstände, die

mich so weit kriegen, dass ich da reintappen kann, das kann alles Mögliche sein, das muss jetzt nichts, kein individuelles Defizit sein oder was, es kann auch sein, dass wenn ich genau weiß, dass wenn ich ins [...] gehe, dann kiffe ich, einfach den Reflektionsgrad zu haben, sprich, ich weiß genau, gehe ich das nächste Mal ins [...], dann kiffe ich, aber das weiß ich vorher schon.“ (Ulrich, 1706-1713)

Im wellenförmigen Prozess des Ausstiegs soll Rückfallbearbeitung den Einzelnen neue Muster eröffnen, die ihr Handlungsspektrum im Falle von erneutem (andauerndem) Drogenkonsum nach der Therapie erweitern, so dass sie selbsttätig ihr Drogenhandeln kontrollieren und verändern oder aber sich zu einem frühen Zeitpunkt wieder Hilfe suchen können. „Und wenn es dann wieder zu Rückfällen kommt, dass sie dann nicht nicht so sehr absacken müssen wie vorher, sondern auch eher wieder rauskommen und wieder auf einen stabileren Level wieder kommen, also dass das einfacher geht, so ein Wechsel.“ (Monika, 181-184)

Im Zusammenhang mit dem Thema Rückfall und dem professionellem Umgang damit erweist sich erneut die *Prozessorientierung* verbunden mit einem *relativierten Abstinenzziel* als zentrales handlungsleitendes Deutungsmuster. Abstinenz erscheint darin als ein unterschiedlich graduierter Bezugspunkt professionellen Handelns. Einerseits bildet sie die unabdingbare Grundlage der Drogenfreiheit im pädagogisch-therapeutisch inszenierten Raum; als solche muss sie von den MitarbeiterInnen geschützt und entsprechendes Verhalten von den AdressatInnen eingefordert werden. Andererseits wird Abstinenz auf der Ebene subjektiver Zielvorstellungen und Möglichkeiten zur relationalen und verhandelbaren Größe. Anders als im Kontext der Ziel- und Therapiereflexion, in der vorrangig problem- und defizitorientierte Deutungsmuster ausgemacht werden konnten und Ressourcen als Anknüpfungspunkte professionellen Handelns kaum eine Rolle spielen, orientieren sich die MitarbeiterInnen überdies an einer Vorstellung vorhandener Kontroll- und Entscheidungskompetenzen. Sie werden im Rahmen der Rückfallbearbeitung und -prävention zu einer wichtigen *Ressource im Ausstiegsprozess* im Blick auf die Aktivierung und Entwicklung tragfähiger Handlungsmuster.

5.2.5 Rituale in der Gruppentherapie

Schon im Begriff des Rituals – als von bestimmten Regeln gezeichneter Handlungsablauf mit kommunikativem Sinn (vgl. Thomas 1998) – drückt sich das vorgegebene Muster, das Schematische eines Geschehens aus. Zu unterscheiden sind Rituale in ihrer Bedeutung für soziale Beziehungen, die sie entweder festigen (z.B. Versammlungen, Betriebsfest, Weihnachtsfeier), verändern (Geburtstag, Begrüßung, Abschied, Beförderung, Hochzeit) oder wiederherstellen (Entschuldigung, Entschädigung nach Regelverletzung) (vgl. Dalferth 1999: 387). Rituale können mithin Sicherheit gewähren, indem die Einzelnen wissen, was sie erwartet. Nach einer Zeit des Eingewöhnens wissen die NutzerInnen der Drogentherapie beispielsweise, ‚was Gruppentherapie bedeutet‘, was sie dort erwartet und was von ihnen erwartet wird. Sie können verlässliche Handlungsmuster im Umgang mit den Anforderungen ausbilden, um sich in dieser (für manche neuen) sozialen Situation zu bewegen und angemessen zu reagieren.

Zugleich legen Rituale fest, sie geben ein verbindliches Schema vor, das mit konkreten und unumgehbar Anforderungen einhergeht. Unabhängig davon, ob solche Anforderungen für die Einzelnen positiv oder negativ besetzt sind, müssen sich ihnen alle stellen, wenn sie Teil des Ritualzusammenhangs, in dem Fall der Gruppentherapie, sind. Rituale schränken infolge ihrer Festlegung auf bestimmte Abläufe mitunter auch die individuellen Freiräume ein, die gleichsam den ritualisierten Prozessen untergeordnet werden.

„Es gibt auch so, fast so was wie Rituale, also bei uns gibt’s so was, also es kommt ja dann der Stadtgang-Status und es kommt ein Fünf-Monats-Status, wo die Leute dann auch heimfahren können und so, das sind so Punkte, wo fast so was wie Rituale einsetzen, also wo ganz klar ist, da steht dann jemand im Mittelpunkt von der Gruppe und es werden Themen bearbeitet.“ (Monika, 109-113)

Rituale markieren Übergänge in dem durch verschiedene Phasen vorstrukturierten Fortgang des individuellen Therapieverlaufs. Diese Übergänge können insoweit als *Statuspassagen* im Therapieprozess bezeichnet werden, als sie einen Statusgewinn für die AdressatInnen hervorbringen. Die einzelnen Phasen sind nämlich verbunden mit einem Zuwachs an Rechten und Freiräumen, was sich insbesondere in einer Lockerung der anfänglichen räumlichen Begrenzung auf die Einrichtung ausdrückt. So können die AdressatInnen im ersten Schritt gemeinsam mit Therapiefortgeschrittenen, dann alleine ihre freie Zeit außerhalb der Einrichtungsgrenzen verbringen (vgl. auch 5.4.1.2) sowie im dritten Schritt ihren Heimatort besuchen.

Da sich die einzelnen Übergänge am vorgegebenen, für alle TherapienutzerInnen definierten *Phasenkonzept* ausrichten, wird der Zeitpunkt der individuellen Statuspassagen nach einem für alle gültigen Modell bestimmt. Die tatsächlichen Entwicklungsprozesse oder die subjektiven Vorstellungen der Einzelnen finden diesbezüglich keine Beachtung. „Wobei das oft auch wenig mit der realen Entwicklung zu tun hat, sondern mit der Therapiezeit.“ (Monika, 1319f.) Den Zeitpunkt der individuellen Statuspassage gibt also das Setting in Abhängigkeit von der Therapiegesamtdauer vor¹⁵⁰, weshalb die grundlegende Strukturierung des Therapieverlaufs als schematische bezeichnet werden kann. Der Übertritt in eine nächste Phase erfolgt gewissermaßen automatisch, und die Teilnahme am Ritual ist verbindlich. Wer die nächste Therapiephase erreichen möchte, muss sich dem Ritual stellen und sich mit den damit verbundenen Anforderungen auseinandersetzen. Therapiezeit wird konkret wahrnehmbar, denn das allgemeine Phasenkonzept vermittelt sich subjektiv in der durch Rituale erfahrbaren zeitlichen Gliederung.

Wenn eine Person am Übergang zur nächsten Phase steht, dann wird sie zum Mittelpunkt einer Gruppentherapiesitzung, in der sie spezifische Themen im Blick auf die nächste Therapie-

¹⁵⁰ Der konkrete Zeitpunkt einzelner Phasenübergänge wird in der untersuchten Einrichtung immer wieder verändert. Die Angaben hierzu variieren zwischen, aber auch innerhalb der Interviews. Für die Fragestellung der Arbeit kann allerdings vernachlässigt werden, ob der Heimaturlaub nach dem 4. oder 5. Monat platziert ist. Vielmehr stehen die Phasen an sich sowie die Art und Weise der ritualisierten Übergangsgestaltung im Zentrum des Interesses.

phase bearbeitet. Thematische Relevanz leitet sich ab aus den neuen Möglichkeiten und Anforderungen, die verbunden sind mit veränderten Rechten und Pflichten.

„Wenn es so um um Stadtgang geht, dann dann gucken wir mal, wie steht der so im Verhältnis zu seine, zu seiner Sucht, also was was bringt ihn dorthin, was unterstützt ihn auch in einen, in einem, im anderen Leben, was von der Sucht abgesetzt ist, also was wir dann methodisch, so psychodramatisch oder so bearbeiten.“ (Monika, 115-118)

Bislang stellt im Therapieverlauf die infolge der nur begrenzt möglichen Außenaktivitäten gegebene Konzentration auf die Alltagswelt Drogentherapie einen gewissen Schutz der drogenfreien Lebensführung dar. Sobald sich jemand auch außerhalb dieser Grenzen aufhalten kann, stellt sich die Frage nach dem Verzicht auf den Drogenkonsum noch einmal anders. Mittels des Rituals, das der realen Situation vorausgeht, sollen deshalb spezifische, die Einzelnen in der Drogenfreiheit unterstützende Momente herausgearbeitet werden. Psychotherapeutische Methoden, vor allem aus dem Psychodrama, dienen hier insbesondere dazu, die real erwartbaren Anforderungen als Imagination im geschützten Setting abzubilden. Die AdressatInnen erleben das, was sie erwartet, bereits vorbereitend und können mit dieser Erfahrung in die reale Situation gehen. Auf dieser Basis, so die Intention, können im handlungsentlastenden Setting der Gruppentherapie hilfreiche Muster, sozusagen in der Imagination des Erwartbaren für die konkrete Handlungspraxis entwickelt bzw. erprobt werden.

Wer in eine nächste Phase eintritt – hier die Stadtgangphase – erhält nicht nur mehr Freiheiten durch den größeren Bewegungsraum, sondern muss sich auch, wie deutlich wird, auf einer neuen Stufe mit den realen Gefährdungen im Ausstiegsprozess in einem weniger geschützten Alltag beschäftigen. Und beschäftigen meint dann eben nicht nur jenseits des realen Alltags in der Gruppentherapie – das ist, aufgehoben im Ritual der Vorbereitung, ein erster Schritt; vielmehr geht es im Anschluss daran um die praktizierte Konfrontation mit den realen Situationen und Gefährdungen. Mithin begleiten die Rituale der Gruppentherapie die im Therapieverlauf abnehmenden Schutzmechanismen, welche, etwa durch gestufte Ausgangsregeln, in das spezifische Verhältnis von Binnen- und Außenraum der Alltagswelt Drogentherapie eingelassen sind.

In gleicher Weise manifestiert sich dies im Umgang mit der Fahrt an den Herkunftsort. Hier richtet sich die Auseinandersetzung nach der Konzentration auf den Binnenraum der Gemeinschaft zu Therapiebeginn insbesondere auf die Begegnung mit dem Altbekanntem in der Drogenszene und in der Familie unter den neuen Vorzeichen des Ausstiegs. Die Übergangsgestaltung übernimmt auch diesbezüglich vorbereitende Funktion für eine reale Situation in der imaginierten Praxis des Rituals.

„Ja nun, da guckt man auch mal, was hat er vor dort, was möchte er tun, es werden Szenen angespielt, auch Begegnungen mit wichtigen Bezugspersonen, die er hat [...] Dass die schon mal anfangen, sich auseinanderzusetzen mit dem, was da auf sie zu-

kommt, also zum Teil auf einer ganz realen Ebene, was läuft, wenn ich aus dem Zug steige und ich begegne einem aus der Szene, also – aber auch so mehr so, wenn ich wieder in meine familiäre Struktur reinkomme, was passiert dann mit mir, in was für ein Erleben komme ich dann rein, sich damit schon mal auseinanderzusetzen.“ (Monika, 128-135)

Das Übergangsritual zur Heimfahrtsphase nimmt zentral Bezug auf die sozialen Netzwerke am Herkunftsort, die allerdings vorwiegend in ihrer belastenden Bedeutung aufscheinen. Die Einzelnen sollen sich in der vorausgehenden Auseinandersetzung wappnen für die realen Begegnungen, die den Ausstiegsprozess gefährden könnten. Das unterstützende Potential bestehender sozialer Netze, die im Einzelfall nutzbaren Ressourcen, werden in diesem Zusammenhang von den MitarbeiterInnen kaum als Denkmöglichkeit bzw. Gegenstand der Arbeit gesehen. Eine Orientierung an den problematischen Aspekten bleibt vorherrschend, was auch auf die Wahrnehmung der MitarbeiterInnen verweist, den Alltag der AdressatInnen vor Therapie überwiegend in Zusammenhang mit Strafvollzug und Szeneleben zu betrachten.

Wie die vorbereitende Auseinandersetzung gehört auch die nachgehende Reflexion des Erlebten am Herkunftsort zum festen Repertoire.¹⁵¹ Die Einzelnen können gewissermaßen ihre Erfahrungen auswerten und im Blick auf weitere Handlungsschritte verarbeiten. Demnach kann die Heimfahrt auch als ‚Probe‘ für die weitere Entwicklung gewertet werden. Die anschließende Thematisierung dient ferner als Anknüpfungspunkt für die weitere psychotherapeutische Arbeit, indem sie Aufschluss gibt über die lebensweltlichen Verhältnisse am Heimatort.

„Beispielsweise wie sind die Heimaturlaube verlaufen oder auch zu gucken, was haben sie denn dort für ein Umfeld, also haben sie eigentlich nur so ihre Drogenbekanntschaften oder haben sie wirklich noch gute Beziehungen in einer anderen Richtung. Was haben sie für eine Möglichkeit, ihre Zeit zu gestalten, also sind sie ungelern und arbeitslos und hängen so dann auch erst mal herum oder haben sie eigentlich einen Beruf und die Wahrscheinlichkeit, dass sie dann eine Arbeit finden das auch ... – also das stabilisiert dann.“ (Monika, 756-763)

Zusammengefasst beziehen sich die Rituale der Gruppentherapie in enger Weise auf das Phasenkonzept der Therapie und die damit verbundenen individuellen Statuspassagen. Thematisch konzentrieren sich die Rituale auf solche Situationen, welche die MitarbeiterInnen im Ausstiegsprozess als kritisch einstufen, weil sie einhergehen mit erhöhten Anforderungen an das Durchhaltevermögen der AdressatInnen. Das ist zum einen die allgemeine Konfrontation mit dem ungeschützten Außenraum der Therapie nach der Konzentration auf den institutionellen Binnenraum. Zum anderen ist das die Begegnung mit der bisherigen Lebenswelt, die in enger Verbundenheit mit dem Drogenhandeln angenommen wird. Dabei nehmen Rituale, was

¹⁵¹ Ob Stadtgänge auch in diesem Sinne nachbereitet werden, ist offen und kann mit dem vorliegenden empirischen Material nicht geklärt werden. Anzunehmen ist jedoch, dass dies nicht der Regelfall ist, weil es zu viel Raum einnehmen würde. Eher ist von einer Reflexion der Aktivitäten außerhalb der Einrichtung dann auszugehen, wenn es zu Regelverstößen kommt, also als Sonderfall und nicht als Ritual.

das Bewältigungshandeln der AdressatInnen anbelangt, sowohl Bezug auf Aspekte des Drogenhandelns, des gelingenderen Alltags als auch der psychodynamischen Entwicklung.

Rituale übernehmen eine wichtige Funktion hinsichtlich einer Strukturierung und Begleitung der individuellen Therapieverläufe und berühren darin unterschiedliche Strukturierungselemente und Bedeutungsdimensionen des Alltags (vgl. 3.3.2), insbesondere die Struktur und Bedeutung des Verhältnisses von Binnen- und Außenraum der Therapie sowie die Struktur und Bedeutung von Zeit, sozialen Bezüge und spezifischen Regulierungsmechanismen.

Zunächst sind in den Ritualen die in den phasenförmig strukturierten Therapieverlauf eingelassenen Veränderungen im Verhältnis von Innen und Außen aufgehoben, indem sie jene Punkte markieren, an denen sich die Außenorientierung der Einzelnen – verbunden mit wachsenden Rechten und Pflichten – vergrößert. Die Alltagswelt Drogentherapie verändert sich im Zuge dessen für die AdressatInnen in räumlicher, sozialer und zeitlicher Dimensionierung, was mittels der Rituale vorbereitet, begleitet und reflektiert wird. Insofern binden die MitarbeiterInnen mit den Ritualen – bezogen auf die Einzelnen – sukzessive ein immer größeres Stück der Außenwelt in das Innere der Therapie ein. Die AdressatInnen unterstützt dies in der vorsichtigen Annäherung und Auseinandersetzung mit der Lebenswelt des Draußen, bis diese dann nach der Therapie allein bestimmend ist. Ferner begleiten Rituale den schematischen Aufbau der Therapie, indem sie die Gesamtdauer der Therapie für die Einzelnen erfahrbar gliedern. Mithin bilden Rituale zentrale Orientierungspunkte in zeitlicher Perspektive, welche die zunächst lange Zeitdauer der Therapie in Segmente ordnet und diese überschaubar und verlässlich macht. Ebenfalls vermitteln sich in den Ritualen Orientierungshilfen hinsichtlich der sozialen Bezüge, indem Beziehungen und Netzwerke bezogen auf die mit ihnen im Ausstiegsprozess verbundenen spezifischen Anforderungen ein wesentliches inhaltliches Thema der ritualisierten Verhandlungen und Bearbeitungen sind. Was im Laufe der Therapie auf die AdressatInnen zukommt, welche Leistungen mit den Phasenwechseln von ihnen erwartet werden, darüber verschaffen die Rituale eine gewisse Übersicht. Da jede Person, ehe sie selbst im Zentrum des Rituals steht, bereits den Phasenübergängen der weiter Fortgeschrittenen beiwohnt, kann jede/r bereits am Modell der anderen lernen und sich darauf einstellen, was sie/ihn erwartet.

Mit der Strukturierung der Therapiezeit und der Gestaltung von Übergängen zwischen den Phasen schaffen die MitarbeiterInnen eine Rahmung und Gliederung der subjektiven Therapiezeit, die mithin eine tendenziell erfahrbare Undurchschaubarkeit im Therapiealltag (vgl. auch 5.2.6) vermindert und gleichzeitig den Blick auf die Lebenswelt außerhalb und nach der Therapiezeit öffnet. Auffallend ist jedoch, dass Rituale weder zu Beginn noch zum Ende der Therapiezeit eine besondere Bedeutung haben, d.h. weder gibt es spezielle Eingangs- noch Abschlussrituale zur Gestaltung der Übergänge in und aus Therapie, welche gleichsam als Rahmung des Aufenthalts dienen könnten. Möglicherweise steht der Verzicht auf solche Gestaltungsformen zum Therapieende in Zusammenhang mit dem wiederum schematisch vorge-

zeichneten Weg über die Adaptionenphase in die Außenwohngruppe, wie es dem Modell der Therapiekette (vgl. 2.1.3) entspricht.

In der Ritualisierung von Therapie tritt insgesamt der *Faktor des Subjektiven*, wie er etwa die Ziel- und Therapiereflexion, die Suche nach dem eigenen Weg, die Subjektentwicklung und Eigenverantwortung sowie die Rückfallbearbeitung als wesentliche Dimensionen professionellen Handelns prägt, in den Hintergrund. Als Bestandteil einer schematischen Struktur orientieren sich die Rituale an einem *Einheitsprogramm für alle AdressatInnen*, unabhängig von den heterogenen subjektiven Ausgangslagen. Es entsteht ein Grundplan der gruppentherapeutischen Arbeit, der sich an vorgegebenen Statuspassagen orientiert. Die Gruppentherapie erhält ein festes Programm, das absolviert werden muss. Die Rituale selbst beziehen sich gleichsam auf vorgegebene Aspekte, d.h. etwa den Stadtgang und die Heimfahrt, und beinhalten in diesen Grundzügen keine Variationsmöglichkeiten. Basierend auf der Annahme, dass der phasenspezifische Zugewinn an Freiheiten im Allgemeinen und die Konfrontation mit drogenbezogenen Kontexten im Besonderen nach der anfänglichen Beschränkung auf die Einrichtung weitere Stufen und Herausforderungen im Ausstiegsprozess verkörpern, werden genau diese Aspekte herausgegriffen. Ob das für die Einzelnen immer auch die relevanten Aspekte in ihrem individuellen Ausstiegsprozess sind, bleibt offen. Vielleicht stellen sich für Einzelne völlig andere Herausforderungen im Alltag, die zu meistern sie gezwungen sind, für die es aber in diesem Einheitsprogramm keinen rituell vorgesehenen Raum gibt. Insofern tritt mit den Ritualen eine Orientierung am Subjekt in den Hintergrund zugunsten einer einheitlichen, adressatenübergreifenden Behandlung. Erkennbar sind darin die auf schematisierte Abläufe und an generalisierten Deutungsmustern der Drogenabhängigkeit orientierten Leitlinien der Therapeutischen Gemeinschaften (vgl. 2.1.4.2, 2.1.4.3), die wenig mit dem Anspruch auf eine individualisierte bzw. adressatenorientierte Hilfe gemein haben.

Subjektorientierte Perspektiven können gleichwohl in der Konkretisierung des Rituals zum Tragen kommen, also innerhalb des einheitlichen Rahmens. Denkbar ist hier die subjektorientierte Thematisierung von jeweils relevanten Details ebenso wie die mit den vorgegebenen Aspekten individuell verbundenen Ängste und Probleme. Wenn aber einzelne NutzerInnen diese Aspekte für sich nicht als relevant betrachten, bleibt die Beschäftigung damit eine äußerliche, die nur dazu dient, den Übergang in die nächste Phase zu bewältigen, um die damit einhergehenden Freiräume zu erhalten und sich an die formulierten Anforderungen anzupassen. Dies kann sowohl Personen betreffen, die mit der angesprochenen Konfrontation keine Probleme haben, aber insbesondere auch Personen, die ihre Therapie vergleichsweise ziellos absolvieren. Raum für subjektive Belange entsteht auch in den Zwischenräumen des vorgegebenen Programms. Die subjektiv relevanten Anliegen der AdressatInnen gruppieren sich in diesen Zwischenräumen gleichsam um das ritualbezogene Raster herum. „Ja, das ist Ritual und das sind so die Punkte und dazwischen ist schon noch Raum, dass die Leute kommen können und und sagen, was steht jetzt für mich an.“ (Monika, 121-123) (vgl. 5.2.8)

5.2.6 Ankommen und Einstieg in die Therapie

Dem Therapiebeginn messen die InterviewpartnerInnen für ihr Handeln insoweit große Bedeutung bei, als sie bei den AdressatInnen verschiedentlich Schwierigkeiten bei der Eingliederung in die Alltagswelt Drogentherapie wahrnehmen. Insbesondere die an die AdressatInnen gerichtete Erwartung, sich offen und ehrlich auf das gemeinschaftliche und kommunikative Therapiegeschehen einzulassen, erscheint problematisch. Freilich sind nicht wenige in der Einrichtung, die sich hier nur mehr oder weniger freiwillig vergemeinschaften. Vielmehr führt sie ihre Entscheidung für eine Therapie zwangsläufig in die mehrfach gemeinschaftlich organisierten Zusammenhänge, also die verschiedenen Gruppen der Arbeits-, Freizeit- und Psychotherapie, der Hausversammlung – um nur die Pflichtgruppen aufzuzählen – sowie das gemeinschaftliche Leben generell.

Was das angeht, spielen zunächst ganz allgemein *persönliche Haltungen* und *persönliche Stile* eine Rolle. „Und dann gibt’s Leute, die sind von ihrer Persönlichkeit her geselliger und es gibt eher die Einzelkämpfer und die haben’s dann auch schwerer.“ (Monika, 249f.) Wer sowieso kontaktfreudig ist, wird sich besser in der Gruppenkultur zurechtfinden, wird Anschluss suchen und hat zumindest nicht grundsätzlich Probleme mit den gemeinschaftlichen Formen. Dennoch erscheint dieser persönlichkeitsbezogene Faktor in erster Linie in Bezug auf das Zusammenleben ausschlaggebend und weniger hinsichtlich der pädagogisch-therapeutischen Gruppen und ist mithin wesentlich für die allgemeine Befindlichkeit der NutzerInnen im Therapiealltag.

Ebenfalls bedeutsam, insbesondere hinsichtlich der von den AdressatInnen erwarteten Offenheit, ist die von den MitarbeiterInnen festgestellte *Misstrauenshaltung* und Tendenz zur *Heimlichkeit*. Diese begründen sich, den InterviewpartnerInnen folgend, vorwiegend in der bisherigen scene- und strafvollzugsgeprägten Alltagswelt der AdressatInnen. „Also weißt Du, wenn du im Strafvollzug warst und erlebt hast, wie es da zugeht, und da ist das ja überhaupt nicht angesagt da viel Persönliches von sich preiszugeben.“ (Monika, 257-259) Infolge der spezifischen Sozialisations- und Lernprozesse in drogenbezogenen Milieus verhalten sich die Neuen zunächst eher misstrauisch und verschlossen gegenüber MitarbeiterInnen und AdressatInnen.

„Ja, also da gibt’s schon auch zum Teil so wirklich ein Gegeneinander, wo die Schnittmenge dann zu klein wird, würde ich sagen, wo’s zuviel gibt in der Heimlichkeit zu verteidigen, weil wenn die Heimlichkeit ein gewisses Ausmaß überschreitet, denke ich, wird’s nicht mehr ‚handlebar‘.“ (Ulrich, 1097-1100)

Ulrich verweist an dieser Stelle auf das konfrontative Verhältnis, das sich infolge der Heimlichkeit zwischen MitarbeiterInnen und AdressatInnen entwickelt. Offenheit und Ehrlichkeit in der Auseinandersetzung kann dann kaum mehr erwartet werden und Misstrauen begleitet den gesamten Therapieverlauf: „Wo wir nie reinkommen und wenn die nie rauskommen, dann wird’s heikel und da gibt’s viele, die da nie rauskommen.“ (Ulrich 978f.)

Die InterviewpartnerInnen sprechen noch einen weiteren Punkt an, der auf den Eingliederungsprozess eine wesentliche Wirkung hat, nämlich das *Klima des Zusammenlebens* in der Einrichtung. Wie die InterviewpartnerInnen das Zusammenleben schildern, unterstützt es zunächst die AdressatInnen darin, weiterhin misstrauisch und vorsichtig zu bleiben und sich eben nicht vertrauensvoll auf die unterschiedlichen Gruppenbezüge einzulassen. Eine misstrauische und insofern vorsichtige Haltung, infolge derer die AdressatInnen eher wenig preisgeben, schützt die Einzelnen auch innerhalb des dichten Gruppenlebens.

„Ja eben, sie sind 24 Stunden zusammen und ich denke, zum Teil geht's untereinander auch ganz schön herb ab, oder kann ganz schön herb abgehen und dann dieses Postulat zu haben, persönlich zu werden und sich zu öffnen, das fördert es dann nicht, finde ich, sondern das ist dann eher was, wo sie weiter ganz vorsichtig gucken müssen auch.“ (Monika, 270-274)

Verglichen mit den Männern haben es die Frauen grundsätzlich schwerer in der Einrichtung (vgl. auch 2.2.2.3), weil sie stets in der Minderheit sind, und je mehr Männer anteilmäßig die Einrichtung nutzen, desto rauer werden offensichtlich Umgangston und -formen. In Zeiten, in denen die Gruppe der Frauen sich auf eine kleine Restgröße reduziert, vermehren sich die damit verbundenen Probleme für die übrigen Frauen. „Ich komme jetzt darauf, ob's Frauen da drin hat oder nicht, weil es auch schon Phasen gab, wo's fast keine Frauen gab und das macht die Atmosphäre härter. Und es ist natürlich auch für die paar Frauen, die es dann hat, ungleich schwerer zurechtzukommen.“ (Monika, 1023-1026) Genannt wird diesbezüglich vor allem die Belästigung durch männliche Bewohner, die zwar häufig in der beschriebenen Heimlichkeit passiert, aber als allgemeiner Tatbestand bzw. verdecktes Phänomen den MitarbeiterInnen durchaus bekannt ist. „Ja, vor Anmache zum Beispiel. Das wird selten so genannt, aber das spielt schon eine Rolle.“ (Monika, 1032f.)

Weiterhin offenbart sich das Ankommen in der Therapie als schwierig vor dem Hintergrund einer gewissen *Undurchsichtigkeit der Rahmenbedingungen* der Therapie.

„Ich denke, dass manche Regelungen, manche Strukturen nicht sehr klar sind in der Realität. Also das ist dies, was ich Dir gesagt habe, es gibt da so Schwankungen, es gibt Phasen, wo wir sehr streng sind, und es gibt Phasen, wo alle Ausnahmen möglich sind, wo man kaum noch irgendwelche Regeln erkennen kann. Das spielt eine Rolle, aber auch so was wie Arbeitstherapie, Anfang ist offiziell um neun, aber wenn man um halb zehn eintrudelt – na ja.“ (Monika, 829-834)

Klarheit über Strukturen und Anforderungen der Alltagswelt ist infolgedessen nur schwer herzustellen. Zweifelsohne liegt darin ein Freiheitsgewinn für die Einzelnen, wenn nicht alles bis ins Detail reglementiert ist und eben auch Ausweichmöglichkeiten gegeben sind. Es verstärkt sich allerdings auch eine Orientierungslosigkeit und Unsicherheit der AdressatInnen, gerade am Anfang der Therapie. Die Aufgabe, den eigenen Weg zu suchen, und der damit verbundene professionelle Verzicht auf allgemeingültige Ratschläge im Ausstieg verstärken die Irritation der AdressatInnen.

Was den Therapiebeginn und die damit sich stellenden Anforderungen an die AdressatInnen anbelangt, d.h. die Orientierung auf die Gemeinschaft hin, die geforderte Integration in offener Haltung, die spezifischen, vor allem geschlechtshierarchisch geprägten Alltagserfahrungen sowie eine gewisse Undurchschaubarkeit des konkreten Prozedere, spricht Monika insgesamt von einem *krisenförmigen Ereignis*. Die GruppentherapiemitarbeiterInnen geben als *zentrale Bezugspersonen* in der Bewältigung solcher Krisen Unterstützung. Über spezifische Thematisierungen hinaus stellen sie sich als Personen zur Verfügung und unterbreiten Beziehungsangebote, die den Neuen eine vertrauensvolle Begegnung mit einer/m MitarbeiterIn möglich macht. Diese, so die Intention, erlaubt es den AdressatInnen, Vertrauen in der überschaubaren Begegnung mit einer Bezugsperson zu entwickeln und unterstützt sie darin, sich immer besser im Alltag gemäß den an sie gerichteten Erwartungen bewegen zu können und die erlernte Haltung der Heimlichkeit und des Misstrauens zugunsten einer aufrichtigen Auseinandersetzung mit den MitarbeiterInnen und den MitbewohnerInnen sukzessive abzulegen. Mit dem Beziehungsangebot soll also einerseits die Orientierung und Integration der AdressatInnen in die Alltagswelt Drogentherapie unterstützt und zugleich die Rolle der zentralen AnsprechpartnerIn für *alle* therapielevanten Angelegenheiten im weiteren Therapieverlauf vorbereitet werden. Dies folgt dem für die Drogentherapie charakteristischen Prinzip der Bezugsgruppentherapie, wie es sich verbindet mit höchst komplexen Aufgabenfeldern, einer zentralen vermittelnden Rolle im Therapieprozess der AdressatInnen und einem spezifisch suchtarbeitsbezogenen, psychotherapeutischen Selbstverständnis der MitarbeiterInnen (vgl. Petzold/Scheiblich/Thomas 2000: 327ff. Schneider, R. 1992: 113f.; 6.3).

5.2.7 Alltag und das Alltägliche als Gegenstand der Gruppentherapie

5.2.7.1 Alltägliche Themen: Gefährdung und Stabilisierung des pädagogisch-therapeutisch inszenierten Lebensraums

Wenngleich die Gruppentherapie von den MitarbeiterInnen als ein Setting professionellen Handelns verstanden wird, das abgehoben vom Alltagshandeln seinen Ort hat und zugleich in ihrer methodischen Gestaltung auf die psychotherapeutische Unterstützung psychodynamischer Entwicklungsprozesse hin orientiert ist, so sind die dortigen Auseinandersetzungen dennoch stark vom Alltagsgeschehen geprägt. Genauer gesagt, erscheint die Gruppentherapie als *der zentrale Ort*, an dem die Drogentherapie als pädagogisch-therapeutisch inszenierter Lebensraum stabilisiert und in seinen grundlegenden Regulierungen gesichert wird. Monika und Ulrich benennen diesbezüglich eine Reihe höchst unterschiedlicher Themen: Dies betrifft etwa den konkreten Umgang mit Alkohol, die allgemeine Frage nach dem Vorhandensein von Drogen im Haus und die damit verbundene Rückfallgefahr, die Erfüllung der durch das Programm vorgegebenen Verpflichtungen, die Aktivitäten der BewohnerInnen in ihrer freien Zeit sowie Beispiele aus dem sozialen Kontext des Zusammenlebens. Die Themen betreffen zentrale Aspekte der Alltagswelt Drogentherapie, die sowohl die im engeren Sinn pädagogisch-therapeutisch gestalteten als auch die nicht gestalteten Zeiten und Räume umfassen. Insofern

sollen zunächst die *Alltagsfragen*, wie sie sich in der Gruppentherapie konkretisieren, betrachtet werden.

Die AdressatInnen stellen immer wieder das *Gebot der Drogenfreiheit* in der geforderten Reichweite in Frage. „Und du kommst dann auch so weit, dass es heißt, ich hab’ fünf Bier getrunken, ja und, warum soll ich keine fünf Bier trinken, ich bin doch nicht wegen Alkohol hier, was willst du denn von mir.“ (Ulrich, 164-166) Solche Einstellungen nehmen die MitarbeiterInnen zum Anlass, sowohl die darin zum Ausdruck kommende individuelle Perspektive zu thematisieren als auch die allgemeine Frage der Notwendigkeit und Bedeutung einer umfassenden Drogenfreiheit in der Einrichtung.

Bezogen auf die Tagesstrukturierung steht die *regelmäßige Teilnahme* am Therapieprogramm im Zentrum. Speziell die Teilnahme an der Arbeitstherapie und der Freizeittherapie wird von den AdressatInnen immer wieder in Frage gestellt. Sie gehen nicht hin, kommen zu spät und versuchen sich so den Verpflichtungen zumindest partiell zu entziehen. Eine wenig konsequente Haltung der zuständigen MitarbeiterInnen, so beurteilen es die VertreterInnen der Psychotherapie, fördere die bereits angesprochene Undurchsichtigkeit der Rahmenbedingungen. Die zentralen, mit der Alltagsstruktur verbundenen Intentionen, die darauf gerichtet sind, Regelmäßigkeit und Verlässlichkeit im Alltag zu etablieren, stehen somit permanent zur Disposition.

„Aber wenn ich so sage, am Anfang ist eigentlich mal wichtig, dass die Leute hier ankommen und wieder den Rhythmus hier finden, in einen bestimmten Alltag reinkommen, das ist ja nicht so individuell, das ist schon was Pauschaleres, für die Anfangsphase und das ist dann auch eher was, was von uns so gesetzt wird und das schmeckt manchen gar nicht, und trotzdem.“ (Monika 405-409)

Notwendigkeit und Sinn einer regelmäßigen Alltagsbeschäftigung müssen immer wieder in der Gruppentherapie verhandelt werden. Der Begriff des ‚Pauschalens‘, den Monika hier verwendet, verweist auf die *allgemeingültigen Rahmenbedingungen*, die unabhängig von der konkreten Entwicklung oder den bisherigen Lebensbedingungen der Einzelnen zu betrachten sind. Die Einzelnen kommen dann in den Blick, wenn es um individuell getroffene Absprachen geht. Aber auch diese beziehen sich grundlegend auf die Alltagsstrukturvorgaben der Einrichtung wie etwa die Nachfrage nach dem Praktikumsplatz oder spezifische Ausgangs- oder Besuchsabsprachen, die von den MitarbeiterInnen der Gruppentherapie thematisiert werden, auch mit der Intention, die Einhaltung oder die konkreten Schritte zu überprüfen.

Der Kontext des *Zusammenlebens* und der *selbstbestimmten Freizeitgestaltung* der BewohnerInnen wird von den MitarbeiterInnen vorwiegend als Feld des Experimentierens und Lernens gefasst. „Es hat den Aspekt von Experimentierfeld, also was ausprobieren zu können, sowohl im sozialen Bereich, als auch beispielsweise was fange ich an mit unstrukturierter Zeit.“ (Monika, 907-909) In diesem Experimentierfeld machen die MitarbeiterInnen – jenseits der allgemeinen Einrichtungsregeln – keine strukturierenden Vorgaben und die AdressatInnen sind

weitgehend unter sich. Im Vergleich zum sonstigen öffentlichen Charakter des Therapiegeschehens handelt es sich tendenziell um einem privaten Raum, der den AdressatInnen Spielräume zur selbstbestimmten Gestaltung eröffnet. Die MitarbeiterInnen registrieren allerdings vorrangig eine Nutzung dieses Freiraums, wie sie nicht von ihnen intendiert ist. Statt diesen Raum im Sinne erweiterter Erfahrungsmöglichkeiten und Handlungskompetenzen zu gestalten, rekonstruieren die BewohnerInnen Handlungsmuster, welche die MitarbeiterInnen den drogenbezogenen Alltagskontexten zurechnen.

Zu nennen wären – erstens – die so genannten *Drogengespräche*: „Wenn dann Leute zusammen sind, die eben nichts mit sich anfangen können und denen dann immer nur Drogen, Drogen einfallen, was die Klienten so sich heißreden nennen und die damit auch zum Teil gemeinsam losziehen.“ (Monika, 912-914) Die MitarbeiterInnen schreiben diesen Unterhaltungen, die Haller (1997) folgend als Ausdruck eines ‚trockenen Rückfalls‘¹⁵² zu betrachten sind, einen hohen Stellenwert in der Freizeitgestaltung der AdressatInnen zu. Das kann soweit führen, dass innerhalb der Einrichtung drogenkulturell geprägt Nischen entstehen, wie sie Ulrich anführt. „Ja, weil es gibt ja immer diesen dunklen Bereich, wo die ihre eigene – wie soll ich sagen –, ihre eigene Kultur leben, die eigene Kultur zum Teil eine Drogenkultur ist.“ (Ulrich, 973f.) Die eigene Kultur bezeichnet nicht nur das Gespräch über Drogen, sondern auch den daraus häufig folgenden Drogenkonsum, wie Monika anmerkt.

Ein weiterer, auf das Zusammenleben bezogener Gegenstand ergibt sich – zweitens – für die gruppentherapeutische Arbeit aus den Formen des Umgang der AdressatInnen miteinander. Wenngleich stark verdeckt, in dem ‚privaten‘, da vor den MitarbeiterInnen zumeist verborgenen, Teil des Alltags, offenbaren sich *hierarchische und machtgeprägte Aspekte des Zusammenlebens*.

„Ja, und da findet natürlich ganz viel statt, da findet natürlich körperliche Macht (...).“ (Ulrich, 1114) „Ich denke, da können schon auch Verletzungen laufen und es kann Machtausübung laufen und so, oder läuft auch.“ (Monika, 278f.) „Es geht um Drogen, es geht um Sex, Sex-Prostitution würde ich sogar sagen zum Teil, wobei da auch die Drogen oft mit reinspielen und es geht um dadurch Macht und Gewalt.“ (Ulrich, 1149-1151) „Frauen suchen sich einen Beschützer, weil haben sie hier einen kräftigen Typ, mit dem sie eine Beziehung haben, dann sind sie schon mal vom Markt und werden von anderen nicht mehr angebaggert, werden sie versorgt mit ganz bestimmten Dingen, bis hin zu Drogen, also das findet ja hier drin auch alles statt.“ (Ulrich, 1620-1624)

Im Kontext der eigenen Kultur rekonstruieren die AdressatInnen offenbar nicht nur Gespräche über Drogen oder konsumieren teilweise Drogen, sondern sie etablieren auch Muster des So-

¹⁵² Mit dem Begriff ‚trockener Rückfall‘ wird allgemein umschrieben, „wenn ein abstinent lebender Süchtiger in frühere Denk-, Erlebens- oder Verhaltensgewohnheiten zurückfällt, die während der Drogenphase zu seinem Lebens-, Verhaltens- und Kommunikationsstil gehörten“ (Haller 1997: 295).

zialverhaltens, welche die MitarbeiterInnen dem Drogenhandeln zuordnen. Diese sind geprägt von Macht und Gewalt, die sich sowohl in körperlichen Auseinandersetzungen als auch in sexualisierten, geschlechtshierarchischen Ausbeutungsverhältnissen niederschlagen. In besonders drastischer Form drückt sich darin die negative Seite des Experimentierens aus. „Ja. Klar und dass das ein Experimentierfeld ist, das beinhaltet eigentlich, man kann was Neues ausprobieren, man kann aber auch das Alte reproduzieren, also auch in der Weise, wie sie miteinander umgehen, es hat die Möglichkeit zu beidem.“ (Monika, 916-918)

Wenn die MitarbeiterInnen konkret davon Kenntnis erlangen, dann werden die Macht- und Gewaltverhältnisse in der Gruppentherapie zur Sprache gebracht. Ihrer Einschätzung zufolge bleibt den MitarbeiterInnen dieser Teil des Alltags weitgehend verborgen, dort leben die AdressatInnen „ihre eigene Kultur,“ (Ulrich, 974) so dass sich diesbezüglich getrennte Alltagswelten von AdressatInnen und MitarbeiterInnen offenbaren. Der Zugang zur Welt der AdressatInnen scheint den MitarbeiterInnen weitgehend unmöglich. Man weiß zwar um die Existenz solchen Unterlebens¹⁵³ (vgl. Goffman 1973), als Anknüpfungspunkt für professionelles Handeln wird es gleichwohl nur selten evident, weil es eben in der eigenen Kultur der AdressatInnen verbleibt und somit nur seltenst von den MitarbeiterInnen unmittelbar zur Sprache gebracht werden kann. Eher bleibt dies mehr oder minder latent angenommenen Selbstregulationsmechanismen innerhalb der Adressatengruppe überlassen, wie etwa insbesondere von der Anzahl der Adressatinnen eine Reduktion geschlechtshierarchischer Macht- und Ausbeutungsverhältnisse erwartet wird.

5.2.7.2 Regeln, Rahmenbedingungen und verallgemeinerte Ziele im Kontext der Alltagsverhandlungen

In den Alltagsverhandlungen werden auf mehreren Ebenen zentrale Regeln der Einrichtung thematisiert und ihre Bedeutung für das Alltagshandeln der AdressatInnen kommuniziert. Die MitarbeiterInnen fordern ein entsprechendes Verhalten ein, geben Anstöße und animieren zu spezifischen Handlungsweisen, konfrontieren die AdressatInnen mit eigenen Wahrnehmungen. „Ich denke, dass das einen ganz starken Teil von der Arbeit hier hier ausmacht, immer wieder so was Anstoßendes zu haben und was Forderndes zu haben.“ (Monika, 546f.) Es geht mithin darum, das Handeln der Einzelnen bewusst zu machen und auf spezifische Handlungsmuster Einfluss zu nehmen, also Veränderung im Sinne der spezifischen Alltagsordnung zu bewirken. Eine ständige Auseinandersetzung und Reflexion ausgehend von den alltäglichen Gegebenheiten steht hierbei im Mittelpunkt sowohl in der Bezugnahme auf das einzelne Subjekt als auch bezogen auf die gesamte Gruppe.

¹⁵³ Das Unterleben in einer Institution, das sich der direkten Wahrnehmung und handelnden Bezugnahme der MitarbeiterInnen weitgehend entzieht, kann in der vorliegenden empirischen Arbeit nur über die Vermutungen, Einschätzungen und Interpretationen der MitarbeiterInnen aufgegriffen werden. Eine empirisch fundierte Annäherung an diesen Teil der Alltagswelt Drogentherapie wäre methodisch vorwiegend im Rahmen einer teilnehmenden Beobachtung möglich. Selbst in den Interviews mit den AdressatInnen (vgl. Thiersch u.a. 2001) bleiben diese Phänomene weitgehend unpräzise.

Darüber hinaus geht es diesbezüglich auch darum, allgemeine Themen in der Gruppentherapie aufzugreifen. Das bedeutet insbesondere, dass die MitarbeiterInnen Fragen ansprechen, die für den Alltag relevant sind, ohne dass sich direkt konkrete Anlässe bieten. „Ja gut, dann bringen wir schon auch was ein. Also entweder thematisch, dass wir thematisch auch denken, das und das könnte grade anstehen und das ansprechen.“ (Monika, 140f.) Beispiele hierfür sind etwa Vermutungen zu Drogenvorkommen und -konsum im Haus und allgemeine Fragen zur daraus resultierenden Rückfallgefahr für die Einzelnen: Wie nahe stehe ich selber am erneuten Drogenkonsum? Diese und ähnliche Fragestellungen behandeln die MitarbeiterInnen insbesondere dann, wenn es unspezifische, nicht auf einzelne Personen rückführbare Verdachtsmomente für ein zunehmendes Drogenhandeln in und um die Einrichtung gibt. Die allgemeine Behandlung solcher Thematiken kann insofern als ein erster Versuch des Gegensteuerns betrachtet werden, der darauf gerichtet ist sowohl die Alltagsordnung aufrechtzuerhalten als auch die Entwicklung und das Handeln der Einzelnen in den Blick zu nehmen.

Grundsätzlich spiegeln sich in den alltagsbezogenen Verhandlungen die zentralen Einrichtungsregeln wider, nämlich das Verbot von Alkohol- und Drogenkonsum, die Teilnahmepflicht am Therapieprogramm sowie das Verbot von Gewaltanwendung bezogen auf Personen und Sachen. So geht es zunächst darum, die Regeln und die damit verbundenen Erwartungen oder Anforderungen an die AdressatInnen zu kommunizieren. Also etwa: Was bedeutet Drogenfreiheit? Worauf bezieht sich das? Was kann nicht drogenbezogene Alltagsgestaltung bedeuten? Wieso muss jede/r in die Arbeitstherapie und in die Freizeittherapie? Wie kann ein sozial verträglicher Umgang miteinander aussehen? Insofern zielen Alltagsreflexionen auf die *Transparenz* des Regelwerks, auf die *Akzeptanz* durch die AdressatInnen sowie auf die *Kommunikation* der Grenzen dessen, was möglich ist. Es werden darin gleichsam Strukturvorgaben konkretisiert, ihr Sinn verdeutlicht und daraus resultierende Erwartungen an die AdressatInnen präzisiert.

Die Regeln geben dabei nicht nur Verhaltensmaßgaben wieder. Vielmehr formulieren sie die zentralen Grundlagen der Therapie als pädagogisch-therapeutischer Lebensraum auf Zeit. Was die Einzelnen für sich – in der einen oder anderen Form – erreichen sollen, nämlich veränderte Alkohol- und Drogenkonsumformen, regelmäßige Alltagsverhältnisse sowie nicht drogenbezogene Handlungsmuster in Beschäftigung und Sozialverhalten, findet sich bereits als elementare Voraussetzungen in der spezifischen Ordnung des Therapiealltags und umreißt gleichsam den Rahmen für die individuellen, am Subjekt orientierten Entwicklungsschritte. Die zentralen Regeln können daher ebenso im Sinne verallgemeinerter Ziele der Therapie verstanden werden. In den alltagsbezogenen Verhandlungen finden sie sich in doppelter Gestalt, nämlich sowohl bezogen auf die Alltagsordnung als Rahmenbedingung des pädagogisch-therapeutischen Lebensraums wie auch bezogen auf die Ebene veränderter Deutungs- und Handlungsmuster der AdressatInnen. Insofern verbinden sich gestalterische und personale Aspekte professionellen Handelns in der Integration von *Feld- und Subjektbezug* (vgl. Mollenhauer 1968: 21ff.; 3.3.2). Aus dem zunächst alltagsfernen Raum des psychothe-

therapeutisch gerahmten Settings zielt professionelles Handeln auf die Gestaltung der Therapie als sozialer Ort und Matrix von Entwicklungs- und Lernprozessen.

Aufgegriffen wird in der Gruppentherapie zunächst das Verhalten Einzelner oder einer Gruppe mit der primären Perspektive auf die persönliche Veränderung. Gleichzeitig trägt die Bezugnahme auf einzelne Personen die erweiterte Sicht auf den Therapiealltag als Ganzes in sich. Wenn ein großer Teil der BewohnerInnen die als drogenbezogen charakterisierten Handlungsmuster weiterhin aufrechterhält, dann werden sukzessive die zentralen Bestimmungsmomente der neuen Alltagswelt – und damit die zentralen Grundlegungen des pädagogisch-therapeutisch inszenierten Lebensraums – außer Kraft gesetzt. In dieser Perspektive zielt die Thematisierung des Alltags insbesondere darauf, diese zentralen Bestimmungsmomente zu stabilisieren und die Akzeptanz auf Seiten der AdressatInnen als subjektive Einsicht und als notwendig erachteten Entwicklungsschritt zu fördern. Die darin verbundenen subjekt- und strukturorientierten Anliegen professionellen Handelns lassen sich aufgrund der sie einenden Wechselwirkung nicht voneinander trennen. Wie das Handeln der AdressatInnen die Rahmenbedingungen außer Kraft setzen kann, haben wiederum die veränderten Rahmenbedingungen negativen Einfluss auf das Handeln der Einzelnen. Oder anders ausgedrückt: Die Verhaltensveränderungen Einzelner basieren auch auf Rahmenbedingungen, die diesen Prozess der Ausbildung alternativer Handlungsmuster unterstützen und darin wiederum Stabilität im Alltag produzieren.

Die verallgemeinerten Ziele bezogen auf Alkohol- und Drogenkonsumformen, Gestaltung eines gelingenderen Alltags sowie nicht drogenbezogene Handlungsmuster in Beschäftigung und Sozialverhalten transportieren letztlich *allgemeingültige Entwicklungsperspektiven*, die als solche im Regelwerk präsentiert und als elementare Ordnung in den Therapiealltag als pädagogisch-therapeutischer Lebensraum eingelassen sind. Von den subjektorientierten Zielen, die sich ausrichten am subjektiven Standort, den Entwicklungsperspektiven der Einzelnen und relational verhandelbar sind, unterscheiden sich die verallgemeinerten durch ihre adressaten- und zeitübergreifende Reichweite und Gültigkeit.

Vor diesem Hintergrund betrachtet Ulrich die alltäglichen Verhältnissen in der Einrichtung als einen entscheidenden, wenn nicht gar *den* wesentlichen Faktor für die Therapiemöglichkeiten der Einzelnen. Auch die im engeren Sinn pädagogisch-therapeutische Arbeit in der Arbeits-, Freizeit- und Psychotherapie erlangt zunächst nur im Kontext der Alltagsverhältnisse einen Sinn.

„Für das Entscheidendere halte ich wirklich das, was wirklich tagtäglich einfach stattfindet, wo ich sagen würde, ein wichtiger Punkt ist, dass man wirklich guckt, dass die Leute so weit wie möglich drogenfrei hier mal eine Zeit hinkriegen und da ist wirklich, da sind diese schönen drei Bausteine ein Mittel zum Zweck dazu, aber irgendwie nichts, nichts letztendlich allein Entscheidendes, also wo ganz viel auch um Kontrolle geht.“ (Ulrich, 11-16)

Mittels des Kontrollhandelns erfahren die MitarbeiterInnen erst von verschiedenen Alltagspraxen, die, es wurde bereits angesprochen, nicht unbedingt an der Oberfläche des Alltags liegen, wie etwa Alkohol- und Drogenkonsum, unzulängliche Teilnahme am gesamten Therapieprogramm oder die macht- und hierarchiegeprägten Verhältnisse der AdressatInnen untereinander in ihren gleichsam privaten Räumen, so dass diese in der Gruppentherapie aufgegriffen werden können.

5.2.7.3 *Widerständiges und Orientierungsbedürfnisse*

Mit dem Eintritt in die Therapie sollen die AdressatInnen spürbar für sich und sichtbar nach außen mit ihren alten Gewohnheiten brechen und sich neue Deutungs- und Handlungsmuster zueigen machen. Selbst wenn der zuvor konkret gelebte Alltag nicht ausschließlich von Drogenszene und Gefängnisleben dominiert war, kann der Übergang in die Alltagswelt Drogentherapie im Erleben der AdressatInnen zunächst als Bruch der Alltagsgewohnheiten und -erfahrungen angenommen werden, durchaus im Sinne einer professionell intendierten Zäsur. Die neue, institutionell gerahmte Alltagsstruktur beinhaltet nicht nur regelmäßige Rhythmen, sondern die damit einhergehenden, gleichmäßig verlaufenden Aktivitäten – das Programm – verkörpern verpflichtende Vorgaben. Entscheidend wird insofern, wie sinnvoll eine solche Alltagsordnung den Einzelnen für ihre Ziele und Veränderungsvorstellungen erscheint.

Vor dem Hintergrund des breiten Erwartungsspektrums der AdressatInnen ist zunächst anzunehmen, dass die Einzelnen in graduell unterschiedlicher Nähe zu den verallgemeinerten Zielen stehen und daher die neue Alltagsstruktur zumindest partiell Elemente beinhaltet, die auf ihr Missfallen und ihren Widerstand stoßen. Eine uneingeschränkte Akzeptanz und Anpassung an die Vorgaben kann daher kaum vorausgesetzt werden, wie das Beispiel des prototypisch skizzierten Kokainkonsumenten veranschaulicht.

„Bei Klienten gibt’s ganz schöne Unterschiede, es gibt dann die Klienten, heute in der Zwischenzeit gibt’s die ja manchmal, die nie Heroin genommen haben, eine ganz andere Art von Klient [...] das sind jüngere, manchmal auch Mitte zwanzig, das gibt’s auch, aber das ist ein ganz anderer Schlag von Leuten, also da hast du, du hast tatsächlich – also das sind die Leute, die wirklich dieser Leistungsgesellschaft grade eben aufsitzen und eben, man muss immer fit, fröhlich, sonstwas sein, aber die – wie soll ich’s ausdrücken –, die einen gewissen Grad von Kaputtheit nie erreicht haben.“
(Ulrich, 1327-1335)

Eine ausgeprägte Bindung an ein (klein-)kriminelles Milieu mit allgemein und drogenbezogen delinquenten Handlungsweisen runden das Bild ab. „Ja ja, und die auch hier sind, weil sie von der Polizei halt erwischt wurden beim Überfall des Supermarktes oder sonstwo und die dann natürlich auf Drogen machen, damit sie besser davonkommen.“ (Ulrich, 1360-1362) Weder halten die hier beschriebenen Personen eine Therapiemaßnahme für notwendig noch erklären sie Drogenfreiheit zu ihrem Ziel. Sie wollen Haftstrafen vermeiden und erklären den für sie eigentlich unproblematischen, weil weitgehend integrierten Drogenkonsum vor Gericht zum

Problem, damit sie nach §§ 35ff. (BtMG) verurteilt werden und eine Therapie aufnehmen können. Dies bestätigt den in der Literatur wiedergegebenen Trend der Zunahme verurteilungs- und haftbelasteter Menschen in der Drogentherapie (vgl. 2.2.2.3), unter denen die hier angesprochene Gruppe einen Teil ausmacht. Die Bereitschaft dieser AdressatInnen, sich auf therapeutische Bemühungen einzulassen, muss als sehr gering eingeschätzt werden. Eher erscheint ihr Aufenthalt als ein Spiel, in dem es darum geht, sich mit den MitarbeiterInnen zu messen. Der Alltagsordnung und der an sie gerichteten Erwartung, sich geringstenfalls anzupassen, stehen diese AdressatInnen deutlich distanziert gegenüber.

Aber auch AdressatInnen, die eine Therapie beginnen aus einem Zwangskontext heraus, sei dies justitiell, im sozialen Umfeld oder persönlich begründet, und/oder indifferente Zielvorstellungen mitbringen, tun sich tendenziell schwer mit der neuen Alltagsstruktur. Die alltagsbezogenen Verhandlungen können, der Einschätzung Monikas folgend, dennoch Anstöße zu veränderten Haltungen auf Seiten der AdressatInnen bewirken. „Auch da gibt’s solche und solche, aber das gibt’s natürlich weit verbreitet, wobei auch das etwas ist, was zum Teil eine Frage von einer Entwicklung ist, also anfangs noch keinen Bock und dann vielleicht doch, dass so langsam was anfängt.“ (Monika, 1164-1167)

Dabei darf nicht übersehen werden, dass die Drogengespräche, wie überhaupt die Orientierung der Verhaltensmuster an den bekannten, drogenbezogenen Gepflogenheiten auch Ausdruck einer drogenbezogenen Alltagswelt sind, die nicht von heute auf morgen sozusagen ungültig wird und ‚abzulegen‘ wäre, wie dies das Bild einer von drogenbezogenen Mustern abgehobenen Alltagswelt Drogentherapie vermittelt.

„Und ich denke, dass so Gespräche so stattfinden, das hat natürlich auch den Hintergrund, du hast hier fünfzig Leute, die eine Gemeinsamkeit haben und das sind genau die Drogen. Die Leute kennen sich mehr oder weniger gut, je schlechter sie sich kennen, desto mehr kann ja nur das Drogenthema das Thema sein, da kann jeder nachempfinden und jeder nachvollziehen, was da der andere schwätzt.“ (Ulrich, 366-370)

Drogenthemen sind allen vertraut, es gibt gemeinsam geteilte Erfahrungen, Erlebtes im guten und schlechten Sinn, man kann sich austauschen. Kein anderes Thema birgt auf den ersten Blick so viel Gemeinsames. Zumindest bei denjenigen, die sich nicht dezidiert von derartigen Gesprächen distanzieren, kann jeweils auf Verständnis und Gehör gehofft werden. Es bedarf keinerlei Verständigung über gemeinsame Interessen; diese können stillschweigend vorausgesetzt werden. Gerade im zunächst unvertrauten Therapiealltag kommt daher dem Reden über Drogen(-konsum) eine wichtige verbindungs- und identitätsstiftende Wirkung zu. Man bewegt sich auf vertrautem Terrain und kann sich in diesem Zusammenhang präsentieren. Das bekannte Feld birgt mehr Sicherheit und Rückhalt, was die Darstellungsformen und Rituale des Austauschs anbelangt, als jeder andere Inhalt und Bezugsrahmen. So ist das Drogenthema ein probates Mittel, sich selbst zu zeigen, Zugehörigkeiten zu entwickeln, Gruppen zu bilden und neue BewohnerInnen in diesem drogenbezogenen Orientierungsschemata einzuschätzen

und einzuordnen. Je größer eine Einrichtung ist, desto ausgeprägter wirkt dieser Zusammenhang von Fremdheitsgefühlen, Orientierungsbedürfnissen und widerständigen Bestrebungen.

„Und je größer natürlich, ich denke, das ist ja dann auch wieder ein Problem dieser Größe der Institution, je größer du so ein Haus hast, mit fünfzig Leuten, desto fremder sind sich die Leute natürlich in der Regel, auch wenn du's in Gruppen verteilt hast, ist's trotzdem schwierig.“ (Ulrich, 389-392)

Die Zuwiderhandlungen der AdressatInnen gegen die Alltagsvorgaben der Einrichtung können offen und sichtbar widerstandsmotiviert sein. Etwa wird die Teilnahme am Programm verweigert, das Alkoholverbot offen in Frage gestellt und mehr oder weniger offen nicht eingehalten. Daneben vermitteln sich in diesen Verhaltensformen Elemente des Widerspruchs und der Auflehnung, die kaum direkt spürbaren Widerhall in der Öffentlichkeit der Einrichtung finden, sondern eher Praxen des Unterlebens sind. Gerade das beharrliche Kultivieren bekannter Muster und Handlungsweisen – wie es sich exemplarisch in den Drogengesprächen zeigt – verweist auf den Versuch der AdressatInnen, sich zu orientieren, aber auch auf das Bestreben, Anerkennung zu erfahren. Was läge näher, als dabei auf Vertrautes zurückzugreifen und im positiven Bezug darauf Anerkennung und Gemeinschaftsgefühl zu suchen und zu erfahren. In der Vergemeinschaftung mit einer Vielzahl unbekannter und häufig wechselnder MitbewohnerInnen auf engstem Raum erfüllen mithin vertraute, d.h. vornehmlich aus dem Drogenhandeln vertraute Handlungs- und Identifikationsmuster eine integrative und stabilisierende Funktion. Sie schaffen Raum für Anerkennung und Gratifikation, die, Hörster (1995) folgend, nach einem längeren und komplexen Prozess von Bezeichnungen des betroffenen Selbst vor allem in dem einmal eingenommenen abweichenden Status zu bekommen sind.

Die Rekonstruktion von drogenbezogenen Handlungsmustern in der Therapie erweist sich mithin aus unterschiedlichen Perspektiven als ein subjektiv stabilisierender Faktor – auch in der Alltagswelt Drogentherapie – und steht in tendenziellem Widerspruch zur Aufgabe der MitarbeiterInnen, einen nicht drogenbezogenen Alltag als pädagogisch-therapeutischen Lebensraum zu inszenieren. Damit reichen hierauf bezogene Thematisierungen in der Gruppentherapie weit über die Vermittlung der Regeln und das Einfordern von Anpassung hinaus. Wenn die bekannten Deutungs- und Handlungsmuster für die AdressatInnen nicht mehr verfügbar bzw. unerwünscht sind, dann bedarf es anderer Formen, die diesen Interessen und Bedürfnissen in der fremden und fremdbestimmten Umwelt dienlich sind. Die gruppentherapeutische Alltagsreflexion kann, sofern sie sich auf den widersprüchlichen Charakter der drogenbezogenen Handlungsmuster zwischen Verharrungstendenzen und Aufbruch sowie auf deren ambivalent-identitätsstiftenden Sinn bezieht, die Herausbildung neuer Deutungs- und Handlungsmuster im Sinne des Bewältigungshandelns unterstützen, wie dies in den alltagsbezogenen Verhandlungen intendiert ist. Inwieweit sich dies mit der Schaffung alternativer Räume der Anerkennung und Gratifikation verbindet, kann dabei nicht schlüssig beantwortet werden. Obgleich die für die AdressatInnen funktionale Seite der drogenbezogenen Deutungs- und

Handlungsmuster durchaus reflektiert wird, scheint sich der professionelle Blick eher auf eine Stabilität der Alltagsordnung zu konzentrieren.

5.2.7.4 Alltägliches, Selbstregulierung und die Entwicklung von Verantwortung für den Therapiealltag

„Und dann ist es auch so, wenn Leute erst mal am Anfang da sind, dann ist das ein Ziel, sich hier einzufinden, in den Rhythmus reinzukommen, in den Tagesablauf reinzukommen, wirklich auch zu gucken, wie komme ich ... wenn's Strukturen gibt, wie komme ich da drin klar, also ja, so etwas zu etablieren einfach.“ (Monika, 307-311)

Wie in dieser Passage betonen die InterviewpartnerInnen durchweg die besondere Relevanz der alltagsbezogenen Themen zu *Beginn der Therapie*. Dies folgt dem Deutungsmuster einer vor allem anfangs wichtigen Unterstützung der Eingewöhnung in die Alltagswelt mit ihren spezifischen Anforderungen. Strukturierende Maßgaben des Settings, wie sie in der eingeschränkten Außenorientierung und der hohen Zahl an Pflichtveranstaltungen zu Therapiebeginn zum Ausdruck kommen, stellen diesbezüglich ein wesentliches Element dar. Im Handeln orientieren sich die MitarbeiterInnen der Psychotherapie daran, die Wirksamkeit der Strukturvorgaben zu stärken, indem sie vermehrt auf die Einhaltung der Maßgaben achten und mit den alltagsbezogenen Verhandlungen den Prozess der Eingewöhnung und Anpassung fördern. Mithin zielt dies darauf, den Umbruch auszugleichen und schrittweise Akzeptanz und Veränderung bei den AdressatInnen zu erreichen. Die MitarbeiterInnen gehen davon aus, dass der Gewöhnungsprozess einhergeht mit einem Bedeutungsverlust drogenbezogener Aktivitäten im Alltagshandeln. „Hast du wiederum Leute, die länger hier sind, die kennen auch noch andere Seiten von sich.“ (Ulrich, 372f.) Die BewohnerInnen lernen sich auf vielfältige Weise kennen, machen unterschiedliche Erfahrungen und es kristallisieren sich verschiedene, den Drogenkonsum überschreitende gemeinsame Bezugspunkte heraus. Andere Inhalte können etwa das Drogenthema in Unterhaltungen ersetzen.

Gleichwohl folgt die Akzentuierung der Anfangszeit einem weiteren zentralen Deutungsmuster, nämlich dem Bild der *sukzessiven Ausbildung* verantwortlichen Handelns auf Seiten der AdressatInnen. Die TherapieanfängerInnen integrieren sich in die Alltagsverhältnisse im Wechselspiel zwischen gegebener Struktur und Aneignung entsprechender Handlungsmuster. Was zu Beginn durch die strukturierenden und begrenzenden Elemente im professionellen Handeln und Gestalten unterstützt oder auch erzwungen wird, entwickelt sich immer mehr zum eigenmotivierten und eigenverantwortlichen Handeln der AdressatInnen. Dies knüpft unmittelbar an die subjektorientierte Arbeit in der Gruppentherapie an, die sich auf die Entwicklung von Eigenverantwortung richtet (vgl. 5.2.3). Im Bezugsrahmen der Alltagsverhältnisse und der Alltagsordnung bezieht sich die Selbstverantwortung gleichwohl nicht nur auf die eigene Person, sondern ebenso auf die gesamte Alltagswelt als Ort subjektiver Lern-, Erfahrungs- und Entwicklungsprozesse.

„Da kommen wir ja auch wieder auf diesen Alltag stärker zurück, hast du hier noch Klienten, die praktisch dieses, die Philosophie oder die Konzeption dieses Hauses [...] aufrechterhalten, dann hast du natürlich Leute da drin, die dem auch entgegenwirken, die kriegen so Sachen mit und fragen dann mal auch Sachen, was macht ihr hier denn eigentlich, was betreibt ihr hier denn und was soll denn das und die vielleicht auch mal kommen und in eine Gruppe gehen und sagen, also hier, ihr zwei, ihr habt da neulich nur darüber gequatscht, was ist denn da los? (Ulrich, 355-361)

In einem Prozess der allmählichen Verantwortungsübernahme – als Ausdruck zunehmender Identifikation mit der Einrichtung – werden die AdressatInnen sozusagen zu *Garanten der spezifischen Alltagsordnung* und übernehmen im Therapiealltag stabilisierende Funktion. Bedeutsam ist diese Rolle der AdressatInnen insbesondere hinsichtlich der für die MitarbeiterInnen wenig zugänglichen privaten Alltagspraxen, also etwa im Blick auf die drogenbezogenen Unterhaltungen, die heimliche Fortsetzung des Drogenkonsums und das macht- und hierarchiebetonte Sozialverhalten.

Diejenigen Personen, deren Ausstiegswunsch nicht genügend ausgeprägt ist und die sich infolgedessen nicht in der dargestellten Weise integrieren, schwächen durchweg die Alltagsordnung, weil sie kaum die Anforderungen der Therapie akzeptieren. Wenn sich nichts an ihrer Haltung ändert, so gehen die MitarbeiterInnen davon aus, dass sie früher oder später die Therapie abbrechen werden. Gehen sie frühzeitig, wie Ulrich feststellt, in der Regel während der ersten drei Therapiemonate (vgl. auch 2.2.2.3), so stabilisieren sich die Verhältnisse. Dann bleiben immer wieder die Personen übrig, die im Prozess der Akzeptanzbildung und vor dem Hintergrund einer Langzeitperspektive, sich mit den Anforderungen soweit arrangiert und letztlich die Philosophie der Einrichtung übernommen haben.

In diesem Bild der sich immer wieder auf's Neue stabilisierenden Alltagsbedingungen, letztlich durch die Selektion der nicht anpassungs- bzw. nicht veränderungsbereiten AdressatInnen, scheint erneut die *Idee einer Selbstregulierung* im Alltag als handlungsleitend auf. Maßgeblich für diesen Prozess der Selbstregulierung sind die auf Akzeptanz der Alltagsordnung zielende Anpassungsleistung der AdressatInnen, die Entwicklung neuer Denk- und Handlungsmuster und das Ausscheiden derjenigen, die sich nicht auf die Rahmenbedingungen der Therapie einlassen können oder wollen. Übrig bleibt „ein Stamm von Leuten,“ (Ulrich, 36) der die alltäglichen Rahmenbedingungen akzeptiert, mitträgt und stets neu reproduziert, so lässt sich die idealtypische Entwicklung beschreiben. Je größer dieser Stamm ist, desto weniger notwendig ist die Thematisierung von Alltagsfragen. Die Selbstregulierungsvorstellung verweist allerdings auch darauf, dass der Alltag als Rahmenbedingung tendenziell zur Disposition steht, wenn die Anpassung nicht im notwendigen Maß erfolgt, der Entwicklungsraum weiterhin anders genutzt wird und vor allem die nicht konformen AdressatInnen ihre Therapie nicht abbrechen, wie dies insbesondere in Zusammenhang mit der Therapiezeitverkürzung gegeben ist. Dann scheint das Modell der Selbstregulierung tendenziell gefährdet.

Die Gestaltung des Settings folgt zunächst der Vorstellung von Selbstregulierung und nachlassender Relevanz von Alltagsfragen, indem diese hauptsächlich in der *Neuengruppe* (vgl. 5.4.5) zur Verhandlung platziert sind.

„Also es gibt eine so genannte Neuengruppe, wo alle, die neu da sind, also die ersten sechs Wochen da sind, zusammengefasst sind, das ist ein Mal in der Woche und das ist ein Forum, gut, da werden so Sachen besprochen zum Teil, die alle Neuen interessieren, also da geht's dann zum Beispiel um Regeln oder wie geht's mir hier, wenn ich mich an was halten muss und eben diese Themen.“ (Monika, 463-467)

Die Gruppentherapie ist sozusagen erst in zweiter Instanz für die Alltagsthematisierungen vorgesehen. Diese gelangen in die Gruppentherapie vorrangig dann, wenn prekäre Umstände dies erfordern, nämlich wenn die Ordnung von den AdressatInnen zu sehr unterlaufen wird und der Alltag instabil zu werden droht. In einer solchen Konstellation greifen die MitarbeiterInnen die nicht regelkonformen Alltagshandlungen der Einzelnen in der Gruppentherapie auf. Primär verbindet sich damit das Ziel, die betreffenden Handlungen und die ihnen innewohnenden Regel- und Grenzverletzungen zu veröffentlichen, sie zu reflektieren und darüber mittelbar eine Veränderung in Haltung und Verhalten der AdressatInnen zu bewirken. Es handelt sich also nicht um die Verhandlung eines festgelegten, alltagsbezogenen Themenkanons; vielmehr *reagiert* die Gruppentherapie auf die problematischen Vorkommnisse im Alltag. Im Mittelpunkt stehen individuelle, problematische Verhaltensweisen, die erst sekundär das Thema Alltag und Regeln in einer den Alltag der AdressatInnen begleitenden Weise fokussieren. Den Alltagsverhandlungen in der Gruppentherapie ist daher – so kann zusammengefasst werden – ein Charakter des *problembezogenen Reagierens*, der *Ausnahme* und der *tendenziellen Individualisierung* inhärent.

Für die gruppentherapeutische Arbeit bedeutet dies grundsätzlich, dass die Formen professionellen Handelns nicht zuletzt vom Vorkommen prekärer Alltagspraxen abhängig sind. Gibt es keine notwendigen alltagsbezogenen Thematisierungen, dann bleibt mehr Raum für anderes wie z.B. die oben beschriebene Arbeit an den subjektiven Entwicklungsprozessen. Herrschen dagegen problematische Verhaltensformen vor, sind die MitarbeiterInnen gezwungen, auf die jeweiligen Vorkommnisse einzugehen, und es reduzieren sich die zeitlichen Ressourcen für die anderweitigen Aufgabenstellungen. Solange also der Alltag stabil erscheint, kann sich professionelles Handeln auf andere Aspekte und Inhalte konzentrieren. Dies unterstützt einerseits eine Wahrnehmung von Alltagsfragen insbesondere in ihrem Bezug zum Problematischen und wirkt zugleich auch auf die Auswahl der Gegebenheiten, die tatsächlich zur Verhandlung gelangen. Es sind vorrangig diejenigen, die an der Oberfläche des Alltags sichtbar werden, also etwa die Teilnahme am Pflichtprogramm oder der bekannt gewordene Drogenkonsum. Schwieriger wird es schon beim Reden über Drogen:

„Wir greifen natürlich so weit nicht rein, dass wir das so direkt mitkriegen, es wird ab und zu mal gesagt, da wird viel gelabert darüber und so weiter und so fort, aber wenn du das dann praktisch von Mitarbeiterseite einbringst in eine Gruppe, ja was

hast du denn, das war doch gar nicht so wild und, also da ist primär auch wieder das Abwiegen.“ (Ulrich, 362-366)

Das Gleiche gilt für den heimlichen Drogenkonsum und erst recht für die angesprochenen Macht- und Hierarchieverhältnisse im Zusammenleben. Diese Geschehnisse bleiben den MitarbeiterInnen verborgen, solange sie sich im privaten Alltag der AdressatInnen abspielen und nicht an die Oberfläche gelangen, was aufgrund der damit verbundenen Tabus nur rudimentär zu erwarten ist. Insofern bleibt die Kenntnisnahme dessen auf Seiten der MitarbeiterInnen notwendig fragmentarisch. Eher handelt es sich um Vermutungen, die sie aus eigenen Beobachtungen oder Andeutungen der BewohnerInnen ableiten. „Wir kriegen auch was mit, aber es läuft auch sicherlich eine Menge, was wir nicht mitkriegen.“ (Monika, 922f.)

In der vorrangigen Orientierung am problematischen Alltagshandeln erscheinen die Alltagsthematisierungen wesentlich als Unterstützung in der anfänglichen Umbruchsituation und hinsichtlich der anvisierten Anpassungsleistung der AdressatInnen.

„Und Leute, die überhaupt keinen Bock auf Therapie haben und eigentlich nur wegen dem Knast hier sind, von denen erwarte ich dann, dass sie sich zumindest hier mal an die Formen halten, also das, was jedem, der am Anfang da ist, auch abverlangt wird.“ (Monika, 1167-1170)

Der Bezug auf die Anpassungsleistung drückt sich auch darin aus, dass die öffentliche Thematisierung, die Benennung der prekären Handlungsweisen und damit verbunden die Verdeutlichung der Grenzen in den Handlungsmöglichkeiten von den InterviewpartnerInnen angesprochen wird. „Der Einfluss, den wir darauf haben, dass wir, wenn wir da etwas mitkriegen, das zu thematisieren und mal klarzulegen, was da läuft.“ (Monika, 932f.) Alltagsthematisierungen erscheinen in dieser Wendung vor allem bezogen auf die Durchsetzung von Regeln.

5.2.8 Die Integration der Vielfalt

In den bisherigen Ausführungen wird deutlich, welche unterschiedlichen Facetten das Handeln in der gruppentherapeutischen Arbeit vereint. Dies umfasst die subjektbezogene Arbeit an der psychodynamischen Entwicklung, die Begleitung von individuellen Therapieverläufen und -prozessen sowie die Stabilisierung der Alltagsordnung und der jeweils individuellen Alltagspraxen im pädagogisch-therapeutischen inszenierten Lebensraum. Daher kann gefragt werden, wie die unterschiedlichen inhaltlichen Schwerpunkte in der Gruppentherapie ihren Platz erhalten. Diesbezüglich soll im Folgenden zuerst der Ablauf der Gruppentherapiesitzungen näher betrachtet werden.

Zunächst zeigt sich, dass die einzelnen Sitzungen der Gruppentherapie einem ritualisierten Schema folgen. Sie beginnen jeweils mit einer Einstiegsrunde, in der alle TeilnehmerInnen zu Wort kommen. Diese Runde dient der stimmungs- und themenbezogenen Standortbestimmung der Einzelnen und der Gruppe. Sie markiert einen gemeinsamen Anfang, stellt einen gemeinsamen Raum her und schafft somit Verbindung innerhalb der Gruppe. Neben der Mög-

lichkeit, die eigene momentane Befindlichkeit zu verbalisieren, können die TeilnehmerInnen an dieser Stelle thematische Wünsche vorbringen. Hier konkretisiert sich also ein Raum für subjektiv relevante Anliegen. Ebenso bringen die MitarbeiterInnen Themen in die einzelnen Sitzungen ein wie etwa allgemein biographieorientiertes Arbeiten, Selbsterfahrungselemente, drogen- oder rückfallbezogene Fragen oder auch Themen die Einrichtung und konzeptionelle Entwicklungen betreffend. Ausschlaggebend sind die subjektiven Interessen und Bedürfnisse der TeilnehmerInnen sowie die allgemeine Einschätzung des thematischen Bedarfs durch die MitarbeiterInnen. Mithin liegt diesen Entscheidungen zur Themenwahl eine relative Freiheit in der Orientierung für TeilnehmerInnen und MitarbeiterInnen zugrunde. Hingegen kennzeichnen die mit konkreten Anlässen verbundenen Thematisierungen eine durch diese Anlässe vorgegebene inhaltliche Gestaltung.

Die *Aufgaben und Themenstellungen* der gruppentherapeutischen Arbeit konkretisieren sich folglich auf drei Wegen: (1) die AdressatInnen formulieren ein Thema; (2) die MitarbeiterInnen formulieren ein Thema; (3) spezifische Anlässe wie Phasenübergänge, Alltagspraxen und Rückfälle geben das Thema vor: Gleichwohl stehen die drei Modi nicht gleichberechtigt nebeneinander. Übergangsrituale, Rückfälle und Alltagsthematisierungen werden vorrangig behandelt, sie kommen sozusagen zwangsläufig auf die Tagesordnung. Erst wenn diesbezüglich nichts anliegt, gelangen die beiden anderen Wege zur Geltung. Wie bewerten dies die MitarbeiterInnen im Kontext ihrer Handlungsmöglichkeiten innerhalb der Gruppentherapie?

Primär handlungsleitend ist für die MitarbeiterInnen die Orientierung an den auf die subjektiven Entwicklungs- und Klärungsprozesse der Einzelnen gerichteten Themen. Dies entspricht der professionellen Selbstverortung der MitarbeiterInnen, derzufolge sie sich, *unabhängig* von der Art ihrer Erstausbildung (Psychologie, Sozialpädagogik) oder etwaigen Zusatzausbildungen, übergreifend *als PsychotherapeutInnen verstehen*. „Na ja, also angestellt bin ich hier als Gruppentherapeutin für die Therapiegruppen, ursprünglich mal als Psychotherapiegruppen geplant.“ (Monika, 5f.) Insofern ist im professionellen Arbeits- und Selbstverständnis der MitarbeiterInnen zentral bedeutsam die Arbeit an der psychodynamischen Entwicklung der AdressatInnen sowie die an den subjektiven Entwicklungs- und Klärungsprozessen ausgerichtete Therapiebegleitung. Für Fragen bezüglich des Alltags und der Alltagsordnung sehen sie sich dagegen nur bedingt als zuständig.

Dem liegt – wie gezeigt werden konnte – ein Deutungsmuster zugrunde, das die schrittweise Identifikation der AdressatInnen mit der Einrichtung im Therapieverlauf unterstellt. Im fortschreitenden Identifikationsprozess werden Alltagsverhandlungen insoweit überflüssig, als die AdressatInnen die den pädagogisch-therapeutischen Lebensraum regulierende Ordnung im Blick auf Zeit, Raum und soziale Bezüge internalisieren, was sich im veränderten Alltagshandeln der AdressatInnen ausdrückt. Zugleich gelten diese AdressatInnen als VermittlerInnen der Alltagsordnung an Neue, die noch am Anfang ihres Eingliederungsprozesses stehen. Der Alltag, also die Lern- und Erfahrungsräume jenseits der pädagogisch-therapeutischen Elemen-

te, wird gleichsam zum *Alltag der AdressatInnen*, den zu gestalten im Sinne selbsttätiger Aneignung ihnen selbst überlassen bleibt. Anregungen hierfür erhalten sie durch die Auseinandersetzungen und Verhandlungen, wie sie für das professionelle Handeln in der Gruppentherapie erörtert wurden. Eine Beteiligung oder konkrete alltagsorientierte Begleitung ist professionell handelnd aus der Gruppentherapie heraus nicht vorgesehen. Eine Distanz zum Alltag (der AdressatInnen) scheint überwiegend als das zentrale handlungsleitende Deutungsmuster. Eindringlich veranschaulicht Ulrich dies am Beispiel eines Kollegen, der sich – anders als offenbar die meisten seiner KollegInnen der Psychotherapie – auch dafür zuständig erklärt, gemeinsam mit den GruppenteilnehmerInnen deren Wohnräume in Ordnung zu halten, nicht zuletzt auch im Blick auf die damit verbundenen Kontaktmöglichkeiten. Zugunsten eines aktiven Eingreifens, Mitmachen und Teilhabens am Alltag der AdressatInnen löst dieser Kollege offenbar die im mainstream der Handlungsorientierungen verankerte psychotherapeutische Neutralität und professionelle Distanz auf.

Die professionelle Neutralität und Distanz kommt jenem Typus des/der Professionellen nahe, den Heckmann (1980b) für sozialtherapeutische Gemeinschaften beschreibt. TherapeutInnen kümmern sich nicht um die verschiedenen Aktivitäten der AdressatInnen, sondern beobachten und steuern im therapeutischen Sinn dagegen, wenn etwa Entwicklungsrückschritte zu verzeichnen sind. Orientierung bieten die Hausnormen und -regeln, welche u.a. freie Zeit und Arbeitsaufgaben formal voneinander trennen. Dies wiederum folgt dem Bild der Therapeutischen Gemeinschaft als einem Raum für Entfaltungsmöglichkeiten, der in seiner konkreten Ausgestaltung den BewohnerInnen überlassen bleibt.

Um möglichst viel Zeit für die therapeutische Arbeit in diesem Verständnis zu haben, also abermals im Blick auf die subjektorientierten Entwicklungsprozesse und die Begleitung der AdressatInnen im Therapieprozess, wird versucht, die thematischen Vorgaben für die Gruppentherapie zu reduzieren.

„Wenn du eine Therapiegruppe nimmst, wie die gestaltet ist, auch da gibt's Einrichtungen, die da viel stärkere Vorgaben machen, also ich habe Dir ja erzählt von so rituellen Sachen, die da bei uns laufen und da gibt's Einrichtungen, die haben das viel viel mehr, also so wirklich so feste Punkte, das muss jeder Klient abhaken sozusagen.“ (Monika, 857-861)

Gleichwohl nehmen die MitarbeiterInnen die angesprochenen Rituale als eine *Verdichtung* der gruppentherapeutischen Arbeit wahr, indem sie, bedingt durch die Therapiezeitverkürzung, in rascherer Folge wiederkehren. Aber auch die subjektorientierte Rückfallbearbeitung sowie allgemein die Thematisierungen problematischer Alltagspraxen beherrschen das gruppentherapeutische Handeln. Vor allem die mangelnde Motivation der AdressatInnen sowie die mangelnde Identifikation mit der Einrichtung sehen die MitarbeiterInnen hierfür verantwortlich. Der Alltag der Therapie mit den ihn grundlegend strukturierenden Regulierungen bezüglich der pädagogisch-therapeutischen Elemente und des Zusammenlebens (Drogen- und Gewaltfreiheit, Teilnahmepflicht) schiebt sich gleichsam vor das, was als das ‚Eigentliche‘ definiert

wird, nämlich vor die Arbeit an den subjektiv bedeutsamen Entwicklungs- und Klärungsprozessen im handlungsentlasteten und eben alltagsfernen Raum der psychotherapeutischen Gruppentherapie. Ungewünscht, so scheint es, erschleicht sich hier der außen vorgelassene Therapiealltag seinen Raum in der Gruppentherapie. Verbunden ist dies auf der Handlungsebene mit einer *Vielfalt von Handlungsformen*, die im Folgenden skizziert werden sollen.

Auseinandersetzung und Reflexion anregen und ermöglichen:

Professionelles Handeln richtet sich in diesem Rahmen darauf, Entwicklungsprozesse zu unterstützen und zu stabilisieren. In der Auseinandersetzung um Einschätzungen der MitarbeiterInnen und weiterer GruppenteilnehmerInnen können die AdressatInnen ihre Handlungsweisen und selbstbezogenen Deutungen reflektieren und dadurch zu erweiterten und neuen Einsichten gelangen. Es entsteht zunächst ein Raum kommunikativer Aushandlung, in dem sich, anlass- und subjektbezogen, professionelles Handeln höchst unterschiedlich akzentuiert. Neben begleitenden, fördernden und unterstützenden Handlungsformen beinhaltet dies ebenfalls Momente des Forderns, des Gegenwirkens wie auch der Grenzsetzungen.

„Ja gut, was dazwischen liegt, das ist eigentlich auch immer wieder eine Konfrontation mit, was haben andere für Eindrücke von mir, wie sehen andere was in einer Auseinandersetzung damit, also auch immer wieder so Rückmeldungen kriegen darüber und in eine Auseinandersetzung gezogen werden zum Teil.“ (Monika, 886-889)
„Es gehört auch hier dieses Grenzen setzen wieder dazu, also zu sagen, gut, jetzt in der Phase traue ich dir das noch nicht zu, dass du da so gut alles mitkriegst, ich entscheide für dich und deswegen gibt's die und die Grenzen.“ (Monika, 956-958) „Ich denke, dass das einen ganz starken Teil von der Arbeit hier hier ausmacht, immer wieder so was Anstoßendes zu haben und was Förderndes zu haben. Und dieses Begleitende hat oftmals mehr was mit einem Wunschtraum von mir zu tun.“ (Monika, 546-548)

Es geht darum, die Einzelnen ‚in Bewegung‘ zu bringen. Wie sich zeigt, spielen hierbei die Auseinandersetzung mit den *MitarbeiterInnen*, aber auch die *Gruppe* als Medium der gemeinsamen Reflexion eine wesentlich Rolle. Dies verweist auf die wichtige Bedeutung der Gruppe als Feld individueller Entwicklungs- und Lernprozesse, die bezüglich dessen zu moderieren ist. Die unterschiedlichen Deutungen und Einschätzungen von MitarbeiterInnen und AdressatInnen werden zum Kernpunkt der kommunikativen, auf Aushandlung gerichteten Auseinandersetzungs- und Klärungsprozesse. Ferner betont Monika die durchaus konfrontativen Anteile professionellen Handelns. Insbesondere die fordernden und konfrontativen Handlungsformen und erst recht die Notwendigkeit von Grenzsetzungen reiben sich dabei offenbar mit der vorrangig aus dem psychotherapeutisch inspirierten Arbeits- und Selbstverständnis gespeisten Orientierung auf begleitende, klärende und unterstützende Interventionen, die eher einem ‚Wunschtraum‘ gleichkommen.

Ein weiterer wesentlicher Bereich der Auseinandersetzung und Reflexion ergibt sich mit der Verhandlung der *Erwartungen* auf Seiten der AdressatInnen. Wie bereits eingangs angesprochen bringen die Einzelnen sehr unterschiedliche Erwartungen hinsichtlich der Therapieabläufe mit, was als Ausdruck höchst heterogener Ausprägungen des subjektiven Standorts betrachtet werden kann (vgl. auch 5.2.1).

„Manche vielleicht bloß, dass sie von mir versorgt werden mit dem, was sie so an Materiellem brauchen bzw. an Genehmigungen brauchen, also darf ich Besuch kriegen, [...] darf ich dort hingehen oder ja? [...] So und dass ich sie ansonsten in Ruhe lasse. Und andere, dass ich sie unterstütze mit Themen, mit denen sie selber nicht klarkommen, so was. Es gibt sicherlich Klienten, die so Erwartungen haben, also jetzt nicht nur an mich, sondern so an uns insgesamt in's Team, dass wir dafür sorgen, dass der Laden hier drogenfrei ist. Es gibt andere, die die Erwartung überhaupt nicht haben... [...] so dieses gerecht behandelt werden wollen, also warum darf er und ich nicht.“ (Monika, 500-512)

Die Erwartungen der AdressatInnen bewegen sich demnach in einem Spektrum, das (1) die Unterstützung in konkreten (Versorgungs-)Belangen ohne weitere enge Kontakte mit den Professionellen, (2) die klärungsorientierte Unterstützung in subjektiv problematischen bzw. krisenbelasteten Fragen, (3) die Gewährleistung von Drogenfreiheit sowie (4) die Gerechtigkeit von Seiten der MitarbeiterInnen (innerhalb der Wohngruppe und wohngruppenübergreifend) umfasst. Nicht allen Erwartungen können und wollen die MitarbeiterInnen gleichermaßen nachkommen, wie es Monika ausdrückt: „Also vielleicht will ich dem überhaupt nicht gerecht werden. Also ich will zum Beispiel nicht der Erwartung gerecht werden, sie mit allem zu versorgen, was sie brauchen.“ (Monika, 528-530) Weder verstehen die MitarbeiterInnen professionelles Handeln im Rahmen eines Versorgungsauftrags, der ansonsten die AdressatInnen in ihrem Tun belässt, noch sehen sie sich als Garanten eines drogenfreien Raums unabhängig von der Verantwortlichkeit der AdressatInnen selbst. Und die Frage nach der Gerechtigkeit kann kaum eindeutig gelöst werden, obwohl sie häufiger Auseinandersetzungsgegenstand in der Gruppentherapie ist.

„Also diese Auseinandersetzung habe ich mit Leuten, die in meiner Wohngruppe drin sind, wobei da eben nicht nur geguckt wird, gehe ich innerhalb von der Wohngruppe unterschiedlich mit den Leuten um, das ist oftmals gar nicht so sehr das Problem, weil man da nämlich das innerhalb der Gruppe verhandelt und dann auch auf Begründungen kommt und so, es geht aber auch so im gesamten Haus, warum dürfen die von der Wohngruppe und ich nicht.“ (Monika, 515-520)

Erwartungen der AdressatInnen zu verhandeln und zu klären bedeutet – eingebettet in Auseinandersetzungen und Reflexionen um konkrete Anlässe – vorrangig, Übereinkünfte darüber zu treffen, wofür die MitarbeiterInnen zuständig sind und was die Beteiligung der AdressatInnen ist. Wie sich am Beispiel der Gerechtigkeitsfrage an die MitarbeiterInnen zeigt, muss Handeln, insbesondere als Entscheidungs- oder Grenzziehungshandeln, immer auch transpa-

rent gestaltet und für die Betroffenen nachvollziehbar sein – also in einem größeren Kontext begründet werden. Die aufgeführten Beispiele lassen darauf schließen, dass vor allem Fragen des Erlaubten und Unerlaubten, der subjektiven Rechte und Möglichkeiten im Mittelpunkt stehen, also Fragen, die das Verhältnis der Binnen- und Außenorientierung der AdressatInnen betreffen. Aber auch Fragen, die die Verantwortung der AdressatInnen für den Therapiealltag und ihre eigene Entwicklung anbelangen, sind zentral und lassen sich darauf zuspitzen, die Verantwortung nicht an die MitarbeiterInnen abzugeben. Selbstverantwortliche Haltung und Handlungspraxis soll gefördert werden.

Bearbeiten mit psychotherapeutischen Methoden:

Über die bereits ausführlich thematisierte Rückfallbearbeitung und die psychotherapeutisch-methodisch gestützte Gestaltung von Ritualen in der Gruppentherapie hinaus wird dieser Aspekt professionellen Handelns ergänzt um die allgemeine biographieorientierte Arbeit sowie die Bearbeitung subjektiv relevanter Themen, wie sie sich im individuellen Therapieverlauf ergeben. Überwiegend Methoden des Psychodramas, ergänzt um familien- und gestalttherapeutische Elemente, kommen hierbei zum Einsatz. Inhaltlich steht im biographieorientierten Arbeiten der Zusammenhang von *Drogenkonsum und lebensgeschichtlichem Gewordensein* im Mittelpunkt, was immer wieder als das eigentliche Kernstück der Gruppentherapie benannt wird. Dennoch erscheint es zunehmend weniger relevant in den tatsächlichen Arbeitsvollzügen. Lediglich unter dem Stichwort der Selbsterfahrung erhält sich offenbar noch ein Rest des biographieorientierten Arbeitens als reduzierte Form psychotherapeutischer Bearbeitung.

„Das wird, finde ich, in letzter Zeit viel seltener, dass dafür Raum ist überhaupt, also wirklich mehr so in Richtung Selbsterfahrung, meinetwegen und dass man sich mal eine Familienstruktur anguckt, in einer Aufstellung oder auch, dass man das modelliert mit Plastellin und so symbolisch aufstellt.“ (Monika, 147-150)

Auch Ulrich konstatiert ein mangelndes Interesse der AdressatInnen an einer tiefergehenden, kontinuierlichen psychotherapeutischen Auseinandersetzung mit der eigenen Entwicklungsgeschichte, wie dies bereits im Kontext der Rückfallbearbeitung angesprochen ist.

„Aber hier hast du primär Leute, die den Sinn und Zweck von dem Ganzen überhaupt nicht sehen und auch gar nicht sehen können, die irgendwie bloß sehen – also die die Verbindung zum Beispiel gar nicht mehr sehen, warum soll ich mir denn was mit meinen Eltern überlegen, ich will keine Drogen mehr nehmen, also zum Beispiel so die Ecke, wo so eine Reflexion gar nicht stattfinden kann, dass das ja auch in ihrer Entwicklung drinsteht, was man heute macht.“ (Ulrich, 288-293)

Für den zweiten Bereich des psychotherapeutisch-methodisch unterstützten Handelns ist ferner das Bearbeiten von *subjektiv relevanten Themen* ausschlaggebend. Dabei steht neben der Nähe zu Drogen und der daraus resultierenden Rückfallgefahr vorwiegend das *Thema Beziehungen* im Mittelpunkt. Ähnlich wie für das biographieorientierte Arbeiten im Allgemeinen gilt auch für die beziehungsrelevanten Fragen, dass diese nicht selbstverständlich von den

AdressatInnen im gruppentherapeutischen Setting erörtert werden wollen. Eher muss von einem stark tabuisierten Gegenstand und einer äußerst verschlossenen Haltung der AdressatInnen ausgegangen werden. Ulrich führt dies nicht zuletzt auf die geschlechterungleiche Besetzung in der Einrichtung zurück, wodurch Liebesbeziehungen eine Ausnahme darstellen.

„Beziehung ist nun mal ein wichtiger Aspekt auch zum Drogennehen oft, dass du das als Thema hättest, das wird natürlich auch verschwiegen, weil Beziehung wird immer als Heiligtum gehandelt und was weiß ich wie und da sagt man nichts in der Gruppe drüber, was schwierig ist, was vielleicht leichter wäre, wenn du mehr Frauen hättest, wo das dann vielleicht automatisch [...] Nicht, weil die das einbringen würden, weil's eine größere Normalität hätte, dass so was vielleicht Thema ist. Also da hat's für Männer und Frauen Auswirkungen, also im Idealfall, wenn du einen Stand hättest, dass Beziehungen normal sind und das auch Thema ist, dann fände ich das für die Therapie mit Sicherheit gut.“ (Ulrich, 1604-1613)

Auf der Basis einer solchen Normalität könnten Liebesbeziehungen eher in der Gruppentherapie aufgegriffen werden, so die Annahme. Monika betont ferner die größere Nähe der Frauen zur Reflexion von Beziehungs- und Liebeserfahrungen, aber auch zur Auseinandersetzung mit ihren Kindern und insgesamt zur Thematisierung von Schuldgefühlen. Männer beschäftigen sich tendenziell mehr mit aggressionsbezogenen Thematiken. Insofern zeigen sich also geschlechtsspezifisch unterschiedliche Schwerpunktsetzungen bei den AdressatInnen.

Der Themenbereich Beziehungen bzw. Liebesbeziehungen wird allerdings auch deshalb nur schwerlich von den AdressatInnen selbst aufgegriffen, weil er im Kontext von *Gewaltverhältnissen* zum unantastbaren Gegenstand wird. „Beziehungsgeschichten können in die Gruppe reinkommen, sind aber oft auch ganz stark tabuisiert im Zusammenhang mit Gewalt.“ (Monika, 1101f.) Für eine Enttabuisierung wird wiederum vorrangig ein höherer Frauenanteil angeführt, weil sich dann Frauen gegenseitig unterstützen und ermutigen können, Belästigungserfahrungen zu veröffentlichen. Dann könnten auch Gewaltverhältnisse in der Gruppentherapie thematisiert werden, wobei fraglich scheint, ob Frauen in männerdominierten Settings tatsächlich über Beziehung, Partnerschaft und Gewalterfahrung reden wollen (vgl. Lind-Krämer/Timper-Nittel 1992: 253ff.). Im Blick auf eine geschlechterorientierte Unterstützung in den diesbezüglichen thematischen Bearbeitungen unterstreicht Monika an dieser Stelle die Bedeutung männlicher und weiblicher MitarbeiterInnen für Männer und Frauen in der Therapie. Ob dies allerdings systematisch berücksichtigt wird, muss bezweifelt werden, insbesondere weil die Gruppen nicht zwingend geschlechterparitätisch mit MitarbeiterInnen besetzt sind.

Insgesamt zeigen die Ausführungen zum psychotherapeutisch-methodischen Handeln im engeren Sinn, also bezogen auf das biographieorientierte Arbeiten und die Bearbeitung subjektiv relevanter Themen, dass die AdressatInnen dies nicht als selbstverständlichen Bestandteil der Gruppentherapie akzeptieren. Vielmehr stehen sie in kritischer Distanz zu den von ihnen erwarteten Anforderungen. Insofern muss die Notwendigkeit psychotherapeutisch gestützter

Bearbeitung – in biographie- oder aktualitätsorientierter Perspektive – immer auch von den MitarbeiterInnen begründet und müssen die AdressatInnen hierfür motiviert werden. Wie schwierig dies in den alltäglichen Handlungsvollzügen ist, verdeutlicht sich in den *Formulierungen der Begrenzung*, in denen die InterviewpartnerInnen diesen Gegenstandsbereich umreißen.

Therapieerfahrungen bündeln:

In die gruppentherapeutischen Auseinandersetzungen fließen die Erfahrungen aus den anderen Bausteinen, der Arbeitstherapie und der Freizeittherapie, mit ein.

„Na ja, zum Beispiel dass wir sagen, gut, wir haben hier bestimmte Angebote, wir haben die Arbeitstherapie, wir haben Freizeiten, wir haben die Gruppe und du musst daran teilnehmen und zwar regelmäßig. Ja und bevor das nicht gewährleistet ist, da kriegst du zum Beispiel auch nicht so einfach da deinen Stadtgang-Status, sondern das muss erst mal da sein.“ (Monika, 413-417)

Das Verhalten der AdressatInnen in den anderen Bausteinen wird in die jeweiligen Höherstufungsverhandlungen (vgl. 5.2.5) einbezogen. Im Team geht dem der Austausch mit den KollegInnen aus Arbeits- und der Freizeittherapie voraus, um ein Gesamtbild des therapeutischen Prozesses zu entwickeln. Auch in Bezug auf einzelne Absprachen spielen die bausteinübergreifenden Handlungsweisen der AdressatInnen eine Rolle in der Gruppentherapie, wo sie von den MitarbeiterInnen in den Auseinandersetzungen aufgegriffen werden. „Man kann nicht Besuch haben, wenn man nicht ... so was zum Beispiel. Oder bis wann habe ich mich um irgendwas gekümmert, um einen Praktikumsplatz beispielsweise.“ (Monika, 576-578)

Die Bewertung und Einschätzung des Handelns und der Erfahrungen der AdressatInnen werden in der Gruppentherapie bausteinübergreifend gebündelt. Dies steht in engem Zusammenhang mit der Strukturierung des Therapieverlaufs mittels der Übergangsrituale, muss aber auch im Kontext der charakteristischen Rolle der MitarbeiterInnen im *Bezugstherapiemodell* betrachtet werden, die sie für den gesamten Therapieverlauf zu zentralen AnsprechpartnerInnen für alle therapierelevanten Angelegenheiten macht. „Der Kontakt konzentriert sich primär auf die Gruppentherapeuten.“ (Ulrich, 456) Die MitarbeiterInnen der Gruppentherapie – im Gegensatz zu denjenigen der Arbeits- und Freizeittherapie – sind zeitübergreifend für die einzelnen AdressatInnen zuständig und begleiten diese durch ihren gesamten Therapieprozess. Sie sind folglich auch diejenigen, welche die AdressatInnen in ihren Entwicklungs- und Lernprozessen kontinuierlich beobachten können. In der Perspektive der AdressatInnen stellt die Bündelung durch und in der Person der BezugstherapeutInnen auch eine Orientierungshilfe im Blick auf die vergleichsweise große Anzahl an MitarbeiterInnen in der Einrichtung her.

Dies hält Ulrich insbesondere vor dem Hintergrund der zunehmenden Zahl an MitarbeiterInnen¹⁵⁴ für bedeutsam, weil diese zur Unübersichtlichkeit für die AdressatInnen beiträgt.

Kontrollieren, Disziplinieren und Sanktionieren:

Dieser Bereich professionellen Handelns verweist primär auf die umfangreichen Kontrollen im Therapiealltag, wobei sich regelmäßige und außerordentliche Kontrollmaßnahmen unterscheiden lassen. Prinzipiell können sie als Ergänzung der vielfältigen Versuche, die Rahmenbedingungen von Therapie und die damit verbundenen Anforderungen an die AdressatInnen zu kommunizieren, verstanden werden.

Regelmäßige Kontrollen finden täglich statt, etwa als turnusmäßige Alkohol- und Drogenkontrollen, als Überwachung der Geldausgaben durch die rationierte Zuweisung von Taschengeld sowie als Aufmerksamkeit bezüglich der Beteiligung am Therapieprogramm. Hierbei agieren die MitarbeiterInnen *offen kontrollierend* – offen insofern, als es ein bewusstes und zielgerichtetes sowie für die AdressatInnen kalkulierbares Kontrollieren ist. Darüber hinaus finden regelmäßige Kontrollen auch in relativ *verdeckter* Form statt. Verdeckt deshalb, weil es gleichsam ‚nebenbei‘ geschieht, indem die MitarbeiterInnen im Alltag die BewohnerInnen wahrnehmen, sie bewusst oder unbewusst beobachten und daraus ihre Schlüsse ziehen. So können MitarbeiterInnen z.B. beim unvorhergesehenen Betreten eines Zimmers Alkoholkonsum bemerken, im Vorbeigehen Unterhaltungen registrieren oder allgemein Veränderungen bei Einzelnen feststellen, ohne dass ihr Handeln in diesen Situation direkt kontrollierenden Intentionen folgt. Und dennoch hat das Handeln Konsequenzen wie das offen intendierte, kontrollierende Handeln auch. All diese Beobachtungen lassen mittelbar oder unmittelbar Rückschlüsse auf spezifische Handlungsmuster der AdressatInnen zu und fließen in die Einschätzungen und Entscheidungen der MitarbeiterInnen ein.

Dabei betont Monika, wie viele solcher Eindrücke ihren Arbeitsalltag bestimmen, so viele, dass man kaum immer reagieren kann. „Ja, zum einen, weil ich denke, das ist nicht meine Aufgabe, dann aber auch, weil mir das zuviel wird an Eindrücken.“ (Monika, 1402f.) Ob es ihre Aufgabe ist, diese Frage stellt sich für Monika insbesondere dann, wenn es sich um Angehörige anderer Wohngruppen handelt. Auch hierin drückt sich der strukturierende Gehalt des Bezugsgruppenmodells aus. Der Charakter des Nebenbei und auch des Zufälligen des Beobachtens und Wahrnehmens schützt mithin vor dem Zwang der Konsequenz: Man kann auch einmal wegsehen oder weghören und solange etwas nicht ausgesprochen ist, solange kann es auch weiterhin verborgen bleiben, wie Ulrich, KollegInnen zitierend, anmerkt: „Ich bin da ins Zimmer reingelaufen und die haben da die Wodkaflasche vor sich gehabt, hätte ich’s lieber nicht gesehen.“ (Ulrich, 907f.)

¹⁵⁴ Dabei wird betont, dass es sich nicht um eine Ausweitung der regulären Stellen handelt, sondern um die Integration von Sonderstellen und vor allem um die Zunahme von Teilzeitarbeitsverhältnissen.

Die *außerordentlichen Kontrollmaßnahmen* kommen insbesondere dann zum Tragen, wenn es bereits Anzeichen für nicht konformes Verhalten gibt, vor allem hinsichtlich der Teilnahme am Therapieprogramm und hinsichtlich des Drogengebrauchs. Anzeichen hierfür können offen zutage treten oder aber noch im Bereich von Verdachtsmomenten liegen.

„Also bevor ich die Gruppe anfangen und da fehlt einfach irgend jemand, der liegt im Bett, dann stehe ich aber vor dem Bett und mach' den zur Schnecke und ziehe den aus dem Bett raus und wenn er dann immer noch liegen bleibt oder was, das macht er zwei Mal und dann werde ich sagen, okay [...] Dann werde ich für seine Entlassung eintreten zwecks Boykott der Therapie.“ (Ulrich, 722-727)

Monika beschreibt die umfangreichen Kontrollen im Kontext des Drogenhandelns.

„Also es werden, wenn das so klar ist, es sind Drogen im Haus und vermutlich läuft einiges und man weiß aber noch nicht so ganz richtig vielleicht auch wo oder man hat bloß so einzelne und denkt, das ist die Spitze vom Eisberg und es läuft noch sehr viel mehr, wenn die Situation so ist, dann gibt's Hausversammlungen, wo alle zusammengetrommelt werden und gefragt wird, es passiert Detektivarbeit, es passieren Kontrollmaßnahmen im Sinne von Urinkontrollen, das kann hingehen bis dahin, dass man sagt, gut, im Moment gibt's überhaupt keinen Ausgang und keinen Besuch, also um alle zusammenzuhalten, bis die Lage wieder übersichtlich ist.“ (Monika, 1471-1478)

Einerseits wollen die MitarbeiterInnen mit dem Kontrollhandeln direkt Verhaltensänderungen der AdressatInnen herbeiführen, etwa die pflichtgemäße Teilnahme an der Gruppentherapie. Andererseits möchten sie sich vor dem Hintergrund der Vermutungen und Verdachtsmomente ein realistisches Bild der Lage verschaffen, etwa die Aufklärung des konkreten Drogenhandelns. Auch einschränkende Maßnahmen wie Ausgeh- und Besuchsverbote kommen zum Einsatz, um eine gewisse Überschaubarkeit zu gewährleisten. Anzunehmen ist ferner, dass diese disziplinierenden Maßnahmen auch dazu dienen, den AdressatInnen gegenüber die Grenzen des Möglichen zu demonstrieren und so veränderte Handlungsmuster zu bewirken.

Tritt keine Veränderung ein, dann werden in unterschiedlicher Form sanktionierende und disziplinierende Maßnahmen angedroht und im weiteren Verlauf auch umgesetzt, dies gilt für alle Bereiche der Alltagsordnung. Darin dokumentiert sich ein *stufenförmiges Vorgehen*, das von den unterschiedlichen Formen der Kontrollen über einschränkende Maßnahmen bis zur Entlassung führen kann. Und diese kommen erst dann zum Einsatz, wenn über kommunikative Aushandlungsformen keine einsichtsmotivierte Änderung des Verhaltens erwartbar ist und der pädagogisch-therapeutische Lebensraum zunehmend von Destabilisierung bedroht ist. Am Ende der Stufenfolge steht die Entlassung Einzelner, sei es wie oben angeführt im Falle der unzureichenden Beteiligung am Therapieprogramm oder aber wegen fortgesetzten Drogenkonsums. Gleichwohl ist dieses Mittel eher ein ungeliebtes, und wird erst dann eingesetzt, wenn es nicht mehr anders geht:

„Ich laufe hier ja als der Hardliner bei vielen Klienten, also ich der Hardliner hier drin, weil ich wirklich viel ganz extrem in der Gruppe auch ganz extrem vertrete, das mache ich nicht mit und mir ist's egal, wie es sonst im Haus ist, ich schmeiße Leute raus, wenn ich der Meinung bin, das ist zuviel, was hier läuft.“ (Ulrich, 119-122)

Wer zum Mittel der Entlassung greift, gilt als Hardliner, und es kündigen sich diesbezüglich unterschiedliche Sichtweisen innerhalb der Mitarbeiterschaft an. Ulrich und Monika plädieren für konsequentes Handeln im Falle von Regellosigkeit und damit verbundenen Destabilisierungsprozessen im Alltag. Sie begründen dies letztlich unter Verweis auf die Relevanz der Alltagsbedingungen für das therapeutische Arbeiten. Mithin erweisen sich Effektivität bzw. Nicht-Effektivität professionellen Handelns im Kontext der Subjektentwicklung und der Begleitung von individuellen Therapieverläufen und -prozessen auch abhängig von den konkreten Alltagsbedingungen und der Gewährleistung einer spezifischen Alltagsordnung.

Die Vielfalt der Handlungsformen nehmen die MitarbeiterInnen der Psychotherapie insbesondere wahr im Zusammenhang einer *Zunahme von Kontrolle und pädagogischem Handeln*, wie sie unter Verweis auf einen zunehmend sich ‚chaotischer‘ darstellenden Alltag konstatieren. Pädagogisches Handeln erscheint dabei in direktem Bezug zu regulierenden und kontrollierenden Aspekten des Handelns, die wiederum in krassem Gegensatz zu Formen psychotherapeutischen Handelns betrachtet werden.

„Ja, wobei wir sind halt da so vermischt von unserem Auftrag, da sind wir natürlich alle im Kontrollierenden drin und man kann sich oder ich erträume mir natürlich manchmal da so eine größere Trennung und also zwischen dem Kontrollierenden und von mir aus jetzt dem Psychotherapeutischen, das ist natürlich personell überhaupt nicht machbar, aber es ist ja gleichzeitig absurd, jetzt bin ich heute morgen bin ich von mir aus da der Kontrolletti, der gucken muss, dass nichts läuft mit Drogen und mittags soll ich dann in der Gruppe derjenige sein, wo die Leute sagen können, das und das ist gelaufen und ich soll das dann...“ (Ulrich, 923-930)

Professionelles Handeln zeichnet sich Monika zufolge vorrangig aus durch das Anstoßende und Fordernde den AdressatInnen gegenüber. Für den im Sinne psychotherapeutischen Handelns charakterisierten Aspekt des Begleitenden, d.h. Begleiten in einem Entwicklungsprozess, bleibt kaum Platz. Psychotherapeutisches Arbeiten, also das auf Verstehen und Unterstützen ausgerichtete Begleiten von Prozessen der Persönlichkeitsentwicklung, gerät in der Drogentherapie an seine Grenzen und ist vielfach „nur untergeordnet möglich.“ (Ulrich, 10)

„Ich finde, das hat sich schon verändert, die Arbeit, und zwar viel mehr in eine in eine pädagogische Arbeit und dass psychotherapeutisches Arbeiten eher so punktuell ist und auch mehr so die Richtung hat von einem Stück Selbsterfahrung mal etablieren.“ (Monika, 51-53)

Die Veränderung der Arbeit, die als psychotherapeutische konzipiert ist, hin zu pädagogischem Handeln, zieht sich als *wesentliche Thematik* durch die Interviews. Verantwortlich gemacht werden hierfür, wie bereits für die überhand nehmenden Alltagsthematisierungen ange-

sprochen, zum einen die Veränderungen aufgrund der Therapiezeitverkürzung, welche eine Identifikation der AdressatInnen mit der Einrichtung in weiten Teilen verhindert (vgl. 5.2.7.4). Zum anderen sehen die MitarbeiterInnen die AdressatInnen durchweg als geringer motiviert für die Anforderungen des Ausstiegsprozesses und die psychotherapeutische Arbeit, wobei diesbezüglich auch auf die von den MitarbeiterInnen nachvollziehbaren Ängste der AdressatInnen im Hinblick auf die psychotherapeutischen Arbeitsformen verwiesen wird. Ängste berühren einerseits die Ambivalenz zwischen der Offenheit in der psychotherapeutischen Auseinandersetzung und der kontrollierenden Funktion der MitarbeiterInnen. Andererseits berührt dies auch die Veröffentlichung privater und intimer Bereiche in der Gruppentherapie und deren dann gegebene Präsenz im alltäglichen Zusammenleben, wo sie sich für die Einzelnen belastend auswirken können. Damit zeigt sich, dass den für gruppenpsychotherapeutische Verfahren als wesentlich aufgefassten Faktoren der Universalität des Leidens, d.h. die Erkenntnis der ähnlichen Problematik bei anderen, sowie der Selbstöffnung (vgl. Weber/Tschuschke 2002: 212) im stationären Setting tatsächlich auch Verhinderungen von Entwicklung innewohnen.

Eine Intensivierung des fordernden und kontrollierenden Handelns wird des Weiteren gestärkt durch eine in der Psychotherapie verankerte *Gesamtverantwortung* sowohl bezogen auf den Therapieverlauf und -prozess der Einzelnen als auch bezogen auf den Alltag. Dies steht in engem Zusammenhang mit der zentralen Bedeutung der Gruppentherapie und vor allem der GruppentherapeutInnen infolge des Bezugsgruppenmodells. Die GruppentherapeutInnen werden darin gleichsam zum ‚Angelpunkt‘ bezogen auf phasenspezifische Höherstufungen sowie im Umgang mit Rückfällen und unzureichender Beteiligung (vgl. 5.2.4, 5.2.5). Die Gesamtverantwortung für die therapeutischen Prozesse scheint dabei fragloser Bestandteil des Arbeitsauftrags. Anders verhält es sich mit der Verantwortung für den Alltag bzw. die Einhaltung der alltagsbezogenen Regulierungen, wie es sich etwa in den Klagen über die mangelnde diesbezügliche Gewissenhaftigkeit der MitarbeiterInnen in der Arbeitstherapie äußert. Auch auf der Ebene sanktionierender Interventionen fühlen sich die MitarbeiterInnen der Psychotherapie allein gelassen.

„[...] und die Leute auch motivieren kann und die dann bei ihm in der Regel auch sind, der aber mit seinem weichen Herz das trotzdem nur ganz schwer über’s Herz bringt, dann irgendwann mal zu sagen und du musst jetzt hier gehen und ich mache das nicht mehr mit, der dann versucht, das auf die Psychotherapie zu delegieren, du der macht gar nicht mit, den musst du aber rausschmeißen und ich dann zu ihm sage, ja mach’ das doch selber und dann ... hm, ja – also sich selber beschneiden eigentlich in ihrer Macht auch. Dann gibt’s Leute wie der Michael, die das selbständig managen, ganz klar.“ (Ulrich, 782-789)

Die Verantwortung für solche Konsequenzen geben einige der MitarbeiterInnen aus den anderen Bausteinen offenbar gerne an die Psychotherapie ab und stärken damit die Gesamtverantwortung, was auch einen Zuwachs an Macht und Einfluss für die Psychotherapie bedeutet.

Auch bei den AdressatInnen entsteht das Bild, wie Monika formuliert, „das Sagen haben die Gruppentherapeuten.“ (Monika, 657) Selbst wenn gemeinsam entschieden wird, so vertreten die MitarbeiterInnen der Psychotherapie das Ergebnis gegenüber den AdressatInnen. Das Bild der Macht und Entscheidungsgewalt im Bereich der Psychotherapie festigt sich somit nicht nur zwischen den MitarbeiterInnen, sondern auch im Kreis der AdressatInnen.

Die Gruppentherapie gleicht – vor dem Hintergrund der deutlich gewordenen Dimensionen des Handelns – einem *Sammelbecken* der verschiedensten thematischen Anliegen. Der Alltag drängt sich in den Vordergrund, die ritualisierte Gestaltung von Übergängen nimmt überhand – mit dem Ergebnis, dass die zum Kernbereich des Handelns erklärte Arbeit an der psychodynamischen Entwicklung zusehends ins Hintertreffen gerät. Sie wird gleichsam überlagert von den sich aus dem Therapiealltag bzw. den Therapieverläufen ergebenden Themenstellungen. Obgleich sich das Arbeits- und Selbstverständnis der MitarbeiterInnen hinsichtlich der theoretisch abgeleiteten Handlungsorientierungen von Pädagogik und Therapie sowie Alltag und eingegrenzten pädagogisch-therapeutischen Settings deutlich in Bezug auf Therapie bzw. Psychotherapie sowie den vom Alltag abgegrenzten Raum des gruppentherapeutischen Settings bestimmen lässt, ist die Gruppentherapie geprägt von einem Widerstreit der unterschiedlichen Orientierungen. Letztlich sind es der Alltag und die konfrontierenden, fordernden und anstoßenden bis kontrollierenden Handlungsaspekte, die von den MitarbeiterInnen vorrangig als pädagogisches Handeln gefasst werden, die den Charakter eines klar definierten und eingegrenzten Arbeitssettings ebenso verhindern wie klassisch psychotherapeutisch-methodisches Handeln. Die unterschiedlichen Handlungsorientierungen verweisen nicht, wie anzunehmen wäre, auf ein produktives Ergänzungsverhältnis, sondern erscheinen gleichsam im Widerstreit einander behindernder Orientierungen.

Indem die Gruppentherapie, wie gezeigt wurde, mit alltagsbezogenen Verhandlungen über die Maßen belastet ist, so kann angenommen werden, steigert sich der Widerstreit der methodischen Akzente. Dies muss auch vor dem Hintergrund des spezifischen offenen Charakters der Gruppentherapie in Therapeutischen Gemeinschaften gesehen werden, der zu einer permanenten Instabilität der Gruppe und einer hohen Störanfälligkeit führt und dadurch eher Impulse und Anregungen ermöglicht anstelle von kontinuierlichen Prozessen (vgl. Schubert 1998). Der notwendige doppelte Blick auf die Einzelnen wie die Gemeinschaft sowie das für die gesamte Drogenarbeit konstitutive Doppelmandat von Hilfe und Kontrolle unterstützen diesen Charakter gruppentherapeutischen Arbeitens.

5.2.9 Das Einzelgespräch

Nach den Darstellungen zur Gruppentherapie sollen nunmehr die unterschiedlichen Formen der Hilfen im Einzelsetting – das Einzelgespräch (5.2.9) und die Einzeltherapie (5.2.10) – erörtert werden. Wie zu zeigen sein wird, ergänzen diese psychotherapeutischen Arbeitsformen die an sich zentral bedeutsame Gruppentherapie auf ihre je spezifische Weise. Während das Einzelgespräch *punktuell* im *gesamten* Therapieverlauf zum Tragen kommt, stellt die Ein-

zeltherapie ein Medium *kontinuierlicher* Unterstützung im *individuell fortgeschrittenen* Therapieverlauf dar. Beide Formen sind dabei weder im Therapieprogramm verpflichtend verankert noch für alle AdressatInnen relevant. Die spezifischen Charakteristika für beide Formen des Einzelsettings herauszuarbeiten, ist Ziel der nachfolgenden Ausführungen (5.2.9, 5.2.10).

5.2.9.1 Die Vorgeschichte der AdressatInnen – Bestandsaufnahme im Anamnesegespräch

Das Einzelgespräch wird zunächst bedeutsam in Form der Anamneseerhebung, die mit allen AdressatInnen stattfindet. „Ja, das ist einfach mal, um sich die Lebensgeschichte von jedem zu vergegenwärtigen, also um Verständnis zu kriegen für den Klienten, vor dem Hintergrund.“ (Monika, 35f.) Die AdressatInnen berichten über bedeutungsvolle Lebensereignisse, so dass die zuständigen MitarbeiterInnen sie in ihrer Entwicklungsgeschichte kennen lernen, verstehen und die Hintergründe ihrer Therapiebemühungen nachvollziehen können. Die MitarbeiterInnen hören zu, fragen nach und integrieren die Informationen zu einem Bild des Gegenübers, um eine Grundlage für die weitere Arbeit zu schaffen. Ebenso fließen die Informationen aus dem Anamnesegespräch in diverse Berichte an Gerichte, Staatsanwaltschaften und Kostenträger. Auf dieser Ebene erfüllen die MitarbeiterInnen formale Anforderungen hinsichtlich einer individuumsbezogenen Dokumentation der Arbeit nach außen. Primär erweist sich im Anamnesegespräch ein Informationsbedürfnis der MitarbeiterInnen als handlungsleitend, wie es der medizinisch orientierten Anamnese von Krankheit entspricht (vgl. Leune 2000: 615; Rau/Pauli 2004: 18, 92, 172) und verbindet sich mit den Aufmerksamkeitsschwerpunkten einer psychotherapeutisch ausgerichteten Anamnese, die vornehmlich ätiologisch, deskriptiv oder prädikativ orientiert ist (vgl. Kraimer 1994: 76f.). Eine gemeinsam aushandelnd herzustellende Situations- und Problemdeutung als Ausgangspunkt einer subjektorientierten Hilfeplanung (vgl. Grunwald/Thiersch 2004b: 29f.; Thiersch 2001: 228) ist hierbei nicht von Belang.

Die Meinungen über den richtigen *Zeitpunkt der Anamnese* differieren in der Einrichtung. So wird die Ansicht vertreten, dass die AdressatInnen nach einer gewissen Zeit des Aufenthalts, wenn sie sich eingelebt und Zugang zu den MitarbeiterInnen gefunden haben, mehr von sich berichten und insofern der Informationsgewinn im Anamnesegespräch ein höherer ist. Daneben ist ein Wandel beobachtbar hin zu einem früheren Einsatz eines solches Gesprächs, das dann selbst in seiner vertrauensbildenden Funktion hervorgehoben wird.

„Also früher, da hat man dann auch gesagt, na ja, wir lassen auch mal so sechs, acht Wochen ins Land gehen, bis die Leute hier angekommen sind, und fangen dann an mit einem Anamnesegespräch, weil dann viel mehr an Information auch kommt, weil die Leute sich hier vertrauter fühlen und sich vertrauter fühlen mit mir dann eben und dann mehr erzählen, aber inzwischen machen wir das recht früh.“ (Monika, 29-33)

Den konkreten Zeitpunkt für eine Anamnese bestimmen die zuständigen MitarbeiterInnen flexibel nach ihrem Ermessen, möglicherweise entsprechend ihrem Informationsbedarf. Wenn

Monika betont, das Anamnesegespräch finde inzwischen „recht früh“ statt, so heißt das innerhalb der ersten vier Wochen. Nicht nur der Zeitpunkt variiert erheblich zwischen den einzelnen Gruppen und MitarbeiterInnen. Ebenso kann das methodische Vorgehen der Anamnese sehr unterschiedlich ausgestaltet sein. So arbeiten manche MitarbeiterInnen mit vorgefertigten Fragekatalogen, andere wiederum gehen in offener Form vor. Was die Anamnese anbelangt, gibt es demnach kaum Übereinkünfte zwischen den MitarbeiterInnen. Eher scheint sich ein *Prinzip flexibler Handhabung* durchzusetzen.

Monika etwa betont die Möglichkeiten der Begegnung zwischen AdressatInnen und MitarbeiterInnen im Einzelgespräch als wesentliches Merkmal. Entgegen der für die Einrichtung maßgeblichen Haltung, zuerst müsse sich durch eine gewisse Aufenthaltszeit eine vertrauensvolle Gesinnung der TherapieanfängerInnen einstellen, sieht sie im Anamnesegespräch bereits ein wichtiges Medium der Kontaktaufnahme und Beziehungsgestaltung. „Dann inhaltlich weiter ist es auch ein Stück Beziehungsaufnahme zu den Klienten, das ist fast das Wesentlichste.“ (Monika, 37f.) Dabei unterstreicht sie an anderer Stelle diesen Aspekt nochmals und verweist auf weitere Einzelgespräche zu Therapiebeginn. „Die Anamnesegespräche, das ist meistens nicht nur ein Termin, sondern mehrere, wo es auch um eine Kontaktaufnahme geht und dann von Fall zu Fall auch Einzelgespräche.“ (Monika, 477-479) Die Trennung zwischen Anamnesegespräch und weiteren Einzelgesprächen erscheint an dieser Stelle als ein fließender Übergang. Möglicherweise ist dies eine Konstruktion der Mitarbeiterin, die es ihr erlaubt, weitere Einzelgespräche anzubieten, obwohl über ein solches Vorgehen keine einvernehmliche Übereinkunft in der Einrichtung herrscht.

5.2.9.2 Unterstützung in der ersten Therapiephase – Motivierende Krisenintervention

„Na ja. Ich denke, es gibt ihnen erst mal ein Stückchen einen Halt in einem Einzelkontakt, ich denke, das sind oft Leute, die sich schwer tun, in eine Gruppe reinzukommen und da Fuß zu fassen, und das erleichtert's ihnen nicht unbedingt, in die Gruppe reinzukommen, aber sie kriegen trotzdem erst mal einen Halt und das ermöglicht denen dann vielleicht eher mal, dazubleiben und nicht gleich wieder zu gehen.“ (Monika, 224-228)

In der ersten Zeit der Therapie, die sich für viele AdressatInnen als krisenförmiges Erleben beschreiben lässt, sollen Einzelgespräche Halt geben und die Integration in die Gruppe fördern. Gruppe versteht sich in diesem Zusammenhang in ihrer doppelten Bedeutung als Therapiegruppe und Wohngruppe. Auch wenn beide personell gleich zusammengesetzt sind, verbinden sich mit den zwei Bereichen unterschiedliche Anforderungen für die AnfängerInnen. In der Therapiegruppe müssen sich die Neuen vor allem mit der von ihnen erwarteten Offenheit für therapeutische Auseinandersetzungen und Prozesse arrangieren. Innerhalb der Wohngruppe müssen sie sich mit den MitbewohnerInnen im Alltag des Zusammenlebens zurechtfinden. Wie bereits ausgeführt, sehen die MitarbeiterInnen diesbezüglich Schwierigkeiten aufgrund erlernter Haltungen und Handlungsmuster (vgl. 5.2.7), die weder Offenheit in der

psychotherapeutischen Auseinandersetzung noch ein vertrauensvolles Zusammenleben begünstigen. Wesentlich sind demnach wiederum die Situation im Zusammenleben sowie die Unklarheiten der Alltagsordnung und ihrer Regulierungen sowie das Orientierungsbedürfnis der neuen AdressatInnen. Die MitarbeiterInnen greifen in diesem Zusammenhang die Idee einer *subjektorientierten Übergangsgestaltung* zu Beginn der Therapie auf: Halt geben, stabilisieren, Fuß fassen, Dabeibleiben. Ergänzend zur gruppentherapeutischen Unterstützung, die offenbar nicht für alle Neuen ausreichend ist, helfen die MitarbeiterInnen den Einzelnen, sich im Alltag der Einrichtung, also dem Zusammenleben einerseits und den Therapiebausteinen andererseits, zurechtzufinden und den eigenen Standort zu bestimmen.

In der Thematisierung der einstiegsrelevanten Fragen richtet sich das professionelle Handeln allgemein auf die Stabilisierung der AdressatInnen und damit verbunden mittelbar immer auch darauf, zum Verbleib und zur Fortführung der Therapie zu bewegen. Die Entscheidung für den Therapieaufenthalt muss also immer wieder neu untermauert und subjektiv sinnvoll begründet werden. Und diesen Prozess durchlaufen die AdressatInnen nach Therapiebeginn unter anderen Vorzeichen als davor. Nicht nur die konkreten Therapieverhältnisse sind ausschlaggebend, vielmehr stellt sich die eigene zeitliche Perspektive nun anders dar. Ulrich spricht von einem „Dreimonatsloch“, in dem die AdressatInnen ihren Aufenthalt in einer Langzeittherapieeinrichtung angesichts der realen Erfahrungen und der damit verbundenen Vorstellungen über das weitere Geschehen neu durchdenken. „[...] dass die sich gefragt haben, was soll ich hier und wie kriege ich denn das hin und oh Gott. Und ich habe vor allem noch so eine lange Zeit vor mir, wie soll ich denn das durchstehen.“ (Ulrich, 60-62) Es ist also nicht nur die aktuelle Situation, die nachdenklich macht und herausfordert, sondern auch der Gedanke an die Zukunft in der Therapie. Hinsichtlich dessen kann die zusätzliche Stabilisierung im Einzelkontakt vor allem als *motivierende Intervention* gekennzeichnet werden. Indem die MitarbeiterInnen gemeinsam mit den AdressatInnen Antworten auf die Frage nach dem subjektiven Sinn der Therapie suchen, wollen sie zur Fortführung der Therapie motivieren und vorschnelle und unüberlegte Therapieabbrüche, wie sie gerade für die Anfangszeit häufig konstatiert werden (vgl. auch 2.2.2.3), verhindern helfen.

Mithin qualifiziert sich die anfängliche Unterstützung im direkten Gespräch mit den AdressatInnen durch einen *Zeitgewinn*. Dieser bezieht sich zunächst auf die Verlängerung der drogenfreien Zeit und damit verbunden auch auf die Nutzung dieser Zeit für weiterführende Auseinandersetzungs- und Reflexionsprozesse der AdressatInnen. Je länger sie Zeit in der Einrichtung verbringen, desto mehr haben sie die Chance, die eigenen Perspektiven zu überdenken und neue Überlegungen anzustellen. Auch danach können sich die Einzelnen gegen eine Fortsetzung der Therapie entscheiden, tun dies allerdings auf der Basis der vorausgehenden Reflexionen qualitativ anders begründet, so die damit verbundenen Ideen. Nach einer entsprechenden Phase des Probierens und Experimentierens mit dem veränderten Drogenhandeln und nach Abwägen der verschiedenen Argumente kann die Entscheidung einhergehen mit einem Zu-

wachs an subjektiver Kontroll- und Entscheidungskompetenz, die bereits als wichtige Zieldimension des gruppentherapeutischen Handelns herausgearbeitet wurde.

Einzelgespräche zu Beginn des Therapieverlaufs nehmen sich, so kann hier festgehalten werden, insbesondere der mit dieser Phase einhergehenden Krisenpotentiale an. Von zentraler Bedeutung sind sie hinsichtlich der *Integration und der Stabilisierung im Therapiealltag* mit seinen unterschiedlichen Facetten sowie grundlegend im Sinne einer *Motivierung für Therapie*. Dabei richtet sich das Handeln dezidiert auch darauf, den Prozess der *Vergemeinschaftung im pädagogisch-therapeutischen Lebensraum* zu unterstützen und den *Übergang* aus den bisherigen Lebensverhältnissen in die Alltagswelt Drogentherapie zu begleiten.

5.2.9.3 Einzelgespräche im weiteren Therapieverlauf: Alltagsorientierte Therapiebegleitung in Krisensituationen

In ähnlicher Weise, wie in den anfänglichen Einzelgesprächen der Leitgedanke der Unterstützung und Begleitung als Krisenintervention handlungsrelevant ist, findet sich dieser Deutungszusammenhang gleichfalls in Bezug auf Einzelgespräche mit den AdressatInnen im weiteren Therapieverlauf. So bezeichnet Monika Einzelgespräche explizit auch als Krisengespräche, die zur Stabilisierung beitragen. „[...] gibt’s auch Einzelgespräche, natürlich, weil das sind auch wieder so Situationen, wo’s noch mal um den zusätzlichen Halt auch geht.“ (Monika, 784f.) Krankheit oder Tod nahestehender Personen, Therapieabbruch von PartnerInnen, Beziehungsärger, Eifersucht, Probleme und Streit im Zusammenleben – all das kann sich für die AdressatInnen zu einer Krisensituation in der Therapie ausweiten. Vorhandene Bewältigungsmuster reichen nicht mehr aus, die krisenförmig sich entwickelnden Situationen zu meistern. Verbunden sind damit häufig wachsende Zweifel am Therapieaufenthalt, die ein Therapietief verursachen können und die Einzelnen erneut mit der Frage der Therapiefortsetzung konfrontieren.

In dieser mehrschichtigen Problemlage der AdressatInnen bieten die MitarbeiterInnen im Einzelgespräch neben der Gruppentherapie ein weiteres Forum der Auseinandersetzung und Reflexion, das die AdressatInnen in ihrer spezifischen Lage entlasten soll. Im Gespräch strukturieren sich die Dinge neu, andere Sichtweisen werden erkennbar, und es können alternative, bislang nicht in Betracht gezogene Bewältigungsformen gefunden werden. Aufgrund der charakteristischen Verankerung der Einzelgespräche in das Therapiesetting (vgl. 5.2.9.4), muss diesbezüglich von kurzfristig ausgerichteten, lösungsorientierten Hilfestellungen ausgegangen werden. Im Gegensatz zur gruppentherapeutischen Krisenintervention schützt das Einzelsetting die AdressatInnen in ihrer Privatheit und Intimität und setzt sie mit ihren mitunter angst- und schambesetzten Themen nicht der Gruppenöffentlichkeit aus. Krisenförmige Ereignisse, so die grundlegende Annahme, stellen für die AdressatInnen eine Gefahr dar, erneut Drogen zu konsumieren und die Therapie vorzeitig zu beenden. Wie die Einzelgespräche zu Therapiebeginn können insofern auch diese begleitenden und unterstützenden Kriseninterventionen im weiteren Therapieverlauf im Sinne motivierender und rückfallpräventiver Maßnahmen

betrachtet werden, indem sie auch mit der Intention geführt werden, zur Fortsetzung der Therapie und Verlängerung drogenfreier Phasen beizutragen.

Als einen weiteren Gegenstand der Einzelgespräche benennt Monika die *gewaltförmigen Erlebnisse von Frauen* in Beziehungen mit Männern, die in der Gruppentherapie stark tabuisiert sind. „In Einzelgesprächen ist das eher der Fall, wenn so Gewaltgeschichten laufen, dann ist das Thema in der Hausversammlung auf alle Fälle, wobei das keine sehr tiefgreifende... Verarbeitung dann ist oder irgendetwas, aber es ist Thema da drin.“ (Monika, 1102-1105)

Die Thematisierung von Gewaltverhältnissen in der Hausversammlung aller BewohnerInnen dient insbesondere der öffentlichen und für alle sichtbaren Markierung von Grenzen, woraus ein Einfluss auf das Verhalten der AdressatInnen erwartet wird. Allerdings bleiben die Geschehnisse häufig im Verborgenen und gelangen selten in die Öffentlichkeit der Hausversammlung. Ebenso verhält es sich in der Gruppentherapie, in der konzeptionell Themen wie Liebesverhältnisse und sexuelle Beziehungen aufgehoben sind. Die Frauen selbst, die von Gewalt in der Einrichtung betroffen sind, verschweigen größtenteils im öffentlichen Raum der Gruppentherapie ihre Erfahrungen. Wie Empirie und Theorie der Gewalt gegen Frauen zeigen (vgl. etwa Brückner 1983, 1998), sind es gerade die Opfer, die sich der Gewalttaten schämen und sich nicht zuletzt selbst beschuldigen. Hinzu kommt die problematische Definition dessen, was überhaupt Gewalt ist: Ist schon die permanente Belästigung durch Mitbewohner, wie sie in den Interviews häufig mit dem Begriff ‚Anmache‘ umschrieben wird, ist diese schon Gewalt oder gehört das nun mal zum Zusammenleben dazu? Ohne diesen Sachverhalt hier näher ausführen zu können, wird deutlich, wie schwierig es für die Frauen ist in einem gruppenförmigem Setting – sei es die Gruppentherapie oder die Hausversammlung – über Gewalterfahrungen zu sprechen.

Der geschützte Rahmen des Einzelgesprächs motiviert Frauen dagegen eher, über Gewalterfahrungen zu reden, und stellt so einen Raum her, in dem leidvolle und belastende Erfahrungen im Therapiealltag einen Ort der Thematisierung erhalten. „Und für Frauen, also bei Frauen ... fand ich's immer wieder ganz wichtig, also sie darin zu unterstützen, zu spüren, dass sie Bedürfnisse und Grenzen haben, weil das wirklich was Verbreitetes ist bei Frauen, das nicht so deutlich wahrzunehmen.“ (Monika, 1150-1153) Ausgehend von krisenförmigen Entwicklungen im Zusammenleben als Anlass professioneller Intervention richten sich die Gespräche auf erweiterte Handlungs- und Bewältigungsmuster im Alltag. Frauen sollen unterstützt werden darin, wie sie sich gegen Gewalt wehren und Grenzüberschreitungen schon im Vorfeld verhindern können. Dahinter liegt erneut der immer wieder in diesem Zusammenhang leitende Gedanke, die Frauen sollen sich vor Übergriffen schützen (können) (vgl. auch 5.2.7.1, 5.2.8). Das grundlegende Thema der geschlechtshierarchischen Verhältnisse und Verhaltensweisen kann diesem Muster folgend außen vor bleiben.

Aus der Perspektive der Adressatinnen betrachtet, muss dabei allerdings der private Raum des Redens gewahrt bleiben. Dies könnte für die MitarbeiterInnen zu einem Handlungskonflikt

führen, weil sie prinzipiell bestrebt sind, solche Ereignisse öffentlich zu machen. Letzteres begründet sich einerseits in der Regel der Gewaltfreiheit, die es mit sich bringt, dass Gewalttaten auch sanktioniert werden sollen, und andererseits in der Intention, auf das Verhalten einzuwirken, indem Gewalttakte als solche veröffentlicht und damit Grenzen verdeutlicht werden. Insofern müssen MitarbeiterInnen stets abwägen, was zu welchem Zeitpunkt und in welcher Situation schwerer wiegt: die Anonymität der im Einzelgespräch anvertrauten Erfahrungen einzelner Frauen oder die Stabilisierung von Alltagsregulierungen und einer darauf gründenden Alltagsordnung im öffentlichen Raum. Vor dem Hintergrund dieser kontroversen Handlungsstrategien, die auch für die Adressatinnen nachvollziehbar sind, ist davon auszugehen, dass von Gewalt betroffene Frauen sorgfältig abwägen, ob und wann sie jemanden ins Vertrauen ziehen. Die Beziehung und das darauf gründende Vertrauensverhältnis zu den MitarbeiterInnen dürfte diesbezüglich nicht unerheblich sein und für die betroffenen Frauen ein zentrales Entscheidungskriterium darstellen.

Wie wichtig zumindest eine solche Möglichkeit des Sich-Mitteilens für die betroffenen Frauen ist, zeigt sich darin, dass beide InterviewpartnerInnen vor dem Hintergrund der Belästigung durch männliche Bewohner den Start in die Therapie, aber auch den weiteren Therapieverlauf für Frauen für schwieriger erachten als für Männer. Es kann aus den Berichten der GesprächspartnerInnen geschlossen werden, dass einige Frauen die Therapie frühzeitig beenden, weil sie mit den geschlechtshierarchischen Verhältnissen des Therapiealltags nicht zu recht kommen oder sich nicht damit arrangieren können bzw. wollen. Insofern nehmen die MitarbeiterInnen, indem sie Frauen in ihrem Verhältnis gegenüber Männern unterstützen wollen und mit ihnen nach gewaltverhindernden Handlungs- und Bewältigungsmustern suchen, wiederum das Anliegen der Therapiefortführung auf. Auch hier zielt die Hilfe auf die Motivation für Therapie, also insbesondere auf Teilnahmemotivation (vgl. 2.2.2.3).

5.2.9.4 Das Einzelgespräch als ergänzendes Medium auf freiwilliger Basis

Wie gezeigt werden konnte, greifen die MitarbeiterInnen im Wesentlichen Themen auf, die sich bereits in der gruppentherapeutischen Arbeit als relevant erweisen. Der spezifische Charakter der Einzelgespräche lässt sich somit inhaltlich kaum eigenständig fassen, sondern ist eng verbunden mit den Intentionen des Handelns in der Gruppentherapie. Mithin erweisen sich die Einzelgespräche in der psychotherapeutischen Arbeit als *ergänzend im doppelten Sinn*. Sie ergänzen inhaltlich die Gruppentherapie, indem hier die MitarbeiterInnen zentrale Themenbereiche und Dimensionen aus der Gruppentherapie aufnehmen und diesen einen zusätzlichen Raum geben. Und sie ergänzen das einzige im Therapieverlauf standardisierte und verpflichtende Gespräch im Einzelsetting, das Anamnesegespräch, um weitere Möglichkeiten der direkten Bezugnahme auf die AdressatInnen als zusätzliches Angebot auf freiwilliger Basis. Für die Einzelgespräche gibt es demnach weder eine eigenständige inhaltliche bzw. systematisch-konzeptionelle Begründung noch eine strukturell-kontinuierliche Verortung im The-

rapiealltag, wie es sich zugespitzt in der Abgrenzung vom Pflichtcharakter der gruppenförmig organisierten Programmbestandteile manifestiert.

„Ja, also Einzelgespräche sind hier in der Einrichtung auch aus meiner Sicht nichts, was so verpflichtend ist, also was ein Muss ist, was sie machen müssen, so wie sie Gruppen- oder Arbeitstherapie oder Freizeiten machen müssen. Sondern das ist, wenn sie das wollen, können sie das kriegen und dann mache ich das schon auch.“
(Monika, 202-205)

Die Einzelgespräche stellen kein verbindliches Regelangebot im Setting dar. Vielmehr liegt ihnen ein *Prinzip der Freiwilligkeit* zugrunde, sowohl von den AdressatInnen als auch von den MitarbeiterInnen aus betrachtet. Infolgedessen finden sie nur gelegentlich statt, wie sich in den bisherigen inhaltlichen Ausführungen zeigt, zumeist verknüpft mit Verunsicherungen und Krisen der AdressatInnen. Wenn jedoch das Einzelgespräch kein Regelangebot mit in bestimmter Folge organisierten Terminen ist, bedarf es stets ausdrücklicher Aktivitäten, die ein solches herbeiführen. Im Folgenden sollen nunmehr die Umstände dessen, wie sich ergänzende Einzelkontakte realisieren, in ihrer Bedeutung für die MitarbeiterInnen und AdressatInnen betrachtet werden.

Zu einem Termin für ein Einzelgespräch kommt es entweder durch die Initiative der MitarbeiterInnen oder der AdressatInnen. Die MitarbeiterInnen regen Einzelgespräche in erster Linie dann an, wenn sie Veränderungen bemerken, die auf Probleme und Krisen schließen lassen. Ferner nehmen sie auch im Sinne der Alltagsordnung zu beobachtendes Fehlverhalten der AdressatInnen zum Anlass oder sprechen die AdressatInnen auf selbständig zu erledigende Aktivitäten und Aufgaben an, um damit selbstverantwortliches Handeln zu fördern. Für die AdressatInnen werden ebenso vorrangig problematische und krisenförmige Ereignisse und Entwicklungen beschrieben, die sie ein Einzelgespräch nachfragen lässt. So ist es hauptsächlich das Nicht-Normale, das *Außeralltägliche*, in dem sich ein Einzelkontakt begründet. Die Gespräche selbst werden in dieser Konstruktion zum Außeralltäglichen und Besonderen. Im Außeralltäglichen sind sie stets gebunden an einen konkreten, zumeist problembezogenen Anlass, der jedem Termin gleichsam vorausgeht. Was bedeutet dies für die Realisierung von Einzelkontakten für MitarbeiterInnen wie auch für AdressatInnen?

Der Zusammenhang zum konkreten Anlass bedingt auf Seiten der MitarbeiterInnen, dass sie allzeit wachsam sein müssen, um die auf unterschiedlichen Ebenen liegenden Signale für anlassgebende Beobachtungen und Einschätzungen zu bemerken. Sie werden gleichsam zu stillen BeobachterInnen in jedem Moment und müssen sich jeweils neu entscheiden, ob, wann und wo sie jemanden ansprechen. Für das Wesentliche halte ich hier nicht, dass die Aufmerksamkeit auf die Verhältnisse und das Verhalten der AdressatInnen gelenkt wird. Dies macht immer einen Teil professionellen Handelns in stationären Arbeitssettings aus. Ausschlaggebend ist die Allgegenwärtigkeit der Anforderung in der Verknüpfung von Beobachten, Wahrnehmen, Einschätzen und Reagieren. Dies wird notwendig, weil es eben im Einzelsetting keine regelförmigen, strukturell verankerten Räume für eine Bezugnahme auf diese allgegenwärtigen

tigen Abläufe gibt. So fühlen sich die MitarbeiterInnen von den vielfältigen alltäglichen Eindrücken, die sie im Therapiealltag aufnehmen, nicht selten überrollt.

„Wir begegnen uns ständig, auf dem Hof, in der Vorhalle, beim Essen ... es ist nichts Formalisiertes auch dahinter [...] also beispielsweise ich laufe über den Hof und ich sehe, es ist Arbeitstherapie und der und der hängt aber herum und streckt alle Viere von sich, da kriege ich was mit von dem. Was ich auch manchmal mache, ist wirklich diese Durchgänge durch den Gruppenraum, da sehe ich, wer da sitzt und wer grade wieder miteinander zusammen etwas machen muss oder spielen sogar was [...] Ja, zum einen, weil ich denke, das ist nicht meine Aufgabe, dann aber auch, weil mir das zuviel wird an Eindrücken.“ (Monika, 1388-1403)

Monika beschreibt den Arbeitsalltag als einen, der sie überflutet mit den unterschiedlichsten Eindrücken und Wahrnehmungen auch jenseits der strukturierten Settings des Arbeitens. Es gibt ständig Anlass zu Beobachtungen und es wird zuviel. Auch Ulrich verweist auf die Grenzen dessen, was von seiner Seite aus leistbar ist. „Platt gesagt, ich hätte auch keinen Bock, jede Woche wirklich dauernd im Dauerkontakt mit Klienten zu sein [...] Ich finde es sehr anstrengend.“ (Ulrich 874-877) Darin zeigt sich das Bemühen der MitarbeiterInnen, Arbeitskomplexität zu reduzieren. Es gilt abzuwägen, was wie wichtig ist, und manches, was Anlass geben könnte, wird in diesem Übermaß gar nicht angesprochen. Insbesondere spielen hierbei auch die zeitlichen Kapazitäten der MitarbeiterInnen und ihre momentane Inanspruchnahme mit Einzelgesprächen, die aufgrund der anlassgebundenen Verortung im Setting und dem Freiwilligkeitsprinzip stark schwankt. Die MitarbeiterInnen sind individuell verantwortlich, wie sie die Einzeltermine gestalten und in ihren Arbeitsalltag integrieren. Settingbedingte Muster oder Strukturen sind ihnen hierbei nicht verfügbar und letztlich unterbreiten sie ein solches Angebot freiwillig und damit ‚zusätzlich‘ zu ihrem Arbeitsauftrag innerhalb der Gruppentherapie. Wenn die MitarbeiterInnen zu viele Termine haben, müssen sie individuell gegenüber den AdressatInnen begrenzen. In diesen Phasen, so kann gefolgert werden, steigert sich für die MitarbeiterInnen das Gefühl der Strapaze durch alltägliche Eindrücke und Wahrnehmungen. Mithin führt gerade das Außeralltägliche, das diesem Handeln innewohnt, und die damit verknüpfte ‚Ortlosigkeit‘ zu dem Gefühl der Überanstrengung und dem Bedürfnis, sich vor den im Arbeitsalltag allgegenwärtig einströmenden Eindrücke zu schützen und eben auch einmal nichts wahrzunehmen. In Phasen hoher Rückfallraten, so ist anzunehmen, intensiviert sich dieser Zusammenhang.

Dabei gehen die beiden InterviewpartnerInnen sehr unterschiedlich mit dem Angebot des Einzelgesprächs um. Während sich Monika diese Aufgabe mit ihrer Gruppenkollegin teilt, hat in der Gruppe Ulrichs vorrangig seine Kollegin den Part der Einzelunterstützung übernommen. Er fühlt sich hierfür nur randständig verantwortlich und ordnet dieses Aufgabenfeld dabei einem informellen Bereich zu. Damit ist nicht gesagt, dass er überhaupt nicht als Ansprechpartner zur Verfügung steht, aber wenn seine Kollegin mehr im Kontakt mit den BewohnerInnen auch außerhalb der Gruppentherapie steht, dann dürfte sie auch primär ange-

sprochen werden. Auch die Vorstellung einer *professionell begründeten Distanz* zu den AdressatInnen bzw. zum Alltag der AdressatInnen, wie sie insbesondere Ulrich formuliert, kommt hier wieder zum Ausdruck (vgl. 5.2.8).

Was die AdressatInnen anbelangt, so gehen sie auf die für sie zuständigen MitarbeiterInnen zu, wenn sie einen Grund haben. Indem die Gespräche nicht regelmäßig als integraler Bestandteil im Alltag verankert sind, bedarf jeder Kontakt stets schon der Begründung vor sich selber und den MitarbeiterInnen. Wenn die NutzerInnen einen Gesprächsbedarf bekunden, dann haben sie bereits ihre Lage und die Geschehnisse, die sie zu einem solchen Schritt veranlassen könnten, durchdacht und sich damit auseinandergesetzt. Eine Reflexion der AdressatInnen geht dem Gespräch also stets voraus. Und sie entscheiden sich auf der Basis dieser Überlegungen. Möglicherweise kommen diesbezüglich auch Erfahrungen aus Einrichtungen mit fest im Setting verankerten Einzelgesprächen zum Tragen. Für die Entscheidung nicht unerheblich dürfte es sein, welchen subjektiven Nutzen sie einem solchen Gespräch mit den MitarbeiterInnen für sich beimessen. Wie im Kontext der Gewalterfahrungen von Frauen bereits angesprochen, wägen die AdressatInnen auch ab zwischen dem subjektiven Nutzen einer Gesprächs- und Reflexionsmöglichkeit und den potentiellen Auswirkungen auf das Zusammenleben im Alltag. Viele Hürden sind demnach zu überwinden, ehe die AdressatInnen Initiative ergreifen. Wiederum verdeutlicht dies die starke Verwobenheit der Psychotherapie mit den alltäglichen Verhältnissen des Zusammenlebens in der Einrichtung.

Vor diesem Hintergrund konturiert sich abermals die zentrale Bedeutung der Beziehungs- und Vertrauensentwicklung. Je positiver sich die Beziehung zur/zum zuständigen MitarbeiterIn gestaltet und infolgedessen eine vertrauensvolle Begegnung möglich ist, desto eher werden die Einzelnen auch das in seiner Struktur höchst unverbindliche Angebot des zusätzlichen Einzelgesprächs nutzen. Diejenigen AdressatInnen, die allerdings den Einzelkontakt zu den MitarbeiterInnen suchen, wirken damit auch aktiv an einer weiteren verbindlichen Gestaltung des Kontaktes mit. Je mehr sich Einzelne um Gespräche mit den MitarbeiterInnen bemühen, desto stärker entwickelt sich eine kontinuierliche Kultur des Austauschs. Wer selbst das Gespräch sucht und damit in gewisser Weise in den Vordergrund gelangt, wird auch bevorzugt von den MitarbeiterInnen wahrgenommen. Sie sind als Personen in ihren spezifischen Anliegen gleichsam präsenter als jene, die kaum Kontakt suchen. Im Rahmen der beschriebenen Arbeitssituation der MitarbeiterInnen, die dazu führt, nicht alles Auffallende aufzugreifen, ist anzunehmen, dass es dann häufig auch diejenigen sind, die aufgrund ihrer eigenen Initiative eher im Vordergrund der Wahrnehmungen stehen und auch von den MitarbeiterInnen häufiger mit einem Gesprächsangebot berücksichtigt werden. Die nachfragenden AdressatInnen werden in ihrer spezifischen Geschichte und Entwicklung vertrauter für die MitarbeiterInnen und es ergeben sich auf dieser Basis immer wieder neue Anknüpfungspunkte für weitere Auseinandersetzungen. So könnten die nachfragenden AdressatInnen im Verlauf der Therapie immer mehr diejenigen werden, auf die sich die Einzelkontakte konzentrieren, und die anderen geraten parallel dazu immer mehr in den Hintergrund. Das mag für die einen so recht sein,

aber es ist auch davon auszugehen, dass, in Abhängigkeit von unterschiedlichen Faktoren, einzelne Personen weniger in der Lage sind, um Termine nachzufragen, oder mehr an aktiver Unterstützung von Seiten der MitarbeiterInnen bräuchten, um einen Raum für ihren Gesprächsbedarf, der sich weniger deutlich artikuliert, zu erhalten. Den AdressatInnen, die um einen solchen Raum für sich nicht nachfragen, bleibt nur die Auseinandersetzung in der Gruppentherapie oder im Zusammenleben der Wohngruppe und sie bleiben den MitarbeiterInnen während ihres Therapieprozesses potentiell fremder.

Was die Gestaltung der Vertrauensbeziehung zwischen AdressatInnen und MitarbeiterInnen anbelangt, zeigt sich in der Art und Weise, wie die Gespräche zustande kommen, ein sich selbst verstärkender Mechanismus: Aus der Nachfrage und der sich entfaltenden Kultur des Austauschs erwachsen neue Chancen für eine positive Beziehungs- und Vertrauensentwicklung, und zwar für jene AdressatInnen, die sich gegenüber den MitarbeiterInnen artikulieren und die dadurch immer mehr in den Mittelpunkt rücken. Das Gleiche gilt selbstverständlich auch für Personen, die den MitarbeiterInnen aufgrund ihres Verhaltens vorwiegend negativ auffallen, wobei dies den negativen Bezug unterstützt und positive Effekte auf die Vertrauensentwicklung fragwürdig erscheinen. Die in jeglicher Hinsicht Unauffälligen verbleiben möglicherweise in einer Grauzone des Nicht-Beachtens bzw. Nicht-Beachtet-Werdens.

Alles in allem bleiben die ergänzenden Einzelgespräche für die MitarbeiterInnen und für die AdressatInnen ambivalent. Nicht jeder Gesprächsbedarf wird auch realisiert, weil entweder die NutzerInnen nicht aktiv darum nachfragen oder aber die MitarbeiterInnen keine Initiative ergreifen, möglicherweise auch aufgrund von Zeitmangel Anfragen ablehnen. Dies unterstreicht den settingbedingt *punktuellen Charakter* der Einzelgespräche. Dabei stehen die zentralen handlungsleitenden Intentionen, wie die alltagsorientierte Begleitung und Unterstützung in krisenförmigen Entwicklungen sowie die immer wiederkehrende notwendige Stabilisierung und Motivierung der AdressatInnen im Widerspruch zu der sporadischen und selektiven Umsetzung im Handeln der MitarbeiterInnen, die eben keine verbindliche und kontinuierliche Verortung einer solchen Begleitung und Stabilisierung gewährleistet. Die im Therapieprozess subjektiv relevanten Anliegen der AdressatInnen werden in diesem Rahmen – sporadisch und selektiv, aber nicht in kontinuierlicher Perspektive – professionell handelnd aufgegriffen. Ein explizites und methodisch-kontinuierliches Anliegen, das gleichsam einen roten Faden durch den subjektiven Therapieverlauf konstruiert, wird von den MitarbeiterInnen nicht verfolgt. Als kontinuierliche Therapie- bzw. alltagsorientierte Begleitung im Sinne eines verbindungsstiftenden Elements kann das Einzelgespräch daher nicht dienen. Hingegen stellen Einzelgespräche ein Medium dar, das unterstützt hinsichtlich der Vertrauens- und Beziehungsentwicklung zu den MitarbeiterInnen, das in Krisen hilft und punktuell eine alltagsorientierte (Therapie-)Begleitung ermöglicht. Die MitarbeiterInnen begleiten und unterstützen einzelne AdressatInnen in problematischen Situationen, die nur selektiv handlungswirksam werden. Offen bleibt, ob diese Unterstützung tatsächlich nur für wenige relevant ist und ob tatsächlich all jene aktiv werden, denen die gruppentherapeutische Begleitung nicht ausreicht.

Grundsätzlich werden im Zusammenhang mit dem Einzelgespräch *zwei gegensätzliche Deutungsmuster* sichtbar, welche beide in der Handlungspraxis wirksam sind. Das erste Muster geht davon aus, dass ein Einleben und Eingewöhnen in die Alltagswelt Drogentherapie vor allem Zeit braucht, d.h. Zeit des Ankommens und der Orientierung. Eine vertrauensvolle Haltung bilden die AdressatInnen aus in diesem Eingewöhnungsprozess, ohne dass es professioneller Unterstützung bedarf. Prägnant drückt sich dies in einem späten Zeitpunkt für das Anamnesegespräch aus, nämlich dann, wenn sich Vertrauen schon gebildet hat. Der Gruppe der AdressatInnen als Bezugs- und als Wohngruppe wird diesbezüglich ein hoher verbindungsstiftender Wirkungsgrad an sich zugeschrieben, wie es bereits in den Leitlinien der anfänglichen Therapeutischen Gemeinschaften (vgl. 2.1.4.3) zum Ausdruck kommt. Einzelgespräche verhindern tendenziell eine vertrauensvolle Vergemeinschaftung in der Gruppe und sind daher nicht wichtig für das professionelle Handeln. Das zweite Deutungsmuster basiert im entgegengesetzten Sinn gerade darauf, dass im Einzelkontakt mit den MitarbeiterInnen die AdressatInnen eher Vertrauen entwickeln und insofern die begleitende und unterstützende Hilfestellung im Einzelgespräch, indem sie Beziehung ermöglicht und Orientierung und Halt anbietet, das Einleben in den Alltag fördert. Für diese Deutungsvariante steht der frühe Zeitpunkt zur Durchführung eines Anamnesegesprächs und daran anknüpfend weitere Einzelgespräche, die der Stabilisierung und Motivierung der AdressatInnen dienlich sind.

Zusammenfassend lassen sich – jenseits der Anamneseerhebung – wesentliche *Bestimmungsmomente* der Einzelgespräche festhalten:

- Die Einzelgespräche zeichnen sich allgemein hinsichtlich ihrer Qualität für eine *vertrauensvolle Beziehung* zwischen Professionellen und AdressatInnen aus, gleichsam als Grundlage und wesentliches Element der inhaltlichen Erörterungen. Anlass sowie Inhalt bestimmen sich überwiegend durch krisenförmige Belastungen der AdressatInnen im aktuell gegebenen Alltag. In der Auseinandersetzung mit den je spezifischen Themen suchen die MitarbeiterInnen gemeinsam mit den AdressatInnen nach *gelingenderen Alltags- und Problembewältigungsmustern*. Diesbezüglich greifen die MitarbeiterInnen sowohl das Bedürfnis nach Orientierung im Therapiealltag als auch subjektiv relevante Krisenereignisse und belastende Alltagserfahrungen sowie insgesamt eine im Therapieverlauf potentiell immer wiederkehrende Therapiemüdigkeit auf. Im Einzelgespräch finden damit vielfältige, für die AdressatInnen subjektiv relevante Anliegen einen Ort.
- Insgesamt *überschneidet sich das Einzelgespräch thematisch mit der gruppentherapeutischen Arbeit* und umfasst keine neuen, ausschließlich in diesem Rahmen verhandelten Inhalte. Einzig und allein der direkte und ausschließliche Kontakt zwischen MitarbeiterIn und AdressatIn unterscheidet das Einzelgespräch durchgängig von der Gruppentherapie. Im Vergleich zum gruppentherapeutischen Handeln nimmt im Einzelgespräch allerdings das *Anliegen zu motivieren* einen größeren Stellenwert ein. Unabhängig vom konkreten Inhalt verbindet sich das Handeln der MitarbeiterInnen im Kern stets mit der

Intention, die Einzelnen in ihrem Ausstiegsprozess zu stabilisieren und dafür zu motivieren, dass sie die Therapie fortsetzen. Anzunehmen ist, dass sich motivierende Interventionen im Einzelgespräch leichter umsetzen lassen als im Kontext der gesamten Gruppe. Dazu trägt auch bei, dass die AdressatInnen im direkten Kontakt mit den MitarbeiterInnen eher in der Lage sind, Ängste und Sorgen zu thematisieren, an die dann wiederum in motivierender Absicht angeknüpft werden kann.

- Die Zuwendung zu den Einzelnen im Einzelgespräch dient nicht allein der *individuellen Unterstützung*. Ebenso erfüllen Einzelgespräche eine wichtige Funktion hinsichtlich der *Vergemeinschaftung*. Sie unterstützen die AdressatInnen, sich in den Therapiealltag mit seinem gruppenförmigen Zusammenleben zu integrieren, und greifen darin stets auch allgemeine Fragen des Therapiealltags auf. Mit dem Einzelgespräch richtet sich also das Handeln der MitarbeiterInnen gleichermaßen auf die Situation der Einzelnen wie auf die Gemeinschaft. Dies gilt für den gesamten Therapieverlauf und insbesondere für das Einzelgespräch als ein Element der Gestaltung des Therapiebeginns als Übergang.
- Einzelgespräche können insoweit im Sinne einer *krisenbezogenen, alltagsorientierten Therapiebegleitung* verstanden werden, als sie anlassgegeben die alltagsbezogenen Themen der AdressatInnen aufgreifen und nach subjektiv relevanten Lösungsstrategien suchen. Sie zeichnen sich gerade durch die zeitliche Bezugnahme auf die momentan relevanten Geschehnisse und Befindlichkeiten aus. Die Zeit vor oder nach der Therapie, etwa im Sinne eines Anknüpfens an subjektive Entwicklungsgeschichten und Problemlagen oder als Entwurf von Zukunftsperspektiven, spielt dagegen keine wesentliche Rolle. Fragen der psychodynamischen Entwicklung, wie sie für die Subjektentwicklung im gruppentherapeutischen Arbeiten wesentlich sind, bleiben weitgehend außen vor. Relevant werden solche Dimensionen wie die Suche nach dem eigenen Weg und die Kontroll- und Entscheidungskompetenz dann, wenn sie sich aus dem aktuell Gegebenen herleiten, nicht jedoch programmatisch und intendiert von den MitarbeiterInnen.

5.2.10 Die Einzeltherapie

Anknüpfend an die bisherigen Ausführungen zum Einzelgespräch möchte ich nachfolgend die inhaltlichen und strukturellen Momente der Einzeltherapie darlegen, wie sie sich im Arbeits- und Selbstverständnis der MitarbeiterInnen als bedeutsam erweisen.

5.2.10.1 Kontinuierliche Reflexion und Auseinandersetzung

Die Einzeltherapie, die zweite Form der Unterstützung im Einzelsetting, findet kontinuierlich statt und bietet eine Möglichkeit der regelmäßigen individuellen Unterstützung. „Ja, und in dem Kontinuierlicheren geht’s wirklich so um eine Auseinandersetzung mit Themen, die bei demjenigen, der eben diese Einzeltherapie macht, wieder auftauchen und die für ihn wichtig sind und so, danach zu gucken.“ (Monika, 289-291) Betont wird hier die Relevanz der Themen, die die Einzelnen immer wieder in ihrem Ausstiegsprozess beschäftigen. Die konkreten

Inhalte der Einzeltherapie unterscheiden sich folglich gemäß den subjektiven Anliegen der AdressatInnen, wenngleich immer wiederkehrende *zentrale Themen* aufgeführt werden.

„Oh, das können ganz unterschiedliche sein. Das können Beziehungsthemen sein, also Liebesbeziehungen, was es da für Schwierigkeiten gibt, das kann können, kann ein Stück Vergangenheitsbewältigung sein, also weißt Du, so etwas wie Schuldgefühle tauchen ja auch immer mal wieder auf, so Angehörigen oder Partnern gegenüber, dass das bearbeitet wird. Es kann aber auch ein Stück Zukunftsentwurf sein, also was kommt denn da auf mich zu, was möchte ich denn, so den eigenen Weg entdecken.“ (Monika, 293-298)

Charakteristisch für die Einzeltherapie ist einerseits die *vergangenheitsbezogene Auseinandersetzung* und andererseits die *Projektion in die Zukunft*. Während Monika für das Einzelgespräch immer wieder betont, eine tiefere Verarbeitung spezieller Themen sei in dieser Gesprächsform nicht möglich, kann dies in der Einzeltherapie umgesetzt werden. Sowohl die kontinuierliche Befassung mit einem Thema als auch der Schutz der Intimsphäre sind für die AdressatInnen gewahrt. Insofern verwundert es nicht, dass explizit hier die Schuldthematik zur Sprache kommt. Auch die Zukunftsentwürfe sind in der Einzeltherapie exklusiv aufgehoben. Gemeinsam mit den zuständigen MitarbeiterInnen können die AdressatInnen ihre weitere Lebensgestaltung entwerfen und überprüfen. Im Einzelsetting ist diesbezüglich vielleicht mehr Mut möglich, aber auch eine offenere Bezugnahme auf die eigenen Schwächen oder die konkreten erwartbaren Voraussetzungen vor Ort. Gerade Ängste, die die AdressatInnen haben, also Ängste vor dem, was auf sie zukommt, die hauptsächlich gegen Ende der Therapie noch einmal virulent werden (vgl. Thiersch u.a. 2001), erhalten in der Einzeltherapie einen Platz.

In der Einrichtung wird der Auseinandersetzung der AdressatInnen mit der eigenen Entwicklung, also der Suche nach den Zusammenhängen und den Ursachen für den Drogengebrauch, ein großer Stellenwert eingeräumt. Insbesondere Ulrich erklärt die rückwärtsgerichtete Suche nach Verstehen zu einem Kernelement des tiefenpsychologisch orientierten Settings. Dennoch reagieren die AdressatInnen insbesondere im gruppenförmigen Setting mit angstbegründeten Vermeidungsstrategien (vgl. 5.2.1, 5.2.8). Die selbstbezogenen Thematisierungen in der Öffentlichkeit einer Psychotherapiegruppe sind nicht für alle gleichermaßen selbstverständlich und ohne weiteres möglich, wie Ulrich angelehnt an seine eigenen Erfahrungen in der psychotherapeutischen Ausbildungsgruppe ausführt.

„Und die haben die auch, bloß dass, was weiß ich, wir hier noch so ein Ding haben, ich hab’ da Schiss davor, aber ich mache das trotzdem, weil ich das ja auch machen will und trotzdem meine Strategien hab’, um ganz bestimmte Sachen zu vermeiden und dann auch ganz bestimmte Leute brauche, die mir dann mal einen mitgeben oder so was, das ist ja alles ganz normal.“ (Ulrich, 284-288)

Für diejenigen AdressatInnen, denen die Auseinandersetzung in der Gruppentherapie schwer fällt und die anfängliche Fremdheitsgefühle auch nicht überwinden, also auch im weiteren Therapieverlauf kaum eine vertrauensvolle Haltung in der Gruppe aufbauen, für diejenigen

stellt die Einzeltherapie eine Alternative für die eigene Auseinandersetzung und Reflexion dar. Dabei schätzen die beiden InterviewpartnerInnen die Chancen der Vertrauensbildung und der darauf basierenden Öffnung der AdressatInnen in der Gruppentherapie unterschiedlich ein. Ulrich betrachtet die Vertrauensentwicklung insbesondere als Fähigkeit der Einzelnen, sich auf die Auseinandersetzungsprozesse in der Gruppentherapie einzulassen und die Haltung des Misstrauens und der Heimlichkeit zu überwinden.

„Das behindert so lange, so lange ich nicht fähig bin, das Misstrauen zu äußern. Ho-cke ich in die Gruppe rein und sage, also ich hab’ mit dir die und die Schwierigkeiten, weil wenn ich hier das und das machen würde, dann ... dann bin ich schon mit-tendrin wieder in der Therapie. Dann geht’s natürlich um die Auseinandersetzungen [...] womit hängt denn das zusammen, wenn so was geäußert werden würde. Aber ganz viel, was ja stattfindet, ist: hier sind wir und dort seid ihr und wir hier müssen gucken, dass ihr dort nicht zuviel mitkriegt, was wir hier machen.“ (Ulrich, 1088-1095)

Die Auseinandersetzung mit den eigenen Barrieren in der gruppentherapeutischen Auseinandersetzung wird hier mithin zum Gegenstand der Therapie. Dies setzt allerdings als Minimum voraus, dass die Schwierigkeit des Redens über persönliche Zusammenhänge von den Einzelnen benannt werden kann. Möglicherweise vermeiden manche AdressatInnen bereits eine solche Äußerung, wie sich in den Klagen über die mangelnde Bereitschaft zur psychotherapeutischen Auseinandersetzung auch andeutet. Eine solch tendenziell personen- und defizit-zentrierte Deutung überschreitend, blickt Monika auf die biographischen Erfahrungen der AdressatInnen und die Lebensverhältnisse der Alltagswelt Drogentherapie. Beide Faktoren wirken in der stationären Therapie zusammen und erschweren ihrer Argumentation nach eine bedingungslose Vertrauenshaltung, wie sie der gruppentherapeutischen Arbeit dienlich wäre (vgl. 5.2.6). Der Einzeltherapie kommt diesbezüglich, unabhängig von der konkreten Einordnung der angesprochenen Phänomene, eine wesentliche Bedeutung zu. Sie bietet eine geschützte Form der Auseinandersetzung und Reflexion für die Einzelnen und greift damit auch die bestehenden Ängste auf und integriert sie in das Handeln. Nicht gegen die Ängste zu handeln, sondern vielmehr mit ihnen zu arbeiten und sie darin möglicherweise auch abzubauen, so ließe sich die Richtung formulieren. Mithin unterstützt professionelles Handeln in der Einzeltherapie die gruppentherapeutische Arbeit, indem sie den Einzelnen hilft, sich den Herausforderungen einer öffentlichen Thematisierung zu stellen.

Wie lässt sich nun die Einzeltherapie im Verhältnis zum Einzelgespräch und zur Gruppentherapie im Therapiealltag verorten? Neben einer therapiephasenspezifischen Unterscheidung, auf die weiter unten Bezug genommen wird, kann hier zunächst die *kontinuierliche Verankerung* im Therapieprogramm herausgehoben werden.

„Es gibt auch so was, dass man ziemlich am Anfang schon eine Einzel¹⁵⁵ nachfragen, wobei sich das dann nicht so als Einzeltherapie entwickelt weißt Du, als etwas kontinuierliches, sondern es sind dann am Anfang mal ein paar Termine und das ist eher so ein besseres Land hier in der Einrichtung, und weil das auch eine Krise ist, am Anfang hier für viele, sich hier zurechtzufinden.“ (Monika, 212-216)

Die Einzeltherapietermine gehören zum festen und verbindlichen Therapieprogramm, wie die gruppenförmig organisierten Termine der Arbeitstherapie, der Freizeittherapie und der Gruppentherapie auch. Insofern hebt sich Einzeltherapie als kontinuierlich angelegte Arbeitsform von den situativ-punktuellen Einzelgesprächen ab. Auch was die Intentionen der spezifischen Unterstützung anbelangt, unterscheidet sich die Einzeltherapie von den Einzelgesprächen. Weder kurzfristige Entlastungen in Krisenzeiten noch alltagsorientierte Themen das Zusammenleben oder die Alltagsordnung betreffend stehen hier im Mittelpunkt. Das Handeln konzentriert sich dagegen auf im engeren Sinn subjektorientierte Entwicklungsdimensionen, d.h. die Subjektentwicklung und Eigenverantwortung, die Ziel- und Therapier reflexionen mit ihren subjektiv relevanten Themen sowie die Suche nach dem eigenen Weg. Demnach sind für die Einzeltherapie inhaltliche Dimensionen relevant, wie sie bereits für die Gruppentherapie als wesentlich gelten und im Einzelgespräch wiederum unterbelichtet bleiben.

Es werden in kontinuierlicher Form subjektiv relevante Fragen aufgegriffen, und darin auch die Entwicklungsgeschichte als Vorgeschichte und die Zukunftsvorstellungen aufgegriffen. Gleichsam kann immer wieder bei der nächsten Sitzung an das Gewesene und Erörterte angeknüpft werden in einer für die AdressatInnen verbindlichen und einschätzbaren Weise. Eine solche zeitliche und inhaltliche Kontinuität unterstützt, das ist evident, die angestrebten Subjektentwicklungsprozesse auf einem anderen Niveau, als dies im gruppentherapeutischen Setting möglich wäre. Hinsichtlich der persönlichkeitsbezogenen Entwicklungsfragen erfüllt insofern die Einzeltherapie als eine psychotherapeutische Begleitung durch den Therapieprozess die Funktion eines verbindungsstiftenden Elements im individuellen Therapieverlauf. Für die Erfahrungen und die notwendige Orientierung im Alltag und Zusammenleben bietet die Einzeltherapie hingegen kaum Unterstützung, da sich das Handeln nicht explizit auf diesen Gegenstand richtet. Im Sinne einer kontinuierlichen Alltagsbegleitung ist die Einzeltherapie folglich nicht relevant. Vielmehr liegt die spezifische Qualität in der kontinuierlichen Begleitung von Subjektentwicklungsprozessen.

5.2.10.2 Unterstützung einzelner AdressatInnen im fortgeschrittenen Therapieverlauf

Wie dargelegt wurde, steht – inhaltlich betrachtet – die kontinuierliche, die gruppentherapeutische Auseinandersetzung vertiefende und ergänzende Arbeit, die im Wesentlichen auf die

¹⁵⁵ Im allgemein üblichen Sprachgebrauch in der Einrichtung ist nur selten die Rede von Einzeltherapie, Einzelsetting oder Einzelgespräch, sondern zusammengenommen firmierend diese drei Bedeutungen spezifischer Gesprächskonstellationen zweier Menschen unter dem Begriff ‚Einzel‘. Welche Form konkret gemeint ist, erschließt sich erst aus dem inhaltlichen Kontext, wobei die MitarbeiterInnen der Psychotherapie darunter häufig die Einzeltherapie verstehen (vgl. auch 5.3.3.2).

Subjektentwicklung ausgerichtet ist, im Zentrum der Einzeltherapie. Was die strukturelle Verortung im Therapiealltag anbelangt, erweisen sich zwei weitere Merkmale als bedeutsam für das Handeln der MitarbeiterInnen, die noch einer Erörterung bedürfen. Das ist zum einen die erforderliche *Nachfrage der AdressatInnen* sowie der *Zeitpunkt der Einzeltherapie im Therapieverlauf*.

Die Einzeltherapie stellt nicht, wie angenommen werden könnte, ein regelförmiges Angebot im Therapieprogramm dar. Für sie gilt wie für das Einzelgespräch, nicht jedoch die Gruppentherapie, das Freiwilligkeitsprinzip und die AdressatInnen müssen selbst aktiv werden, wenn sie einzeltherapeutische Hilfe möchten. Ob die MitarbeiterInnen die AdressatInnen anregen zur Inanspruchnahme, also sozusagen motivieren zur Nutzung weiterer Therapieelemente, scheint auf der Basis des empirischen Materials eher nicht der Regelfall. Die Einzeltherapie bleibt demnach auch ein selektives Angebot für einzelne Personen. Mithin beschränkt sich die der Einzeltherapie zugrundeliegende Vertiefungsoption auf einen ausgewählten Personenkreis und kommt nur selektiv zum Tragen. Nur einzelne AdressatInnen nehmen sie in Anspruch: „Nein, alle machen eh’ nicht Einzel.“ (Monika, 769) Monika charakterisiert die InteressentInnen als einen spezifischen Personenkreis, nämlich als ältere und an Selbstreflexion interessierte DrogengebraucherInnen. Mithin handelt es sich um jene AdressatInnen, die, wie Ulrich formuliert, an einer tiefgehenden Auseinandersetzung mit Ursachen und Zusammenhängen von Drogengebrauch und Lebensbewältigung interessiert sind. Unschwer lässt sich in dieser Charakterisierung die Passung der NutzerInnen zu der dargelegten inhaltlichen Definition der Einzeltherapie erkennen. Diese bestimmt sich nun einmal, wie gezeigt werden konnte, durch die vertiefte Selbstreflexion und Auseinandersetzung mit subjektiv relevanten Themen. Insofern scheinen genau diejenigen AdressatInnen, auf die das inhaltliche Programm der Einzeltherapie zugeschnitten ist, dieses auch nachzufragen und zu nutzen.

Als zweites Charakteristikum sollte in diesem Zusammenhang noch die *zeitliche Platzierung* der Einzeltherapie zum Ende des Therapieverlaufs aufgeführt werden. Zu Beginn der Therapie beschränkt sich die einzelförmige Hilfe auf das Einzelgespräch, vorwiegend als Krisenbegleitung verstanden. Die kontinuierlichere Form der Auseinandersetzung in der Einzeltherapie wird offenbar erst zu einem späteren Zeitpunkt als sinnvoll erachtet. Frühere Anfragen greifen die MitarbeiterInnen infolgedessen nicht im Sinne der kontinuierlichen Begleitung auf. Stattdessen ermöglichen einzelne MitarbeiterInnen, wie etwa Monika, den frühen NachfragerInnen ein Einzelgespräch und vertrösten bezüglich des kontinuierlicheren Settings auf später, oder verweisen an die Gruppentherapie und die dortige Auseinandersetzungsoption.

Festzuhalten ist an dieser Stelle, dass sich die Einzeltherapie primär auf die Subjektentwicklung der AdressatInnen und die psychodynamische, reflektierende Auseinandersetzung in einer fortgeschrittenen Therapiephase richtet. Inhaltlich ist die Einzeltherapie eng verbunden mit der Gruppentherapie, indem sie zentrale Themen daraus weiterentwickelt und vertieft. Von der Gruppentherapie wie auch vom Einzelgespräch unterscheidet sich die Einzeltherapie

durch ihre kontinuierliche Fortsetzung in kurzen Zeitabständen. Insofern qualifiziert sie sich als eine den individuellen Therapieverlauf und -prozess begleitende Instanz. In ihr bündeln sich gleichsam die unterschiedlichen Themen und Entwicklungsstränge, die für die Einzelnen bedeutsam sind. Dagegen liegen der Einzeltherapie keine Intentionen zugrunde, die sich auf die alltagsorientierte und auf aktuelle Ereignisse bezogene Begleitung richten. Das Angebot wendet sich an diejenigen AdressatInnen, die darum nachfragen, also an solche, die selbst aktiv werden und in besonderem Maße an einer solchen ergänzenden Unterstützung interessiert sind. Zeitlich ist die Einzeltherapie konzeptionell dann vorgesehen, so könnte die Schlussfolgerung gezogen werden, wenn Eingewöhnung und Orientierung der AdressatInnen so weit gediehen sind, dass sie sich auf die tiefergehende psychotherapeutische Auseinandersetzung konzentrieren können. Unverkennbar zeigt sich hier erneut der Gedanke einer phasenförmigen Strukturierung von Drogentherapie als handlungsleitend. Greift man den Gedanken des ‚Dreimonatslochs‘, wie er oben ausgeführt wurde, noch einmal auf, dann hieße dies auch: Jene AdressatInnen, welche nicht genügend Durchhaltevermögen besitzen, haben zum Beginn einzeltherapeutischer Unterstützung bereits die Einrichtung verlassen.

Das gruppentherapeutische Setting ist, wie deutlich wird, das einzige Element der Psychotherapie, das kontinuierlich und fest verankert über die gesamte Therapiezeit hinweg vorgesehen ist. Die beiden anderen Formen psychotherapeutischen Arbeitens spielen entweder punktuell, von MitarbeiterInnen bzw. AdressatInnen veranlasst (Einzelgespräch) oder kontinuierlich im individuell fortgeschrittenen Therapieverlauf, von den AdressatInnen nachgefragt (Einzeltherapie) eine Rolle. Sie haben einen ergänzenden bzw. vertiefenden Charakter und sind weder verbindlich noch übergreifend für alle vorgesehen. Dies unterstreicht erneut die *zentrale Bedeutung der Gruppentherapie* in der Drogentherapie.

5.3 Die Arbeitstherapie

5.3.1 Arbeitstherapie als Dienstleistung: „Das Haus am Laufen halten“

„Also die Arbeitstherapie hier, wie auch, ich spreche jetzt auch noch für die generelle Arbeitstherapie, ja, also sprich die von der Schreinerei oder von der Küche oder so, oder im Garten, das läuft eigentlich alles auf dieses Prinzip hinaus, dass wir das Haus am Laufen halten, sage ich mal, also auf einem gewissen Standard halten, auf sanitäre Sicht hin ausgelegt, auf Verpflegung ausgelegt und und und, ja. Das heißt, kleine Reparaturen, was möglich ist, machen wir selber, kleinere Umbauten, eben wie dieses Gebäude hier, wo dann einfach Not am Mann ist, ja, wo Platzmangel herrscht, den wir hier ständig eigentlich haben.“ (Georg, 5-12)

Die Arbeitstherapie ist zuständig für die Selbstversorgung sowie die Pflege, Instandhaltung, Erweiterung und Erneuerung der Einrichtung. „Das Haus am Laufen halten“ erklärt Georg zu einem tragenden Prinzip. Wie er an anderer Stelle nochmals ausdrücklich betont, gilt dies nicht nur für seinen Verantwortungsbereich, sondern für die gesamte Arbeitstherapie:

„Also nicht nur ich, sondern die Arbeitstherapie generell hier im Haus, die ganze Arbeitstherapie, da ist die Schafhaltung mit dabei, da ist die Möbel-Instandhaltung mit dabei, da ist im Prinzip die Instandhaltung der Zimmer mit dabei und und und und und. Weißt', der Garten.“ (Georg, 1160-1163)

In seinem Zuständigkeitsbereich, der Hausmeisterei, ergeben sich die konkreten Arbeiten dort, „wo dann einfach Not am Mann ist“, wobei Raum als Mangelware hier stets Anlass für Betätigung bietet, aber auch der tägliche Verschleiß in der Einrichtung. „Die Abnutzung ist eine sehr hohe hier drin und die – wie soll ich sagen –, diese Zerstörungswut oder Zerstörungsrate, die es da gibt oder einfach der Schwund, wenn man so will, der ist immens.“ (Georg, 1407-1409) Insofern orientiert sich die Arbeitstherapie in ihrer konkreten Ausgestaltung zunächst am *Bedarf der Einrichtung* und richtet sich darauf, die für den Alltag der Therapie notwendigen Arbeiten zu erledigen. Für die Hausmeisterei heißt dies, sie kümmert sich um die räumlichen Verhältnisse der Einrichtung. Zugespitzt formuliert es Georg für sein Aufgabengebiet: „Ja logisch, ich mache im Prinzip seit, wenn du's so willst, fünf Jahren nichts anderes, wie mich hier um die Häuser zu kümmern.“ (Georg, 1399f.) Die Dienstleistungsfunktion kristallisiert sich an diesem Punkt als prägendes Moment der Arbeitstherapie heraus.

Wie sich im Weiteren zeigt, nimmt die Arbeitstherapie in diesem Zusammenhang auch eine wichtige Rolle hinsichtlich der ökonomischen Verhältnisse ein. „Ja, egal in welchem Bereich eigentlich, ja, und da wird einfach versucht zu, ja, Geld zu sparen, wenn man so will, das dreht sich natürlich auch um so einen Kostenfaktor letztendlich.“ (Georg, 14-16) In Verbindung mit dem Kostenfaktor beschreibt Georg die Arbeitstherapie in einer verantwortungsvollen Position, denn, „wenn mal die Hütte zusammenfällt oder einsturzgefährdet ist, dann können wir bloß noch eine Seite belegen, dann können wir gleich zumachen.“ (Georg, 1442-1444) Der Baustein Arbeitstherapie trägt demnach zur Schaffung der materiellen Voraussetzungen bei, auf deren Basis die pädagogisch-therapeutische Arbeit aller MitarbeiterInnen erst ermöglicht wird.

„Das hat aber damit zu tun, was ich vorhin schon gesagt habe, was eigentlich das Anliegen der AT ist, die Hütte am Laufen zu halten, so drücke ich das immer aus, einfach ... natürlich kann ich eine AT anbieten, wo ich wegen mir irgendwie mal Wäscheklammern zusammenbaue mit den Leuten ... ja, Behindertenarbeit im Prinzip letztendlich und den Rest sage ich, hey, das geht mich nichts an, da kommen Handwerker. Das mache ich ein Jahr lang, das kann ich vielleicht noch zwei Jahre lang machen, dann sind wir pleite, das ist effektiv so.“ (Georg, 1152-1158)

Es ist demnach nicht gleichgültig, welche Arbeiten verrichtet werden, und es kann keinesfalls um reine Beschäftigung der AdressatInnen gehen, wie Georg sie in den geschützten Arbeiten im Bereich der Arbeit für Menschen mit Behinderungen sieht. Unter Berücksichtigung der ökonomischen Verhältnisse müssen sich die konkreten Arbeiten an dem Prinzip „das Haus am Laufen halten“ orientieren. Dies umfasst Tätigkeiten zur Erhaltung der Gebäude wie z.B. das Streichen der Fenster, Zimmer und Außenfassaden, die Wartung und Pflege der sanitären Ein-

richtungen, sowie die regelmäßige umfassende Renovierung aller Wohngruppenräume. Ebenso entstehen aufwendige Werke wie die Instandsetzung eines zerfallenen Gebäudes, das jetzt der Hausmeisterei als Unterkunft dient, der Aufbau der Scheune, in der Räume für die pädagogisch-therapeutische Arbeit aller Bausteine, für Versammlungen und für Veranstaltungen entstanden sind, sowie diverse Verschönerungsarbeiten wie beispielsweise ein Brunnen und neu angelegte Wege in Garten und Hof. Insofern bemisst Georg den Erfolg seines Handelns auch an der Rechnung, wie viel die Arbeitstherapie für die räumliche Gestaltung leistet und dadurch der Einrichtung Kosten erspart.

Der *Bedarf der Einrichtung* wird im Kontext der Dienstleistungsdimension zum wesentlichen handlungsleitenden Deutungsmuster und stellt den grundsätzlichen Rahmen für die inhaltliche Ausgestaltung der Arbeitstherapie her. Indem die Arbeitstherapie den Bedarf aufgreift und zum Gegenstand ihrer Tätigkeit macht, erbringt sie eine Dienstleistung für die Einrichtung. Zunächst erscheinen vor diesem Hintergrund die Dienstleistungsanforderung und die für den Therapiealltag zu verrichtenden Tätigkeiten als die wesentlichen, den Ablauf der Arbeitstherapie strukturierenden Elemente. Sie lenken grundsätzlich den professionellen Blick des Mitarbeiters in seinem Handeln.

5.3.2 Arbeitstherapie als Lern- und Erfahrungsfeld

In der Konkretisierung der beschriebenen Dienstleistungen entfaltet sich Arbeitstherapie in einer weiteren Perspektive als strukturierter Raum des Lernens und der neuen Erfahrungen für die AdressatInnen. Hierbei erweist sich im Wesentlichen ein Deutungsmuster ‚*vom doppelten Nutzen*‘ als handlungsleitend, in dem sich die Dienstleistungsfunktion mit der Herstellung eines Lern- und Erfahrungsfeld der AdressatInnen verbindet: Was gut ist für die Einrichtung bzw. die MitarbeiterInnen in der Erfüllung ihrer Aufgabe unterstützt, kann im Hinblick auf das Lernen, die Erfahrungen und persönlichen Entwicklungsprozesse der AdressatInnen genutzt werden. Der Lernfeldgedanke realisiert sich, wie im Folgenden zu zeigen sein wird, in verschiedenen Aspekten, nämlich in der Gemeinschaftsidee (5.3.2.1), der Partizipation der AdressatInnen (5.3.2.2), der Selbstvergewisserung von Ressourcen (5.3.2.3), der Belastungsprobe (5.3.2.4), der Realitätsnähe (5.3.2.5), der Zeitstrukturierung (5.3.2.6) sowie hinsichtlich der Geschlechterarrangements (5.3.2.7).

5.3.2.1 Die Gemeinschaftsidee: Arbeit am gemeinsamen Lebensraum

Die Gemeinschaftsidee offenbart sich zunächst im Arbeiten am gemeinsamen Lebensraum.

„Für die Klienten hier, dass das einfach eine Gemeinschaftseinrichtung ist, also es ist ja so was wie eine große Wohngruppe, wenn man so will, eine große WG, dieses Zusammenleben hier und was man dann miteinander kaputt macht, das sollte man eigentlich auch miteinander oder was neu gebraucht wird [...] das machen wir selber.“
(Georg, 17-23)

Die Einzelnen kümmern sich um ihre Wohnverhältnisse und übernehmen Verantwortung für ihren Lebensraum, anders als im Versorgungsmodell der Fachkliniken. Georg vergleicht die Einrichtung – dem Grundgedanken der Therapeutischen Gemeinschaft, insbesondere in ihren frühen Formen, folgend – mit einer großen Wohngemeinschaft, was den Charakter des ‚Für-Sich-Tuns‘ unterstreicht; es ist eben nicht nur für die Einrichtung, also eine Dienstleistung, sondern für das eigene Wohlergehen. Die *Bedürfnisse der Einzelnen* in der Arbeit zu berücksichtigen, ist daher ein wesentliches Bestimmungsmoment professionellen Handelns.

„Und ich, also ich finde das eigentlich sehr gut, weil für die Leute selber ist es dann so, dass sie das Gefühl kriegen, es wird für sie gemacht, das wird jetzt direkt für sie individuell auf dieses Ding hin zugeschnitten oder den Bedürfnissen angepasst, das ist eigentlich der große Sinn und Zweck für mich hier in dieser Arbeitstherapie.“
(Georg, 25-29)

Die gemeinsame Arbeit der Arbeitstherapie kommt dem Zusammenleben und den Einzelnen zugute. Die Gemeinschaftsidee wird also mit den subjektiven Bedürfnissen der BewohnerInnen zusammengeführt. So können diese auch in die Arbeitstherapie einbringen, welche Arbeiten innerhalb ihres direkten Lebensraums erledigt werden sollen. Die räumlichen Verhältnisse werden zum konkreten Anknüpfungspunkt professionellen Handelns in der gemeinsamen Aufgabe ihrer ästhetischen Gestaltbarkeit.

„Ja, klar, logisch, die Leute kommen und sagen, he, mein Zimmer ist so und so oder der Teppichboden ist so und so dreckig oder oder, und dann wird mit dem, wird das Teppichreinigungsgerät geholt und dann wird das halt gereinigt, dieses Teil, oder die Türe wird, wird repariert oder irgend-, das Fenster wird neu eingeglast oder oder oder, also, oder ein Schrank gebaut für das Zimmer, oder, also, weißt’, das ist aus..., das kann man ausdehnen auf alles Mögliche.“ (Georg, 69-74)

Im Kontext der Tätigkeiten für neue AdressatInnen wird der Gemeinschaftsgedanke dann stärker fokussiert auf die Arbeit *für* die Gemeinschaft als integratives Moment.

„Wenn neue Leute da sind, die quasi frisch auf Therapie kommen, gucke ich, dass es vielleicht erst mal so ein paar Arbeiten gibt, die so für die Allgemeinheit sind, wo jeder wirklich auch direkten Nutzen hat, auch wenn es die Leute nicht mitkriegen, dass das der gemacht hat, für den, der das gemacht hat, ist es ein ganz anderes Gefühl und ein ganz anderer Einstieg, weil der hat das Gefühl, er hat jetzt was für alle gemacht und läuft schon mal ganz anders in der Gegend herum, ja, also der hat, das, also das merkst relativ schnell, dass der ein anderes Gefühl für die Einrichtung kriegt und auch für die Leute kriegt.“ (Georg, 142-149)

Dieses Tun soll den Einstieg erleichtern und zur Integration in die Gemeinschaft beitragen, indem die Einzelnen sich als nützlich für die Gemeinschaft erfahren. Die Neuen können gleichsam am eigenen Leib spüren, wie sie innerhalb der Einrichtung von allgemeiner Bedeutung sind und gebraucht werden. Dies zielt darauf, eine Identifikation der AdressatInnen mit der Einrichtung zu fördern und den Übergang in die neue und fremde Alltagswelt Drogenthe-

rapie zu gestalten und zu unterstützen. Der Themenkomplex von Fremdheitsgefühlen, Orientierungsbedürfnissen und Identifikationsnotwendigkeiten, wie er sich in seiner ambivalenten Gestalt bereits im Kontext der Falldarstellung Psychotherapie als höchst relevant für die subjektiven Therapieprozesse darstellt (vgl. 5.2.7.3, 5.2.7.4), wird hier als konkreter Bezugspunkt arbeitstherapeutischen Handelns aufgegriffen.

Im Zusammenhang mit der Gemeinschaftsidee lassen sich zunächst *grundlegende Intentionen* auf *drei* Ebenen festhalten: Zum Ersten sollen die AdressatInnen für das gemeinschaftliche Zusammenleben, für die Wohngemeinschaft – konkret für die räumlichen Bedingungen – Verantwortung übernehmen; Arbeitstherapie fokussiert damit insbesondere auf die Entwicklung selbstverantwortlichen Handelns. Zum Zweiten soll den AdressatInnen auch das Gefühl vermittelt werden, dass ihre Vorstellungen und Wünsche diesbezüglich ernst genommen und in der konkreten Gestaltung der Arbeitstherapie aufgegriffen werden – die Arbeit kommt ihnen zugute: Was für die Einrichtung sinnvoll ist, davon profitieren auch die AdressatInnen. So, als doppelter Nutzen der Arbeitstherapie gewertet, verbinden sich gemeinschaftliche Anliegen mit den persönlichen Interessen der AdressatInnen. Zum Dritten erweist sich die Gemeinschaftsidee gleichfalls als stützend bei der Gestaltung des Therapiebeginns und fokussiert sozusagen auf die Bewältigung des Therapiealltags und des Therapieprozesses. Insgesamt konkretisiert sich in der Gemeinschaftsidee der für die stationäre Therapie elementare Gedanke des Zusammenlebens als Lernfeld, und zwar innerhalb eines Therapiebausteines, also innerhalb des offiziellen Therapieprogramms.

5.3.2.2 Die Partizipation der AdressatInnen

Der zweite Aspekt der Arbeitstherapie als Lern- und Erfahrungsfeld, die Partizipation der AdressatInnen, unterstreicht in gewisser Weise die Idee der Gemeinschaft und kann zunächst auch in deren Zusammenhang betrachtet werden. Georg versucht die AdressatInnen so weit als möglich schon in die Planungs- und Entwicklungsprozesse einzubeziehen. Nicht er macht die Entwürfe und die Gruppe muss sie dann nur noch umsetzen. „Also das funktioniert so eigentlich nicht, das ist immer so miteinander entwickeln, wie man jetzt eigentlich was am besten hinkriegt oder machen kann [...] die müssen sie ja auch selber machen.“ (Georg, 59-65) Insgesamt bindet Georg die Einzelnen weitgehend in die Arbeiten ein und überträgt ihnen je nach ihren subjektiven Voraussetzungen Verantwortung innerhalb der Arbeitstherapie.

Personen, die früher schon einmal in der Einrichtung waren oder aber jetzt schon längere Zeit bei ihm in der Gruppe sind und denen er infolgedessen einen höheren Grad an Identifikation mit der Einrichtung bzw. mit der Arbeitstherapie zuschreibt, bekommen mehr Pflichten übertragen, z.B. hinsichtlich der Zusammenarbeit mit neuen AdressatInnen, aber auch hinsichtlich des Umgangs mit den unterschiedlichen Materialien und Werkzeugen. Georg stützt und verlässt sich auf diese erfahreneren Personen in der Arbeit.

„Die haben wesentlich mehr Verantwortung, die wissen, wo das Material liegt, die wissen, die sind verantwortlich, wenn ich nicht hier bin, sondern irgendwo im Haus

unterwegs oder so, dass hier nichts rein- oder rausgeht oder oder oder, also da versuche ich schon abzugeben, zu verteilen und und und. Und ich mein, für die Leute ist das natürlich auch was Gutes und für mich auch, ganz klar.“ (Georg, 87-92)

So kann zeitgleich an verschiedenen Stellen gearbeitet werden, und einzelne TeilnehmerInnen der Gruppe übernehmen partiell und zeitweise die Funktion des Mitarbeiters als Anleiter oder nehmen den Rang von Gesellen ein. Je nach handwerklichen Fähigkeiten sind sie „wie Gesellen und die setze ich natürlich auch genauso ein.“ (Georg, 113) Dabei spielt hier die Einschätzungen von Zuverlässigkeit und handwerklichen Kompetenzen eine wichtige Rolle.

Sowohl aus seiner Mitarbeiterposition als auch aus der Perspektive der AdressatInnen wertet Georg diese Form der Partizipation positiv. Es findet sich also wieder die Vorstellung des *doppelten Nutzens*. Einerseits nützt es der Einrichtung als solcher bzw. dem Mitarbeiter in seinem konkreten Arbeitsablauf und andererseits dient es den AdressatInnen. Den positiven Effekt für die AdressatInnen sieht Georg zunächst bezüglich der Möglichkeiten des selbstbestimmten Arbeitens und der Verantwortungsübernahme durch die verschiedenen Formen der Einbindung in Planung, Entwicklung und Gestaltung der Tätigkeiten. Auch für die Gemeinschaftsidee betrachtet Georg dies abermals positiv: „Da haben sie eher so dieses, diese Verantwortungsschiene, also auch dieses Wir-Gefühl wird vielleicht dadurch ein bisschen mehr ge-, also bilde ich mir zumindest ein, dass das so ist, ja, wird das gefördert,“ (Georg, 78-81) wengleich die Formulierung nahe legt, dass er sich diesbezüglich nicht ganz so gewiss ist. Sicherer in seiner Einschätzung ist sich Georg hinsichtlich des Effektes auf die Kenntnisse und Kompetenzen der Einzelnen, „weil er kann seine Kenntnisse noch mal festigen.“ (Georg, 140f.) Für sich selbst sieht er den positiven Effekt in seiner Entlastung, wodurch er sich weiteren Aufgaben seines Arbeitsgebiets widmen kann. Seine Tätigkeit erhält – bezogen auf die zu erledigenden handwerklichen Arbeiten – in diesen Momenten einen delegierenden Charakter. Die AdressatInnen übernehmen eine wesentliche stützende Funktion. Dies entlastet jedoch nicht nur den Mitarbeiter, wie deutlich wird, sondern, indem dieser sich ‚zurückzieht‘, schafft er Raum für eine selbstverantwortliche Leistung der AdressatInnen und ermöglicht die subjektive Erfahrung von Verantwortungsübernahme und Tätigsein. Selbstverantwortung als wichtiges Prinzip der Therapie konkretisiert sich hier in für die AdressatInnen erfahrbarer Weise.

Das Lernen von Verantwortung für einen Bereich, aber auch die Möglichkeiten zum selbstbestimmten Arbeiten sowie die Festigung der vorhandenen Fähigkeiten mit Hilfe der unterschiedlichen Tätigkeiten markieren wesentliche Intentionen professionellen Handelns auf dieser Ebene.

5.3.2.3 Die Selbstvergewisserung von Ressourcen

Damit komme ich zum dritten Aspekt der Lern- und Erfahrungsfeldorientierung, die Selbstvergewisserung von Ressourcen. Im Laufe ihrer Drogenkonsumgeschichte entwickeln die AdressatInnen im Kontext gesellschaftlicher Stigmatisierungsprozesse in der Regel *negative*,

defizitorientierte Selbstbilder. Ihre eigenen Fähigkeiten schätzen sie eher als unzureichend ein, das Bild des Nicht-Könnens herrscht vor. Infolgedessen verfügen sie über ein geringes Maß an Selbstsicherheit und Vertrauen in das eigene Können. Für Georg bilden solche Zuschreibungs- und Stigmatisierungsprozesse immer wieder einen wesentlichen handlungsleitenden Bezugspunkt, indem er sich selbst kritisch davon distanziert. Er betrachtet die AdressatInnen mit ihren je spezifischen subjektiven Möglichkeiten und Bewältigungsstrategien auch vor dem Hintergrund solcher Prozesse, d.h. in ihrem Gewordensein im Zusammenspiel subjektiver Handlungsweisen und gesellschaftlicher Zuschreibungsmechanismen. Darin richtet er seinen Blick dezidiert auf das, was die Einzelnen können, auch wenn es mitunter verschüttet ist und von ihnen selbst kaum mehr wahrgenommen wird. Gängigen defizitorientierten Betrachtungen setzt Georg also eine dezidiert *ressourcenorientierte Haltung* entgegen.

„Viele Leute kommen hierher und haben ganz, ganz große Defizite, so im Prinzip das, dass sie von sich aus denken, sie können nichts, sie sind nichts, das ist das Bild, was ihnen quasi aufgedrückt worden ist von außen, mit dem Ergebnis, dass sie sich irgendwann auch mal zum Teil, also viele machen das, grade wenn sie irgendwie was am arbeiten sind oder so, totale Unsicherheit.“ (Georg, 1892-1897)

Die Arbeitstherapie stellt kontrastierend zu den negativen Bildern einen Raum her, innerhalb dessen die Entdeckung und Wahrnehmung der eigenen Fähigkeiten und Kenntnisse, deren bewusste Weiterentwicklung sowie deren Transformation in nicht drogenbezogene Lebensbereiche realisiert bzw. vorbereitet werden kann.

„Das muss man, im Prinzip muss man diese Qualität eigentlich erst mal entdecken, also derjenige welche muss diese Qualität entdecken, dann muss er sie irgendwie wahrnehmen und dann muss er versuchen, diese Qualität zu nehmen und in einen anderen Bereich zu transformieren und wenn er das geschafft, dann ist er, dann ist er fett drinnen.“ (Georg, 1875-1879)

Auch im Hinblick auf die *Gestaltung des Therapiebeginns* nehmen diese Überlegungen einen zentralen Stellenwert ein. Für TherapieanfängerInnen „muss man halt auch Arbeiten suchen und finden, die die Leute können, weil es ist ja auch immer, es soll ja schon ein bisschen erfolgsorientiert sein, das sind genau solche Jobs für Leute, die im Prinzip nichts können, erst einmal denken, sie können tatsächlich nichts.“ (Georg, 165-168) Georg weist den Neuen zunächst Aufgaben zu, bei denen sie ihre Kompetenzen erfahren können und Erfolg erleben. Dabei mischen sich Elemente der Arbeits- und der Beschäftigungstherapie, weil auch handwerklich völlig unbegabte Personen beschäftigt werden müssen. Jedoch geht Georg davon aus, dass es auch für solche Personen Aufgaben gibt, die sie zu ihrer und der Einrichtung Zufriedenheit erledigen können. Georg erzählt das Beispiel von Carla, die neu in der Gruppe ist. Carla verrichtet zunächst einfachste Tätigkeiten, und am zweiten Tag erklärt Georg ihr dann eine anspruchsvollere Arbeit mit der Stichsäge, die sie schnell lernt und exakt ausführen kann.

„Also weißt Du, von der Umsetzung her, und das sind so kleine Dinge, also das sind Erfolge, finde ich einfach irgendwo auch, wo ich sehe, da ist eine Entwicklung da,

ja, und da macht's, da denkt jemand einfach weiter mit oder so und die hat das hervorragend hingekriegt, super.“ (Georg, 182-185)

Im Gegensatz zu ihrer Selbsteinschätzung kann Carla mit der Unterstützung des Mitarbeiters durch den Erfolg ihres Tuns und ihres schnellen Lernens erleben, dass sie sehr wohl handwerklich arbeiten kann, auch wenn sie weder über Erfahrungen noch weitreichende Kompetenzen diesbezüglich verfügt. Relevant für das professionelle Handeln sind insofern sowohl das Einschätzen von subjektiven Voraussetzungen, damit die Einzelnen nicht unter- oder überfordert werden, die konkrete arbeitstechnische Anleitung als auch das darin vermittelte Auffordern und Motivieren, um positive Erfahrungen zu ermöglichen.

Die Ressourcen und Kompetenzen der AdressatInnen, so wird hier deutlich, rücken in den Mittelpunkt. Die Arbeitstherapie schafft ein Lernfeld für die Erfahrung und realistische Einschätzung der eigenen Kompetenzen, die, so die Intention, zur Stärkung des *Selbstbewusstseins* und der *Selbstsicherheit* beitragen. Ressourcen, derer sich die AdressatInnen in der Arbeitstherapie vergewissern können, werden dabei in doppelter Weise bedeutsam: „das große Thema Sicherheit und Selbstsicherheit, Bewusstsein und und und, so, auch ohne Droge, das ist ja der Trick, eigentlich ohne Droge [...] anstelle der Droge zu setzen.“ (Georg, 1909-1912) Selbstsicherheit konnte bislang nur mit Hilfe des Drogenkonsums empfunden werden. An dessen Stelle sollen nun andere Ressourcen treten, wie hier ein positives bzw. realistisches Selbstbild, das Selbstsicherheit auch ohne Drogen erlaubt. Ressourcen sind darüber hinaus auch zu verstehen als Kraftquellen im anstehenden Therapie- und Ausstiegsprozess.

„Wenn mal was kaputt geht, wenn mal was schief geht, nicht gleich irgendwie einzupacken, so eine gewisse Langlebigkeit oder so, eine Zähigkeit, Interesse, so eine Motivation irgendwie, so einen Lebenswillen auch oder auch eine andere Sichtweise zu provozieren zwangsläufig, weil ich meine, Regen ist nicht gleich Regen und Sonnenschein auch nicht gleich Sonnenschein.“ (Georg, 1900-1904)

Über die Erfahrung der eigenen Ressourcen in der Arbeitstherapie wird eine solche Selbstvergewisserung angestrebt. Die AdressatInnen können die Ressourcen auf diese Weise selbst identifizieren. Ausgehend von dem Anspruch, in der Arbeit durchzuhalten, überträgt Georg die Anforderung des Durchhaltens auf den gesamten Therapie- und weiteren Ausstiegsprozess, wenn er von Langlebigkeit, Zähigkeit und Lebenswillen spricht. Prinzipiell berührt Georg hier grundsätzliche Fragen um die *Motivation im Ausstieg* aus dem Drogenkonsum: Wie kann jemand ausreichend Motivation entwickeln für die sich mit dem Ausstieg stellenden Anforderungen? Zugleich berührt er damit das weitere Thema der Lebensbewältigung, für die er mit seinem Handeln zu neuen Inspirationen anregen möchte, und zwar sowohl für die Lebensgestaltung ohne Drogen im weiteren Sinne als auch für die Bewältigung des Therapieaufenthaltes im engeren Sinn. Motivation meint insofern nicht nur Motivation für den therapeutischen Prozess und die Integration in den Therapiealltag, sondern verweist bereits auf den längeren Prozess des Durchhaltens im Ausstieg und auf die längerfristige Perspektive des gelingenderen Alltags nach der Therapie.

5.3.2.4 Die Belastungsprobe

Die Arbeitstherapie erweist sich weiterhin als Lern- und Erfahrungsfeld, indem sie den AdressatInnen Raum für Belastungsproben bietet. Hier wäre insbesondere die Arbeit in der Küche zu nennen, die Georg in erster Linie in Verbindung mit besonderer Anstrengung und Zeitdruck beschreibt. Verglichen mit anderen arbeitstherapeutischen Bereichen zeichnet sich die Küche aus durch „einen gewissen Druck,“ (Georg, 903) ist „irgendwie ein harter Job.“ (Georg, 906) Druck entsteht in dieser Arbeit zunächst durch die Anforderung, in einer klar definierten Zeit ein festgesetztes Arbeitspensum zu erledigen und ein entsprechendes, d.h. vor allem auch genießbares Ergebnis zu erzielen. Dabei wird angestrebt, dass jede/r eine Zeitlang in der Küche eingeteilt ist.

Ähnlich verhält es sich in der vierteljährlichen *Projektwoche* der Hausmeisterei, in der regelmäßig anspruchsvolle Renovierungen erledigt werden. „das war von der Zeit her schon äußerst knapp bemessen und die Leute haben richtig rödeln müssen, also das war richtig Knochenarbeit zum Teil.“ (Georg, 360-362) Neben dem Termindruck betont Georg die Wichtigkeit, unter *realitätsgerechten Bedingungen* zu arbeiten, „eine Woche arbeiten acht Stunden am Stück wie draußen, komplett die ganze Gruppe.“ (Georg, 355f.) Das Lernfeld Belastungsprobe zielt also direkt auf den Umgang mit Belastungen in der realen Welt der Erwerbsarbeit. Die AdressatInnen sollen in dem geschützten Rahmen der Therapie die realen Ansprüche der Erwerbsarbeit erfahren. Sie sollen lernen, wie man mit diesen Anforderungen und mit Stressbedingungen umgehen kann. Georg hebt auch in diesem Zusammenhang den *doppelten Effekt* hervor, der in den darin angelegten Entwicklungsmöglichkeiten für die AdressatInnen selbst und im Gewinn für die Einrichtung liegt, weil jede Wohngruppe auf diese Weise einmal im Jahr renoviert und verschönert wird.

Der Gedanke der Belastungsprobe strukturiert sich insoweit *phasenbezogen*, als die Anforderungen an die Einzelnen im Laufe der Zeit zunehmen. Während zu Beginn der Therapie, wie im Zusammenhang mit der Gemeinschaftsidee und der Selbstvergewisserung von Ressourcen gezeigt werden konnte, eher das Tun für die Gemeinschaft und die Erfahrung von eigenen Fähigkeiten im Vordergrund stehen, verschieben sich die Anforderungen an die AdressatInnen, je länger sie in der Einrichtung sind, auch hin zu der Arbeitstherapie als Belastungsprobe und es wird diesbezüglich von ihnen mehr Engagement und ergebnisorientierte Leistung erwartet. Das Phasenmodell des Therapieablaufs, wie es bereits für die frühen Therapeutischen Gemeinschaften prägend war, erweist sich in diesem Zusammenhang weiterhin in gleicher Weise als handlungsleitend, wie dies auch für die phasenförmige Zunahme von Rechten und Pflichten im Therapieverlauf gilt (vgl. 5.2.5, 2.1.4.2). Dabei spricht Georg selbst das Problem an, dass, infolge der Therapiezeitverkürzung durch die Kostenträger, nicht mehr alle BewohnerInnen während ihres Aufenthaltes in der Küche arbeiten können, wie es eigentlich angestrebt wird. Weiterhin erscheint das Phasenmodell in gewisser Weise idealistisch und ambivalent hinsichtlich der ebenfalls handlungsleitenden Orientierung an den subjektiven Voraussetzungen der AdressatInnen. Denn wer seine Therapie beginnt, kommt wohngruppenbezogen in

die Arbeitstherapie; das heißt, wenn gerade die Belastungsprobe der Projektwoche bzw. die stärker belastende Küchenarbeit ansteht, dann fangen die Therapieneulinge in dieser Situation der stärkeren Anforderung an. Dies widerspricht den dargelegten Intentionen der phasenförmigen Steigerung der Anforderungen an die AdressatInnen, nicht jedoch zwangsläufig den konkreten subjektiven Erwartungen und Voraussetzungen.

5.3.2.5 *Die Realitätsnähe*

Wie bereits im Zusammenhang mit der Belastungsprobe deutlich wird, spielt der Faktor Realitätsnähe in der Gestaltung der Arbeitstherapie eine wesentliche Rolle. Im geschützten Therapierahmen, der zunächst im Inneren wie im Verhältnis nach außen eine spezifische Alltagswelt begründet, soll soweit als möglich ein realitätsnahes Lern- und Erfahrungsfeld geschaffen werden. Handlungsleitend ist diesbezüglich primär die Orientierung an den Verhältnissen der *Erwerbsarbeit* wie etwa im Modell des Achtstundentags der Projektwoche und im Anspruch, in einer vorgegebenen Zeitspanne Arbeiten zu erledigen, also durchhalten, dabeibleiben und ein Ergebnis vorweisen können.

Eine Orientierung an der realen Arbeitswelt außerhalb der Therapie zeigt sich darüber hinaus an weiteren Punkten. Georg erwartet von den AdressatInnen, dass sie sich in der Arbeitstherapie verhalten, wie es von jedem Menschen an einem Arbeitsplatz verlangt wird. Er selbst stellt sich dabei als Mitarbeiter auf die gleiche Stufe mit dem AdressatInnen, indem er sagt, von ihm selbst werde hier an seinem Arbeitsplatz auch Anwesenheit, Pünktlichkeit und Zuverlässigkeit gefordert. „Ja, dafür werde ich bezahlt, und wenn sie hier Therapie machen wollen, gehe ich davon aus, dass sie das auch machen wollen, das ist genau dasselbe Verhältnis, wenn du's so willst.“ (Georg, 195-197) Es sollen gleichsam Arbeitsverhältnisse hergestellt werden, innerhalb derer sich die AdressatInnen im Umgang mit den üblicherweise in einem Beschäftigungsverhältnis an sie gestellten Anforderungen üben können. Anvisiert werden hierbei zunächst *Basisqualifikationen* wie Anwesenheit, Pünktlichkeit und Zuverlässigkeit. Diesbezüglich versucht Georg, „das hier immer so realistisch wie möglich zu halten.“ (Georg, 193f.) Dazu gehört seines Erachtens auch eine gewisse Zurückhaltung mit lobenden Worten gegenüber den AdressatInnen, denn,

„wenn sie irgendwann mal je arbeiten und einen Job haben oder eine Lehre oder irgendwas machen wollen, ist das genau dasselbe, es wird erst eigentlich schwierig, wenn es nicht klappt, und so versuche ich das eigentlich irgendwie an diesen Dingen auch ein bisschen aufzubauen.“ (Georg, 198-201) „Wenn was klappt, dann ist es für mich das Normale, von dem gehe ich aus.“ (Georg, 190f.)

Wenngleich dem Lob an die AdressatInnen zunächst nur geringe Bedeutung zugeschrieben wird, betont Georg gleichwohl die grundsätzliche Notwendigkeit von Anerkennung für das Geleistete. Sinnvoll erschien ihm eine Bezahlung für die Arbeit – also abermals das Bild der Realitätsnähe: Lohn für Leistung. Da dies nicht möglich ist, müssen andere Formen der Anerkennung gefunden werden. Die Einzelnen können beispielsweise etwas für den eigenen

Gebrauch herstellen und so das Ergebnis ihrer Arbeit unmittelbar für sich in ihrem Lebensraum nutzen.

„Wie gesagt, dieser Stuhl, das sind so Projekte für Leute, die eigentlich irgendwie was dazwischen, so Zwischenpuffer, wenn du so willst, dass das halt geschliffen wird und gestrichen oder so, oder wie auch immer und dann können sie den neu beziehen und wegen mir mit auf's Zimmer hochnehmen, so Zuckerle, die einfach so weit wie's geht da mit reinreichen, so in diese, weil, man kann ja keine Anerkennung irgendwo oder keine Entlohnung geben.“ (Georg, 201-206)

Zufrieden ist Georg mit dieser Lösung nicht, aber Änderungsmöglichkeiten liegen außerhalb seines Einflussbereiches. Er versucht das Beste aus der Situation zu machen, indem die AdressatInnen etwas für sich selbst herstellen können und so ihre individuellen Bedürfnisse einbringen und umsetzen können, wie es bereits in dem Lernfeld Gemeinschaft zum Ausdruck kommt. *Lob und Anerkennung* erweisen sich insbesondere dann als sinnvoll, wenn es darum geht, die AdressatInnen zu motivieren und im Prozess der Selbstwahrnehmung zu unterstützen; Zurückhaltung mit diesen Mitteln professionellen Handelns scheint dann geboten, wenn der Faktor Realitätsnähe im Vordergrund steht. Die zwei Ebenen miteinander zu verbinden, kennzeichnet mithin eine spezifische Anforderung arbeitstherapeutischen Handelns.

5.3.2.6 Die Zeitstruktur

Im Zusammenhang mit der Realitätsnähe ist auch der nächste Aspekt der Arbeitstherapie als Lern- und Erfahrungsfeld zu betrachten, die Zeitstruktur. Im Allgemeinen ist der Alltag von DrogenkonsumentInnen durch eine relative *Strukturlosigkeit* bzw. weitgehend *drogenbezogene Zeitrhythmen* gekennzeichnet, so die grundlegende Annahme: Geld- und Drogenbeschaffung sowie die Organisation der Konsummöglichkeiten bestimmen zunächst die Zeiteinteilung, zumindest dann zentral, wenn die Betroffenen aus sonstigen sozialen Bezügen wie Familie, nicht drogenbezogenen Netzen oder Erwerbsarbeit weitgehend ausgeschlossen sind. Drogen bildeten den „Hauptbestandteil [...] vom Leben vorher“, (Georg, 714f.) obwohl Georg mitnichten ein ausschließlich auf Drogen zentriertes Bild der AdressatInnen zeichnet, was etwa darin deutlich wird, wenn er die Kompetenzen und Fähigkeiten der Einzelnen unterstreicht.

Darüber hinaus begründet sich der Stellenwert der Zeitstruktur auch im Rahmen *rückfallpräventiver* Überlegungen und Gestaltungsmomente.

„Der Drogengedanke, der kommt so weit in den Vordergrund, es wird immer mehr gefragt, was mache ich hier eigentlich, ich kann ja grade eh' nichts machen, also weißt du, man tappt auch gern in die eigene Falle, die man sich dann auch stellt, das ist so der Punkt.“ (Georg, 745-748)

Und weiter: „aber wenn er bloß dasitzt und irgendwie – da rattert's und rattert's und rattert's, dann geht das zwei, drei Wochen, wie gesagt, meine Schätzung ist immer bei sechs Wochen, dann ist es vorbei.“ (Georg, 740-742) Statt der gewohnten Leere des Tages, die ein Denken an

Drogen befördert, braucht es eine Zeiteinteilung, eine Struktur, die diesem Denken etwas entgegengesetzt, es verhindern oder ersetzen kann. Nach Georgs Einschätzung darf eine Phase der Nichtbeschäftigung im Hinblick auf die Rückfalldynamik nicht zu lange sein und er unterstreicht: Nichtstun, „das ist die größte Gefahr“ (Georg, 708) in der Therapie. Vor diesem Hintergrund entfaltet sich das Lern- und Erfahrungsfeld Zeitstrukturierung in der Therapie als eines, das vor allem durch die Arbeitstherapie hergestellt wird. Als täglicher Termin bildet diese schon aufgrund der zeitlichen Positionierung hierfür ein bedeutsames Element, indem sie einen verbindlichen äußeren Rahmen für die Zeitstrukturierung der Alltagswelt Drogen-therapie erzeugt.

Die Notwendigkeit einer *kontinuierlichen Teilnahme* an der Arbeitstherapie ist für die Aufrechterhaltung der Zeitstruktur evident, da die unregelmäßige Beteiligung ein solches Lern- und Erfahrungsfeld von vornherein in seiner Wirksamkeit reduziert.

„Das ist wirklich – es ist ganz oft so, das ist auch mit so ein Ding, was ich versuche, den Leuten so weit zu erklären und beizubringen, dass das eben vorher angemeldet wird, dass man ein bisschen organisieren kann, dass man ein bisschen irgendwie, wenigstens eine konstruierte Tages- oder Wochenstruktur reinkriegt, also wenigstens grob, als Konstrukt, wenn man das mal so sehen will.“ (Georg, 1233-1237)

Die AdressatInnen sollen lernen, sich an einer bestimmten Zeitstruktur – auch wenn sie zunächst nur in Anlehnung an den Normalarbeitstag¹⁵⁶ konstruiert ist – zu orientieren, diese einzuhalten oder sich entsprechend abzumelden und nicht einfach der Arbeit fernzubleiben. Sie sollen also Pünktlichkeit und Zuverlässigkeit im Hinblick auf die Zeitstruktur lernen bzw. indem sie diese in der Arbeitstherapie praktizieren. Die Notwendigkeit, die Arbeit zu organisieren, verweist hier jedoch auch auf die oben dargestellte Dienstleistungsfunktion der Arbeitstherapie. Im Blick auf das, was notwendigerweise als Dienstleistung für die Einrichtung zu erledigen ist, bedarf es der Planung und Organisation. Es ist beispielsweise wichtig, zu wissen, wie viele Personen für anstehende Aufgaben zur Verfügung stehen.

Auch bei eingeschränkten Arbeitsmöglichkeiten der Einzelnen soll die kontinuierliche Teilnahme an der Arbeitstherapie und damit die Strukturierung der Zeit aufrechterhalten bleiben, wie es Georg für den Fall von Krankheit und in Bezug auf die vielförmigen Belastungen im Therapiealltag ausführt. Falls jemand krank ist und vom Arzt der Einrichtung ein Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung erhält, dann bedeutet das nach Rücksprache mit dem Arzt nicht zwangsläufig, dass die Person der Arbeitstherapie fernbleibt. Vielmehr berücksichtigt Georg

¹⁵⁶ Die Institutionalisierung des Normalarbeitstags als soziales Arrangement der Regulierung von Betriebszeit und subjektiver Zeitorientierung der ArbeitnehmerInnen geht einher mit der Trennung von ‚Arbeitszeit‘ und ‚Freizeit‘, die gleichsam zum subjektiv bedeutsamen Faktor der eigenen Lebensgestaltung und -planung wird. Weiterführend zum Begriff des Normalarbeitstags und seiner sozialpolitischen Ausgestaltung im ‚Normalarbeitsverhältnis‘ sowie zu den unterschiedlichen Kritiken an der – insbesondere aus Sicht der Lebensrealität von Frauen – fiktiven Seite des Normalarbeitstags vgl. Deutschmann 1990.

den jeweiligen Krankenstand bei der Auswahl der zu erledigenden Arbeiten und der Einteilung der Betroffenen.

„Jetzt überleg’ mal, da hat jemand einen Beinbruch, der ist eigentlich vom Kopf her total da, der ist bloß körperlich so eingeschränkt, dass er nichts machen kann, dann guck’ ich, ob ich vielleicht einen Job finde, den er hier am Schreibtisch im Sitzen erledigen kann, und wenn er bloß irgendwelche Rechnungen durchguckt oder irgendwelche Zeichnungen entwirft.“ (Georg, 699-703)

Vorrangig sollen die Betätigung und die Zeitstruktur aufrechterhalten bleiben. Georg erwartet in diesem Moment weder eine anspruchsvolle Leistung noch ein herausragendes Ergebnis, was etwa im Sinne der Dienstleistungsdimension notwendig wäre. Vielmehr geht es um „irgendwelche Lull-Jobs, das ist völlig egal, aber sie müssen irgendwas machen,“ (Georg, 770f.) wie Georg es lapidar ausdrückt. Entscheidend ist, dass man sich durch Krankheit der Arbeitstherapie nicht völlig entziehen kann, sondern den subjektiven Möglichkeiten entsprechend weiterhin in eine Zeitstruktur eingebunden bleibt, um die mit Strukturmangel und Leere assoziierte Gefahr des erneuten Drogenkonsums einzudämmen.

„Aber im Prinzip ist es so, dass er vor allen Dingen jemand ist, der jetzt keine sechs oder acht Wochen auf dem Zimmer vor sich hinfault und hingammelt, weil das ist die größte Gefahr. Die haben genügend Zeit für den Kopf, Leerlauf, und irgendwann mal zwangsläufig...“ (Georg, 706-709)

Solange die Beteiligung aufrechterhalten bleibt, können sich die Einzelnen auch zurückziehen und zwischendurch ausruhen. „Das kann sein, dass das manche brauchen, einfach so diesen Rückzug, dann einfach auf’s Zimmer, abliegen oder irgendwo einen Kaffee schlabbern und irgendwelche Gespräche haben oder auch nicht.“ (Georg, 694-696) In ähnlicher Weise gesteht Georg den Einzelnen im Falle von persönlicher Belastung oder Belastung aufgrund anstrengender Gruppentherapiesitzungen zu, sich innerhalb der Arbeitstherapie zurückzuziehen, und verweist auf die Notwendigkeit von Schonräumen im Therapiealltag (vgl. 5.3.3.3). Das Arbeitsergebnis tritt zugunsten einer Ausrichtung an den subjektiven Bedingungen und Belangen der AdressatInnen in den Hintergrund, solange jede/r grundsätzlich eingebunden bleibt und die Arbeitstherapie somit ihre strukturgebende Funktion beibehält.

Vorrangig erscheint das Lern- und Erfahrungsfeld der Zeitstruktur unter Bezug auf zeitliche Rhythmen als äußerer Rahmen. Innerhalb dessen wird dann darüber hinausgehend die *Erfahrung von Sinnhaftigkeit* relevant.

„Es dreht sich erst mal nur um Beschäftigung, um ablenken, um das so sinnvoll wie möglich zu gestalten, das so gut wie möglich zu verkaufen eigentlich und versuchen, so ein Gefühl zu schaffen, das eine, ne’, irgendwie Zufriedenheit mitbringt oder wir tun was oder eine Sicherheit.“ (Georg, 709-712)

Der äußere Rahmen Zeitstruktur entfaltet seine Wirkung schließlich zusammen mit einer Beschäftigung, die zunächst ablenkt von Drogen und im Weiteren das Erleben von Sinnhaftig-

keit und Zufriedenheit ermöglicht, so die Intention. Auch der Begriff Sicherheit kann hier interpretiert werden als eine durch Erfahrung zu lernende Sicherheit, ohne Drogen leben zu können. Damit fokussiert Georg auf die psychische Befindlichkeit der AdressatInnen. Diese muss sich auf einer neuen Ebene stabilisieren, nachdem sie infolge der Beendigung des Drogenkonsums unbeständig geworden ist.

„Diesen emotionalen Haushalt, der völlig aus den Fugen geraten ist, weil jetzt die Droge fehlt, was eigentlich der Hauptbestandteil war vom Leben vorher, das in irgendeiner Art und Weise zu ersetzen, indem ich entweder a) bloß mal Zeit überbrücke und in b) vielleicht gucke, wie sinnvoll es ist und, wie gesagt, bei c) vielleicht noch wirklich was Gutes rausziehen kann, also sie für sich, ich für mich, wir miteinander.“ (Georg, 713-719)

Die Beendigung des Drogenkonsums hinterlässt eine Lücke, welche u.a. mit Hilfe der Arbeitstherapie geschlossen werden soll, um so psychische Stabilität wiederherzustellen. Inhaltlich ist zunächst nicht die Art der Arbeit entscheidend, vielmehr dient jedwede Beschäftigung der Gestaltung von Zeit und erst im zweiten Schritt stellt sich die Frage, was für wen sinnvoll ist und inwiefern Einzelne sich auf die jeweiligen Betätigungen einlassen und einen Nutzen und Zufriedenheit daraus ziehen können, wobei dies wiederum bezogen ist auf die Einzelnen wie die Gemeinschaft.

Die mit dem Lern- und Erfahrungsfeld Zeitstruktur verbundenen *Intentionen* zielen – vermittelt über die Perspektive eines gelingenderen Alltags – sowohl auf die zukünftige Alltagsgestaltung der AdressatInnen als auch auf den Therapieverlauf direkt und greifen diesbezüglich *rückfallpräventive Anliegen* auf. Die AdressatInnen sollen durch die regelmäßige Teilnahme an der Arbeitstherapie Erfahrungen mit einem als allgemein üblich betrachteten Tagesablauf in Anlehnung an den Normalarbeitstag machen und eine Zeitstruktur für den Alltag ohne Drogen entwickeln und dabei auch neue Formen und Quellen von Sinnhaftigkeit erleben. Ähnlich wie im Kontext der Selbstvergewisserung von Ressourcen kommt hierbei die Vorstellung zum Tragen, einen Ersatz für die bisherige Funktion von Drogen zu finden.

Die Arbeitstherapie, so wurde gesagt, nimmt eine zentrale Stellung als *alltagsstrukturierendes Element* innerhalb des pädagogisch-therapeutisch inszenierten Lebensraums der AdressatInnen ein. Sie bildet einerseits ein wesentliches Element gesellschaftlichen Lebens, die Arbeit, in der Alltagswelt Drogentherapie konkret ab und stellt gleichzeitig mit dieser Abbildung ein breites Spektrum für Lern- und Erfahrungsmöglichkeiten her. In diesem strukturierten Raum als Gegenwelt zur bisherigen Strukturlosigkeit des Drogengebrauchs richtet sich professionelles Handeln darauf, die AdressatInnen hinsichtlich einer Nutzung des Lern- und Erfahrungsraums entsprechend ihren Kompetenzen und Fähigkeiten und im Hinblick auf ihre subjektiven Lern- und Entwicklungspotentiale zu unterstützen. Dabei zeigt sich, dass die strukturierende Funktion und die von den AdressatInnen diesbezüglich erwartete Beteiligung am Baustein der Arbeitstherapie stets auch vermittelt, angemahnt und eingefordert werden muss. Die Fragen um eine *angemessene Beteiligung* der AdressatInnen durchziehen mithin das professi-

onelle Handeln. Angemessen meint hier sowohl die zeitlich pünktliche wie auch die inhaltlich zuverlässige und verantwortungsbewusste Beteiligung. Verschiedene Formen der Verweigerung, d.h. etwa Verspätungen, Fernbleiben, mangelndes Engagement sowie das vielfältig konturierte Suchen von kleinen Auswegen und Fluchten sind damit angesprochen. Stetige Verweigerung im Therapiealltag deutet allerdings auf eine Nähe der AdressatInnen zum Drogengebrauch hin, die letztlich kaum durch professionelle Intervention zu verändern ist. „Oder aber halt, die Leute treiben das so weiter und weiter und das geht, in der Regel geht das, es geht keine sechs Wochen, mit Sicherheit nicht, dann sind die Leute so rückfällig, dass es nicht mehr geht, das geht einfach nicht mehr.“ (Georg, 671-674)

Ein *Stufenmodell des Motivierens, des Forderns und Gegenwirkens* sowie der darauffolgenden Ankündigung und Umsetzung von *Sanktionen* kommt im Zusammenhang der Herstellung von Beteiligung zum Einsatz. Insgesamt zielt ein solches Stufenmodell darauf, die Einsicht der AdressatInnen zu erhöhen und für die anvisierte Beteiligung in der Arbeitstherapie zu werben und zu motivieren. Dabei geht es stets um die subjektiven Anliegen der AdressatInnen im Spannungsfeld der gruppenbezogenen Aushandlungsprozesse (vgl. 5.3.3.2). Bleiben verbale Argumente in der Aushandlung mit Einzelnen bzw. der Gruppe wirkungslos und hilft auch das Nachgehen und persönliche Abholen der AdressatInnen nicht weiter, dann kommen im Weiteren appellförmige Ermahnungen wie auch unterschiedliche Formen des temporären Ausschlusses aus der Arbeitstherapie sowie in eingeschränktem Maß¹⁵⁷ die ‚Versetzung‘ der AdressatInnen in einen anderen Arbeitsbereich zum Einsatz. Im Weiteren kann Hausarrest oder Aberkennung eines erreichten Status verhängt werden und als schärfste Form der Sanktion die Thematisierung und Veröffentlichung von mangelndem Einsatz in der psychotherapeutischen Gruppensitzung. In Bezug auf die letztgenannten Handlungsmöglichkeiten steht vor ihrer realen Anwendung prinzipiell die Androhung solcher Konsequenzen, die zumeist ausreicht, zumindest temporäre Verbesserung zu erreichen. Insbesondere die Veröffentlichung in der Gruppentherapie scheint von den AdressatInnen durchaus gefürchtet und wird als ‚letztes‘ Mittel, wenn nichts anderes Erfolgsaussichten verspricht, eingesetzt. Die Möglichkeit der disziplinarischen Entlassung aufgrund mangelnder Beteiligung ist zwar theoretisch gegeben, spielt jedoch für die konkrete arbeitstherapeutische Praxis offensichtlich keine Rolle, wie es aus der Psychotherapie heraus, wie aufgezeigt, beklagt wird (vgl. 5.2.6, 5.2.7.1).

Am Ende der gestuften Skala zur Herstellung der strukturerhaltenden Beteiligung in der Arbeitstherapie wird also auf die *Autorität der Gruppentherapie* in ihrer Gesamtverantwortung zurückgegriffen. Auch den AdressatInnen gegenüber stärkt dies, so ist anzunehmen, die macht- und entscheidungsvollere Position der Psychotherapie und ihrer MitarbeiterInnen, wie sie ebenfalls bereits in den Ausführungen zur Psychotherapie selbst angesprochen ist (vgl. 5.2.8). Insofern betont Georg den Vorrang der internen, d.h. bausteininternen Lösungswege im

¹⁵⁷ Diese Variante des Umgehens mit Verweigerung steht insofern nur eingeschränkt zur Verfügung, weil sie der Organisation der Arbeitstherapie im Wohn- und Bezugsgruppenverband zuwider läuft.

Rahmen des Stufenmodells und verweist auf die Relevanz einer professionellen Haltung der MitarbeiterInnen, welche die Wichtigkeit des Bausteins Arbeitstherapie in ihrem konkreten Handeln innerhalb der Drogentherapie gegenüber AdressatInnen und KollegInnen vermittelt. Dabei zeigen sich allerdings unterschiedliche Umgangsweisen der Kolleginnen und Kollegen innerhalb des Arbeitstherapieteams, insbesondere was die Toleranz hinsichtlich einer unzulänglichen Beteiligung der AdressatInnen anbelangt.

5.3.2.7 Die Geschlechterarrangements

Als Lern- und Erfahrungsfeld wird die Arbeitstherapie weiterhin vorgestellt in Bezug auf die Geschlechterarrangements. Anknüpfend an seine wahrgenommene Dominanz der männlichen Adressaten sucht Georg einen Raum zu eröffnen, in dem neue, weniger dominanzgeprägte Arrangements möglich werden. Dabei sieht er sich selbst zunächst in einer Vorbildfunktion und vermittelt ein Verhalten als Mann, das nicht auf Überlegenheit ausgerichtet ist.

„Also ich präsentiere mich hier jetzt nicht als so dieses maskuline Teilchen, das irgendwie kommt und nach Schweiß riecht und herbe männliche Sprüche hat oder so, den Teil habe ich natürlich auch, aber ich versuche eigentlich, auch eher so Softie, weich oder wie auch immer man das jetzt nennen mag.“ (Georg, 2191-2194)

Männlichkeit oder besser gesagt Männlichkeiten beschränken sich eben nicht auf Stärke und Härte, wie es hier mit dem allgemeinen Bild von ‚Männlichkeit‘ entfaltet wird, sondern zeichnen sich aus durch Vielfalt, die auch weiche, tendenziell Frauen zugeschriebene Anteile integriert, so die Botschaft des professionell vermittelten Verhaltens, das intendiert, „das Bild, was man allgemein von einem Mann hat, irgendwie zu demontieren.“ (Georg, 2190f.)

Dieses Anliegen adressiert er gleichermaßen an die Frauen und Männer seiner Gruppe. Zum einen sollen Frauen sehen, Männlichkeit ist nicht gleichbedeutend mit Dominanz, Grobheit und Stärke, wie sie es im Zusammenleben mit den Männern im Therapiealltag gewöhnlich erleben. Und sie sollen vor diesem Hintergrund den Raum der Arbeitstherapie als *ihren* Raum erfahren, den sie selbstbewusst in Besitz nehmen können. Die Frauen, so Georgs Erfahrung, werden mit seiner Unterstützung selbstbewusster in ihrem Auftreten und treten für ihre Belange eher ein. „Was ich eine ganz tolle Situation, finde ich dann, wenn eine Frau irgend einem Typen zeigt, wie er was machen muss und er dann dasteht und ihm das Gesicht langsam runterfällt.“ (Georg, 2215-2217) Die Rollen werden in gewisser Weise vertauscht. Nicht die Frauen sind die handwerklich Unbegabten und lernen von ihren männlichen Kollegen, denen im Allgemeinen sowohl im Selbst- als auch im Fremdbild eher handwerkliche Fertigkeiten zugeschrieben werden. Vielmehr zeigen sich die Frauen in ihrer Kompetenz, die durchaus weitreichender sein kann als die der Männer. Insofern gewinnt hier ebenfalls das Lernfeld zur Selbstvergewisserung von Ressourcen Profil, das sich nun explizit im Blick auf die Geschlechterarrangements konkretisiert.

Den Effekt seiner Arbeit unterstützt Georg noch durch gezielte Interventionen, indem er die darin zum Ausdruck kommenden Stärken von Frauen unterstreicht. „Und solche Sachen neh-

me ich natürlich auf, das ist klar, die baue ich aus, die tappe ich aus, das mache ich so präsent und offensichtlich, dass das ein Blinder mit Krückstock sehen muss, also wo denn da Stärken und Schwächen liegen.“ (Georg, 2217-2220) Im Blick auf die Männer möchte Georg in erster Linie einen Raum schaffen, in dem Männer lernen können, mit Schwächen umzugehen und Schwächen zu zeigen, also gerade jene Ausschnitte, die nicht mit den gängigen Bildern von Männlichkeit in Einklang zu bringen sind, wie „halt auch mal einfach nicht wissen, was grade ist oder wie auch immer,“ (Georg, 2207f.) nicht stark und dominant, sondern verunsichert und vielleicht auch hilflos zu sein. In diesem Zusammenhang versucht Georg zu vermitteln, wie Schwäche auch als Stärke betrachtet werden kann, nämlich indem man zu ihr steht. „Und ein lieber Spruch von mir ist irgendwie, Schwäche zeigen ist letzten Endes, wenn man sie gezeigt hat, eine Stärke und da tun sich ganz viele schwer damit.“ (Georg, 2208-2210)

Das Lern- und Erfahrungsfeld Geschlechterarrangements macht sich zunächst fest an den in der Therapie beobachtbaren geschlechtsspezifischen Verhaltensweisen, die sich vereinfacht gesprochen durch *Dominanz* der Männer und *Anpassung* der Frauen auszeichnen. In der Arbeitstherapie entsteht ein Lern- und Experimentierfeld für veränderte Sicht- und Handlungsweisen. Frauen werden darin unterstützt, Raum zu ergreifen und sich anzueignen, sich in ihren Kompetenzen zu erfahren und gegenüber den männlichen Kollegen fordernd aufzutreten, sich nicht einfach anzupassen. Im Blick auf die Männer steht dagegen der Versuch im Mittelpunkt, sie mit vielfältigeren Anteilen von Männlichkeit in Verbindung zu bringen, die Sicht über Dominanz und Stärke als Orientierungspunkte hinaus auszudehnen und auch Schwächen zulassen zu können. Evident ist, dass dieser Ansatz auch auf Veränderungen in der Wahrnehmung und im Umgang mit dem jeweils anderen Geschlecht zielt, bedingt durch das interaktive Geschehen der Arbeitstherapie.

Für die Arbeitstherapie lässt sich bis hierher Folgendes *festhalten*: Die Dienstleistungsfunktion gibt zunächst den Rahmen für die konkrete Ausgestaltung der Arbeitstherapie vor, wie es sich zugespitzt in dem Bild „das Haus am Laufen halten“ ausdrückt. Maßgeblich für die konkrete Ausgestaltung werden dann jedoch die dargestellten Überlegungen, in denen sich die Arbeitstherapie als Lern- und Erfahrungsfeld in ihren verschiedenen Facetten konturiert. Hier eröffnen sich in den bedarfsorientiert zu erledigenden Tätigkeiten Handlungsspielräume, die im Sinne der Ermöglichung vielfältigen Lernens, Erfahrens und Entwickelns für die AdressatInnen genutzt werden können. Damit rücken die Belange der AdressatInnen in den Vordergrund professionellen Handelns. In der Weise, wie diese Belange, also subjektive Befindlichkeiten und Bedürfnisse, bedeutsamer werden, präsentiert sich auch die notwendige Balance im professionellen Handeln zwischen Struktur, Vorgaben und Therapieprogramm einerseits sowie den subjektiven Befindlichkeiten und Bedürfnissen der NutzerInnen andererseits.

Das Deutungsmuster vom *doppelten Nutzen* der Tätigkeiten wird zum zentralen handlungsleitenden Moment. Dienstleistungsfunktion und die Ausgestaltung des spezifischen Lern- und Erfahrungsfeldes in seinen dargestellten Aspekten verbinden sich vor diesem Hintergrund im

Interesse des Bedarfs der Einrichtung wie auch im Interesse der Adressatenbedürfnisse. Im Zentrum steht die Perspektive auf die zu entwickelnde Verantwortung der AdressatInnen für die Belange der Einrichtung, für ihren Lebensraum und die Gemeinschaft sowie für die Erweiterung ihrer Fähigkeiten und Kenntnisse. Eine auf ergänzende und integrierende Vermittlung von Eigensinn und Gemeinsinn (vgl. Pfefferer-Wolf 2001) zielende Integration der unterschiedlichen Anliegen scheint im Rahmen des doppelten Nutzens auf. Dies betrifft in der Subjektperspektive der AdressatInnen betrachtet sowohl die Frage von Selbstverantwortung im Handeln wie auch die Integration in die gemeinschaftsförmig strukturierte Alltagswelt, die Orientierung an den Fähigkeiten und Kompetenzen der AdressatInnen im Sinne der Förderung von Ressourcen und funktionierenden Handlungsmustern.

Weiterhin erweist sich als handlungsleitend ein Deutungsmuster der *Notwendigkeit eines strukturierten Alltags*, der den Gewohnheiten eines im Sinne der Idee des Normalarbeitstags betrachteten strukturlosen drogenbezogenen Alltags neue Kontur gibt. Ausschlaggebend ist diesbezüglich zunächst die zeitliche Strukturierung als solche, mit Hilfe derer sich neue Gewohnheiten und Ablaufmuster etablieren sollen und in fortgeführter Perspektive dann die inhaltliche Strukturierung mittels neu oder wieder sich anzueignender sinngebender Beschäftigungsweisen. Damit verbindet sich die Vorstellung vom Zusammenhang zwischen (innerer) Leere, Beschäftigungsmangel und Rückfallgefahr.

Das Deutungsmuster einer notwendigen Alltagsstrukturierung verweist auf ein weiteres Deutungsmuster, das *Drogenkonsum* in seiner Funktion als selbstsicherheits- und selbstbewusstseinstabilisierendes *Element der Lebensbewältigung* aufgreift. Diese Funktion, so die Form der Deutung weiter, ist insoweit stabilisierend, als andere Mittel infolge mangelnder Aktivität und Gestaltungsoptionen nicht verfügbar sind. Daran anknüpfend präsentiert sich Arbeitstherapie als ein Raum, innerhalb dessen mittels strukturierter Beschäftigung neue Formen der Selbstwahrnehmung, etwa bezogen auf Kompetenzen und Fähigkeiten, sowie alternative Handlungsmuster erprobt und erlernt werden können. Im Sinne neuer, den Drogenkonsum ersetzender Ressourcen dient dies als Quelle einer veränderten Selbstwahrnehmung und erhöhter Selbstsicherheit, der Produktion eines subjektiv positiveren Selbstbilds sowie der direkten Unterstützung hinsichtlich der Anforderungen des Therapie- und Ausstiegsprozesses. Bezogen auf die geschlechtshierarchischen Verhältnisse, wie sie die Alltagswelt Drogentherapie prägen (vgl. hierzu auch 5.2.7.1, 5.2.8, 5.2.9.3), spielt diesbezüglich insbesondere die Perspektive auf geschlechtergerechtere Verhältnisse eine Rolle. Im Kontext dieses Deutungsmusters profilieren sich die als veränderungsrelevant gekennzeichneten Dimensionen des Bewältigungshandelns – Drogengebrauch, gelingendere Alltagsbewältigung, psychodynamische Prozesse – in ihrem Bedeutungszusammenhang für professionelle Intervention.

5.3.3 Das ‚Therapeutische‘ in der Arbeitstherapie: Freiheit von Therapie – Freiheit zu Therapie

Im Folgenden soll nun die dritte Dimension der Arbeitstherapie, das Therapeutische, entwickelt werden. Das Therapeutische, der Begriff ‚Therapie‘ in der ‚Arbeitstherapie‘ erscheint zunächst in einer Interpretationsweise, die auf das Diffuse und Ungenaue des Begriffs abzielt. „Mit diesem Anhängsel Therapie einfach, ja, und das ist eben so dieser dehnbare Kaugummi-Paragraph, sag ich mal, den man ziehen kann, wie man’s braucht, das gibt natürlich eine gewisse Freiheit.“ (Georg, 34-37) Unklarheit über den Begriff ‚Therapie‘, über das, was das Therapeutische in der Arbeit ausmacht, herrscht offenbar hinsichtlich der gesamten Einrichtung bzw. des gesamten Therapiealltags. Für die Arbeitstherapie schafft dies gleichwohl „eine gewisse Freiheit“. Damit stellt sich die Frage, inwiefern entsteht Freiheit? Freiheit wovon und Freiheit wofür? In der Konkretisierung dessen entfalten sich dann durchaus die faktischen Inhalte dessen, was unter dem Therapeutischen zu verstehen ist. Mithin füllt sich der Begriff ‚Therapie‘ in Georg’s Ausführungen zum konkreten Handeln schließlich mit mehr Klarheit. Der Frage danach, wofür das Therapeutische in der Arbeitstherapie Freiheit schafft, soll zunächst die Aufmerksamkeit gelten.

5.3.3.1 Gestaltungsmöglichkeiten und Partizipation

Freiheit entpuppt sich in dieser Hinsicht zunächst als eine *Freiheit in den Gestaltungsmöglichkeiten* professionellen Handelns in der Arbeitstherapie. „Also weißt Du, ich habe einfach die Möglichkeit, auch zu sagen, wir haben da eine Wand, die ist frei, wir können die Wand grün streichen, gelb streichen, weiß oder wir können ein Graffiti rein, also wie auch immer, also die Möglichkeiten – wir sind relativ frei.“ (Georg, 51-54) Die Wand muss gestrichen werden, aber die konkrete Ausgestaltung bleibt dem Mitarbeiter überlassen; hier hat er Freiheiten hinsichtlich der Art und Weise, in der die Arbeit realisiert wird.

„Und das gebe ich, versuche ich an die Leute weiterzugeben und versuche, mit den Leuten zusammen eigentlich was zu entwickeln, also ich versuche jetzt nicht jetzt, ich setze mich jetzt nicht in mein stilles Kämmerchen und denke mir, aha, da müssen wir das so und so machen und dann tu’ ich das ausplanen und Zeichnungen entwerfen und und und, ja, und gehe dann mit dem fertigen Entwurf her und sage, so muss das gemacht werden, basta – also das funktioniert so eigentlich nicht, das ist immer so miteinander entwickeln, wie man jetzt eigentlich was am besten hinkriegt oder machen kann.“ (Georg, 54-61)

Die Gestaltungsmöglichkeiten nutzt Georg nicht nur als Entscheidungsspielraum für sich, sondern gibt die Freiheit an die TeilnehmerInnen weiter. Die Gruppe wird einbezogen in die Entscheidungs- und Planungsprozesse im Sinne einer *Partizipation der AdressatInnen*, wie es bereits für die Arbeitstherapie als Lern- und Erfahrungsfeld konstitutiv war. Die AdressatInnen sollen nicht nur etwas Vorgegebenes erfüllen, sondern ihre Ideen einbringen, sich verantwortlich erklären für den Prozess und das Ergebnis. Dabei geht Georg davon aus, dass sich

die AdressatInnen infolge der weitgehenden Partizipation zunehmend mit der Arbeitstherapie und mit der Einrichtung insgesamt identifizieren.

„Also auch dieses Wir-Gefühl wird vielleicht dadurch ein bisschen mehr ge-, also bilde ich mir zumindest ein, dass das so ist, ja, wird das gefördert. Ab und an kriegt man das auch hie und da mit, es gibt ein paar Leute, die wo sich sehr identifika- also identifizieren, auch mit dem Arbeitsbereich.“ (Georg, 79-82)

Dies beobachtet Georg insbesondere bei einzelnen Personen, die schon mehrfach in der Einrichtung waren oder über längere Zeit in seinem Arbeitsbereich beschäftigt sind. Offenbar hängt das Maß der Identifikation innerhalb der Therapeutischen Gemeinschaft auch wesentlich mit dem Faktor Zeit zusammen und darüber vermittelt mit gewissen Sicherheiten über die inneren Mechanismen und Prozesse der Alltagswelt Drogentherapie. Vermutlich wissen Menschen, die bereits Therapie(n) hinter sich haben, ob in dieser Einrichtung oder in einer anderen, auch eher, was von ihnen erwartet wird und können sich mit größerer Sicherheit in der Alltagswelt Drogentherapie bewegen.

Identifikation mit der Einrichtung kann hier auch gelesen werden als ein *Sich-Einlassen* auf das pädagogisch-therapeutische Setting, wie es immer wieder auch als Voraussetzung eines gelingenden Therapieprozesses von den verschiedenen MitarbeiterInnen aller Bausteine formuliert wird. Indem die Gestaltungsspielräume im Interesse der AdressatInnen genutzt und diese an Entwicklung und Planung der Arbeit beteiligt sind und nicht nur Vorgegebenes ausführen – so die Intention –, können sie sich auf die Therapie als Ganzes (Wir-Gefühl) und auf die Arbeitstherapie im Speziellen eher einlassen und werden für die professionell handelnd vermittelten pädagogisch-therapeutischen Intentionen zugänglicher. Schließlich zielt Partizipation auf die Bildung und Förderung von *Motivation* für den Therapieprozess. Sich identifizieren meint demnach auch mehr Motivation für die Anforderungen der Therapie entwickeln und knüpft an den unterschiedlichen Aspekten der Motivation als Teilnahme-, Abstinenz- und Veränderungsmotivation an (vgl. Brenk-Schulte 1987; Tretter 1994a; 2.2.2.3), die implizit zum wesentlichen Gegenstand professionellen Handelns werden.

5.3.3.2 Gespräche in der Arbeitstherapie

Die therapeutische Dimension der Arbeitstherapie bedingt Freiheit in einem weiteren Sinn, nämlich als Freiheit zur *direkten Bezugnahme auf die AdressatInnen* in Gesprächen, die im Einzelnen unterschiedlichen Zwecken dienen können. Georg legt zunächst Gespräche ebenfalls in der soeben thematisierten *motivierenden Absicht* dar. Es handelt sich hierbei um Gespräche im Kontext der unzureichenden Beteiligung der AdressatInnen, die sich durch mangelnde Leistung, Unpünktlichkeit oder Fehlen äußern kann, wie es oben bereits für das Stufenmodell beteiligungs- und struktursichernden Handelns thematisiert wurde.

Georg spricht die Betreffenden gezielt an, um sie zu mehr Engagement zu bewegen. „Ich bringe das dann auch so rüber, dass das eher was Niedrigschwelligeres ist oder was, was eigentlich jetzt nicht unbedingt seinem Können oder seinem Knowhow entspricht, also auf die-

ser, da kratze ich ein bisschen am Ego.“ (Georg, 774-776) Indem er selbst seine Anerkennung für die Kompetenzen zum Ausdruck bringt, hofft er, das Selbstwertgefühl der AdressatInnen anzusprechen und sie damit zu veränderten Verhaltensweisen anzuspornen: ‚Du kannst mehr, dann zeig es auch!‘ Insbesondere die von den MitarbeiterInnen als wichtig erachtete Arbeit in der Küche stößt häufig auf Kritik und Ablehnung bei den AdressatInnen. Eine angemessene Beteiligung und die hierfür notwendige Haltung muss in diesem Bereich der Arbeitstherapie in regelmäßigen Abständen durch begleitende Gespräche gefördert werden.

„Das hat einen gewissen Lerneffekt, so, wenn die Zeit vorbei ist und ein gewisser Zeitraum auch danach dann verstrichen ist, kann man über dieses Thema noch mal ganz anders reden, also da kommt dann aber ein ganz anderer Ansatz eventuell, es muss nicht immer so sein.“ (Georg, 912-915)

In einer gewissen Distanz zur Küchenarbeit können die AdressatInnen im Gespräch ihre Erfahrungen und ihr Verhalten kritisch reflektieren und ihre Haltung dadurch verändern.

Georg verfolgt ebenso motivierende Absichten, wenn er wiederkehrend gegenüber den AdressatInnen die allgemeinen Anforderungen der Arbeitstherapie verdeutlicht. Gespräche zielen in dieser Form auf die Einsicht der AdressatInnen in die strukturellen Vorgaben der Therapie und in die konkreten Erwartungen, die an sie persönlich gerichtet werden, d.h. zunächst und auf allgemeiner Ebene, eine pünktliche und entsprechend aktive Teilnahme.

„Ja, wenn sie nicht pünktlich sind, erkläre ihnen das noch mal, drücke ihnen einfach noch mal so meine Sprüche und meinen Song und was er eigentlich tut, dann ist irgendwann mal, wird das halt hier in der AT-Gruppe noch mal thematisiert und und und, und wenn das dann nicht läuft, dann kann das wirklich so weit gehen, dass man einfach sagt, gut, es hat so keinen Sinn mehr, du kannst gehen, überleg’ dir, was du machen willst, generell was du machen willst hier, weil das gehört mit zur Therapie, du bist hier, es geht nicht anders.“ (Georg, 592-598) „Aber da ist dann quasi eine Ebene da, eine Basis, auf der man auch also miteinander reden kann. Wenn das dann halt nicht mehr geht, dann habe ich wieder die Möglichkeit zu sagen, gut, Gruppe oder oder oder oder, da sind ja verschiedene Sachen drin.“ (Georg, 441-444)

Dergestalt bildet das motivierende Gespräche einen ersten Versuch, auf das Verhalten der AdressatInnen einzuwirken, der bei Bedarf durch weitere Maßnahmen ergänzt werden kann. Dennoch gibt Georg dem auf die Einsicht der AdressatInnen zielenden Gespräch den Vorrang vor anderen Schritten, „weil über diese Gesprächsebene dann auf dieser Vernunftsgeschichte, da hast du in der Regel viel mehr Ernte und das fällt immer besser aus.“ (Georg, 2312-2314) Im Stufenmodell des Forderns, Gegenwirkens und Sanktionierens haben demnach die motivierenden und auf die Selbsteinsicht setzenden Handlungsformen den Vorrang.

Auch wenn die gesamte Gruppe sich der erwarteten Beteiligung in der Arbeitstherapie widersetzt, spielen zunächst Gespräche mit Einzelnen eine entscheidende Rolle. Ziel ist es, „verlorenes Gebiet wieder zu erobern.“ (Georg, 623)

„In der Regel versuche ich erst einmal, die Leute, zu denen ich einen guten Kontakt habe, die sind für mich eigentlich so die ersten Ansprechpartner, dann in dieser Situation, von denen ich auch weiß, die waren schon mal auf dem Level, dass da, also dieses Verständnis ist da und das versuche ich dann erst mal wieder anzuknüpfen. Wenn ich das dann habe, wenn ich also ein paar Leute dann auf meiner Seite habe, dann ist es schon mal wieder leichter, eigentlich den nächsten Schritt zu bringen und dann diese andere Crew, die dann quasi ausgeschlossen ist, auch wieder in die Herde mit zurückzunehmen.“ (Georg, 626-633)

Georg spricht also zunächst die Personen an, zu denen er eine gute Beziehung hat und von denen er erwartet, dass sie sich zugänglich zeigen, um die gesamte Situation in der Gruppe zu verbessern. Die Gruppe bzw. einzelne TeilnehmerInnen werden insofern in Dienst genommen, die angestrebte Stabilisierung der Gruppendynamik aus sich heraus zu unterstützen. Damit zeigt sich professionelles Handeln auf dieser Ebene in der dreifachen Balance von Struktur und Vorgaben, von subjektiven Bedürfnissen und Erwartungen und von gruppendynamischen Entwicklungen insgesamt. Hier vermittelnd zu handeln und die unterschiedlichen Ebenen miteinander abzuwägen, erscheint als eine wesentliche Herausforderung, wie sie Georg für unterschiedliche Situationskonstellationen beschreibt.

Grundsätzlich erweist sich dabei das Therapeutische, also die *Freiheit zur flexiblen Gestaltung von Arbeit*, als wesentlich für die Option, den Arbeitsablauf an der jeweiligen Situation und Verfassung der Einzelnen bzw. der Gruppe auszurichten.

„Dann kann man sich kurzfristig spontan auch zusammensetzen, was oft genug passiert, und sagen, gut, das Werkzeug bleibt mal liegen oder wir lassen es grade mal und setzen uns zusammen und die Gruppe tut sich grade mal irgendwie versuchen, wieder neu zu orientieren.“ (Georg, 42-45)

Dies können allgemeine Störungen in der Gruppe sein, Krisensituationen sowie insbesondere Rückfallereignisse oder drohende Rückfallgefahr. Die zu verrichtenden Arbeitstätigkeiten stehen dann hinten an und Klärung und Reflexion rücken in den Vordergrund mit dem Ziel einer Neuorientierung oder Stabilisierung der AdressatInnen. Dabei werden Themen aufgegriffen, die nicht direkt mit der Arbeit in Verbindung stehen, sondern auch solche, die sich aus dem gesamten Alltag der AdressatInnen ergeben und an deren Befindlichkeit anknüpfen. Zwar ist der Ausgangspunkt eine Störung in der Gruppe, eine Störung bei der Arbeit, aber dadurch entsteht Raum für die subjektiven Anliegen der Einzelnen, die so während der Arbeitstherapie reflektierend und klärend aufgenommen werden. Auch wenn das primäre Ziel ist, die Weiterarbeit zu ermöglichen, tritt die Orientierung daran, also beispielsweise, ob etwas fertig gestellt wird oder nicht, in den Hintergrund. Wichtig wird für eine Zeit lang stattdessen die gemeinsame Auseinandersetzung über solche Themen, die offenbar gerade bedeutsam sind und die Georg auch in ihrer Relevanz für den Verlauf der Arbeitstherapie sowie den Therapieverlauf im Gesamten betrachtet.

In diesem Zusammenhang kritisiert Georg allerdings die *mangelnde Kommunikation und Koordination* zwischen der Arbeitstherapie und der Psychotherapie, derzufolge die MitarbeiterInnen in der Arbeitstherapie nur selten Kenntnisse darüber erlangen, was sich im gesamten Alltag der Drogentherapie abspielt. „Weil ich jetzt als AT nicht unbedingt weiß, in was für einer Phase sie jetzt in der Gruppentherapie stecken oder was genau der Hintergrund von irgendwas ist.“ (Georg, 800-802) Solches Hintergrundwissen wäre für die Arbeit in seinem Bereich wichtig, um Verhaltensweisen und Stimmungen besser einschätzen zu können und sicherer damit umgehen zu können. Insbesondere im Sinne rückfallpräventiver Strategien hält Georg diese Kenntnisse und damit ein höheres Maß an Kommunikation zwischen den Bausteinen, vor allem allerdings mit der Psychotherapie, als grundlegend wichtig für sein eigenes Handeln in der Arbeitstherapie.

Der Begriff Therapie oder das Therapeutische, wie es Georg ausdrückt, kommt des Weiteren zum Tragen in der gemeinsamen *Arbeitsbesprechung der Gruppe*, die einmal wöchentlich, nämlich freitags durchgeführt wird.

„Arbeitsbesprechung ist es eigentlich indem – oft ist es das, oft ist es das nicht, das lasse ich zum Teil auch die Leute entscheiden, wie sie grade drauf sind [...] zum Teil geht es aber auch in eine ganz andere Richtung, nämlich dass irgendwie einer erzählt, was er am Wochenende vorhat oder dass er irgendwie Angst hat vor dem Wochenende, weil irgendwie was passiert, oder weil seine Eltern kommen oder weil eine Freundin kommt oder er geht in den Heimaturlaub oder so oder einfach nur wegen der Langeweile oder oder oder, ja, und dann wird das halt zum Teil thematisiert einfach.“ (Georg, 475-485)

Zwar dient diese wöchentliche Arbeitsbesprechung prinzipiell der gemeinsamen Planung und Besprechung der anstehenden Arbeiten, wird aber vielfach von den AdressatInnen als Raum für ihre subjektiven Belange wie ihre momentane Befindlichkeit und ihre alltäglichen Sorgen und Nöte genutzt. Auch hier tritt die konkrete Arbeit bzw. Arbeitsleistung in den Hintergrund und es entsteht Raum für Gespräche zu allgemeinen therapie relevanten bzw. alltagsrelevanten oder subjektiv bedeutsamen Themen, die von dem Mitarbeiter in die Arbeitstherapie integriert werden. Explizit erwähnt Georg Gespräche über Liebesbeziehungen und über gefährliche Drogenkonsummuster. Dabei greift er die von den Einzelnen angesprochenen Themen auf und nutzt diese Gelegenheit für gemeinsame Reflexionen, um ausgehend vom Gegebenen zu gelingenderen Mustern anzuregen und anzustoßen.

„Zum Teil, also machen tu' ich's eigentlich in der, also generell überall, also zumindest mit den Leuten, mit denen ich direkt Kontakt habe, die hier direkt bei mir sind, da mache ich das immer, ständig Konfrontation, egal, auf was für einer Ebene, egal in was für eine Richtung, wie weit die Leute sich das zu Herzen nehmen oder wie weit das auf den Boden fällt da irgendwie, also wo man auch die Überlegung oder wo man mal in ein Gespräch kommt oder so.“ (Georg, 1652-1657)

Er konfrontiert die AdressatInnen mit seiner Einschätzung und betont in diesem Zusammenhang den Aspekt der Eigenverantwortlichkeit; „ich versuche das immer wieder vorzukehren, diese Eigenverantwortlichkeit – sie sind ja groß und sie sind ja stark und sie wollen ja auch für ernst und für voll genommen werden.“ (Georg, 1624-1626) Es geht ihm darum, Konsequenzen zu verdeutlichen und sich diesbezüglich mit den AdressatInnen auseinanderzusetzen, Denkanstöße zu geben, wobei er hierbei ziemlich direktiv vorgeht und an die Betroffenen stark appelliert: „da hake ich dann ein, das tu’ ich dann schon thematisieren einfach, dass ich auch sage, hey, das dürft ihr nicht, weil und und und, das zieht den und den Rattenschwanz wieder nach sich.“ (Georg, 1565-1567) Oder ein weiteres Beispiel:

„Ich weiß aber halt auch ganz genau oder relativ sicher, kann ihm das immer wieder sagen, da wird offen drüber geredet, das ist kein Geheimnis, dass wenn er rausgeht und das weiterhin betreibt, er einfach in einem halben, dreiviertel Jahr, vielleicht in zwei Jahren einen Abgang macht, dann kann er sich 1.80 tiefer unten die Welt angucken, das ist so und das wird auch geschwätzt und das ist auch offen, das wird auch so geredet.“ (Georg, 1951-1956)

Entscheidend für diese Form der Konfrontation und Auseinandersetzung, so betont Georg mehrfach, ist die *Qualität der Beziehung* zu den jeweiligen AdressatInnen, die nicht in jedem Fall eine solche Art des Gesprächs erlaubt. „Dann kommen auch so diese Beziehungsdinge eher hoch, dass man auch eher Gespräche haben kann,“ (Georg, 2241f.) und das ist nicht mit allen gegeben: „Das thematisiere ich hier, ja, ganz klar, also mit wem das halt geht und wer so weit, also wer mich so weit ranlässt und mit wem ich so weit auch gehen kann.“ (Georg, 1640f.) Es gibt demnach AdressatInnen, die für solche Gespräche zugänglich sind, und solche, die sich den Gesprächsanliegen des Mitarbeiters eher verschließen. Vorrangig macht Georg die Beziehungsqualität zu den Einzelnen hierfür verantwortlich, die er demnach auch immer wieder aufs Neue einschätzen können muss, um entsprechend zu intervenieren.

Ein weiteres Merkmal der Arbeitstherapie erweist sich für die Gespräche als bedeutsam, nämlich die *direkte und kontinuierliche Zusammenarbeit* zwischen AdressatInnen und Mitarbeiter. Während der gemeinsamen Arbeit besteht meistens die Möglichkeit zu Unterhaltungen. Es wird nicht eigens eine Gesprächssituation hergestellt, wie etwa in der Gruppentherapie oder im Einzelgespräch; vielmehr ergibt sich diese aus der Situation heraus in der gemeinsamen Beschäftigung gleichsam ‚beiläufig‘, was nicht zuletzt im Hinblick auf die Effekte für eine verbesserte Beziehung zwischen AdressatInnen und MitarbeiterInnen gewertet wird (vgl. auch 5.4.5.2).

„Mein Medium, das ich brauche für mich ist einfach das Zwischentraining, ob das jetzt eine Mauer ist oder eine Wand ist, also einfach diese körperliche Betätigung, die zum Teil auch ablenkt, vielleicht auch ein bisschen freier macht vom Kopf her, das hat den Vorteil, dass vielleicht ungezwungener über ein paar Sachen geredet werden kann, hat aber auch oft genau den anderen Effekt auf der anderen Seite, dass eben

die Leute sich nur auf das beschränken und eigentlich von sich selber gar nichts preisgeben.“ (Georg, 943-949)

Die Gesprächssituation geht hervor aus der gemeinsamen Arbeit, und die Betroffenen können selbst entscheiden, ob sie reden möchten oder nicht; jedenfalls steht es ihnen frei, sich auf die Arbeit zu beschränken und Gesprächsangebote nicht wahrzunehmen und selbst auch keine Unterredung zu suchen. Dabei geht Georg davon aus, dass die gemeinsame Arbeit und der darin angelegte beiläufige Charakter der Gespräche ein unbefangenes Reden ermöglicht.

„Dadurch, dass man die Leute halt hier in diesem Background halt hat, hat man vielleicht auch auf der Ebene einen anderen Zugang, wie jetzt wegen mir der Gruppentherapeut oder oder oder, weil das halt, da ist ein ganz anderes Medium jetzt zwischendrin, der eine, der kann wegen mir besser arbeiten oder besser reden, wenn er beim Arbeiten ist oder wenn er was malt oder kreativ ist und der andere, der kann sich sehr gut hinsetzen und kann irgendwie wunderbar frei reden und der andere, der redet besser, wenn er liegt oder so oder oder.“ (Georg, 1682-1689)

Die Kennzeichnung als unbefangenes Reden bestimmt sich aus der Abgrenzung zur Situation in der Gruppentherapie, die sich um das Gespräch zentriert und einen vergleichsweise künstlich hergestellten Rahmen bildet. Als solcher dient das gruppentherapeutische Setting, das sich gerade durch seinen handlungsentlasteten Raum auszeichnet, explizit dem Gespräch und der reflektierenden Auseinandersetzung. Im Gespräch während der Arbeitstherapie, strukturiert über das Medium der gemeinsamen Aktivität, so ist anzunehmen, zeichnen sich die Unterhaltungen zunächst durch einen *weniger erwartungsvollen Charakter* aus. Sie ähneln vielmehr alltäglichen Unterhaltungen, die Menschen miteinander führen, wenn sie beieinander sitzen oder wie hier zusammenarbeiten. Das ist zwanglos, voraussetzungslos und erwartungslos. Dass solche Gespräche gedankliche Prozesse im Sinne reflexiver Auseinandersetzungen hervorbringen können, ist evident. Gerade für solche Menschen, die sich mit der Gesprächssituation im psychotherapeutischen Gruppensetting schwer tun, wie es für die Drogentherapie immer wieder konstatiert wird (vgl. Etschmann 2001; Kufner u.a. 1994: 211; Kufner 1995; Strotmann/Thiem 2000), kann eine solche Gesprächsform eine wesentliche Unterstützungsquelle darstellen. Wenngleich sich alle NutzerInnen in gleicher Weise an den drei Bausteinen Arbeits-, Freizeit- und Psychotherapie beteiligen müssen, so scheint diesbezüglich durchaus die Vorstellung der *unterschiedlichen Nutzungsmuster* auf. Das Spektrum im Therapiealltag zu erweitern, auch darin liegt ein wesentlicher Teil dessen, was als das Therapeutische vorgestellt wird.

Des Weiteren erklärt sich Georg zuständig für Anliegen, die insgesamt in der Therapie zu kurz kommen. „Damals in der Scheune, da war ich der Handwerker und aber auch da war ich jemand, der irgendwie Gesprächspartner war von Sachen, die halt nirgendwo anders abgedeckt worden sind, also kommen die Leute und decken das dann damit ab.“ (Georg, 1993-1996) Insbesondere ist diesbezüglich die Psychotherapie angesprochen, wo, wie gezeigt wurde, Einzelgespräche nur unregelmäßig stattfinden (vgl. 5.2.9.4). Für solche Gespräche, wie sie hier

wiederum während des gemeinsamen Arbeitens angeführt werden, sieht sich der Mitarbeiter auch außerhalb des arbeitstherapeutischen Settings zuständig. Er nutzt etwa die informelleren Kontakte beim gemeinsamen Billardspiel oder unbeabsichtigte Begegnungen im Hof des Anwesens. Hierbei gegebene Anlässe im Gespräch mit den AdressatInnen aufzunehmen, dies betrachtet Georg als selbstverständlichen und ausdrücklichen Bestandteil seines Arbeitsauftrages. Evident ist einerseits die Erweiterung von Möglichkeiten zum Austausch und Gespräch für die AdressatInnen sowie andererseits auch die Wirkungen hinsichtlich einer intensivierte Beziehung zwischen Mitarbeiter und AdressatInnen, die wiederum für weiterführende Auseinandersetzungen, wie oben angesprochen, als besonders wichtig erachtet wird.

Das arbeitstherapeutische Handeln im engeren Sinn lässt Georg die Freiheit, auch Themen aufzugreifen, die über den Bereich der Arbeit hinausgehen, wobei er das gemeinsam Tun nutzt, um – quasi nebenher und für manche der AdressatInnen auf diese Art und Weise entlastet – spezifische Anliegen zu erörtern. Damit macht er sich einerseits zum Ansprechpartner für Personen, die mit einem dezidiert psychotherapeutisch ausgewiesenen Gesprächssetting wenig zurande kommen und etwa in der Situation des Arbeitens besser sprechen und sich öffnen können. Andererseits fängt er Inhalte auf, die er in anderen Therapiebereichen nur unzureichend aufgehoben sieht.

Im Zusammenhang mit diesen Gesprächen hebt Georg demzufolge vielfach die Nähe dieser Handlungsformen zu der Einzeltherapie bzw. dem Einzelgespräch hervor, die er der allgemein üblichen Sprachregelung in der Einrichtung folgend als ‚Einzel‘¹⁵⁸ bezeichnet.

„Das sind so Elemente von ein bisschen Psychotherapie mit drin oder wie auch immer, also das ist so ein Mischmasch von allem dann so. Und das finde ich eigentlich das Schöne hier an diesem Bereich, ich wollte deshalb eigentlich auch nicht in die Küche wechseln.“ (Georg, 46-49)

Prinzipiell konstatiert er Gemeinsamkeiten des Arbeitens in den konkreten Handlungsformen und reklamiert auch für das professionelle Handeln in der Arbeitstherapie die Nähe zum psychotherapeutisch-methodischen Handeln. Zumindest bleibt das Einzelgespräch mit den AdressatInnen nicht begrenzt auf den Baustein Psychotherapie, wo es zunächst exklusiv aufgehoben scheint, sondern hat auch wesentliche Bedeutung für das Selbst- und Arbeitsverständnis in diesem pädagogisch-therapeutischen Element der Therapie.

„Und die Wertigkeit oder die Frage für mich, was ist ein Einzelgespräch, was muss das beinhalten, dass es ein Einzel ist oder was muss da hinten rauskommen, dass es ein Einzel ist [...] weißt’, und das ist für mich dieser Therapie-Kaugummi, den kann ich von hier um die ganze Drogenhilfe wickeln, wenn’s sein muss.“ (Georg, 1976-1980)

¹⁵⁸ Zum Begriff des ‚Einzel‘ vgl. 5.2.10.1.

Aus dieser Perspektive betrachtet, ist ungeklärt, wodurch sich formell, inhaltlich und methodisch ein Einzelgespräch auszeichnet. Für sich genommen scheint Georg eine Antwort auf das Dilemma gefunden zu haben, indem er Teile seiner Arbeit, nämlich die beschriebenen Gespräche, in denen er unterschiedlichste Anliegen aufgreift, Gelegenheiten sucht und nutzt und damit die AdressatInnen zu unterstützen, zu begleiten und anzuregen sucht, ebenso als ‚Einzel‘ definiert. Wie allerdings in seiner Bezugnahme auf die Psychotherapie deutlich wird, gehört das ‚Einzel‘ primär in diesen Arbeitsbereich. In der Arbeitstherapie hingegen bedarf es offenbar eigens der legitimierenden Begründung für ein solches Handeln, das im Konzept der Lebensweltorientierung als klassisches Beispiel für ein Handeln in strukturierter Offenheit betrachtet werden kann (vgl. Thiersch 1993, 2002; 6.8). Beratung und Unterstützung findet hier auf unterschiedlichen Ebenen statt, und zwar nicht nur ausschließlich im klassischen, formellen Gesprächs- oder Beratungssetting, sondern vielmehr beiläufig während der gemeinsamen Arbeit oder auch mal in den Pausen, die hierfür geschaffen werden. Der informelle Charakter ist für diese Form der Beratung spezifisch und zeichnet eben die ihr eigene Qualität aus. Solche Qualität liegt in der Präsenz und Aktualität des Handlungsbezugs; so können einerseits relevante Themen, die möglicherweise in einer strukturierten Gesprächssituation nicht zur Sprache kämen, von den AdressatInnen geäußert werden, auch und gerade vor dem Hintergrund der für sie in dieser Situation gegebenen Möglichkeit, das Gespräch selbst steuern zu können, gegebenenfalls auch beenden zu können; das Medium der gemeinsamen Arbeit hilft auch hierbei. Von Seiten der MitarbeiterInnen bietet dieser informelle Rahmen professionellen Handelns zahlreiche Möglichkeiten, Themen, die für den Therapiealltag sowie für die Therapieprozesse Einzelner wichtig erscheinen, informell aufzugreifen und der Auseinandersetzung zugänglich zu machen.

5.3.3.3 Grenzen der AdressatInnen und die Herstellung von Schonräumen

Die therapeutische Dimension der Arbeitstherapie bewirkt Freiheit auch im Blick auf die Grenzen der AdressatInnen. Ausgehend von den für die AdressatInnen anstrengenden und sie stark fordernden Momenten des Therapiealltags versucht Georg, in der subjektorientierten Ausgestaltung der Arbeitstherapie diesen Belastungen rücksichtsvoll Rechnung zu tragen.

„Schonraum, wo die Leute, wenn sie aus der Gruppe kommen oder wenn sie irgendwie Stress haben oder so, die Möglichkeit haben, wenn ich das mitkriege, wenn ich das merke, dass sie drei Stunden, dreieinhalb Stunden, so lange, wie die AT halt geht, sich in irgendeine Ecke verkrümmeln können und irgendwas vor sich hinarbeiten, egal, was da erst mal hinten rauskommt, aber erst mal abgelenkt sind und auch ihre Ruhe haben und sie niemand blöd anredet oder nicht noch mehr irgendwie gebohrt wird und so und noch mehr gekratzt und noch mehr irgendwie von dem ausgezogen wird, was man eigentlich überhaupt nicht – weißt Du, da muss es ja auch so Ruhephasen geben, also das ist quasi wie ein Baumstamm, der zum Schluss bloß noch geschält und immer weiter abgespurt und zum Schluss ist dann nichts mehr und auf einmal merkt man, da ist wirklich nichts. Und ich denke, da müssten irgendwel-

che Ruhephasen drin sein, weil sonst drehen die Leute durch, das meine ich mit Ruhe oder Schonraum oder so.“ (Georg, 447-459)

Therapieprozesse können mitunter belastend und überfordernd sein. Wenn es den Einzelnen zu viel wird, arrangiert Georg die Arbeitsbedingungen – ähnlich wie es schon im Zusammenhang mit dem Lernfeld Zeitstruktur ausgeführt wurde – dahingehend, dass man sich zurückziehen kann, ohne weiterhin gefordert zu werden. Statt noch mehr Leistung zu erwarten, ermöglicht Georg Ruhephasen und Ablenkung und schafft auf diese Weisen sozusagen eine Therapiepause im Sinne der *Freiheit von Therapie*. Ausschlaggebend sind hierbei die subjektiven Voraussetzungen der Einzelnen, also etwa, ob sie gerade besonders gefordert in der Gruppentherapie waren oder sich allgemein in einer belastenden Situation befinden.

Bezüglich der Frage nach Schon- und Rückzugsräumen in der Therapie sieht Georg in erster Linie die Arbeitstherapie in der Verantwortung, denn „so Sachen kommen halt in die AT und die kommen stärker da raus und das ist zum Teil eher konfliktbeladener oder emotionaler, eben weil die Leute fünf Mal in der Woche da sind.“ (Georg, 460-462) Gleichwohl erfordert dies einen Balanceakt professionellen Handelns, weil die Herstellung von Schonräumen immer auch die Gefahr birgt, die strukturellen und inhaltlichen Vorgaben des Therapieprogramms, wie es etwa mit dem Lern- und Erfahrungsfeld der Zeitstrukturierung als zentralem Moment einer Alltagsordnung ausgewiesen wurde, zu unterlaufen.

„Natürlich ist das ein heißes Spiel, weil wenn das jemand checkt, dass du irgendwie ein bisschen nachgiebig bist auf dieser Ebene, dann versucht der natürlich, so viel wie möglich Schonraum rauszuholen aus dieser Sache und das ist dann aber noch mal eine andere Geschichte, die noch mal interessant werden kann.“ (Georg, 436-439)

Mit anderen Worten, die Frage um Schon- und Rückzugsräume verweist tendenziell auf die Gefahr, von den AdressatInnen im Sinne des Nichtstuns ausgenutzt zu werden. Diesbezüglich abzuwägen und die Frage immer wieder – vor dem Hintergrund der konkreten Gegebenheiten – neu zu entscheiden, prägt auch in diesem Aspekt das Handeln: Einschätzen, Grenzen erkennen, Abwägen zwischen strukturellen und individuellen Belangen bilden insofern *Kernmomente* professionellen Handelns. Wie bereits im oben ausgeführten Stufenmodell im Umgang mit Verweigerung und Widerstand gegen die Anforderung der regelmäßigen Teilnahme und engagierten Beteiligung ausgeführt, bewegt sich professionelles Handeln hier unmittelbar im Spannungsfeld von individuellen und gemeinschaftlichen Bedingungen und Anforderungen.

Das Therapeutische lässt sich vor dem Hintergrund dieser Ausführungen fassen als eine *Freiheit von der Dienstleistungsfunktion*. Die Orientierung an der gegenständlichen Arbeit tritt ausdrücklich in den Hintergrund und die Orientierung an den AdressatInnen gleichermaßen in den Vordergrund. Inhaltlich und auf der Handlungsebene konkretisiert sich die Orientierungsverschiebung in der adressatenbezogenen Nutzung von Gestaltungsfreiräumen, in dem Bemühen um weitgehende Partizipation der AdressatInnen, in vielfältigen Gesprächsmög-

lichkeiten sowie in dem Versuch, eine ausgewogene Balance zwischen Anforderungen der Therapie und Ruhebedürfnis der AdressatInnen zu erzeugen. Zentral geht es hierbei um Intentionen hinsichtlich der Motivierung, der Unterstützung von Lerneffekten, der Krisenbewältigung sowie allgemein der Integration von im weiteren Sinn therapierelevanten bzw. subjektiv relevanten Themen in die Arbeitstherapie.

Das Therapeutische in der Arbeitstherapie steht grundsätzlich für ein Deutungsmuster, das vor dem Hintergrund differenz- und prozessorientierter Annahmen des Ausstiegs aus dem Drogengebrauch die Relevanz der *subjektorientierten Bezugnahme* auf die AdressatInnen sowie die *individuelle Förderung und Begleitung* in einem programmatisch strukturierten Therapiealltag betont. Die Notwendigkeit eines strukturierten Alltags in zeitlicher, räumlicher und sozialer Perspektive und die Erfüllung des Therapieprogramms sind zwar wesentliche Aspekte im Ausstiegsprozess, aber es muss gleichfalls Raum für die subjektiven Belange der Einzelnen – auch in der Arbeitstherapie – bleiben. Interessanterweise erscheint dieser Anspruch ausbuchstabiert in psychotherapeutischen Handlungskategorien, nämlich zunächst als das Therapeutische im Allgemeinen und in der Form des Einzelgesprächs im Besonderen. Der Baustein Psychotherapie wird in dieser Hinsicht zum zentralen Bezugspunkt in der Ausdeutung der eigenen Arbeit.

Zusammenfassend kann hinsichtlich der drei Dimensionen Dienstleistung, Lernfeld und Therapie festgehalten werden: Die Dienstleistungsfunktion gibt primär den Rahmen für die Arbeitstherapie vor. Als handlungsleitend zeigen sich hier die Orientierung am Bedarf der Einrichtung, vermittelt über die Orientierung an der Arbeit, die in der Arbeitstherapie unter Anleitung und Mithilfe eines/einer MitarbeiterIn verrichtet werden soll. Die konkrete Ausgestaltung der Arbeitstherapie wiederum, also das, womit der vorgegebene Rahmen ausgefüllt wird, bestimmt sich zunächst in der Dimensionierung der Arbeitstherapie als Lern- und Erfahrungsfeld. Kennzeichnend auf der Ebene dieser Dimension wird die Orientierung an den Belangen der AdressatInnen, vor allem hinsichtlich dessen, was diese selbst in der Arbeitstherapie erreichen sollen. Dennoch findet sich die Adressatenorientierung auf dieser Ebene noch stark eingewoben in die Anforderung, etwas herzustellen, eine Arbeit fertigzustellen. Im wiederkehrenden Bild des doppelten Nutzens für die AdressatInnen und für die Einrichtung gleichermaßen, für die Einzelnen wie für die Gemeinschaft, drückt sich dies insbesondere aus. Die dritte Dimension, das Therapeutische, verweist nun nicht mehr nur auf die Ausgestaltung des vorgegebenen Rahmens, sondern fokussiert auf das Überschreiten des Rahmens der Dienstleistungsdimension. Das Therapeutische verhilft zu einer Distanz zur Dienstleistungsfunktion der Arbeitstherapie, wie es sich im Begriff der „gewissen Freiheit“ manifestiert. Erst auf dieser Ebene steht die Orientierung an den AdressatInnen im Mittelpunkt, ohne dass sie stets mit konkreten Anforderungen an erwartete Arbeitsleistungen ausgeglichen werden müsste.

5.3.4 Direkte Vorbereitung für den Erwerbsarbeitsmarkt

Gleichsam quer zu den bisher vorgestellten Dimensionen der Arbeitstherapie lässt sich noch eine vierte Dimension ermitteln, und zwar die direkte Vorbereitung für den Erwerbsarbeitsmarkt. Diese Vorbereitung steht in engem Zusammenhang zum Therapieziel der Wiedereingliederung in die Erwerbsarbeit, was Georg als eine zentrale Komponente der Arbeitstherapie betrachtet. Wenngleich sich dieses Ziel auch in der Gestaltung der Arbeitstherapie als Lern- und Erfahrungsfeld wieder finden lässt, wie etwa im Zusammenhang mit der Erfahrung und Erweiterung von Kompetenzen, mit der Aneignung von Basisqualifikationen oder hinsichtlich des Bemühens, die Zeit und die Arbeit realitätsnah zu gestalten, so tritt mit der hier zu erörternden Fokussierung professionellen Handelns der Faktor Erwerbsarbeitsmarkt selber in den Mittelpunkt. Insofern greift diese arbeitstherapeutische Dimension insbesondere auch das Anliegen der *Gestaltung des Übergangs* aus der Therapie heraus auf.

Den Schwerpunkt der direkten Vorbereitung für den Erwerbsarbeitsmarkt bildet das ca. vierwöchige *Praktikum*, das die AdressatInnen üblicherweise¹⁵⁹ gegen Ende der Kerntherapiephase, also ehe sie in die räumlich abgetrennte Adaptionsphase wechseln, außerhalb der Einrichtung absolvieren. Georg begleitet die TeilnehmerInnen seines Arbeitsbereiches vor und während ihres Praktikums und misst diesem Teil seiner Tätigkeit großes Gewicht bei.

„Was ich auch hier noch mit betreue und was mir sehr wichtig ist, das weiterhin zu betreuen, sind die Praktikanten [...], die in meinem Arbeitsbereich sind und rausgehen, um ein Praktikum zu machen, erst mal eins zu suchen, das ist schon mal der erste schwierige Schritt, so diese Überwindung, Kontakte, zu telefonieren, es fängt wirklich da an, dass äh, man muss erst mal Hilfeleistung geben, also ich spiel’, habe das oft schon durchgespielt auch mit jemand – komm, wir tun jetzt mal als wie wenn wir telefonieren – und dann wird das kurz durchgespielt, wie die sich überhaupt melden müssen am Telefon und bei vielen Leuten war es wirklich so, die können sich am Telefon nicht, also Kommunikation null, ja, das funktioniert nicht, da ist einfach eine Sperre.“ (Georg, 227-237)

Georg unterstützt die PraktikantInnen schon in der Vorbereitung, übt in Rollenspielen, wie sie sich verhalten können im Umgang mit potentiellen ArbeitgeberInnen, so dass sie diesbezüglich mit mehr Sicherheit in die reale Situation gehen können. Das soziale Umfeld, in diesem Fall die ArbeitgeberInnen, begegnen Drogenkonsumierenden häufig skeptisch und treffen in dieser Haltung auf Menschen, die selbst zumeist nur ein gering ausgeprägtes Selbstvertrauen mitbringen. Entscheidend ist sicherlich, in welchem Maß sie über Erfahrungen in Erwerbsarbeit bzw. anderen nicht drogenbezogenen Feldern verfügen, bzw. grundsätzlich in nicht drogenbezogene soziale Zusammenhänge eingebunden sind.

„Das hat was, also ich denke irgendwie, dass es so mit Selbstwertgefühlen und so zu tun hat, weil die müssen halt, weißt’, es ist klar, sie müssen die Drogenhilfe mit ins

¹⁵⁹ Allerdings absolvieren nicht alle Personen ein Praktikum.

Spiel bringen und sobald sie am Telefon schon die Drogenhilfe erwähnen, fällt in der Regel relativ schnell die Klappe.“ (Georg, 239-242)

Insofern ist es Georg ein Anliegen, auch hier zur Kräftigung des Selbstvertrauens beizutragen und den AdressatInnen ihre Stärken zu vermitteln, wie es bereits hinsichtlich der Selbstvergewisserung von Ressourcen angelegt ist (vgl. 5.3.2.3). Er versucht zu vermitteln, dass der Weg des Ausstiegs, den sie beschreiten, eine Leistung und nicht Ausdruck von Versagen ist, wie eben gängige Bewertungsmuster nahe legen. An dieser Stelle zeigt sich in seiner Orientierung erneut die Vorstellung der gesellschaftlichen Stigmatisierung von Drogenkonsumierenden in ihrer doppelten Auswirkung auf die Betroffenen selbst und auf das Umfeld. Er greift diese auf und arbeitet damit vor dem Hintergrund seiner eigenen anerkennenden Grundhaltung gegenüber den vielfältigen Kompetenzen, die er auf Seiten der KonsumentInnen ebenso wahrnimmt wie auch zu fördern sucht.

Im Interesse der AdressatInnen verbindet er die praktikumsbezogene Unterstützung auf geschickte Weise mit der Dienstleistungsdimension der Arbeitstherapie. In seiner Rolle als Hausmeister obliegt ihm die Auswahl externer Unternehmen für Instandhaltungsarbeiten an den Gebäuden. Mit solchen Betrieben unterhält er mehr oder weniger stillschweigende Abkommen bezüglich der Anstellung von PraktikantInnen aus der Einrichtung.

„Und diese Firmen, die habe ich im Prinzip in der Zwischenzeit schon verpflichtet, also das wissen die auch, wenn die von uns keine Praktikanten nehmen [...], dann kommen die hier nicht mehr rein, das ist ganz klar, also es gibt schon so, ja unter der Hand irgendwelche Abkommen oder Verträge oder so, da ist natürlich nicht was schriftlich aufgesetzt worden, auch nicht unbedingt mündlich, aber es ist so ein stillschweigendes Einvernehmen, dass das klar ist und es haben schon sehr viele Sachen geklappt.“ (Georg, 294-302)

Durch die Vernetzungsbemühungen des Mitarbeiters kommt den AdressatInnen auf dieser Ebene die Dienstleistungsfunktion der Arbeitstherapie wiederum direkt zugute. Im Interesse der AdressatInnen die unterschiedlichen Dimensionen der Arbeitstherapie miteinander zu verbinden, zeichnet insofern ein wesentliches Moment des professionelles Handelns aus und verweist insbesondere auf den Zusammenhang von *Subjekt- und Feldbezug* des Handelns.

Ähnlich wie in Bezug auf die therapeutische Dimension unterstreicht Georg die Bedeutung der *Beziehung* zu den AdressatInnen für die Beratung rund um das Praktikum.

„Wenn das Praktikum kommt, also da kann ich dann, da knüpfe ich dann an die Erfahrungen, die ich hier mit ihnen gemacht habe, knüpfe ich im Praktikum, nehme ich die Erfahrungen mit rein und sage hey, du hast das und das gemacht in dem Job die ganze Zeit, jetzt kommt dein Praktikum, du könntest das und das weitermachen, weil da und da liegen Stärken oder Schwächen oder wie auch immer oder so, das Verhältnis ist auch ein ganz anderes, die Beziehung, die man zueinander hat, ist eine ganz andere, und und und, also das ist, also so ist es eigentlich besser, finde ich, also auf der Beziehungsebene.“ (Georg, 865-872)

In der gemeinsamen Arbeit macht Georg vielfältige Erfahrungen mit den Einzelnen, lernt ihre Kompetenzen, ihre Vorlieben und Arbeitsweisen sowie ihre Schwächen und Abneigungen kennen, was ihm eine an den subjektiven Voraussetzungen und Möglichkeiten ausgerichtete Praktikumsberatung erleichtert. Dabei kommen auch informelle Kontakte mit den AdressatInnen im Alltag jenseits der konkreten Arbeitstherapie zum Tragen, vor allem dann, wenn die jeweiligen Personen erst kurze Zeit bei ihm in der Gruppe sind und er sie insofern noch nicht richtig kennt und einschätzen kann. „Ich habe die Leute eigentlich kaum gekannt, so hier vom Hof halt, vom Hallo oder mal einen Kicker miteinander spielen oder mal irgendwas miteinander schwätzen, ein Zigarettchen rauchen oder so, mehr war nicht.“ (Georg, 882-885) In der Arbeit kann auf diesen informellen Kontakten aufgebaut werden, indem ihm diese helfen, sein Bild abzurunden.

In seinem Arbeits- und Selbstverständnis verleiht Georg, wie bereits an anderer Stelle erwähnt, den informellen Kontakten im Interesse seines arbeitstherapeutischen Auftrags einen hohen Stellenwert. Anders als in der Psychotherapie, wo zwar solche Kontakte auch zum Anlass für professionelles Handeln werden, gerade auch im Zusammenhang mit dem Einzelgespräch, aber tendenziell im Blick auf die notwendige Abgrenzung zum alltäglichen Leben der AdressatInnen verhandelt werden (vgl. 5.2.9.4), scheint in dieser Perspektive gerade die *Notwendigkeit des Sich-Einlassens auf den Alltag* jenseits der pädagogisch-therapeutischen Bausteine als definierter Bestandteil professionellen Handelns auf. Die informellen Kontakte erfüllen eine wichtige Funktion, indem sie helfen, Brücken zwischen dem professionell abgegrenzten Bereich der Bausteine und dem Alltäglichen zu bauen und potentiell zur Integration getrennter Alltagswelten von MitarbeiterInnen und AdressatInnen beitragen (vgl. 5.2.7.1). Professionelles Handeln bezogen auf die pädagogisch-therapeutischen Elemente sowie bezogen auf den Alltag, wie sie als unterschiedliche Handlungsorientierungen im Rahmen sozialpädagogischer Theoriebildung hergeleitet wurden, geht insofern ineinander über und baut aufeinander auf.

Für diese Dimension der Arbeitstherapie liegen *zusammengefasst* zentrale Intentionen darin, die AdressatInnen für den Erwerbsarbeitsmarkt zu befähigen sowie in diesem Interesse Netzwerkarbeit zu leisten. Ins Zentrum der direkten Vorbereitung rückt der Erwerbsarbeitsmarkt und mit ihm die arbeitsplatzbezogene Voraussetzungen und Kompetenzen der AdressatInnen sowie das Erlernen von sozialen Kompetenzen, die für die Arbeitsuche und am Arbeitsplatz wichtig sind. Implizit kommen mit der direkten Vorbereitung für den Erwerbsarbeitsmarkt die anderen drei Dimensionen der Arbeitstherapie auch zum Tragen. Im konkreten Handeln des Mitarbeiters spielen sowohl Elemente aus der Dienstleistungs-, der Lernfeld- sowie der Therapiedimension eine Rolle. Dezentriert tritt hier jedoch das einzelne Subjekt ins Zentrum des Handelns. Zurückzuführen ist dies auf die klare Abtrennung der Vorbereitung für den Arbeitsmarkt von der Dienstleistungsfunktion. Hier geht es um die Vermittlung der Einzelnen auf dem Erwerbsarbeitsmarkt und in keiner Weise mehr um die Frage, welche Tätigkeiten für die Einrichtung vollbracht werden müssen. Gleichwohl ist dieser Handlungsbereich auch in

der Dienstleistungsfunktion verankert durch dessen Indienstnahme für die Zwecke der AdressatInnen, wie es in der Art und Weise der Organisation von Praktikumsstellen hervortritt. Insbesondere erweist sich in dem auf diese Dimension der Arbeitstherapie bezogenen Handeln erneut eine ressourcenorientierte Haltung als ausschlaggebend.

Handlungsleitend ist auf dieser Ebene professionellen Handelns erneut ein Deutungsmuster der gesellschaftlichen Stigmatisierungsprozesse, an denen Arbeitstherapie im Sinne einer Ressourcenstabilisierung, d.h. Vermittlung und Festigung von erwerbsbezogen notwendigen Kompetenzen und Fähigkeiten, ansetzt. Der Blick auf die Ressourcen, der die Wahrnehmung und Zurkenntnisnahme vielfältiger Kenntnisse und Kompetenzen auf Seiten der AdressatInnen befördert ergänzt dieses Deutungsmuster in der Praxis professionellen Handelns. Darüber hinaus bestimmt die Vorstellung einer notwendigen, konkret arbeitsbezogenen Unterstützung am Übergang aus der Drogentherapie heraus zentral das Handeln. Die Möglichkeiten der Arbeitstherapie als ökonomisch wichtigen Faktor in der Alltagswelt Drogentherapie vor diesem Hintergrund immer wieder im Interesse der AdressatInnen und ihrer Entwicklungsansprüche zu verbinden, stellt diesbezüglich ein wesentliches Anliegen dar, wenngleich hierfür begrenzte Möglichkeiten formuliert werden. Eher aus der Perspektive der Begrenztheit des Handelns hinsichtlich einer nachhaltigen Erwerbsintegration wird dieser Teil der Arbeitstherapie in seiner Relevanz für Verlauf und Resultat der Therapie zwar betont, aber gleichermaßen Änderungsbedarf angemahnt. Veränderungen beziehen sich, was diesen Punkt anbelangt, sowohl auf therapieinterne Verfahrensweisen wie auch auf politische Regulierungen im Sinne einer Verbesserung der Situation (ehemals) abhängig Drogengebrauchender auf dem Arbeitsmarkt, die aus der Arbeitstherapie heraus nicht zu beeinflussen sind.

5.4 Die Freizeittherapie

5.4.1 Freizeittherapie als Strukturierung von Zeit

5.4.1.1 Gestaltung von Freizeit im Alltag: Kontinuität und Verbindlichkeit

„Und das ist halt auch schwierig, weil also viele sagen dann auch, ja gut, also in der Musikfreizeit ist's extrem eigentlich so mit dem Proberaum, den man hier hat und den eingeschränkten Zeiten eventuell, dass die dann sagen, ja ich kann aber nicht Musik machen dienstags zwischen fünf und sieben, sondern ich habe halt Lust, morgens um sechs Musik zu machen.“ (Sigrid, 668-672)

Die AdressatInnen präferieren eine Freizeitbeschäftigung nach momentanen Interessen. Gegen dieses Lust- und Laune-Prinzip stellt die Freizeittherapie den Anspruch der Vermittlung einer festen Zeitstruktur. Ziel ist es, der Freizeitgestaltung einen beständigen Rahmen im Alltag zu geben. Insofern ist die Freizeittherapie zunächst verantwortlich dafür, eine Strukturierung des Therapiealltags zu etablieren, innerhalb derer Freizeitgestaltung einen festen Platz mit verbindlichen Terminen erhält. So beschreibt Sigrid die Geschichte der Freizeittherapie

seit Ende der 1980er Jahre als eine der zunehmenden Verankerung in den Therapiealltag durch eine feste Programmstruktur. Bis dahin gab es nur sporadisch Freizeitangebote, je nach Interesse der MitarbeiterInnen aus der Arbeits- und Psychotherapie. Die Freizeittherapie stellt insofern das jüngste pädagogisch-therapeutische Element innerhalb der Drogentherapie dar.

„Das war glaube ich nicht so als ein konstanter Punkt hier.“ (Sigrid, 2004) Der Richard hat das Ganze aufgebaut damals, der hat angefangen, hier noch Gruppen zu machen während dem Studium und hat dann, glaube ich, auch damals die Neuen-gruppe eingeführt als Sportgruppe und hat dann irgendwann die Stelle gekriegt und hat das einfach also sukzessive aufgebaut so.“ (Sigrid, 1981-1985)

Die *Programmstruktur* der Freizeittherapie bildet den äußeren zeitstrukturierenden Rahmen im Therapiealltag für die Freizeitgestaltung. Mit der verbindlichen Verortung im Therapieprogramm konkretisieren sich die auf die Zeitstruktur gerichteten Intentionen auf der allgemeinsten Ebene in der *Teilnahmeverpflichtung* der AdressatInnen.

In der konkreten Umsetzung der zeitstrukturierenden Aspekte in der Freizeittherapie erweisen sich zunächst Vorstellungen von Kontinuität und Verbindlichkeit als zentral, wenn Sigrid die Notwendigkeit des anhaltenden Trainings betont.

„Innerhalb von ja drei, vier Monaten, denke ich, kann man eine Menge lernen, wenn man ein bisschen konzentriert auch dabei bleibt.“ (Sigrid, 443f.) Wenn ich Volleyball eine Technik lernen will oder ich will's jetzt in der Bewegung lernen oder so, dann muss ich eigentlich die Übungen eine Zeit lang machen, damit mein Körper ein Gefühl dafür kriegt.“ (Sigrid, 523-526)

Es geht gerade nicht darum, mal dieses oder jenes auszuprobieren, sondern sich für einzelne Angebote zu entscheiden und sich mit den gegenstandsbezogenen Inhalten und Anforderungen konsequent auseinanderzusetzen. Zugespitzt formuliert Sigrid: „manchmal muss ich sagen, wenn du's so machst, wie ich das will, dann kannst du was lernen und dann lernt der auch was.“ (Sigrid, 1393f.)

Kontinuität und Verbindlichkeit sind außerdem relevant im Blick auf die *soziale Verortung* der Einzelnen innerhalb einer Gruppe.

„Warum muss man auch drei Monate lang und warum muss man sich abmelden oder was, was hat das für einen Sinn, einfach die Kontinuität zu wahren, also dass es für draußen – falls jemand draußen was macht –, einfach wichtig ist, dass man kontinuierlich da hinget und nicht, ich finde, die haben's hier leicht, also das ist vor der Türe, da muss man niemanden anrufen [...] aber wenn jetzt jemand in eine Gruppe geht oder so und kommt mal, kommt mal nicht, kommt mal wieder nicht und so, also dann ist er ruckzuck aus der Gruppe draußen, also solche Sachen [...] Oder einfach sich auch abzumelden also und pünktlich zu erscheinen.“ (Sigrid, 649-659)

Mit Bezug auf Gruppenaktivitäten bedarf es der Einhaltung gewisser Regeln des sozialen Umgangs. Die PartnerInnen müssen sich im gemeinschaftlichen Arrangement auf die Einzel-

nen und deren Teilnahme verlassen können. Andernfalls droht die Gefahr der Ausgrenzung aus der Freizeitgemeinschaft. Grundlegende Intentionen der Freizeittherapie als Zeitstruktur richten sich daher auf eine verlässliche und kontinuierliche Teilnahme auch vor dem Hintergrund einer längerfristigen Einbindung in einen freizeitbezogenen sozialen Kontext. Damit wird Freizeitgestaltung insbesondere als *Raum sozialen Handelns* umrissen und fokussiert auf Lernmöglichkeiten, die für den späteren Alltag der AdressatInnen relevant werden.

Freizeitgestaltung in sozialen Bezügen kann sich zumeist nicht nur als spontane Aktivität ergeben, sondern bedarf der Planung. „Es ist unrealistisch draußen, gut, du kannst joggen gehen, wenn du Bock hast, aber finde mal jemanden, der mit dir jetzt Badminton spielen geht, wenn du jetzt grade Bock hast.“ (Sigrid, 675-677) Ebenso wenig stehen entsprechende Räume unmittelbar dann zur Verfügung, wenn man spontan die Idee zu einer Beschäftigung hat, wie es Sigrid am Beispiel des Musikprobenraums ausführt. Eine kontinuierliche und verbindliche, in den Alltag integrierte Freizeitgestaltung ist hinsichtlich der Rahmenbedingungen angewiesen auf eine vorausschauende Planung. Insofern liegen die drei Aspekte *Kontinuität*, *Verbindlichkeit* und *Planung* eng beieinander und bilden die grundlegenden Gestaltungsmomente einer alltagsintegrierten Freizeitgestaltung, wie sie im Therapiealltag durch das Programm vorgegeben ist. Die Intentionen richten sich auf eine veränderte Alltagspraxis der AdressatInnen: es sollen ihnen die grundlegenden Gestaltungsmomente für die Freizeitbeschäftigung vermittelt werden, die einen gelingenderen Alltag – während und nach der Therapiephase – unterstützen. Vermittelt über die strukturierende Ordnung in der Alltagswelt Drogentherapie sollen Verhaltensmuster gelernt werden, die im Alltag nach der Therapie eine neue Alltagsstruktur begründen können.

5.4.1.2 Beschäftigung und die Strukturierung des Tagesablaufs

Grundlegend für die Dimension der Zeitstruktur ist die Intention, dem Tagesablauf Form und Inhalt zu geben. Dies basiert vor allem auf der Annahme, ungestaltete Zeit schaffe Langeweile und befördere auf Seiten der AdressatInnen Gedanken über Drogen als Vorstufe zum tatsächlichen Konsum. Damit wird ein Deutungsmuster aufgegriffen, das in ähnlicher Form auch für die Arbeitstherapie und Psychotherapie handlungsleitend ist.

„So ein Mittelding zwischen ... ich glaube, zu viel freie Zeit schadet und das ist ja auch am Wochenende, wenn dann halt nichts angeboten wird oder so, wo ich dann denke, so einerseits brauchen's die Leute auch, aber andererseits ist halt einfach auch die Gefahr, dass es langweilig wird und dann geht man halt zur Tanke oder redet sich halt heiß so irgendwie.“ (Sigrid, 1504-1508)

Die Freizeittherapie leistet in diesem Kontext einen Beitrag zur Strukturierung des Tages und bietet den AdressatInnen Beschäftigung, was implizit mit der Idee der *Rückfallprävention* verbunden ist.

In dieser Hinsicht ist zunächst das *Phasenmodell der Therapie* wesentlich. Die Neuen in der Therapie sollen anfangs durch eine höhere Zahl an Pflichtfreizeiten verstärkt in vorgegebene

Zeitstrukturen eingebunden werden. „Also die Intention damals war, also viele am Anfang, damit die Leute beschäftigt sind.“ (Sigrid, 764f.) Die Gefahr der Leere durch ungestaltete Zeit als wesentlicher Motor für Rückfallgedanken wird demnach wiederum als eine wahrgenommen, welche für die NutzerInnen zu Beginn der Therapie mächtiger wirkt. Insofern sucht die Einrichtung zu Therapiebeginn mit ihren programmatischen Vorgaben stärker in die Strukturierung des Alltags einzugreifen und reduziert die beschäftigungsfreien Zeiten, um möglichst wenig Anlässe zur Langeweile und daraus resultierendem Drogengebrauch zu bieten.

„Und die Abnahme dann eigentlich unter dem Aspekt, dass die Leute das eher freiwillig weitermachen, also dass quasi aus der Einsicht, dass einem das gut tut, quasi, dass sie dann selber mehr machen, also nicht mehr mit dem Druck jetzt, irgendwie ihr müsst drei oder vier machen.“ (Sigrid, 765-768)

Dem Phasenmodell liegt demnach nicht die Vorstellung zugrunde, Freizeitaktivität wäre im weiteren Therapieverlauf weniger wichtig – etwa hinsichtlich einer abnehmenden Drogenbelastung –, wie aus der Reduktion der Pflichtfreizeiten auch zu folgern wäre, oder etwas anderes wäre wichtiger, so dass weniger Zeit für die Freizeittherapie bliebe. Vielmehr wird davon ausgegangen, die NutzerInnen führen das ihnen zu Beginn Vorgegebene aus eigener Motivation und Einsicht heraus fort. Sie entwickeln zunehmend Einsicht in die Notwendigkeit und den Sinn der Freizeitbetätigung und gewinnen daran Gefallen, so die zugrundeliegende Idee. Zudem lernen sie mittels der pädagogisch-therapeutischen Unterstützung erst (wieder) einen Zugang zur eigenen Freizeitbeschäftigung, was anfangs durch eine höhere Zahl an Pflichtfreizeiten unterstützt werden muss. Was also zuerst durch die Programmvorgabe strukturiert wird, soll zunehmend selbstbestimmt übernommen werden. In diesem Sinne bildet sich die angenommene Entwicklung der NutzerInnen hin zum selbstverantwortlichen Handeln allgemein in dem gestaffelten Pflichtprogramm der Freizeittherapie ab. Eine Orientierung an der programmatisch gestalteten Gruppenstruktur ersetzt hier gleichsam eine stärkere Berücksichtigung des subjektiven Standorts der AdressatInnen, vor deren Hintergrund etwa auszuhandeln wäre, welche Aktivitäten in welchem Umfang für die Einzelnen vor dem Hintergrund ihrer konkreten Ausgangslage und ihrer Erwartungen hilfreich ist.

Die *Gestaltung der freien Zeit*, d.h. der vom pädagogisch-therapeutischen Programm nicht ausgefüllten Zeit bleibt den NutzerInnen selbst überlassen. Infolge der phasenbezogenen Gestaltung des Therapieverlaufs stellt sich diese je nach individueller Therapiephase unterschiedlich dar. Parallel zur Verringerung der Pflichtfreizeiten nimmt die räumliche Selbstbestimmung zu. Infolgedessen können die schon länger Anwesenden auf freiwilliger Basis weitere Programmfreizeiten wahrnehmen oder aber die Zeit anderweitig, vor allem auch außerhalb der Einrichtung alleine verbringen. Vor diesem Hintergrund kann die im Phasenmodell angelegte höhere Aktivität in der geregelten pädagogisch-therapeutisch angeleiteten Programmfreizeit auch als Ausgleich zur eingeschränkten räumlichen Bewegungsfreiheit am Therapieanfang betrachtet werden, freilich auf einem geringeren Niveau der Selbstbestimmung.

Hinsichtlich der Gestaltung der freien Zeit entwickelt Sigrid verschiedene Überlegungen. So gibt es Bestrebungen aus der Freizeittherapie heraus, auch am Wochenende Angebote zu unterbreiten. Dies erscheint jedoch insofern kritisch, weil dadurch die Reglementierung des Alltags fortgeschrieben wäre und den AdressatInnen kaum freie Zeit bliebe – die ‚freie Zeit‘ letztlich keine freie mehr wäre. Dagegen bleibt der Charakter der Frei-Zeit gewahrt, wenn sich Sigrid während ihres Wochenenddienstes zwanglos als Badmintonpartnerin anbietet und sich auf diese Weise auch in das alltägliche Geschehen jenseits der Bausteine professionell handelnd einbringt. Nur wenige haben allerdings Interesse an dem gemeinsamen Spiel, so die Wahrnehmung der Mitarbeiterin, oder es wird gleich zu einem organisierten Ausflug mit einer größeren Gruppe, was wiederum nicht den Bedürfnissen der Mitarbeiterin entspricht. „Und auch wenn ich hier im Dienst bin und will mal Badminton spielen oder so, das sind dann zwei, drei Hansel [...] just for fun halt, und wenn man dann sagt, man fährt an den Baggersee oder was, dann hat man die ganze Meute am Hals.“ (Sigrid, 1511-1515)

Ferner sind gemeinsame Aktivitäten der Therapiefortgeschrittenen mit neuen AdressatInnen möglich. Für die Neuen erweitert dies ihre Bewegungsfreiheit, weil sie gemeinsam mit den Therapiefortgeschrittenen auch die Einrichtung verlassen dürfen. Indem die bereits länger Anwesenden für das regelkonforme Verhalten ihrer ‚Schützlinge‘ zuständig sind, übernehmen sie Verantwortung innerhalb der Therapiegruppe. Dies folgt wesentlichen Grundgedanken der Therapeutischen Gemeinschaft (vgl. 2.1.4.2, 2.1.4.3) und kann vor allem hinsichtlich der von den MitarbeiterInnen erwarteten Übernahme der Hausphilosophie (vgl. 5.2.7.4) durch die AdressatInnen betrachtet werden. Wie Sigrid beklagt, nutzen die AdressatInnen die Möglichkeit des begleiteten Ausgangs kaum, was in erster Linie auf eine Interessenkollision bei den im Therapieprozess fortgeschrittenen NutzerInnen zurückzuführen ist: Nun haben sie endlich mehr Freiheiten für sich erreicht, also z.B. das Recht, alleine in die Stadt gehen zu können, und sollen sich schon wieder in der Verantwortungsübernahme für die Neuen beschränken. Die ehemalige Verpflichtung der Gruppenverantwortlichen, das sind die von jeder Wohngruppe gewählten GruppenvertreterInnen (vgl. 5.1), zur Ausarbeitung eines gemeinsamen Freizeitprogramms für die neuen BewohnerInnen wurde schon vor längerer Zeit eingestellt. Insofern verdeutlicht das hier angesprochene Beispiel der gemeinsamen Freizeitgestaltung von neu und bereits länger Anwesenden auch die Schwierigkeiten, eine solche gestufte Verantwortungsübernahme tatsächlich kontinuierlich umzusetzen. Sie bedarf offenbar der unterstützenden und vermittelnden Interventionen durch die Professionellen und wird kaum gleichsam automatisch von den AdressatInnen übernommen.

So kann konstatiert werden, es gibt verschiedene Versuche von Seiten der Einrichtung, *direkt* bzw. *indirekt* auf die Gestaltung der Frei-Zeit der AdressatInnen Einfluss zu nehmen, die allerdings im Alltag nicht im intendierten Maße wirksam werden. Die zwanglosen Unternehmungen von MitarbeiterInnen und AdressatInnen bzw. der AdressatInnen untereinander finden kaum Anklang und Maßnahmen mit Pflichtcharakter, wie weitere Angebote der Freizeittherapie oder der Gruppenverantwortlichen, wurden im Dienste einer verringerten Alltagsreg-

lementierung eingestellt. Folglich verbleibt die Gestaltung der freien Zeit weitgehend in der Initiative der Einzelnen, jenseits professionell handelnder Initiative.

Das Thema der Gestaltung von freier Zeit in Verantwortung der AdressatInnen selbst changiert als Frage nach dem Maß der Reglementierung des Alltags zwischen den Polen von *Freiwilligkeit* und *Verpflichtung*. Einerseits sieht Sigrid hierauf bezogen die Notwendigkeit von frei gestaltbaren Zeitelementen; gleichzeitig nimmt sie die AdressatInnen in der Nutzung dieser Zeit kaum produktiv wahr, so dass diese Phasen insbesondere in ihrem Potential als Rückfallgefahren betrachtet werden. Was das Maß an Strukturierungsvorgaben anbelangt, vermittelt Sigrid insgesamt eher ein Bild, als setze sie auf ein festes und strukturgebendes Regelwerk. „Also von den Leuten wird immer noch mehr Freiheit gefordert für Stadtgänge oder so was, aber also ich finde es erst mal wichtig, das Programm zu erfüllen und dann in die Stadt zu gehen.“ (Sigrid, 1498-1500)

Die Priorisierung eines weitgehend reglementierten, strukturgebenden Therapiealltags findet sich auch in einem Aspekt, der als ‚*Dichte des Programms*‘ gefasst werden kann. „Also es gibt halt den Plan von dem her, wie’s strukturiert ist, also halt da und da ist die Gruppentherapie und da und da ist AT und die Leute sind zugeteilt, also das ist eigentlich das verbindende.“ (Sigrid, 1252-1254) Das Programm setzt sich zusammen aus den festen Terminen der Gruppen- und Arbeitstherapie für jede Wohngruppe. Die Freizeittherapie, die in diesem Zusammenhang unerwähnt bleibt, ordnet sich in diesen Rahmen für die Einzelnen entsprechend ihrer Wahl ein. Sie lässt sich nur individuell, nicht adressatenübergreifend in einem Wochenplan verorten. Das Rahmenprogramm aller Bausteine bildet gleichsam die grundlegende Strukturierungsvorgabe im Therapiealltag im Sinne der Idee des Normalarbeitstags (vgl. 5.3.2.6), in der nunmehr die strukturierende Ordnung von Arbeit und Freizeit im Wechsel betont wird.

„Das war auch das mit dem Praktikum, wo die angefangen haben, dass die da teilweise gar nichts mehr gemacht haben und auch den Zusammenhang halt einfach nicht so gesehen haben, dass wenn ich kaputt bin abends und komme heim, dass ich eigentlich noch was brauche.“ (Sigrid, 781-784)

Die Freizeittherapie steht für das notwendige Pendant zur Arbeit mit ihren Anforderungen im Alltag und bildet sozusagen hierzu einen Ausgleich. Dies bildet sich im gesamten Therapiealltag ab mittels der Gliederung von Arbeits-, Psycho- und Freizeittherapie, in der sich die Ordnung von Arbeitszeit und Freizeit ausdrückt. Die Freizeittherapie nimmt in diesem Gefüge gleichwohl eine besondere Stellung ein. Sie ist Bestandteil des Pflichtprogramms im Sinne eines abgegrenzten pädagogisch-therapeutischen Handlungszusammenhangs und hat daher *Arbeitscharakter* wie die beiden anderen Bausteine auch. Vor diesem Hintergrund verbinden sich mit der Freizeittherapie ebenso Anforderungen an die AdressatInnen, sich anzustrengen und mit derselben gebotenen Ernsthaftigkeit wie in der Arbeits- oder Psychotherapie, die Zeit der Freizeittherapie für ihre Lern- und Entwicklungsprozesse zu nutzen. Zugleich präsentiert sich Freizeittherapie in ihrem *Freizeitcharakter*, indem sie die Beschäftigung als Ausgleich

zur Arbeitszeit anbietet. Auch ihre zeitliche Positionierung nach der Arbeits- und Psychotherapie im Tagesverlauf, also nach ‚getaner Arbeit‘ sowie ihr inhaltlicher Fokus auf die freie Zeit im Alltag und die Vermittlung von Beschäftigungsfeldern unterstreichen den Freizeitcharakter des Bausteins. In gewisser Weise negiert damit die Freizeittherapie ihren Charakter als Arbeitszeit. Ausschlaggebend für die Freizeittherapie ist mithin dieser *Doppelcharakter als pädagogisch-therapeutisches Programmelement* und als *Freizeitgestaltung im Therapiealltag*.

Hier wird ein Grunddilemma der Freizeittherapie sichtbar, wie es sich auch schon im Kontext der Frage um die ungestaltete Frei-Zeit angedeutet hat. Die Verbindung von Freizeit als frei zu gestaltender Zeit einerseits und die Verpflichtung zur Freizeit andererseits basiert auf einer impliziten *Paradoxie*, indem Freizeit prinzipiell assoziiert ist mit Freiwilligkeit und eben nicht mit Pflicht. Professionelles Handeln in der Freizeittherapie rekurriert in ihrer dargestellten Doppelgestalt auf beide Aspekte gleichermaßen. Das in der Drogentherapie auf unterschiedlichen Ebenen zentrale und häufig polarisiert wahrnehmbare Thema von Freiwilligkeit und Pflicht stellt sich in diesem pädagogisch-therapeutischen Element folglich in schärferer Weise als ein dem Handeln inhärenter Widerspruch dar. Dieser präsentiert sich insbesondere in der ambivalenten Konstruktion von Freizeitgestaltung als Pflichtübung, die den Freiwilligkeitsaspekten und den Spaß- und Genussaspekten in dem, wie freie Zeit individuell gestaltet werden kann, tendenziell zuwiderläuft. Weniger problematisch erscheint es, in der Arbeitstherapie die Pflicht zu arbeiten als solche auszuweisen und einzufordern, wenngleich auch dort, wie gezeigt wurde, vielfältige Formen des Unterstützens, Einforderns bis hin zu sanktionierenden Interventionen das professionelle Handeln prägen. Anzunehmen ist gleichwohl, dass die Forderung einer pünktlichen und kontinuierlichen Beteiligung auch im Hinblick auf die Notwendigkeiten von Planung, Organisation und Durchführung der zu erledigenden Arbeiten (vgl. 5.3.2.5, 5.3.2.6) leichter zu begründen und zu vermitteln ist als die ‚Pflicht zur Freizeitbeschäftigung‘. Etwa der Zusammenhang von Kontinuität, Verbindlichkeit und Planung der Freizeitaktivität, wie er neben weiteren Aspekten das professionelle Handeln bezogen auf die Dimension der Zeitstruktur prägt (vgl. 5.4.1.1), wird letztlich für die AdressatInnen erst nach dem Therapieaufenthalt relevant. In der Alltagswelt Drogentherapie hingegen muss nichts geplant werden, denn die Gruppen konstituieren sich programmatisch. Die Einbindung der Freizeittherapie ins Gesamtsetting, welche sie im Alltag nach der Arbeits- und Psychotherapie verortet, unterstützt diese Problematik. Zum einen deshalb, weil dies strukturell ihre Nachrangigkeit vermittelt und zum anderen, weil dadurch die AdressatInnen einfach schon ermüdet und weniger aufnahmefähig sind. In der Freizeittherapie konkretisiert sich professionelles Handeln mithin in dieser wesentlichen Paradoxie von Freiwilligkeit und Pflicht.

Die *Dichte des Programms* im Alltag entfaltet in einer weiteren Perspektive ihre Bedeutung, nämlich im Sinne eines die NutzerInnen gleichermaßen *integrierenden* wie auch *selektierenden* Elements.

„Ja, also es gibt, also es schafft glaube ich niemand, also hier unmotiviert durchzugehen, die brechen dann irgendwann ab oder nehmen Drogen, also das geht glaube

ich nicht [...] also gut, wir haben auch früher Leute durchgezogen, die halt irgendwie dann keine Freizeiten gemacht haben und zu nichts Bock, aber da würde ich jetzt eher wieder einen Strich ziehen, jetzt, also das schafft keiner hier. Auch wenn jemand sagt, also er läuft hier durch, er macht keine Therapie, da passiert zuviel, also auch im Drumherum, im Zusammenleben, in den Gruppen, in der AT, also die können sich nicht rausziehen und irgendwann gehen sie halt dann oder es wechselt halt, dass sie dann plötzlich irgendwie an irgendwas Gefallen finden.“ (Sigrid, 1844-1854)

Der Dichte des Programms kann sich niemand entziehen: Entweder die Einzelnen lassen sich darauf ein und integrieren sich in das Therapiegeschehen oder sie werden irgendwann die Therapie selbst vorzeitig abbrechen, wobei angedeutet ist, dass auch das *Regelwerk* und vor allem der konsequente *Umgang mit Regelverletzungen* durch die MitarbeiterInnen in diesem Zusammenhang bedeutsam sind. Für die Dimension der Zeitstruktur heißt dies, die Reglementierung des Therapiealltags mittels Strukturierungsvorgaben muss unterstützt werden durch die Art des Umgangs mit den damit verbundenen Regeln. Die Vorgabe einer bestimmten Anzahl von zu belegenden Pflichtfreizeiten an sich sagt noch nichts aus, wie dann im Detail etwa die mangelhafte Teilnahme an dem Programm gewertet wird und wie die MitarbeiterInnen darauf reagieren. Diesbezüglich vertritt Sigrid einen konsequenten Umgang mit unzureichender Beteiligung, der auch Sanktionen einschließt, um eine überschaubare Struktur und vor allem ein deutliches Profil der Anforderungen an die AdressatInnen herauszustellen. „Für mich ist schon wichtig irgendwie ‘ne, ja eine gewisse Struktur von der Einrichtung und die vermisste ich eigentlich immer, also so es gibt das oder das hat das Profil oder so.“ (Sigrid, 1372-1374)

Im Zusammenhang mit dem Anliegen der Zeitstrukturierung durch die und in der Freizeittherapie scheinen unterschiedliche handlungsleitende Deutungsmuster auf, die in einem inneren Zusammenhang stehen. Eine regelmäßige, in den Alltag integrierte Freizeitgestaltung erweist sich in Verbindung mit der Vermeidung von drogengebrauchsfördernder Langeweile zunächst als zentrale Idee. Eng bezogen auf dieses Integrationsmuster lassen sich Normalitätsvorstellungen der Ordnung von Arbeit und Freizeit als orientierungsgebend ausdifferenzieren, die eine geregelte Erwerbsarbeit kombiniert mit ausgleichender Freizeitgestaltung beinhalten. Verbunden ist damit die Intention, den Zusammenhang von Leere, Beschäftigungsmangel und Rückfallgefahr durch Struktur und Beschäftigung aufzubrechen. Die Vorstellung einer sich entwickelnden Einsicht der AdressatInnen in die Bedeutung der Freizeitgestaltung und einer daraus entstehenden selbstverantwortlichen Übernahme der anfänglichen Verpflichtungen erweist sich darüber hinaus als zentral handlungsleitend. Insofern zielen die Intentionen auf die Entwicklung einer integrierten Freizeitpraxis, die einen Beitrag zur Rückfallprävention leistet – bezogen auf den aktuellen Therapiealltag wie auch auf den zukünftigen Alltag der NutzerInnen.

5.4.2 Sinnhafte Beschäftigung anstelle passiver Konsumorientierung

Wenngleich in Bezug auf die Freizeit als Zeitstruktur die Beschäftigung an sich als wesentlicher Aspekt herausgearbeitet wurde, bleibt dies, ähnlich wie in der Arbeitstherapie, nur ein erster Schritt.

„Die meisten sehen hier die Freizeitgestaltung darin, in Beschäftigung und deswegen ist es auch manchmal schwierig dann zu verkaufen, warum will ich ihnen was beibringen, also weil sie sehen nur, also ich muss halt da hingehen und da tu' ich halt was und dann bin ich beschäftigt und dann kann ich wieder irgendwie in mein Bett liegen.“ (Sigrid, 579-583)

Zunächst ist erneut die von der Mitarbeiterin wahrgenommene Vorstellung der AdressatInnen eines unverbindlichen und planlosen Freizeithandelns angesprochen. In dieser Haltung verstehen die AdressatInnen offenbar allzu gerne die Freizeittherapie als eine ‚Beschäftigungsagentur‘ ohne Plan und Ziel, wie sie sich im Arbeits- und Selbstverständnis der interviewten Mitarbeiterin gerade nicht präsentiert. Insofern impliziert hier der Begriff ‚verkaufen‘ eine intendierte Korrektur der Erwartungen im Hinblick auf die tatsächlichen Anliegen der Freizeittherapie. Des Weiteren soll den NutzerInnen etwas beigebracht werden. Beibringen kann in dieser Verbindung gelesen werden als die Intention, sinnvolle Beschäftigungsformen zu vermitteln. Somit wird die Zeitstrukturdimension der Beschäftigung um eine *inhaltliche Komponente* erweitert.

Abgesehen von wenigen Ausnahmen folgt die selbstverantwortlich gestaltete Freizeitpraxis der AdressatInnen überwiegend passiven Mustern.

„Ja. Musik hören, Billard spielen, also es gibt – gut, also das finde ich ganz gut das mit dem Billard spielen und also Tischkicker wird viel gespielt, dann gibt's auch immer welche, die spielen auch Tischtennis so oder machen Krafttraining und dann läuft halt glaube ich schon viel, zusammensitzen so, also in Grüppchen halt, dann auch viel über Drogen reden sicherlich und Musik hören, Fernsehgucken, Video gucken ist wirklich der Hit und schlafen, die schlafen unendlich viel und sind alle gestresst vom Therapieprogramm. Und manche machen's dann wirklich hart irgendwie, in der Neuengruppe, dann machen sie Kajak und dann gehen sich auch noch ins Volleyball, also solche gibt's dann auch, die sich wirklich den Tag zudröhnen dann.“ (Sigrid, 1484-1492)

Ziel der Freizeittherapie ist daran anknüpfend, den AdressatInnen zu vermitteln, wie sie die Freizeit mit neuen Inhalten füllen und dabei auch das richtige Maß zwischen Anstrengung und Erholung für sich finden können. Also etwa nicht nur Fernsehen, Musik hören, schlafen oder reden, sondern sich aktive Gestaltungsformen aneignen, wie sie ansatzweise von der Mitarbeiterin im Billardspiel, im Krafttraining und im Tischtennis gesehen werden. Es geht nicht nur um reines Beschäftigen, zumal konzentriert auf konsumtive Gestaltungsformen, sondern handlungsleitend wird hier die Überzeugung, dass es sinnhafter Beschäftigungsfor-

men und -inhalte bedarf, um den Alltag jenseits der Beschäftigung mit Drogenkonsum zu bewältigen.

Als *sinnhaft* fasst Sigrid daher prinzipiell *aktive Gestaltungsformen* anstelle von passiven, welche die AdressatInnen selbst bevorzugen. „Dieser Aspekt einer passiven Freizeitgestaltung in Form von Videos oder so, das geht einfach in die Hose irgendwann.“ (Sigrid, 784f.) Eine weitgehend passive Form der Freizeitbeschäftigung führt über kurz oder lang zum Misserfolg. Vor dem Hintergrund der Betonung von Kontinuität und Planung als Grundbedingung einer integrierten und regelmäßigen Freizeitgestaltung im Gegensatz zum Lust- und Laune-Prinzip meint Misserfolg und Scheitern in diesem Zusammenhang die Verhinderung einer längerfristig und kontinuierlich im Alltag verankerten Freizeitbeschäftigung. Vielmehr dominiert eine Freizeitgestaltung nach der Willkür des Lust- und Laune-Prinzips, die keinem weiteren Ziel folgt als dem der planlosen, konsumorientierten Beschäftigung mit kurzfristigem und zufälligem Charakter. Freizeitgestaltung erhält dabei erneut keinen angemessenen Platz im Alltag. In Verbindung mit dem Deutungsmuster von passiver Beschäftigung und der ihr innewohnenden Affinität zu Alkohol- und Drogenkonsum kann Misserfolg weiterhin im erneuten Drogenkonsum gesehen werden. Mehr Wirksamkeit im Blick auf einen drogenfreien Alltag verspricht dagegen eine aktiv gestaltete, organisierte Freizeit. Insofern beruht eine sinnhafte Freizeitbeschäftigung wiederum auf den Aspekten der Planung, Kontinuität und Verbindlichkeit. Ohne diese Form der Strukturierung läuft der alleinige Anspruch auf Beschäftigung schnell ins Leere, weil die passiven Formen naheliegender sind und aktive Gestaltungsformen verdrängen. In diesem Sinne möchte Freizeittherapie zu sinnhaften, also aktiven Beschäftigungsformen anleiten.

Zusammengefasst lässt sich in Bezug auf die Dimension der Zeitstruktur ein weiteres handlungsleitendes Deutungsmuster ausmachen, das die aktive und ausgewogene Betätigungen als eine tragfähige Grundlage der langfristigen, alltagsintegrierten Freizeitgestaltung annimmt. Die AdressatInnen zu solchen Betätigungen zu aktivieren und zu motivieren, steht diesbezüglich im Zentrum professionellen Handelns.

5.4.3 Freizeittherapie als Lern- und Erfahrungsfeld: die Herstellung von Entwicklungsräumen

Sigrid beschreibt in ihrer Arbeit zentrale Elemente, die sich kennzeichnen lassen als ein Herstellen von Räumen der Entwicklung auf unterschiedlichen Ebenen. Einen Überblick darüber veranschaulicht sie in der Formulierung dessen, was die AdressatInnen erreichen können, was sie als Mitarbeiterin mit ihnen erreichen möchte und was sie als „Minimalziele“ (Sigrid, 440) ihrer Arbeit betrachtet.

„Also so, also für mich ist in der Freizeit schon wichtig, dass die Klienten erfahren, dass sie was lernen können, also innerhalb von ja drei, vier Monaten, denke ich, kann man eine Menge lernen, wenn man ein bisschen konzentriert auch dabei bleibt, es ist dann eher das Problem und das andere, also für mich geht's eher darum, dass

die in dem Moment, wo sie's tun, vielleicht ihren Spaß dran haben und vielleicht später mal, wenn sie draußen sind oder so, dann in schwierigen Situationen dann merken, hoppla, ich habe da mal getrommelt, das war eigentlich ganz toll, sollte ich vielleicht mal wieder anfangen so, also das ist so für mich eher den Moment genießen und in dem Moment auch spüren lassen, dass da Veränderung stattgefunden hat und dass es irgendwie Spaß macht und ja, dass man was dazulernt, das sind ja eigentlich so meine Ziele.“ (Sigrid, 442-451)

Im Hinblick auf diese Minimalziele lassen sich unterschiedlich gelagerte Entwicklungsräume ausdifferenzieren, auf die sich professionelles Handeln richtet, nämlich bezogen auf die Erweiterung subjektiver Horizonte (5.4.3.1), auf das Entdecken und Erfahren subjektiver Entwicklungspotentiale (5.4.3.2), auf das Erleben von Leistungszuwachs in kollektiven Arrangements (5.4.3.3) sowie bezogen auf Spaßerleben und Genuss (5.4.3.4), die im Folgenden hinsichtlich ihrer spezifischen Konkretisierungen erörtert werden sollen.

5.4.3.1 *Horizonte erweitern*

In der Freizeittherapie können die AdressatInnen konkret Entwicklungsschritte am eigenen Leib spüren und dadurch ihre persönlichen Möglichkeiten und Kapazitäten des Lernens erfahren. So richtet sich freizeittherapeutisches Handeln zunächst darauf, mit den AdressatInnen neue Erlebnisbereiche zu erschließen bzw. an bereits bekannte und möglicherweise verschüttete Felder anzuknüpfen. Das Neue rückt Sigrid allerdings in den Mittelpunkt und äußert sich kritisch gegenüber dem Anknüpfen an Vertrautem. Das Bekannte erscheint vielmehr als eine gewisse Einschränkung des Handelns, die innerhalb der Freizeittherapie überschritten werden sollte. „Es ist schon eher so, dass viele Leute halt das machen, was sie eh' schon gemacht haben, und sich eher schwer tun, was Neues auszuprobieren, so. Also wenn jemand schon gekickt hat, dann geht er halt wieder ins Fußball, weil das kennt er schon.“ (Sigrid, 171-174)

Zugleich schätzt Sigrid das bisherige Freizeitengagement der AdressatInnen tendenziell als eingeschränkt ein und sieht diesbezüglich nur geringe Kompetenzen. Eher ist sie selbst erstaunt über bisherige sportliche Aktivitäten der AdressatInnen.

„Da gibt's ja wirklich auch manche, die so, was weiß ich, mal in der württembergischen Auswahl oder Kader irgendwo was gemacht haben oder Bogenschießenmeister, also das haben wir alles schon gehabt, oder dann mit Ballett viel, also manchmal muss ich mich auch wundern, was die alles schon, schon gemacht haben, oder Skifahrer, Rennfahrer.“ (Sigrid, 636-640)

Trotz dieser gegenläufigen Wahrnehmung von vorhandenen Ressourcen im Sinne von sportlichen Fähigkeiten und Kenntnissen orientiert sich Sigrid in ihrem Handeln vorrangig an der auch wahrnehmbaren gering ausgeprägten, kaum aktivitäts- bzw. kreativitätsorientierten Freizeitpraxis der DrogenkonsumentInnen. Insofern offenbart sich wenig in der Vergangenheit an Ressourcen und Kompetenzen im Sinne des subjektiven Standorts, an die professionell handelnd angeknüpft werden könnte. Stattdessen will Sigrid Impulse setzen, aktivieren und in-

haltliche Anregungen zu einer neuen und veränderten Praxis geben. Unterstützt wird dieses Anliegen durch das Phasenmodell der Therapie, indem die anfängliche Verpflichtung zu vier Freizeitangeboten ein Experimentieren begünstigt. „Die vierte war immer, das war auch der Vorteil vielleicht, weil sie einfach was ausprobieren mussten.“ (Sigrid, 805f.) Indem Sigrid sich daran orientiert, dass potentiell jede/r in einem neuen Bereich etwas lernen kann, erhält die Intention, *Neues zu erfahren* an sich eine Geltung. Unabhängig vom momentanen Kenntnisstand oder den momentanen Interessen der Einzelnen – so die zentrale Idee – erweitert das Neue und Unbekannte die Horizonte hinsichtlich des verfügbaren Spektrums an Freizeitbetätigungen und schafft so Grundlagen für subjektive Entwicklungspotentiale.

Die Intention, neue Freizeitinhalte zu erschließen, erfährt hinsichtlich *geschlechtsspezifischer Wahlmuster* allerdings Grenzen. Männer wählen offenkundig vorrangig sportliche Betätigungen und zumeist solche, die sie bereits kennen. Kreative Felder gelten tendenziell als ‚unmännlich‘ und werden in der Regel Frauen zugeschrieben oder aber mit Homosexualität assoziiert.

„Es gibt schon so, also dass die Jungen schon eher sportmäßig engagiert sind, und dann gibt’s halt welche auch, die verletzt sind und dann eher kreativ oder manche, die wirklich so kreativ ihren Schwerpunkt haben, wobei manchmal auch dann so ein Argument kommt, ich mal doch keine Schwulentücher oder so, also es wird schon diese, also Malen und Gestalten oder so, das wird schon eher in die Frauen-Richtung geschoben oder mit dem Tanz damals, da war’s auch sehr schwer, irgendwie einen Mann da reinzukriegen, also das war dann eher so Frauenarbeit.“ (Sigrid, 733-739)

Dagegen fallen Frauen durch größeren Abwechslungsreichtum in ihren Wahlmustern auf.

„Also nein, nicht unbedingt, also die gehen halt, also Fußball ist, da gibt’s wenig Frauen, die da hingehen, ansonsten machen die Frauen eigentlich schon auch eher alles mit, also die sind eher vielleicht so gemischt auch, dass sie eine kreative und zwei Sport-Freizeiten oder eine Sport und zwei kreative, also die sind oftmals vielfältiger einfach wie die Männer da.“ (Sigrid, 755-759)

Was demnach die geschlechterdifferenzierende Betrachtung der Wahlmuster anbelangt, so schneiden die Frauen deutlich unkonventioneller und ideenreicher als ihre männlichen Kollegen ab. Die Potentiale zur Erweiterung der Horizonte sind demnach zunächst geschlechtsspezifisch unterschiedlich verteilt. Gleichwohl offenbart sich auch ein Feld hierarchischer Geschlechterverhältnisse, innerhalb dessen, binären Geschlechtercodes folgend, den Frauen zugeschriebene Bereiche von den männlichen Adressaten abgewertet werden.

5.4.3.2 Subjektive Entwicklungspotentiale entdecken und erfahren

Im Blick auf die subjektiven Entwicklungspotentiale erweist sich wiederum die Verankerung in einer geordneten Zeitstruktur als eine notwendige Voraussetzung für die Herstellung von Entwicklungsräumen, indem nur auf der Basis eines kontinuierlichen und konzentrierten

Übens überhaupt Entwicklung zu erwarten ist. Man muss etwa die Bewegungen lernen und der Körper muss erst ein Gefühl dafür ausbilden (vgl. 5.4.1.1).

Der Entwicklungsraum Freizeittherapie, wie er von Sigrid auf dieser Ebene als Raum des Wachstums und des Lernens entworfen wird, zielt auf die Entfaltung der individuellen Fertigkeiten. Angesprochen ist damit fürs Erste das subjektive Erleben der Einzelnen, also die Entwicklung des entsprechenden Körpergefühls in der sportlichen Betätigung und die Wahrnehmung der eigenen Verbesserung. Darin zielt professionelles Handeln auch auf die Stärkung des Zutrauens in die eigenen Fähigkeiten, insbesondere vor dem Hintergrund der Annahme einer bisher gering ausgeprägten und eher passiv-konsumtiv orientierten Freizeitpraxis. Die subjektive Erfahrung der Entwicklung im leibhaftigen Spüren des persönlichen Wachstums – sozusagen das Erfolgserlebnis – bedarf allerdings auch der persönlichen Anstrengung des Dabeibleibens und Durchhaltens, was durchaus einhergeht mit der Erfahrung eigener Grenzen, d.h. körperlicher und psychischer Grenzen, die im Dienste weiterer Entwicklung immer wieder auf's Neue auszuweiten sind. „Dass ich dann Übungen machen muss oder dass ich dann halt auch mal mich anstrengen muss oder dass ich hinterher müde bin und nichts mehr tun kann, also solche Sachen oder mal konzentriert wirklich was durchhalten muss.“ (Sigrid, 520-522)

5.4.3.3 Leistungszuwachs im Kontext kollektiver Arrangements

Über das subjektive Erleben hinaus ist in dem dargestellten Zusammenhang die kollektive Seite der gemeinsamen Aktivität ebenso anvisiert. Bei näherer Betrachtung gewinnt in dieser Perspektive der Faktor Leistung in der Freizeittherapie an Wert. Die Rede ist dann nicht mehr nur von den subjektiven Fähigkeiten, unabhängig vom Niveau, sondern ins Zentrum rücken die Einzelnen innerhalb des kollektiven Arrangements. Beispielsweise können im Volleyball nur bedingt unterschiedliche individuelle Leistungsniveaus in das gemeinsame Spiel integriert werden, wie es Sigrid hinsichtlich der Integration von neuen MitspielerInnen beschreibt.

„Weil da Leute gut spielen können und die sagen dann, der kann ja nicht mal spielen und die, die schlechter spielen, die werden halt umspielt auch, dass sie gar nicht dazukommen und da muss man dann auch immer drauf hinweisen und sagen, ja, wenn ihr sie umspielt, dann kommen die nie zum Spielen, also aber das sind auch die Schwierigkeiten, wo manchmal also die Gruppe dann wirklich auseinander bricht und man fängt wieder von vorne an, weil die Guten einfach gehen, denen ist's zu langweilig, was ich auch verstehen kann.“ (Sigrid, 558-565)

Was also in der Orientierung am Subjekt als eine leistungsunabhängige und eher offene Entwicklungsperspektive formuliert ist, erhält im Blick auf das Kollektiv deutlicher den Fokus der Leistungssteigerung im Sinne einer besseren und sich angleichenden Qualifikation. Insofern konkurriert mit der offenen Entwicklungsperspektive durchaus eine klare Zielvorgabe, die auf Leistung und Anstrengung fokussiert und ein gutes Zusammenspiel zum Maßstab erklärt. Der Widerspruch von *Freiwilligkeit* und *Pflicht* scheint hier in einer neu gelagerten

Weise auf, nämlich in dem Verhältnis von einerseits Leistung und Anstrengung sowie andererseits dem bloßen Spiel, in dem es primär um den gemeinsam erlebten Spaß geht. Sich in diesen unterschiedlichen Bezügen zu bewegen und diesen im Rahmen der unterschiedlichen Aktivitäten einen Platz einzuräumen, kennzeichnet auf dieser Ebene die Herausforderungen professionellen Handelns. Unterschiedliche Perspektiven müssen miteinander verbunden werden, um den Einzelnen wie der Gruppe gerecht zu werden. Freizeittherapeutisches Handeln bedeutet auch, zwischen den unterschiedlichen Niveaus zu vermitteln, also gegebenenfalls die einen anzuspornen und zu aktivieren und die anderen zur Geduld und Rücksichtnahme zu ermahnen und so einen *Ausgleich* zwischen unterschiedlichen Leistungsniveaus und unterschiedlichen subjektiven Ansprüchen herzustellen.

Leistung und Anstrengung im kollektiven Arrangement, auch bezogen darauf, die immer wieder spürbaren Grenzen zu überwinden und darüber vermittelt die psychisch-emotionale Befindlichkeit positiv zu beeinflussen, steht ferner in engem Zusammenhang mit der Bedeutung solcher Betätigung hinsichtlich veränderter Formen des Bewältigungshandelns. Sigrid spricht diesbezüglich von einem Teil der Lebensgestaltung, der dazu beitragen kann, „einfach schlechte Phasen zu überwinden,“ (Sigrid, 577f.) ohne dass sich Drogengedanken und Drogengebrauch in den Vordergrund drängen. Dieser Zusammenhang ist auch für den nächsten zu erörternden Aspekt des Entwicklungsraums Freizeittherapie von zentraler Bedeutung.

5.4.3.4 Spaß erleben, Genuss und Alltagsbewältigung

Ein weiteres wesentliches Element der Freizeittherapie als Raum der Entwicklung liegt im Erlebnis von Spaß und Wohlgefühl. Jenseits der Steigerung von Fertigkeiten und Leistungen rücken Freude und Vergnügen sowie die Lust am momentanen Tun in den Vordergrund. Assoziieren ließen sich Bilder von Kurzweil, Zeitvertreib und Spielerei, eben Genuss im Moment, ohne danach zu fragen, was jemand können oder lernen muss. Spaß bezieht sich dabei zum einen schlicht auf das gemeinsame Erlebnis, die gute Stimmung, „dass man irgendwie halt Spaß hat.“ (Sigrid, 886f.) Zum anderen bezieht Sigrid das Spaßmoment auch auf das Lernen selbst, indem die AdressatInnen durch ihre eigene Weiterentwicklung Spaß an der Freizeitaktivität empfinden. „Auch Spaß über das Dazulernen zum Beispiel, also dass sie dann merken, hoppla, jetzt geht’s ja viel besser.“ (Sigrid, 888f.) In diesem Kontext verliert der latente Widerspruch von Leistung, Anstrengung und Entwicklung auf der einen Seite und Spaß und Wohlfühlen auf der anderen Seite an Gewicht. Und die Orientierung auf Spaß- und Genussaspekte des Freizeithandelns greift unmittelbar die von der Interviewpartnerin beschriebenen Erwartungen der AdressatInnen auf, die sie bezüglich der Freizeittherapie überwiegend haben, nämlich Spaß zu erleben.

Spaß- und Genusserleben erhält seine essentielle Qualität im Blick auf einen gelingenderen Alltag und neue Formen der Bewältigung. Die positiven, auf Spaß und Genuss bezogenen Erlebnisse sollen Kraft und Energie geben, die über die Zeit der Freizeitaktivität hinaus im Alltag nachwirken. Insofern sind Spaß und Genuss nicht nur bezogen auf den Moment zu

betrachten, sondern hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf das *Bewältigungshandeln* der AdressatInnen überhaupt. Dieser Zusammenhang stellt sich in dreifacher Hinsicht dar.

Zum Ersten ist er bedeutsam im *aktuell gelebten Therapiealltag*. Die Freizeittherapie zeigt Wege auf, wie man auf Belastungen und Anspannungen anders reagieren kann als mit Drogengebrauch. Die Intentionen richten sich auf die momentane Entlastung in einer persönlich bedrückenden Situation. Sigrid versucht den AdressatInnen zu vermitteln, dass die Schwierigkeiten sich zwar nicht auflösen, aber dass es wohltuend sein kann, sie für eine Zeit lang zu vergessen und anderes Erleben zu ermöglichen.

„Ich versuche die Klienten immer zu überreden und zu sagen, also vergiss einfach dein Problem, das ist morgen auch noch da und manchmal habe ich die Chance, dass er teilnimmt und dann sagen die Leute oftmals auch, es war ganz gut, dass ich mal abgeschaltet habe irgendwie eine Stunde.“ (Sigrid, 125-128)

Den AdressatInnen bietet sich die Chance, neue Verhaltensmuster auszuprobieren und damit positive Erfahrungen zu machen. Unterstützend bietet Sigrid im Anschluss an die Freizeitaktivität die Gelegenheit, über die Erfahrungen zu sprechen, und unterstreicht dabei erneut die zeitweise Distanzierung von Problemen. „Manchmal gehe ich dann hinterher auch noch hin und rede mit denen halt, wie’s jetzt war oder was los ist oder versuche es dann auch zu erklären, dass es halt, dass sie einfach abschalten müssen in dem Moment und dass es anders nicht geht.“ (Sigrid, 129-132)

Bedeutsam im Kontext der Freizeitaktivität und Alltagsbewältigung sind zum Zweiten die in der Freizeitaktivität liegenden übergreifenden Erfahrungsaspekte, die auf allgemeine *Handlungsstrategien* gerichtet sind.

„Kajak zum Beispiel hat einen besonderen Reiz oder hat so eine besondere Eigenschaft, weil immer, wenn’s kritisch wird, muss ich mich eigentlich zur Gefahr hinneigen, also das ist so, das kann man symbolisch sehen, das ist eigentlich witzig, also man kann den Dingen nicht aus dem Weg gehen, sondern muss eigentlich auf das Ding zugehen, also das hat eigentlich einen sehr therapeutischen Aspekt.“ (Sigrid, 1138-1143)

In diesem weiter gefassten Sinn wird das Verhältnis der AdressatInnen zu den Anforderungen des Alltags prinzipiell zum Gegenstand. Im Gegensatz zu einer Abwehr- und Fluchthaltung, wie sie auch mit dem Drogengebrauch verbunden wird, geht es darum, sich mit den Anforderungen zu konfrontieren und sich mit dem Gegebenen auseinanderzusetzen. Im übertragenen Sinn findet sich dies im Kajakfahren abgebildet und wird so auf spielerische Weise für die AdressatInnen wahrnehmbar. Sie erleben sich selbst im Umgang mit den Anforderungen und realisieren dabei die Notwendigkeit von Konfrontation und Auseinandersetzung. Das Therapeutische – so wäre anzunehmen – liegt in dem hier angesprochenen Moment der Selbsterfahrung. Eine auf Reflexion zielende pädagogische Begleitung scheint, wenngleich diesbezüglich

nicht angesprochen, m.E. hilfreich hinsichtlich dessen, wie solche Erfahrungen auf unterschiedliche alltägliche Situationen übertragen werden können.

Ebenfalls kann die sportliche Betätigung selbst auch zu einem Mittel der sozialen Auseinandersetzung werden, indem Konflikte nicht verbal, sondern mittels der gemeinsamen Aktion ausgetragen werden. Das Kräfteressen im sportlichen Wettstreit wird diesbezüglich in seiner klärenden Wirkung im sozialen Kontext beschrieben.

„Und es ist oft auch sehr gut, dass man auf also auf einer sportlichen Ebene, kann man auch verbale Konflikte ganz gut austragen, also das finde ich auch immer, wenn ich Klienten habe, mit denen ich mich ärgere oder so und wir spielen dann mal Badminton und ich kann sie in der Gegend herumscheuchen oder so, dann haben wir plötzlich ein ganz anderes Verhältnis, also die Freizeitebene ist schon ein bisschen auch ne', ja, nicht eine abstrakte Ebene, sondern man hat also ganz konkret mit dem Menschen was zu tun in der Situation und das finde ich eigentlich schon auch ein bisschen einen anderen Kontakt jetzt wie über diese Geistesebene nur.“ (Sigrid, 47-54)

Freizeitbetätigung schafft Raum für Konfliktverhandlung, so die Intention und zielt mithin direkt auf die Erweiterung sozialer Kompetenzen der AdressatInnen, anders als etwa nur in der sprechend-reflektierenden Auseinandersetzung.

Zum Dritten präsentiert Sigrid den Zusammenhang von Freizeitaktivität und Alltagsbewältigung hinsichtlich seiner längerfristigen Wirksamkeit. Sie sieht darin Anknüpfungsmöglichkeiten für veränderte Strategien der Problembewältigung im *Alltag nach der Therapie*. Dadurch, dass die Freizeittherapie Erfahrungsräume eröffnet, innerhalb derer neue Formen des Umgangs mit Problemen erfahrbar werden, erweitert sich für die NutzerInnen der subjektive Handlungsspielraum. Über die positiven Erfahrungen der Freizeittherapie eignen sich die Einzelnen ein größeres Repertoire an Handlungsmustern im Umgang mit Belastungen an, auf das sie auch nach der Therapie in den entsprechenden Momenten zurückgreifen können. Dabei spielt insbesondere wiederum der Zusammenhang von Bewältigungsformen und Rückfallvermeidung eine besondere Rolle. Das bereits oben aufgeführte Zitat verdeutlicht diese zukunftsorientierte Perspektive des Handelns.

„Dass die in dem Moment, wo sie's tun, vielleicht ihren Spaß dran haben und vielleicht später mal, wenn sie draußen sind oder so, dann in schwierigen Situationen dann merken, hoppla, ich habe da mal getrommelt, das war eigentlich ganz toll, sollte ich vielleicht mal wieder anfangen so.“ (Sigrid, 445-449)

Die Intentionen der Arbeit richten sich also hier auf die Vermittlung von positiven Erlebnissen als Grundlage für nachhaltig veränderte Bewältigungsstrategien im Alltag auch nach der Therapiezeit.

Den Zusammenhang von Spaß und Genuss im Moment und Alltagsbewältigung fasst Sigrid hinsichtlich seiner Wirksamkeit sowohl *therapieverlaufsbezogen* als auch *ergebnisbezogen* für den Alltag nach der Therapie. Im Rekurs auf ihre eigenen Erfahrungen mit kreativ-

musischer Beschäftigung unterstreicht Sigrid die Wirkungen auf die Alltagsbewältigung im Allgemeinen.

„Es hat ja auch immer was mit der eigenen Entwicklung zu tun, also dass für mich halt einfach manchmal auch, wenn ich dann so zwei Stunden vor mich hingetrommelt habe oder mit jemandem getrommelt habe und das war toll, dass ich dann halt einfach auch Energie da rausgenommen habe in den Tag und auch eigentlich auf das baue so, dass eigentlich aus dem Moment heraus dann, wo die Klienten sich wohlfühlen, dann auch was passieren kann, dass sie jetzt halt an dem Tag keine Drogen mehr brauchen oder vielleicht brauchen sie's trotzdem oder grade deshalb noch, also das weiß ich ja nicht. Also das war so eher das, dass ja, dass ich einfach den Augenblick zu genießen, das einfach als eine gute Sache finde, um irgend etwas anderes zu bewältigen.“ (Sigrid, 825-834)

Was den Moment und das augenblickliche Erleben in solcher Beschäftigung anbelangt, dessen ist sich Sigrid vergleichsweise sicher in den *Effekten* ihrer Arbeit, die darin liegen, positive Erfahrungen und alternative Strategien im Umgang mit problematischen Situationen zu ermöglichen. Hinsichtlich der potentiellen längerfristigen Auswirkungen ihres Handelns dagegen bleibt Sigrid skeptisch. Anregungen kann sie geben, aber was daraus wird, das ist offen; ob sich daraus auch längerfristig veränderte Bewältigungsstrategien entwickeln, mag sie nicht einschätzen. Ob also positive Erlebnisse weiterhin dazu dienen, Drogenkonsum zu verhindern, und sich tatsächlich rückfallpräventiv auswirken, bleibt als offene und unbestimmte Hoffnung stehen. Eher vermittelt Sigrid das Bild geringer Erwartungen an eine konstruktive und nachhaltige Beeinflussung des Drogenkonsumverhaltens, wie es sich prägnant in der folgenden Äußerung ausdrückt: „Und auch von dem nicht ausgehe, dass sich in einem halben Jahr jetzt so groß viel ändert, also es können irgendwelche Sachen angeregt werden, aber ob die dann weiterverfolgt werden, das glaube ich in den wenigsten Fällen.“ (Sigrid, 869-871) Dennoch setzt Sigrid darauf, dass die Anregungen der Freizeittherapie nachwirken und nach Therapieende Anknüpfungsmöglichkeiten für eine drogenfreie Alltagsgestaltung schaffen:

„Aber dass sie zumindest mal erfahren haben, manche Situationen auszuhalten ohne Drogen, dass sie auch lernen vielleicht, sich Hilfe zu holen oder vielleicht auch lernen, was muss ich tun, damit es mir vielleicht nicht mehr so geht, also wie soll ich sagen, also jetzt in Bezug auf Freizeit und dann, also ich muss unbedingt was körperlich tun, sonst zerreißt's mich oder so, dass solche Aspekte dann übrig sind.“ (Sigrid, 1084-1089)

Die Einschätzung der Mitarbeiterin hinsichtlich der mittel- und langfristigen Effekte professionellen Handelns in der Freizeittherapie bleibt überaus ambivalent. Bemerkenswert ist diesbezüglich, dass sie sich offensichtlich darüber nicht mit den NutzerInnen auseinandersetzt, die darüber Auskunft geben könnten. Auch gemeinsam mit KollegInnen scheint es keinen Raum des Austauschs und der Reflexion zur Einschätzung des eigenen Handelns zu geben, um daraus mehr Orientierung und Sicherheit zu gewinnen. Ein weiterer Punkt scheint in dieser Hin-

sicht bedeutsam: Wie Sigrid mehrfach betont, hat sie nach der Kerntherapiephase kaum Kontakt zu den ehemaligen BewohnerInnen. Es gibt aus dem Baustein der Freizeittherapie heraus, mit Ausnahme einer bereits seit langem existierenden Trommelgruppe, die keine neuen TeilnehmerInnen mehr integriert, keine Angebote für eine *nachgehende Unterstützung*. Nachsorge von Seiten der Therapieeinrichtung konzentriert sich auf die einzeltherapeutische Hilfe durch die MitarbeiterInnen der Psychotherapie und findet sowieso nur in einzelnen Fällen statt. Dies kritisiert die Mitarbeiterin, weil sie eine freizeitbezogene Hilfe auch nach dem Therapieaufenthalt als notwendig erachtet, sieht jedoch keinen Spielraum für Änderungen. Ihre Arbeit bleibt insofern stark begrenzt auf den *Binnenraum der Therapie*, auf den sie ihr Arbeits- und Selbstverständnis vorwiegend konzentriert.

Zwei *handlungsleitende Deutungsmuster* sind für die Herstellung von Entwicklungsräumen in der Freizeittherapie, wie sie im Bisherigen erörtert wurden, bestimmend. Dies ist erstens die Vorstellung einer gering ausgeprägten und vorrangig passiv-konsumorientierten Freizeitpraxis der DrogengebraucherInnen und damit einhergehend mäßigen freizeitbezogenen Erfahrungen und Kompetenzen. Zweitens ist dies die Vorstellung von mangelhaften Alltagsbewältigungskompetenzen der AdressatInnen, innerhalb derer primär Drogen als Mittel der Alltagsbewältigung gesehen werden, die wiederum durch andere Mittel zu ersetzen sind. Die Intentionen richten sich dieser Orientierung folgend auf die Ermöglichung neuer freizeitbezogener Erfahrungen und Entwicklungen als solcher wie auch bezogen auf die Effekte hinsichtlich einer verbesserten Bewältigungskompetenz. Die Eröffnung von Räumen der Entwicklung als Lern- und Erfahrungsfeld integriert dabei sowohl leistungsbezogene Aspekte als auch das Erleben von Genuss, Spaß und Wohlfühlen.

Zusammenfassend kann für die bisher dargestellten Dimensionen der Freizeittherapie, nämlich das Moment der Zeitstrukturierung, die sinnhafte bzw. sinnvermittelnde Beschäftigung sowie die Ermöglichung eines Entwicklungsraums, festgehalten werden: Die Freizeittherapie wird von Sigrid entwickelt als eine Zeit- und Raumstruktur, innerhalb derer die NutzerInnen Freizeitpraxis zeitlich und inhaltlich neu erleben und lernen können. Freizeit wird durch die Freizeittherapie zu einem wesentlichen Bestandteil des Alltags und bildet einen Raum für die Entwicklung freizeitbezogener Kompetenzen in struktureller, sozialer wie inhaltlicher Perspektive. Hierbei stellt sich die Freizeittherapie als solche und in ihrer Einbettung in den gesamten Therapiealltag als ein Strukturierungsentwurf für den selbstbestimmten Alltag der AdressatInnen nach der Drogentherapie dar. So wie die Freizeitgestaltung im Therapiealltag ihren Platz hat, soll sie auch nach der Therapie von den Einzelnen fortgeführt werden. Insofern kann das Phasenmodell mit seinen abgestuften Pflichtfreizeiten auch unter dem Aspekt der Hinführung zur selbstbestimmten Freizeitgestaltung betrachtet werden. Über das Erleben von Weiterentwicklung und über die Erfahrung von Spaß und Freude in der Beschäftigung sollen die AdressatInnen neue Bewältigungsmuster ausbilden, die ihnen helfen, einen drogenfreien Alltag zu gestalten. Insofern will die Freizeittherapie Anknüpfungspunkte schaffen, auf die die Einzelnen auch nach der Therapie in der Gestaltung ihres Alltags zurückgreifen kön-

nen. Die Unterstützung des Transfers der neuen Erfahrungen beschränkt sich dabei auf die Freizeittherapie im engeren Sinn; die Übertragung in den zukünftigen Alltag muss von den NutzerInnen selbst geleistet werden, wobei diesbezüglich die Notwendigkeit nachgehender, freizeitbezogener Unterstützung angemahnt wird. Therapieverlaufs- und ergebnisbezogene Aspekte vermischen sich in dem Modellcharakter der Freizeittherapie für den Alltag.

5.4.4 Freizeittherapie als Angebot für unterschiedliche Bedürfnis- und Erwartungslagen

Die Konkretisierung der Freizeittherapie als ein breites Angebot für vielfältige Bedürfnisse stellt sich auf unterschiedliche Weise dar. So findet sie sich schon in der Darstellung des eigenen Arbeitsfeldes, das zentral geprägt ist von der Möglichkeit, diverse Veranstaltungen nach freier Auswahl anzubieten.

„Und im Freizeitbereich selber leite ich einfach einzelne Freizeiten, das Trommeln, das ist so mein Steckenpferd und dann – also je nachdem, was ich auch Lust habe, also kann ich unterschiedliche Sachen anbieten [...] Das wechselt, also ich mache jetzt schon seit längerer Zeit das Trommeln einfach, dann biete ich mal wieder Tanz an oder mache jetzt auch Volleyball mal wieder.“ (Sigrid, 11-17)

Selbstbestimmt gestaltet Sigrid einzelne Freizeiten im sportlichen und musisch-kreativen Bereich. Grundsätzlich erlebt Sigrid dies als Freiheit in der Arbeit, die es ihr ermöglicht, eigene Entscheidungen zu treffen, auch vor dem Hintergrund dessen, was ihr selbst Spaß bereitet. Ob hinsichtlich der Angebote auch Fragen in Bezug auf die Gesamtstruktur des freizeittherapeutischen Programms relevant sind, bleibt offen. Gleichwohl ist anzunehmen, dass es in irgendeiner Weise koordinierende Überlegungen geben muss, auch vor dem Hintergrund der vergleichsweise großen Zahl an Honorarangestellten in der Freizeittherapie. Möglicherweise beantwortet sich die Koordinationsfrage schlicht in der Vielfältigkeit des Angebotes.

Die *Vielfältigkeit des Angebotes* zeigt sich primär in der breiten Palette von Veranstaltungen. Mitunter entsteht gar der Eindruck, es handele sich um das Angebot einer Volkshochschule oder Freizeitstätte. Auf diese Assoziation greift Sigrid auch zurück, wenn sie die Vielfalt in der Freizeittherapie würdigt. „Riesig und vielfältig, ja, also ich sage dann immer, wenn ihr was draus machen würdet, wir würden ein Heidengeld loswerden, für eine Trommelstunde verlange ich draußen 20 Mark oder 80 Mark im Monat und Yoga kann man hochrechnen.“ (Sigrid, 811-813) Dabei mahnt Sigrid Erweiterungsbedarf an für explizit therapeutisch ausgerichtete Angebote. „Man könnte noch viel mehr so kunsttherapeutische Sachen oder rhythmustherapeutische Sachen...“ (Sigrid, 1124f.)

Die Orientierung auf die Angebotsvielfalt – betrachtet man sie nicht nur als ‚Luxus‘ einer Therapieeinrichtung – erschließt sich im Zusammenhang mit den weiteren Dimensionen der Freizeittherapie, d.h. der Zeitstrukturierung, der sinnhaften Beschäftigung und der Herstellung von Entwicklungsräumen. Je umfangreicher das Gebotene ist, desto eher finden die Einzelnen

für sie interessante Felder vor. Darin drückt sich eine Bezugnahme auf die unterschiedlichen subjektiven Vorstellungen der NutzerInnen aus. In der Vielfalt können alle etwas Passendes für sich finden, unabhängig von ihren jeweiligen Kenntnissen und Erfahrungen und dennoch daran anknüpfend. Eine konkrete *subjektorientierte Perspektiv- und Zielklärung* im Sinne einer Diagnose und Hilfeplanung ist vor dem Hintergrund dieser Deutungsfolie nicht relevant.

„Der holt sich’s da raus, der andere holt sich’s vielleicht beim Malen raus oder das Trommeln, also deswegen finde ich auch, also so im Freizeitbereich diese breite Palette sehr wichtig – ich kann nicht sagen, Volleyball ist wichtiger wie Malen oder so, also da finde ich, ist ja auch so dieses Bausteinsystem, jeder kann so ein bisschen in die Richtung gehen, die ihm was bringt oder wo er denkt, die bringt ihm vielleicht was.“ (Sigrid, 1149-1154)

Letztlich kann sich also jede/r entsprechend der subjektiven Bedürfnisse individuell ein Programm zusammenstellen, das für sie/ihn hilfreich ist, also im Sinne des freizeittherapeutischen Konzepts zeitstrukturierende und sinnhafte Beschäftigung erlaubt und Raum für individuelle Entwicklung bereithält. Einen Zugang zu den entsprechenden Angeboten finden die AdressatInnen weitgehend unabhängig von mitarbeiterischem Handeln. Insofern gibt es auch von Mitarbeiterseite keine Überlegungen, inwiefern bestimmte Freizeitbereiche für einzelne AdressatInnen sinnvoll wären.

„Also Kriterien haben wir da nicht, nein. Also es ist schon manchmal so, dass man bei Leuten auch empfehlen würde, also grade auch Selbsterfahrung mit Ton mit dem Carsten zu machen oder so, das ist ja ein bisschen eine therapeutische Ebene, aber manche wollen’s halt einfach nicht und da kannst du nur sagen, es täte ihnen gut, aber also jemanden dazu zu verdonnern, finde ich dann auch nicht okay, also ich denke, es gibt die Möglichkeit und man sieht vielleicht auch, es tut ihm ganz gut, und dann fragt man ihn auch oder redet mit ihm mal, kannst du dir das nicht vorstellen so, aber also die Entscheidung liegt bei den Leuten dann, eigentlich das zu machen.“ (Sigrid, 1161-1168)

In Bezug auf die Freizeittherapieangebote im Allgemeinen spielt die Begleitung des Entscheidungsprozesses durch die Mitarbeiterin jenseits der Neuengruppe (vgl. 5.4.5) kaum eine Rolle. Nur hinsichtlich vergleichsweise spezieller Angebote spricht Sigrid in Einzelfällen *Empfehlungen* aus. Grundsätzlich sieht sie die Verantwortung für die Entscheidung bei den AdressatInnen selbst: die MitarbeiterInnen können niemanden zwingen. Anders als in der Arbeitstherapie, wo Selbstverantwortung ebenso eine herausgehobene Bedeutung einnimmt und im Sinne einer zu unterstützenden Verantwortungsentwicklung professionell handelnd aufgegriffen wird, bleibt Selbstverantwortung in dieser Sicht auf das vielfältige Angebot bei den AdressatInnen selbst bezogen und wird kaum Gegenstand unterstützender und begleitender professioneller Intervention. Die Vorstellung, dass man tendenziell in allen Bereichen veränderungswirksame Erfahrungen machen kann, unterstützt diese Haltung zur Selbstverantwortung der AdressatInnen. Eine gemeinsame Klärung und subjektorientierte Unterstützung eines

solchen Entscheidungsprozesses braucht es folglich überhaupt nicht. „Man kann überall Erfahrungen sammeln und irgendwo kriegt halt jeder sein Teilchen davon ab oder auch nicht, das ist so.“ (Sigrid, 1130f.) Die Möglichkeit, dass es für Einzelne nicht wirksam ist, trotz der großen Vielfalt, wird demnach allerdings auch gesehen.

Der Aspekt der Vielfalt findet sich nicht nur bezogen auf das Angebot, sondern wird untermauert mit der *Idee der vielfältigen Mitarbeiterstruktur* innerhalb der Einrichtung. „Das ist ja das Gute beim Team einfach, dass da sehr unterschiedliche Charaktere da sind, und manche können halt toll mit dem Peter, manche können Peter überhaupt nicht ab oder manche können mit dem Richard und manche können mit mir.“ (Sigrid, 163-166) Das Setting bietet eine Vielfalt an MitarbeiterInnen, innerhalb derer die AdressatInnen AnsprechpartnerInnen finden können, die ihren subjektiven Anliegen und Erwartungen entsprechen. Auf diese können sie sich in der konkreten Ausgestaltung des individuellen Therapieverlaufs konzentrieren. Dabei benennt Sigrid diesen Aspekt nicht nur bezogen auf die Freizeittherapie, sondern darüber hinaus auch auf das gesamte Angebot aller pädagogisch-therapeutischen Bausteine.

„Also der eine wird sich aus der Gruppe was rausgreifen können, der andere wird sich vielleicht aus der Arbeit mit dem Peter was rausziehen und der nächste in der Freizeit beim Richard, also es sind einfach verschiedene Standpunkte und je nachdem, wo halt jemand so einen Zugang hat, kann er sich was holen oder halt dann auch nicht oder sieht mal nur, was ist Therapie, und entscheidet dann vielleicht, ja gut, das will ich doch nicht, ich will lieber Drogen nehmen oder ich kann gar keine acht Stunden arbeiten oder manche arbeiten ja total gern, das ist gar nicht denen ihr Problemfeld oder so, aber das, die Arbeit hilft ihnen vielleicht, das andere auch mit auszuhalten oder so.“ (Sigrid, 1115-1123)

Insofern formuliert Sigrid für den Charakter eines breiten Angebots eine die Freizeittherapie überschreitende Geltung und Wirksamkeit. Es gibt ein vielfältiges Programm – inhaltlich, methodisch und personell –, das zunächst für alle AdressatInnen das Gleiche bereithält, nämlich Arbeitstherapie, Freizeittherapie und Psychotherapie, aber von den Einzelnen in *unterschiedlicher Intensität genutzt* werden kann. Für die Freizeittherapie gilt dies in besonderer Weise aufgrund der gegebenen Wahlmöglichkeiten. Dies verdeutlicht zweierlei: Zum Ersten unterstreicht es den handlungsleitenden Vorrang der Gruppen- und Programmstruktur vor einer expliziten Subjektorientierung, die eben nur implizit in der Möglichkeit unterschiedlicher Nutzungsmuster angelegt ist. Zum Zweiten haben die AdressatInnen – was die offizielle Therapiegestaltung anbelangt – tatsächlich in der Gruppentherapie keine und in der Arbeitstherapie nur geringe Wahlmöglichkeiten hinsichtlich der Mitarbeiterperson. Eine solche Auswahl bleibt daher nur in der Freizeittherapie sowie im informellen Teil des Alltags, d.h. außerhalb der pädagogisch-therapeutischen Elemente.

Trotz der beschriebenen Vielfalt finden immer wieder NutzerInnen keine passenden Anknüpfungspunkte, wie es intendiert ist, bzw. zeigen eine ablehnende Haltung gegenüber den gebotenen Möglichkeiten: „Welche, die sagen, hm, kann ich da und gefällt mir nichts und so ein

Scheiß und ich kann mich doch nicht zu was zwingen, was ich gar nicht machen will, das habe ich doch schon mal gemacht während der Schulzeit.“ (Sigrid, 685-688) Dies deutet auf einen für die freizeittherapeutische Arbeit wesentlich bestimmenden Handlungszusammenhang, der darauf zielt, für die Freizeittherapie und ihre einzelnen Angebote *Akzeptanz bei den AdressatInnen* herzustellen: Akzeptanz in unterschiedlichen Perspektiven, nämlich erstens in Bezug auf die Frage nach dem Sinn einer geregelten Freizeitbeschäftigung überhaupt, zweitens in Bezug auf eine von den AdressatInnen erwartete Offenheit gegenüber den konkreten Beschäftigungsformen sowie drittens Akzeptanz des Anspruchs auf eine im Sinne der dargestellten Dimensionen aktive und engagierte Beteiligung innerhalb der Freizeittherapie.

Diesbezüglich möchte Sigrid zur Teilnahme bzw. wenigstens zum Ausprobieren einzelner Angebote motivieren. Dabei spielt Überzeugungsarbeit ebenso eine Rolle wie das Aufzeigen von Grenzen bis hin zum Einsatz von Sanktionsmaßnahmen als *Stufenmodell professionellen Handelns*. Tendenziell schreibt Sigrid motivierenden Bemühungen eine begrenzte Wirksamkeit zu. „Die Begeisterung muss auch aus denen selber kommen, ich kann nicht alles für die Klienten übernehmen.“ (Sigrid, 713f.) Eine ablehnende Haltung der AdressatInnen kann nur bedingt verändert werden – primär müssen diese selbst etwas ändern. Und letztlich sind die AdressatInnen verpflichtet zur Teilnahme und es kann eine gewisse Bemühung erwartet werden.

„Das ist die Bereitschaft, die ich eigentlich auch fordere, also wenn jemand da ist, der kann machen, was er will, aber er sollte sich am Programm beteiligen. Wenn jemand das nicht tut, dann ist das für mich auch ein Entlassungsgrund, also dann können sie in eine andere Einrichtung, wo keine Freizeit ist, und das ist nun mal hier, glaube ich, auch ein ziemlich wichtiger Bereich.“ (Sigrid, 1072-1077)

Vor dem Hintergrund dieser auf die Selbstverantwortung der AdressatInnen rekurrierenden professionellen Haltung, die implizit auch eine unterschiedliche Wertigkeit der einzelnen Bausteine vermittelt, lassen sich unterschiedliche *Formen der Unterstützung und Begleitung* der AdressatInnen im Blick auf eine konstruktive Nutzung des freizeittherapeutischen Angebots aufzeigen. ‚Interessen wecken‘ sowie ‚Gesprächs- und Reflexionsmöglichkeiten eröffnen‘ wechseln sich hierauf bezogen ab mit den unterschiedlichen Mustern von Grenzziehungen und Sanktionen. Im Folgenden sollen sie in ihrer Bedeutung für die Arbeit der Freizeittherapie reflektiert werden.

Interessen wecken

Das Wecken von Interessen zielt ganz allgemein gesprochen auf eine aktive Teilnahme der AdressatInnen, die alleine durch die Teilnahmepflicht nicht erreicht werden kann. Aktive Teilnahme meint insofern mehr als die bloße Anwesenheit, sondern vielmehr eine engagierte und interessierte Beteiligung. Dabei wird davon ausgegangen, dass sich im Mitmachen (trotz Vorbehalten) Interesse und Begeisterung herausbilden oder aber die Einzelnen eine begründete Entscheidung gegen spezifische Beschäftigungsformen treffen können. Vorerst sollen die

AdressatInnen jedoch einen Versuch unternehmen und danach urteilen, so der Anspruch der Mitarbeiterin. Zunächst spielt hier *Überzeugungsarbeit* eine wesentliche Rolle. Gegen die ablehnenden Argumente der AdressatInnen möchte Sigrid *anregen zum Mitwirken* und führt ihrerseits Argumente für eine Beteiligung an. „Ja, dann kann ich halt auch nur sagen, ja gut, so ist das Programm und das ist eine Stunde von deinem Leben und warum probierst du's nicht aus, so ungefähr.“ (Sigrid, 697-699) Überzeugen und anregen, d.h. motivieren zum Ausprobieren gegen etwaige Vorbehalte zielt insbesondere darauf, positive Erfahrungen im Tun zu ermöglichen, und richtet sich umfassender auf eine allgemeine Haltung der Akzeptanz gegenüber der Freizeittherapie, wobei diesbezüglich die Notwendigkeit der immer wiederkehrenden Bemühungen betont wird. „also es ist nicht so, einmal Motivation und dann hat er sie, sondern das ist oft am Anfang immer wieder, so dieses wieder Überreden und wieder Mitnehmen und irgendwann wird's dann so eher zum Eigenen.“ (Sigrid, 943-945) Dabei schreibt Sigrid auch dem konkreten Gegenstand eine *immanente Wirksamkeit* zu: „also ich denke eher, die Sache an sich motiviert die Leute auch.“ (Sigrid, 926f.) „Und manchmal ist's dann halt so, im Tun geschieht dann irgendwas und dann macht's plötzlich Spaß.“ (Sigrid, 938f.)

Darüber hinaus wirken die *sozialen Bezüge im Gruppenarrangement* im Sinne einer Interessenförderung. „Die versuchen dann selber auch zu sagen, komm, reg' dich doch nicht auf, jetzt mach' das doch irgendwie und die kriegen das dann auch wieder hin.“ (Sigrid, 221-223) „Dass die Gruppe einfach ihn da mitnimmt oder ein bisschen aktiviert oder so, also die Gruppe spielt viel eine Rolle.“ (Sigrid, 925f.) So liegt in der Gruppenkonstellation grundsätzlich das Potential, Uninteressierte zu motivieren und zu aktivieren, indem sie gleichsam in das soziale Gefüge integriert werden und darüber einen eigenen Zugang zur Sache an sich finden. Insofern greift die Freizeittherapie gemeinschaftsstiftende, integrationswirksame Kräfte der Nutzergruppe auf. Insbesondere Personen, die zunächst der Therapie grundsätzlich wenig aufgeschlossen gegenüberstehen, können durch diese Integrationsdynamik ihre Ansichten ändern.

Frauen, so die Beobachtung der Interviewpartnerin, tragen dazu bei, dass Männer schneller ihre Vorbehalte in der Gruppe abbauen. Auch führt ihre Anwesenheit in einer Gruppe insgesamt zu harmonischeren Kommunikations- und Interaktionsstrukturen. „Wenn Frauen da sind, dann ist es sehr viel harmonischer, wie wenn jetzt nur Männer zum Beispiel da sind oder so, das ist schon...“ (Sigrid, 404f.) Frauen erhalten demnach eine wichtige Funktion hinsichtlich der Herstellung von Akzeptanz bei den Männern, die, wie für die Erweiterung der Horizonte (vgl. 5.4.3.1) gezeigt, höchst eingeschränkt in ihren Wahlmustern und Interessenlagen erscheinen. Frauen als TeilnehmerInnen wird diesbezüglich eine motivierende Wirkung zugeschrieben. Darüber hinaus verharrt die Feststellung geschlechtsspezifischer Wahlmuster weitgehend im Rang einer Beobachtung, die professionell handelnd – wie hier für die Herstellung von Akzeptanz – offenbar nicht explizit aufgegriffen wird. Insofern bleibt die dahinter liegende Ebene geschlechtshierarchischer Abwertungsmuster ebenfalls Teil des geschlechtshierarchischen Verdeckungszusammenhangs (vgl. 3.1.1), der, so könnte dem Bild der getrennten

Alltagswelten folgend (vgl. 5.2.7.1), wiederum der eigenen Kultur der AdressatInnen zuzurechnen ist und insofern für die Handlungsorientierung im pädagogisch-therapeutischen Baustein keine Relevanz erlangt.

Ein weiteres Moment, um Interessen bei den AdressatInnen zu wecken, stellt die *ansteckungswirksame Begeisterungsfähigkeit der Mitarbeiterin* selbst dar.

„Also auch manchmal auf die Ebene runterzugehen, wo die sich bewegen, also so auch in ihren Äußerungen oder so, dass ich dann auch manchmal auf die Ebene mit einsteige oder so und ja, ich sehe mich schon auch als Motivator, aber nicht so als Zirkusclown, dass ich mich da – es ist oftmals durch die Begeisterung, die ich selber habe, kann ich ganz viel denen geben, also indem ich dann gerne Volleyball spiele und durch die Gegend fliege oder so.“ (Sigrid, 895-900)

Sich selber als Mitarbeiterin auf die sozialen Umgangsformen der AdressatInnen *einzulassen*, sich in die Gruppe als Teilnehmerin zu integrieren und die eigene Begeisterung damit in einer qualitativ anderen Form in die Gruppe hineinzutragen und in motivierender Absicht für die AdressatInnen erfahrbar zu machen, wird zum weiteren Moment des Interessen-Weckens. Das heißt freilich, sich ein Stück weit von der Rolle der professionellen Mitarbeiterin zu distanzieren. Grenzen erreicht ein solches Tun dann, wenn die GruppenteilnehmerInnen die Mitarbeiterin nur noch als ‚Gruppenclown‘ wahrnehmen, so jedenfalls die hier geäußerte Befürchtung. Dies könne so interpretiert werden, dass man nicht mehr als Mitarbeiterin ernst genommen wird, die gleichzeitig auch für die Einhaltung von Regeln verantwortlich ist und eben kein ‚Kumpel‘ aus der Gruppe.

„Und dann sehe ich mich eigentlich auch als jemanden, der einfach Grenzen setzen muss immer wieder, wobei das natürlich immer das Schwierige ist oder das auch gern verwischt, wenn man so auf einer Beziehung oder Kumpel-Ebene dann eher ist, aber ich glaube, die ist auch im Sport einfach gegeben, das ist eine andere Ebene, also wie die verbale Ebene.“ (Sigrid, 903-907)

Das gemeinsame Spiel erlaubt Sigrid – anders etwa als den MitarbeiterInnen der Psychotherapie – immer wieder diesen *Positionswechsel* zwischen ‚Kumpel‘ und Mitarbeiterin sowie zwischen Spaß und Lernen vorzunehmen, ohne grundsätzlich in ihrer professionellen Autorität in Frage gestellt zu werden. Angesprochen ist hier das Thema der professionellen Handlungskompetenz, die den aufgezeigten Spielraum in einer ausgewogenen und wirksamen Spannung halten muss, insbesondere auch unter Abschätzen der Ambivalenz von Freiwilligkeit und Pflicht, die, wie gesagt, für die Freizeittherapie auf besondere Weise bedeutsam ist.

Die Aufgabe des Interessen-Weckens offenbart sich als ein fortgesetzter Prozess im Therapieverlauf und bedarf der kontinuierlichen Aufmerksamkeit und Begleitung. Es geht anfänglich um die Mitwirkung und daran anknüpfend um das kontinuierliche Dabeibleiben, d.h. Interessen sollen sich nachhaltig ausbilden und die AdressatInnen sollen sich ihrer eigenen Entwicklung selbst-bewusster werden. Vor diesem Hintergrund werden im Folgenden die auf die Inte-

ressen und die Aktivität der AdressatInnen gerichteten Gespräche und Reflexionsmöglichkeiten betrachtet.

Gesprächs- und Reflexionsmöglichkeiten eröffnen

„Wenn dann einer zwei Wochen oder so halt mal gefehlt hat, dann gehen wir auch zu dem hin und sagen, also ich brauche jetzt von dir mal eine Viertelstunde, und dann schwätzen wir dann einfach mal drüber auch und ja, was einfach Freizeit für ihn zu bedeuten hat und warum das jetzt so wichtig ist.“ (Sigrid, 593-597)

Im Gespräch mit den Einzelnen in und außerhalb der Freizeittherapie bringt Sigrid die an die AdressatInnen gerichteten Erwartungen zum Ausdruck, und zwar sowohl bezogen auf die Teilnahme an sich als auch bezogen auf Vorstellungen zum konkreten Ablauf und zur persönlichen Beteiligung der AdressatInnen. Gespräche dienen demnach der *Verdeutlichung von Anforderungen* mit zunächst erklärendem Charakter.

Gespräche sind in der Freizeittherapie weiterhin bedeutsam hinsichtlich dem Anliegen der *Konfliktregulierung*.

„Ja – und das ist im Volleyball schon das Problem, weil die reden dann halt auch russisch und dann fühlen sich die ausgegrenzt und dann ist halt das immer so das Thema, ich scheiße die dann zusammen, die anderen verziehen die Augen und wenn die Russen in der Überhand sind, dann ist's da wieder schlecht und so, also das sind so gruppensdynamische Konflikte, und also wenn das auftritt oder so oder jemand ständig umspielt wird, dann sage ich das schon auch.“ (Sigrid, 1013-1018) „Ja, wenn ihr sie umspielt, dann kommen die nie zum Spielen, also aber das sind auch die Schwierigkeiten, wo manchmal also die Gruppe dann wirklich auseinander bricht und man fängt wieder von vorne an, weil die Guten einfach gehen.“ (Sigrid 561-564)

Im Zentrum der Konfliktregulierung stehen unterschiedliche Interessen innerhalb der Gruppe, die auszugleichen und miteinander in Verbindung zu bringen sind. Dabei haben soziale Konflikte, wie die genannten ethnisch-kulturell motivierten, ebenso eine Bedeutung wie Konflikte aus der Spielsituation heraus. Das Handeln der Mitarbeiterin richtet sich diesbezüglich auf die Herstellung einer einvernehmlichen Situation, in der alle gleichermaßen zu ihrem Recht kommen und in das Gruppengeschehen integriert werden können.

Bei der *Auswahl der Freizeitangebote* unterstützen MitarbeiterInnen die Entscheidungen der NutzerInnen in gemeinsamen Gesprächen. Vor dem Hintergrund der Einschätzung, was für Einzelne gut wäre, sprechen die MitarbeiterInnen Empfehlungen hinsichtlich einzelner Angebote aus, wobei auch hier wieder die selbstverantwortliche Entscheidung der NutzerInnen betont wird, wie es bereits zu Beginn der Ausführungen zur Freizeittherapie als Angebot für unterschiedliche Bedürfnis- und Erwartungslagen ausgeführt worden ist.

Des Weiteren sind *anlassbezogene Krisengespräche* mit den TeilnehmerInnen bedeutsam. Sie finden sowohl innerhalb der Gruppe als auch im Einzelgespräch mit den AdressatInnen statt.

„Dass wenn grade im Haus irgendwie was schief läuft alles, dass die dann auch gar nicht – das habe ich auch schon gemacht, dass ich abgebrochen hab’ und habe dann gesagt, was ist eigentlich los so, wenn halt gar nichts mehr geht, also wenn die nicht konzentriert sind, dann kann man nicht trommeln, also das geht einfach nicht und dass ich dann so abbreche und frage, was ist jetzt los und dann spucken die ihren Frust halt irgendwie raus und dann kann ich halt meine Sichtweise dazu sagen und dann ist’s aber gut so.“ (Sigrid, 1029-1035)

Der Anlass des Gespräches entwickelt sich aus einem unerwünschten Verlauf der Freizeittherapie, die AdressatInnen sind unkonzentriert, beteiligen sich nicht in der erforderlichen Weise. In solchen Fällen geht es darum, innerhalb der Freizeittherapie Raum zur Thematisierung von Unzufriedenheiten und dahinter liegenden Ursachen zu schaffen, um die Fortführung der Freizeitaktivität wieder zu ermöglichen. Insofern bieten sich in der Freizeittherapie den AdressatInnen auch Formen der Unterstützung in allgemeinen, auf den gesamten Therapiealltag bezogenen Themen, und es kommen dabei auch krisenförmige, die Einzelnen belastende Ereignisse zu Wort. „Ich frage dann jemand hinterher halt, wenn jemand völlig durchhängt, was ist eigentlich los, und wenn ich dann einen guten Draht zu dem habe, dann sagt der mir auch, also ich hab’ grade einen Anruf von meiner Mutter gekriegt und das ist alles total schwierig.“ (Sigrid, 1019-1022)

Während bislang anlassgegebene Gespräche im Mittelpunkt der Betrachtungen standen, werden Gesprächs- und Reflexionsmöglichkeiten auch programmgemäß arrangiert, und zwar als Unterstützung und Reflexion zu *Therapiebeginn* und wiederkehrend im *vierteljährlichen Zyklus*. Zu Therapiebeginn erfolgen diese Verhandlungen in der Neuengruppe (vgl. 5.4.5) und vierteljährlich dann, wenn die AdressatInnen sich neue Aktivitäten der freizeittherapeutischen Angebote auswählen. „Und da ist es dann schon großes Thema, also was, was hat die Freizeit zu bedeuten oder warum muss man auch drei Monate lang und warum muss man sich abmelden oder was, was hat das für einen Sinn, einfach die Kontinuität zu wahren.“ (Sigrid, 648-650) Gegenstand der programmatisch vorgesehenen Reflexionsmöglichkeiten sind also zum einen die Erfahrungen in den bisherigen Aktivitäten und die zukünftigen Vorstellungen, aber auch wieder übergreifend die Bedeutung und der weitergehende Sinn von Freizeitbeschäftigung.

„Wir gehen auch dann so vor Beginn, zumindest vor Beginn des Freizeitplanes dann auch in das Team und machen dort also eine Auswertung mit den Klienten, so ein Feedback, was habt ihr für einen Eindruck, wie war’s bei euch, das Freizeitverhalten und wo hattet ihr Schwierigkeiten, warum ging dieses, und jenes nicht so, also da ist dann speziell wieder so eine Freizeit-Einheit [...] in der Gruppe mit den Klienten.“ (Sigrid, 1187-1193)

Unterschiedlich ausgeprägt spielt in den verschiedenen Formen der Gesprächs- und Reflexionsmöglichkeiten eine wesentliche Rolle, die Bedeutung von Freizeittherapie und ihrer Anforderungen zu erklären und zu verdeutlichen. Die Interviewpartnerin verweist in diesem Zu-

sammenhang auf den wichtigen Faktor der Beziehungsqualität, der diese Aufgabe erleichtert. Zugleich zeigt sich in diesem Bereich professionellen Handelns aber auch die vorrangige handlungsleitende Orientierung an den Schwierigkeiten und den problematischen Seiten der Freizeittherapie. Etwa ist nicht von Gesprächen die Rede, welche zur gemeinsamen Klärung und Aushandlung der Erwartungen und Vorstellungen der AdressatInnen dienen. Wie oben bereits angesprochen, ist anzunehmen, dass eine solche, am subjektiven Standort der AdressatInnen ausgerichtete Aushandlung im Kontext der zentralen Orientierung an der Vielfalt eines Programms als nachrangig betrachtet wird.

Grenzen setzen und Sanktionieren

Die Thematisierung von Grenzen und Sanktionen im Umgang mit der Haltung der AdressatInnen nimmt einen breiten Raum im Interview ein. Grenzen setzen und Sanktionieren zielt beides, wie die vorigen Handlungsformen auch, auf die Herstellung von Akzeptanz, also darauf, dass die AdressatInnen eine ablehnende und passive Haltung überwinden. Diese beiden Formen stellen sozusagen ein ‚letztes‘ Mittel der Motivationsarbeit im Stufenplan professionellen Handelns dar.

Bereits in der Androhung von Sanktionen werden Grenzen veranschaulicht und den Betroffenen signalisiert: so geht es nicht weiter! Dabei kann dies in Einzelfällen auch die disziplinarische Entlassung beinhalten. „Und wenn jemand gar nicht will, gut, dann habe ich auch schon in der Neuengruppe gesagt, dann gehst du hoch und packst deinen Koffer und gehst, also so knallhart, aber das sind wenige.“ (Sigrid, 189-192) Im Grunde geht es vorerst nicht um den tatsächlichen Ausschluss, sondern um die Präsentation der potentiellen Konsequenzen im Falle anhaltender Verweigerung. Grenzen ziehen unter Verweis auf zu ergreifende Sanktionen wird in dieser Variante zum Druckmittel im Kontext unerwünschten Verhaltens. „Ja, aber die meisten polen dann um und gehen doch mit, also das ist eigentlich nur so die Grenze zu zeigen.“ (Sigrid, 196f.) Ein weiteres Mittel solcher Grenzziehung stellt auch die Drohung dar, die phasenbezogene Reduzierung der Pflichtfreizeiten auszusetzen.

Dabei bleibt es nicht bei der puren Androhung von Sanktionen; diese werden auch verhängt, wenn andere Formen professionellen Handelns nicht mehr erfolgversprechend scheinen. Sigrid unterstreicht dies erneut unter Verweis auf das mehrstufige Vorgehen sowie unter Betonung dessen, dass unterschiedliche Ansprüche nur begrenzt ausgehandelt werden können und insofern auch *Anpassung* von den Einzelnen erwartet wird.

„Also so schon ein bisschen drauf eingehen und manchmal verlange ich einfach, dass sie – also schmeiße ich sie auch raus, also wenn ich dann merke so, es geht gar nicht, dann sage ich, du probierst nichts, also so auf der Ebene kann ich nicht, dann macht das auch keinen Sinn, dann gehst du lieber, es kommt drauf an, also auch, was ich für eine Beziehung zu den Leuten habe.“ (Sigrid, 132-136) „Ja klar, das ist schon die Schwierigkeit, irgendwie das unter einen Hut zu bringen, also die Ansprüche, die ich habe, die Ansprüche, was die Klienten haben und die Ansprüche, die die Gruppe

hat, das ist klar, das ist schwierig – wobei, also ich muss dann einfach – inzwischen sage ich auch bei manchen Sachen, also ich mache das so und wer sich daran nicht halten kann, der hat in der Freizeit auch nichts zu suchen.“ (Sigrid, 541-545)

Im Vergleich zur Arbeitstherapie, in der die AdressatInnen die einzelnen Arbeitsbereiche innerhalb der gesamten Wohngruppe absolvieren, ist der tatsächliche Ausschluss für die Freizeittherapie durchaus leichter möglich. Eine neue Aktivität kann sich jede/r in dem vielfältigen Angebot wieder auswählen, wobei je nach Zeitpunkt im vierteljährlichen Zyklus die Palette der Wahlmöglichkeiten bereits eingeschränkter ist, weil nicht alle Angebote über die gesamte Zeitspanne hinweg für neue Mitglieder offen stehen.

Prinzipiell formuliert Sigrid in Zusammenhang mit der Frage des Setzens von Grenzen und der Sanktionierung die Notwendigkeit einer *klaren und eindeutigen Haltung* auf Seiten der MitarbeiterInnen. „Manchmal provozieren wir das auch mit dem Sporthotel Sonnenschein, also wenn jemand mal eine Woche keine Freizeiten macht, dem passiert ja nichts jetzt in dem Sinne.“ (Sigrid, 1368-1370) Die Sanktionierung von Fehlverhalten wird hier auch beschrieben in ihrer Rückwirkung auf eine den AdressatInnen zu vermittelnde Grundlinie der Einrichtung. Hier plädiert Sigrid für Grenzziehung und Sanktionierung, was sich auch in der Vorstellung einer grundsätzlichen Grenzenlosigkeit von Drogenabhängigen begründet.

„Ja, also ich finde es auch wichtig für die Leute, einfach Grenzen zu haben, also weil die selber glaube ich keine Grenzen für sich haben, und wenn ich meine Grenzen unendlich weit stecke, also dann kommt die – was weiß ich, die versuchen, noch die zu überschreiten, aber ich weiß nicht, ob’s nicht sinnvoller wäre, früher eine Grenze zu ziehen und zu sagen, da ist Schluss.“ (Sigrid, 1400-1404)

Das Thema der *Grenzziehung* gegenüber den AdressatInnen, so wurde es bereits in den beiden Falldarstellungen zur Psychotherapie und Arbeitstherapie deutlich, ist eines der zentralen Themen innerhalb der Drogentherapie und markiert zugleich einen Gegenstand, hinsichtlich dessen innerhalb eines Arbeiterteams nur schwer eine nachhaltige Einigkeit in der konkreten Bewertung herzustellen ist, so dass diesbezüglich immer wieder Aushandlungsprozesse innerhalb der Teams angenommen werden können.

Pointiert kann für die Dimension Angebot formuliert werden: Es gibt hier ein Angebot verbunden mit der Erwartung der Beteiligung an die AdressatInnen. Die individuell passende Beschäftigungsform zu finden, leitet sich bereits aus der Angebotsvielfalt ab. Insofern integriert diese Fokussierung auf die Vielfalt im freizeittherapeutischen Angebot bereits implizit die Orientierung am subjektiven Standort, weil jede Person etwas Entsprechendes finden kann. Gleichzeitig schließt sie eine konsequente Orientierung am subjektiven Standort aus, indem im Einzelfall kaum mehr auf die subjektiven Voraussetzungen, Erwartungen und Zielvorstellungen Bezug genommen wird. Als handlungsleitend lässt sich insofern ein Deutungsmuster ausmachen, das in der Vielfalt des Angebotes für alle AdressatInnen subjektiv sinnvolle Anknüpfungspunkte verortet. Letztlich liegt es an den AdressatInnen selbst, ob sie diese

– im Sinne der Strukturierung von Zeit, der sinnhaften Beschäftigungsformen und der sich im Lern- und Erfahrungsfeld stellenden Entwicklungsräume – nutzen oder nicht. Eine gezielte Vermittlung zwischen dem Angebot und den Orientierungen der AdressatInnen bleibt im professionellen Handeln der Freizeittherapie randständig. Vielmehr geht es darum, Akzeptanz herzustellen und, wenn das nicht möglich ist, Grenzen zu setzen.

5.4.5 Die Hinführung zur Freizeittherapie

Die Dimension der Hinführung zur Freizeittherapie kennzeichnet vor allem die Arbeit in der *Neuengruppe*. Die Neuengruppe erfüllt insgesamt eine wichtige Gestaltungsfunktion zu Beginn der Therapie, indem sie den neuen AdressatInnen Unterstützung bietet, sich in den Therapiealltag mit seinen spezifischen Anforderungen einzufinden. Dabei steht die Neuengruppe in enger Verbindung zur Freizeittherapie. Sie entstammt erstens der ehemaligen Neuensportgruppe, mit deren Neubezeichnung als Neuengruppe die über den Sport hinausreichende Bedeutung markiert werden sollte. „Also wir haben das einfach, das hieß früher mal Neuen-Sport und dann haben wir’s einfach verwandelt, weil das immer so dann von den Klienten angenommen wurde, da macht man nur Sport und um das ging’s uns eigentlich nicht.“ (Sigrid, 68-70) Und die Gruppe wird zweitens von zwei VertreterInnen der Freizeittherapie angeleitet, was allerdings nicht zwingend notwendig erscheint; es könnten auch MitarbeiterInnen der anderen Bausteine sein. „Im Prinzip könnte es jeder machen.“ (Sigrid, 25) „Im Endeffekt wollte es niemand mehr, also wir wollten’s auch schon immer mal wieder abgeben.“ (Sigrid, 82f.) Die Verortung der Neuengruppe innerhalb bzw. zwischen den pädagogisch-therapeutischen Bausteinen scheint nicht eindeutig. Dabei werden eher persönliche als inhaltliche Überlegungen für die Zuordnung zur Freizeittherapie herangezogen, die sich aus dem Anspruch einer über den Freizeitbereich hinaus orientierten Gruppe nicht zwingend begründet. Zu vermuten ist, dass die Neuengruppe nach wie vor mit ihrem Image als Sport- bzw. Freizeitveranstaltung kämpft und sich daraus nicht so recht befreien kann. Was sich auch darin zeigt, dass zum Dritten freizeittherapeutische Aspekte nach wie vor einen breiten Raum in der konkreten Gestaltung einnehmen. Vor diesem Hintergrund soll die Neuengruppe im Folgenden in ihrer vorbereitenden Bedeutung für die Freizeittherapie beleuchtet werden.

5.4.5.1 Präsentation des Angebotes und Qualifizierung der Adressatenentscheidung

In Abgrenzung zur ausschließlich sportlichen Betätigung umreißt Sigrid das Konzept der Neuengruppe wie folgt:

„Möglichst mal irgendwas mit denen zu unternehmen oder dann einen Freizeitplan vorstellen, also solche Sachen, da gehört ja auch Trommeln, Malen oder Seidenmalen mal dazu und deswegen haben wir das als eine Neuengruppe dann titulierte, die einfach einen bestimmten Zeitumfang hat und die Gesprächsrunde ist ein bisschen kleiner geworden, also das war früher noch eine Stunde zu zwei Stunden und jetzt machen wir eine halbe Stunde zu zwei Stunden, so zwei Stunden Bewegung und ei-

ne halbe Stunde, so eine kurze Runde, was ist los, was gibt's oder sind irgendwelche Themen da und wenn nicht, dann kann's sein, wir hören auch auf und machen gleich Sport.“ (Sigrid, 70-78)

Nach einer inzwischen kürzer gehaltenen Gesprächsphase steht das breite Spektrum der Freizeitaktivitäten der Einrichtung auf dem Plan, das vorzustellen eine wesentliche Intention der Gruppe kennzeichnet. „Das ist auch der Vorteil von der Neuengruppe, dass da schon auch die Sachen vorgestellt werden und wenn die das ausprobieren, dann, also so kriege ich oftmals meine Trommelgruppen.“ (Sigrid, 725-727) Mit der Präsentation des Angebots will die Neuengruppe die Einzelnen darin unterstützen, für sie passende Freizeitbeschäftigungen zu finden. Dabei ist wiederum die Ermunterung zu neuen Erlebnisbereichen, zu Experimenten innerhalb der Freizeittherapie erkennbar. Dies betrifft insbesondere solche Felder, die im Rahmen der durchschnittlichen Freizeitgestaltung weniger von Bedeutung und wahrscheinlich auch für die AdressatInnen eher fremd sind. „Aber diese Bereitschaft zu kriegen, sich auf was einzulassen, also das ist natürlich ganz schwierig bei so Exoten wie Theater, weil sich da viele albern vorkommen, oder trommeln, da, ich bin doch kein Buschmann und so.“ (Sigrid, 702-705) Insofern richtet sich das Handeln, wie deutlich wird, erneut auf die Herstellung von Akzeptanz und insbesondere auch darauf, die AdressatInnen für tendenziell außergewöhnliche Bereiche zu ermutigen, wobei die Neuengruppe auch Raum bietet, die bisherigen Erfahrungen zu thematisieren.

„In der Neuengruppe wird schon so auch also dann besprochen, was jeder so an Freizeit gemacht hat, auch früher mal so [...] und was sie hier so denken, was sie machen könnten und was das vielleicht für einen Sinn hat.“ (Sigrid, 635-642) In gleichsam diagnostischer Absicht wird die Vorgeschichte festgestellt und Überlegungen für die Beschäftigung in der Therapie angestellt. Letzteres bleibt auch hier tendenziell vage und überschreitet nicht den Gehalt einer vorsichtigen Empfehlung, wie dies auch im Vorigen bereits deutlich wurde. Die eigene Entscheidung der AdressatInnen steht im Mittelpunkt. Vor dem Hintergrund der Priorität, die unbekanntem Betätigungsfeldern insgesamt beigemessen wird (vgl. 5.4.3.1), ist anzunehmen, dass auch in diesem Rahmen das Anknüpfen an frühere Erfahrungen nur nachrangig bedeutsam ist.

Zusammengefasst wird vor dem Hintergrund der Orientierung an der Angebotsvielfalt die Intention verfolgt, das breite Spektrum zu präsentieren und dadurch die AdressatInnen in ihrer Entscheidung zu unterstützen. Demnach findet sich hier auch die Intention der Vermittlung des Angebotenen, welches den zentralen Bezugspunkt des Handelns bildet. Zu vermuten ist, dass die subjektiven Vorstellungen der NutzerInnen nur auf der Folie des Angebotes relevant werden: Die Einzelnen können sich ein individuell passendes Programm zusammenstellen, unterstützt durch Empfehlungen der MitarbeiterInnen.

5.4.5.2 Gestaltung von Beziehungen und gegenseitige Annäherung

Ein weiterer wesentlicher Aspekt der Hinführung zur Freizeittherapie zeigt sich in der Beziehungsgestaltung. „Für uns ist's eher so gedacht als eine lockere Zusammenkunft, wo man quasi über das Reden und über Bewegung quasi den Kontakt zueinander kriegt.“ (Sigrid, 352-354) Die Mitarbeiterin kann sich den AdressatInnen annähern und mittels der gemeinsamen Tätigkeit in entspannter Atmosphäre Beziehungsangebote eröffnen. „Es entwickelt sich auch in der Neuengruppe dann so, dass man zu manchen einen besseren Kontakt hat, wenn man jetzt spazieren geht oder so, dass man da eher ins Gespräch kommt, die anderen blocken halt wirklich ab, also das ist ganz unterschiedlich.“ (Sigrid, 150-153) Das lockere Zusammensein in der Neuengruppe erlaubt, korrespondierend zu den Beschäftigungen, verschiedenartige Begegnungen mit den AdressatInnen und vielfältigere Kommunikationsmöglichkeiten. Infolgedessen können unterschiedliche Bedürfnislagen der AdressatInnen angesprochen werden, wie dies auch einen bedeutsamen Aspekt des arbeitstherapeutischen Handelns kennzeichnet (vgl. 5.3.3.2). Diesen Möglichkeiten der Beziehungsaufnahme und -gestaltung schreibt Sigrid eine große Bedeutung für die weitere Arbeit zu.

„Also es gibt schon Leute, mit denen ich, also die in der Freizeit bei mir jetzt besondere Begeisterung haben oder die ich halt einfach so ein bisschen kenne, auch noch von vorher oder einfach einen guten Draht zu denen habe und also mit denen kann ich dann eher reden oder kann ein bisschen denen das erklären, um was es eigentlich geht jetzt so, als wie jemand, der jetzt zum ersten Mal in der Freizeit ist und ich weiß nichts über den oder der mag mich auch nicht oder so, also da habe ich keine Chance.“ (Sigrid, 138-143)

Die anfängliche Beziehungsgestaltung erhält mithin den *Charakter einer Weichenstellung* für die künftige Auseinandersetzung mit Einzelnen in der Freizeittherapie. Diejenigen, zu denen eine Beziehung aufgebaut werden kann, scheinen auch im weiteren Therapieverlauf zugänglicher für die Anliegen der Mitarbeiterin. Ist die Herstellung einer Beziehung dagegen schwierig, dann wirkt sich dies auch auf die weiteren Kommunikationsversuche aus. Die Mitarbeiterin möchte zunächst in der Neuengruppe Beziehungsangebote eröffnen und eine Basis für die Fortführung der Arbeit in der Freizeittherapie schaffen, und zwar insbesondere auch hinsichtlich der vielfach thematisierten, immer wieder notwendigen Arbeit des Aktivierens und Motivierens. Anzunehmen ist, dass die als wesentlich betonte Beziehungs- und Kommunikationsstruktur auch hinsichtlich der *Ambivalenz von Freiwilligkeit und Pflicht* den Umgang mit den AdressatInnen erleichtert und unterstützt. In der Neuengruppe bietet sich den AdressatInnen bereits die Chance, zwei der FreizeittherapiemitarbeiterInnen kennen zu lernen. Dies wirkt sich, so die Interviewpartnerin, auf die persönliche Auswahl der Angebote aus. In der Neuengruppe wird demnach bereits ein wesentlicher Grundstein gelegt für die späteren Kommunikations- und Interaktionsformen innerhalb der Freizeittherapie.

Darüber hinaus erfüllt die Neuengruppe auch eine wesentliche Funktion für die Beziehungen der *AdressatInnen untereinander*. Während sie in der Wohn- und Bezugsgruppe mit Personen

zusammen sind, die bereits unterschiedlich lange schon anwesend sind, vereint die Neuengruppe all diejenigen, die gerade erst ihre Therapie beginnen. Insofern treffen die AdressatInnen auf Menschen, mit denen sie die gemeinsame Situation ‚Therapiebeginn‘ verbindet, und zwar aus den unterschiedlichen Wohngruppen, so dass sie auf diese Weise auch Zugang zu den anderen Wohngruppen erhalten. Hierauf bezogen konstituiert die Neuengruppe ein wichtiges Forum für solche Fragen, die gerade zu Beginn der Therapie beschäftigen, also sich wiederum auf die als maßgeblich charakterisierten Orientierungsbedürfnisse der Einzelnen beziehen (vgl. 5.2.6, 5.2.7.3) und auch Einblicke in die Gepflogenheiten der anderen Gruppen und anderen MitarbeiterInnen ermöglicht. Diesbezüglich stellt die Neuengruppe ein Forum für den Austausch dar, den die AdressatInnen offenkundig für ihre Belange nutzen: „Weil was ich schon, denke ich, gut ist, dass sie in der Neuengruppe, es ist klar, die sind alle neu und mich wundert’s oftmals, wie viel die dann doch manchmal erzählen und das, denke ich, machen sie in der Wohngruppe nicht.“ (Sigrid, 377-380) Dies führt Sigrid zentral auf die gleiche Problemlage und damit zusammenhängenden Themenüberschneidungen zurück, wobei sie darauf hinweist, dass insbesondere die Gruppengröße entscheidend die Kommunikationsmöglichkeiten bestimmt. Je kleiner die Neuengruppe ist, desto eher kann sich Vertrauen bilden und können die Einzelnen sich mit größerer Offenheit einbringen.

5.4.5.3 Erweiterung der Interaktionsformen mit den AdressatInnen

„Ich kriege die Leute ja meistens nur auf einer Bewegungs-Freizeit-Ebene mit, die sich doch halt ein bisschen unterscheidet von dem, ob ich halt weiß, was für einen Hintergrund die haben oder also einfach so ein bisschen über das Gespräch was rauszukriegen und deswegen, also finde ich das ganz gut, die Neuengruppe zu machen, weil das so eine lockere Gesprächsrunde ist, wo man einfach auch über Themen hier wie Rückfall oder Verrätertum oder überhaupt Freizeitverhalten und was hat das für einen Sinn und Unsinn, also da mit den Neuen in Kontakt tritt verbal.“ (Sigrid, 26-32)

Sowohl Bezug nehmend auf den allgemein therapie- als auch den freizeitorientierten Anteil unterstreicht Sigrid die Bedeutung für das professionelle Handeln als eine Erweiterung der Interaktionsformen. Durch das Gespräch mit den AdressatInnen, das in dieser Form in der Freizeittherapie selbst weniger Raum einnimmt, kann der auf gemeinsame Aktivität ausgerichtete Rahmen überschritten werden. Insbesondere lernt Sigrid die Einzelnen auf verschiedenen Ebenen kennen und kann sich ein umfassendes Bild machen, also etwa über die Lebenszusammenhänge und subjektiv relevanten Themen der AdressatInnen. Dabei unterstreicht Sigrid – sich gleichsam von der Erweiterung ihres Handelns in Richtung psychotherapeutischer Handlungsformen distanzierend – die Form einer ‚lockeren‘ Gesprächsrunde in der Neuengruppe, was sie von der Gruppentherapie unterscheidet.

„Es hängt schon auch damit zusammen, dass es eigentlich nicht so strukturiert ist oder so jetzt irgendwie, da haben wir ein Problem und da stürzen sich alle drauf,

sondern dass es einfach eine lockere Gesprächsrunde ist und dann jeder mal angesprochen wird, wie geht's dir damit so.“ (Sigrid, 392-395)

Psychotherapeutisch orientiertes Handeln dagegen verortet Sigrid im Blick auf zu bearbeitende Probleme, was für sie weder in der Neuengruppe noch in den freizeittherapeutischen Angeboten relevant ist. Hingegen bieten beide Bereiche, die Neuengruppe wie die Freizeittherapie als solche in vergleichsweise gelockerter Atmosphäre Raum und Gelegenheit für gezielte Reflexionen und Klärungen. Dies gründet zum einen in der Wahrnehmung, dass die Neuen dem psychotherapeutischen Arbeiten weitgehend distanziert gegenüber stehen, und zum anderen auch in der Einschätzung mangelnder Kompetenz zur psychotherapeutischen Bearbeitung auf Seiten der FreizeittherapiemitarbeiterInnen, wodurch eine „richtig therapeutische Ebene,“ (Sigrid, 994f.) d.h. die tiefgehenden und weiterführenden Klärungs- und Verständigungsprozesse, nicht erreicht werden kann.

So kann hier festgehalten werden, dass die Hinführung zur Freizeittherapie im Rahmen der Neuengruppe für die AdressatInnen sowie insbesondere auch im Blick auf die MitarbeiterInnen selbst bedeutsam ist. Die Intentionen richten sich darauf, das Angebot zu präsentieren und eine erste Kontaktaufnahme zu den AdressatInnen zu fördern. Diese sollen sowohl das Angebot als auch die MitarbeiterInnen kennen lernen, um eine subjektiv sinnvolle Entscheidung über den weiteren Therapieverlauf treffen zu können. Insofern wird der Vermittlungsgedanke, also die Vermittlung zwischen subjektiven Erwartungen und Voraussetzungen der AdressatInnen mit den konkreten Möglichkeiten in der Freizeittherapie, wiederum auf der Folie der Angebotsdimension aufgegriffen. Die Bezugnahme auf das Angebot bleibt gleichwohl das zentrale Deutungsmuster. Im Gegensatz zur Freizeittherapie entsteht im Zusammenhang der Neuengruppe der Eindruck einer gewissen Leichtigkeit des Handelns. Eher zwanglos kann in der gemeinsamen Gestaltung einer Art lockeren Zusammenkunft, gleichsam neben den konkreten Beschäftigungen her, dem Basteln, Trommeln oder Spaziergehen, miteinander umgegangen werden. Es formt sich ein Bild des größeren Freiraums, der das professionelle Handeln bereichert und Grenzen, die für den Arbeitsalltag der Freizeittherapie maßgeblich sind, überwinden hilft. Wie in der Arbeitstherapie (vgl. 5.3.3.2) dient das psychotherapeutische Handeln auch hier als Maßstab dafür, das eigene professionelle Handeln einzuordnen und zu bewerten.

5.5 Zusammenfassung der Ergebnisse aus den Einzelfallstudien

Drogentherapeutisches Handeln richtet sich im weiteren Sinne darauf, Veränderungs- und Entwicklungsprozesse bei den NutzerInnen zu befördern. Lebenswelttheoretisch gefasst geht es darum, verändertes Bewältigungshandeln zu ermöglichen und die NutzerInnen in dieser Lern- und Entwicklungsaufgabe zu unterstützen. Dabei sind im Blick auf Veränderungsprozesse unterschiedliche Ebenen des Bewältigungshandelns maßgeblich, nämlich das Drogenhandeln, psychodynamische Prozesse bezogen auf Selbstkompetenz und soziale Kompetenz

als Ausdruck reiferer Autonomie nach innen und nach außen mit den daran anknüpfenden Reflexionen der Perspektivenentwicklung und -konkretisierung sowie die gelingendere Alltagsbewältigung nach der Therapie in ihren aufgefächerten Dimensionen von Wohnverhältnissen, Arbeits- und Ausbildungsverhältnissen, von Freizeitgestaltung sowie sozialer Interaktion und Beziehungsgestaltung (vgl. Thiersch u.a. 2001: 73; 3.3.1).

Die einzelnen pädagogisch-therapeutischen Bausteine stehen im Gesamtkontext der Alltagswelt Drogentherapie zunächst für ihren jeweiligen Schwerpunkt, also die Arbeit, die Freizeit und die psychotherapeutische Reflexion, wie es mit den Einzelfalldarstellungen detailliert nachgezeichnet und erörtert wurde. In ihrem Zusammenwirken begründen die Bausteine einen pädagogisch-therapeutisch inszenierten Lebensraum, der den drogen- und gewaltfreien Therapiealltag in seinen Dimensionen von Zeit, Raum, Beschäftigung und sozialen Beziehungen grundlegend strukturiert und Lern-, Erfahrungs- und Reflexionsräume herstellt, innerhalb derer Selbstvergewisserung und Erweiterung von Kompetenzen im Blick auf eine gelingendere Bewältigung des Lebens potentiell angelegt sind. Dies konstituiert ein Hilfesetting, das von den AdressatInnen selbstverantwortlich und selbsttätig genutzt werden kann. Die Bausteine strukturieren und gestalten ihren Teilbereich und begleiten von ihrem spezifischen Aufgabenzuschnitt her den Lebensraum der AdressatInnen. Sie kennzeichnen als pädagogisch-therapeutische Elemente im engeren Sinn einen Bestandteil des gesamten Therapiealltags und beziehen sich auf ihre je eigene Weise insofern auch auf die ‚Zwischenräume‘ des Alltags, d.h. auf das Leben der AdressatInnen, das sich jenseits der pädagogisch-therapeutischen Elemente als ein gewissermaßen alltäglicher Lern-, Erfahrungs- und Reflexionsraum der AdressatInnen konkretisiert.

Im Folgenden sollen abschließend charakteristische Merkmale professionellen Handelns für die einzelnen Bausteine zusammengefasst werden, und zwar im Hinblick auf Aufgabenbereiche und Zuständigkeiten (5.5.1), auf die Ziel- und Veränderungsebenen (5.5.2), auf das professionelle Arbeits- und Selbstverständnis (5.5.3), auf die Organisationsform der Bausteine (5.5.4), auf zentrale Aspekte professionellen Handelns (5.5.5) sowie im Hinblick auf problematische Felder professionellen Handelns (5.5.6), die sich als Spannungsfelder des Handlungsraums Drogentherapie fassen lassen und wiederum den Ausgangspunkt für die theoretisch-empirisch geleiteten Überlegungen des Schlusskapitels bilden (vgl. Kap. 6).

5.5.1 Zentrale Aufgabenbereiche und Zuständigkeiten

Die Kernaufgabe der *Psychotherapie* ist die auf eine *psychodynamische Entwicklung* der AdressatInnen gerichtete Arbeit. Dies umfasst insbesondere die eng an den subjektiven Voraussetzungen und Erwartungen der AdressatInnen anknüpfenden Dimensionen der Ziel- und Therapiereflexionen, der Suche nach dem eigenen Weg, der Entwicklung von Selbstkompetenz, persönlicher Autonomie und Eigenverantwortung sowie die Rückfallbearbeitung. Bezogen auf die gesamte Therapiezeit sind diese Aufgaben vorrangig in der Gruppentherapie angesiedelt; erst im fortgeschrittenen individuellen Therapieverlauf fließen sie auch in die als

kontinuierlicher Reflexionsraum konzipierte Einzeltherapie ein. Im Rahmen der Anamneseerhebung sowie in einem punktuell motivierenden und begleitenden Sinne sind sie teilweise aufgehoben im Einzelgespräch.

Die *Strukturierung und Begleitung von individuellen Therapieverläufen und -prozessen* kennzeichnet einen zweiten Komplex der Zuständigkeiten. Er konkretisiert sich im Rahmen der Gruppentherapie in den rituell gestalteten Phasenübergängen, aber auch in der besonderen Unterstützung beim Therapiebeginn und bei individuellen Krisenereignissen im weiteren Therapieverlauf. Ebenso gehören hierzu die Verhandlungen von Alltag und Alltäglichem, die nicht zuletzt hinsichtlich der Identifikation der AdressatInnen mit der Therapieeinrichtung wichtig sind. In der individuellen Begleitung von Therapieverläufen und -prozessen liegt ein wesentlicher Beitrag zur Bewältigung von Therapie, indem sie immer wieder zum Durchhalten und Weitermachen motiviert und in der Therapie neue Perspektiven zu eröffnen, d.h. die Ausbildung konstruktiver Nutzungsmuster zu fördern sucht. Sowohl die Krisenbegleitung als auch die Unterstützung von Identifikationsprozessen kennzeichnen über den gruppentherapeutischen Bereich hinaus Aufgabenbereiche in den Einzelgesprächen zwischen MitarbeiterInnen und AdressatInnen, kommen hingegen kaum zum Tragen in der Einzeltherapie.

Die *Stabilisierung der Alltagsordnung* im pädagogisch-therapeutischen inszenierten Lebensraum prägt als dritter Aufgabenbereich insbesondere die Verhandlungen des Alltags und des Alltäglichen innerhalb der Gruppentherapie. Im Mittelpunkt stehen die Rahmenbedingungen des Settings mit seinen grundlegenden Regeln und den darin eingelassenen verallgemeinerten Zielen der Therapie. Im Einzelgespräch wird diese Ebene gegebenenfalls aufgegriffen, wenn etwa Einzelne nicht klar kommen in den Alltagsverhältnissen, sich schwer tun mit der Integration oder Regeln verletzt haben. Für die Einzeltherapie ist dieser Bereich nicht von Belang.

Die *Arbeitstherapie* bietet innerhalb des gesamten Therapieprogramms ein verpflichtendes ‚Arbeitsprogramm‘ und dient zunächst dazu, den *Alltag zu strukturieren* hinsichtlich Zeit, Beschäftigung und Beziehungen sowie der Aneignung von Raum. Sie zielt insofern auf die Erfahrbarkeit einer verbindlich geregelten Zeitgestaltung, innerhalb deren die AdressatInnen lernen sollen, sich zu bewegen. Die Erweiterung von Handlungskompetenzen, d.h. von Arbeitskompetenzen im engeren Sinn, von sozialer Kompetenz und solchen der allgemeinen Alltagsgestaltung, ist darin ebenso aufgehoben wie die Bewältigung eines drogenfreien Alltags mittels strukturschaffender Beschäftigung. Insofern steht die Arbeitstherapie für einen strukturierten Raum als Gegenwelt zur Strukturlosigkeit im Drogenkonsum, wie es einen wesentlichen Grundgedanken der Therapie als pädagogisch-therapeutisch inszenierten Lebensraum im Allgemeinen charakterisiert. Struktur wird dabei in doppelter Perspektive bedeutsam, nämlich zum einen im Blick auf den *aktuellen Therapiealltag* als Struktur und Lernfeld und zum anderen als Modell und vorbereitendes Lernfeld für den *Alltag nach der Therapie*.

Arbeitstherapie stellt einen spezifischen, auf ihren Gegenstand der Arbeit bezogenen *Lern-, Erfahrungs- und Entwicklungsraum* her und verbindet dies mit der Aufgabe, eine *Dienstleis-*

tung für die Einrichtung zu erbringen. Dies kennzeichnet die notwendige pädagogisch-therapeutische Vermittlung der einrichtungsgegebenen Notwendigkeiten mit den Bedürfnissen der NutzerInnen. Das Arbeitsergebnis wird in diesem Zusammenhang häufig nachrangig gegenüber den Anliegen der Einzelnen in ihrem individuellen Therapieprozess, wie es die doppelte Logik des arbeitstherapeutischen Handelns, die Arbeitslogik und die Therapielogik, grundsätzlich prägt. In diesem Zusammenspiel entfaltet sich die Aufgabe, die AdressatInnen in ihren Therapieprozessen zu unterstützen und sie für den Ausstieg und die damit verbundenen Anforderungen der Alltagswelt Drogentherapie zu motivieren.

Ein weiterer Aufgabenbereich der Arbeitstherapie ergibt sich im direkten Bezug zum *Erwerbsarbeitsmarkt*. Arbeitstherapie unterstützt den Erwerb von Kompetenzen, die für Arbeitsprozesse relevant sind, also etwa Basisqualifikationen wie Pünktlichkeit, Verantwortungsübernahme, Zusammenarbeit in arbeitsteiligen Prozessen sowie spezifischere Qualifikationen entsprechend dem Arbeitsgegenstand. Darüber hinaus übernimmt die Arbeitstherapie eine wesentliche Funktion in der Gestaltung des Übergangs in die Erwerbsarbeit sowohl in ihren konkreten Abläufen als auch insbesondere in ihrem Bemühen um Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess aus der Therapie heraus.

Die *Freizeittherapie* präsentiert sich zunächst als ein *vielfältiges Programm*, aus dem die AdressatInnen einzelne Angebote für sich auswählen können. Entsprechend einer normalitätsorientierten Alltagsstruktur von Erwerbsarbeit und Freizeit, also im Wechsel von Anstrengung und Pflichterfüllung einerseits sowie Entspannung, Abwechslung und Erholung andererseits, bildet die Freizeittherapie im pädagogisch-therapeutisch inszenierten Lebensraum sozusagen ein *Pendant zur Arbeitstherapie*. In den Dimensionen von Zeit, Beschäftigung und den damit verwobenen sozialen Beziehungen ordnen sich in dieser gegebenen Struktur vielfältige *Erfahrungs- und Lernmöglichkeiten*. Freizeittherapie fokussiert darin sowohl auf die Erfahrung des individuellen Könnens der AdressatInnen als auch auf die Bedeutung von Freizeit als sozialem Handeln, das kontinuierlicher und verbindlicher Planung bedarf, wie auch auf die in der Freizeit angelegten Sinnerfahrungen. Damit verbinden sich subjektive Entwicklungsperspektiven der AdressatInnen hinsichtlich sportlichen und kreativen Erlebens und Wachstums sowie Veränderungen des sozialen Verhaltens wie etwa in Bezug auf Stress- und Konfliktbewältigung oder im Umgang mit alltäglichen Anforderungssituationen. Die Potentiale erweiterter Erlebens- und Handlungsmuster werden in Verbindung gesehen mit der *Bewältigung eines drogenfreien Alltags*. Freizeittherapie vervollständigt den strukturierten Raum der Arbeitstherapie als Gegenwelt zur Strukturlosigkeit im Drogenkonsum, wie er gleichermaßen für den aktuellen Therapiealltag und modellhaft-vorbereitend für den Alltag nach der Therapie relevant ist.

Ein weiterer Aufgabenbereich ergibt sich mit der Förderung einer *aktiven Teilnahme*, aktiv im Sinne des Dabeiseins an sich und im Sinne eines aktiven Engagements, das selbsttätiges Lernen und Entwicklung erst ermöglicht.

5.5.2 Die Ziel- und Veränderungsebenen

Die herausgearbeiteten Aufgabenbereiche der *Psychotherapie* integrieren in ihrer Zielorientierung die drei für die Drogentherapie als relevant benannten Veränderungsbereiche des Bewältigungshandelns, nämlich die psychodynamische Entwicklung, den veränderten Drogengebrauch und die Perspektive eines gelingenderen Alltags. Im Blick auf die ersten beiden Veränderungsbereiche leistet sie dies unmittelbar, wohingegen die Perspektive des gelingenderen Alltags vor allem mittelbar aufgehoben ist. Mittelbar, insofern erstens davon ausgegangen wird, dass eine gelungene Autonomie- und Verantwortungsentwicklung die zentrale Basis für einen gelingenderen Alltag bildet und deshalb das Handeln im Blick auf die psychodynamische Entwicklung wesentlich ist. Zweitens stützt psychotherapeutisches Handeln diese Veränderungsebene mittelbar, indem es sich auf die Bewältigung des Therapiealltags und die Stabilisierung der spezifischen Alltagsordnung, also die Herstellung institutionell vorgezeichneter Routinen, Rollen und Typisierungen richtet und damit den pädagogisch-therapeutischen Lebensraum als Rahmung und Matrix pädagogischer und therapeutischer Prozesse zu sichern sucht.

Auch in der *Arbeitstherapie* finden sich die auf das Bewältigungshandeln der AdressatInnen bezogenen Veränderungsbereiche unterschiedlich gewichtet wieder. Die Perspektive eines gelingenderen Alltags steht dabei deutlich im Vordergrund. Zunächst vermittelt sich dies insbesondere in der Strukturierungsfunktion und der Wiedereingliederungsaufgabe. Was für einen gelingenderen Alltag als maßgeblich erachtet wird, ist bereits in die Strukturierung von Zeit, Beschäftigung und sozialen Beziehungen im Therapiealltag eingelassen. Dies konstituiert die Basis möglicher Lern- und Entwicklungsprozesse und stellt in der Verbindung eines arbeitstherapeutischen Arrangements, das sich auf die Ressourcenstabilisierung und Kompetenzerweiterung der AdressatInnen richtet, mit der Dienstleistung für die Einrichtung einen Raum der selbsttätigen Aneignung her. Die Perspektive des veränderten Drogenhandelns kommt dort zum Tragen, wo sie explizit in Gesprächen aufgegriffen oder implizit über den Faktor Beschäftigung im professionellen Handeln anvisiert wird. Dort fokussiert Arbeitstherapie auch auf die psychodynamische Entwicklung der AdressatInnen; dies geschieht gleichsam nebenher, d.h. zumeist verbunden mit konkreten, gegenständlichen Arbeitsaufgaben im Rahmen der oben aufgeführten Zuständigkeitsbereiche, etwa in der Selbstvergewisserung von Ressourcen oder in den unterstützenden Thematisierungen am Rande.

Für die Aufgabenbereiche der *Freizeittherapie* sind insbesondere die Perspektive eines gelingenderen Alltags und vermittelt darüber die Veränderung des Drogengebrauchs prägend. Die psychodynamische Entwicklung der AdressatInnen spielt höchstens implizit eine Rolle. Zukünftige und aktuelle Alltagsbewältigung stehen in einem engen Zusammenhang, indem die für das Konzept als Lern- und Erfahrungsraum maßgeblichen Aspekte im Blick auf beide Bewältigungsaufgaben der AdressatInnen relevant sind. Was der Therapiealltag hinsichtlich der in der Strukturierung von Zeit, Beschäftigung und sozialen Beziehungen gegebenen Möglichkeiten bereits vorformt, soll in die Zukunft transformiert werden.

5.5.3 Das professionelle Arbeits- und Selbstverständnis

Die MitarbeiterInnen in der *Psychotherapie* verstehen sich – unabhängig von ihrer Erstausbildung in Psychologie oder Sozialpädagogik – als PsychotherapeutInnen. Im Selbstverständnis der MitarbeiterInnen prägt sich insofern vor allem der erste Aufgabenbereich, also die Unterstützung subjektiv relevanter psychodynamischer Entwicklungsprozesse aus und wird ergänzt durch die an den individuellen Belangen der Einzelnen orientierte Therapiebegleitung und -strukturierung. Dagegen läuft die auf die Alltagsverhältnisse gerichtete Kommunikation der Alltagsordnung dem psychotherapeutischen Selbstverständnis weitgehend zuwider. Vorrangig werden diese Elemente des Handelns einerseits als störend, das ‚Eigentliche‘ überlagernd und verhindernd wahrgenommen. Andererseits erscheinen sie in der Interpretation des kontrollierenden und disziplinierenden, in unmittelbarer Weise auf den konkreten Alltag bezogenen Handelns, was wiederum nur schwer in das auf einen vorrangig alltagsentobenen Raum bezogene psychotherapeutische Arbeits- und Selbstverständnis integriert werden kann und vorrangig als pädagogisches Handeln begriffen wird.

Für die *Arbeitstherapie* erweist sich im professionellen Arbeits- und Selbstverständnis eine doppelte Orientierung als tragend. Sie konturiert sich in dem Zusammenspiel des Bestrebens, „das Haus am Laufen zu halten“, und den pädagogisch-therapeutischen, auf die Entwicklungsprozesse der AdressatInnen gerichteten Intentionen. Insbesondere die beschriebenen Thematisierungen in den Zwischenräumen der Arbeitsaufgaben stehen für diese Ausrichtung des Selbstverständnisses, das stets auf diese beiden Aufgabenbereiche bezogen ist. ‚Das Therapeutische‘ als Kern der Arbeit, ausgewiesen in einer Analogie zu psychotherapeutischen Aufgaben und Handlungsformen, wird dabei betont.

Für das professionelle Arbeits- und Selbstverständnis in der *Freizeittherapie* erweist sich zunächst – dem Angebotscharakter der Freizeittherapie folgend – die konkrete Anleitung in der jeweiligen sportlichen, musischen oder kreativen Betätigung als wesentlich, um einen Rahmen für individuelle Entwicklungsprozesse und Kompetenzerweiterung herzustellen. Anleitung, das meint die sachorientierte Unterweisung, die Gewährleistung der Rahmenbedingungen und des Ablaufs sowie das Anregen zur engagierten Beteiligung. Ob die Einzelnen die Potentiale nutzen, wird weitgehend ihrer eigenen Verantwortung zugeschrieben. Eine kontinuierliche subjektorientierte Begleitung erscheint im freizeittherapeutischen Selbstverständnis randständig und wird als das ‚eigentlich Therapeutische‘, im Kontext der spezifischen, zur Anwendung gelangenden Methoden, in der Psychotherapie verortet.

In allen drei Bausteinen ordnet sich das professionelle Arbeits- und Selbstverständnis primär an der *aktuellen Therapiezeit* und kaum an einer potentiellen Vermittlung im Blick auf den Transfer des neu Erlernten und Erfahrenen aus. Die Gestaltung von Übergängen in einen gelingenderen Alltag nach der Therapie drückt sich etwa in dem arbeitstherapeutischen Anliegen der Vorbereitung auf den Erwerbsarbeitsmarkt aus sowie in der nachgehenden einzeltherapeutischen Hilfe, die im Falle von regulärer Therapiebeendigung möglich ist.

5.5.4 Zur Organisationsform der pädagogisch-therapeutischen Bausteine

Die verschiedenen Settings der *Psychotherapie* verweisen in ihrem Verhältnis zueinander auf ihre unterschiedliche Relevanz im Therapieschehen. Das gruppentherapeutische Setting ist das einzige, das kontinuierlich und fest verankert über die gesamte Therapiezeit hinweg vorgesehen ist. Die beiden anderen Organisationsformen psychotherapeutischen Arbeitens spielen entweder punktuell, von den MitarbeiterInnen oder den AdressatInnen veranlasst (Einzelgespräch), oder kontinuierlich im individuell fortgeschrittenen Therapieverlauf von den AdressatInnen nachgefragt (Einzeltherapie) eine Rolle. Sie haben einen ergänzenden bzw. vertiefenden Charakter und sind weder verbindlich noch übergreifend für alle NutzerInnen vorgesehen. In dieser Konkretisierung, so ist zu bilanzieren, dienen die Einzelsettings nur unzureichend dazu, das gruppentherapeutische Handeln zu erweitern und abzustützen. Insofern bildet die Gruppentherapie den *entscheidenden Rahmen* psychotherapeutischen Handelns.

Die *Arbeitstherapie* ist täglich fest verankert im Alltag und folgt darin dem Normalitätsmodell eines kontinuierlichen Wechsels von (Erwerbs-)Arbeit und Freizeit. Der Zugang der AdressatInnen zu den verschiedenen Feldern des arbeitstherapeutischen Programms ist über die Zugehörigkeit zu den jeweiligen Wohngruppen geregelt und nicht subjektorientiert, etwa indem Kompetenzen oder Ziele und Erwartungen Einzelner zum Maßstab genommen würden. Eine subjektorientierte Ziel- und Hilfeplanung bleibt auch innerhalb der Arbeit an sich ausgeklammert; die jeweiligen Lern- und Entwicklungsschritte entfalten sich gleichsam im Rahmen des gegebenen Programms, unterstützt durch kontinuierliche Begleitung. Inhaltlich greift die Arbeitstherapie solche Tätigkeiten auf, die im Blick auf die Instandhaltung der Einrichtung, die Gestaltung des Lebensraums und den täglichen Bedarf wesentlich sind. Sie orientiert sich dagegen erst in sekundärer Perspektive an arbeitsmarktrelevanten Tätigkeitsbereichen. Insbesondere wird dies im Praktikum am Ende des Therapieverlaufs relevant.

Die *Freizeittherapie* macht ein Angebot, das die AdressatInnen entsprechend ihren Interessen in einem Wochenplan für sich individuell zusammenstellen. Der Zugang ist in höchstem Maße selbstbestimmt, ohne dass die Wahl und dementsprechende Überlegungen der AdressatInnen in bausteinspezifische oder allgemeine Ziel- und Hilfeplanüberlegungen einbezogen wären. Die Entscheidung der AdressatInnen wird dagegen in der Neuengruppe vorbereitet, vornehmlich mit der Vorstellung des Programmangebots ergänzt um Empfehlungen für einzelne Personen.

5.5.5 Zentrale Aspekte professionellen Handelns

Im durchstrukturierten Therapiealltag bietet die *Psychotherapie* einen Rahmen, welcher der Reflexion und symbolischen Bearbeitung unterschiedlicher therapierelevanter Themen gewidmet ist. Mit ihrer spezifischen Ordnung stellt sie einen *handlungsentlasteten Raum* für methodisch-psychotherapeutisch begleitete Gespräche, Auseinandersetzungen und Aushand-

lungsprozesse her, innerhalb dessen zunächst die Distanz zum Alltag der Therapie und die Konzentration auf die Personen als Einzelne und als Gruppe zu bestimmenden Merkmalen werden.

In dieser Perspektive stellen die MitarbeiterInnen in der Gruppentherapie einen Raum her für die Selbstäußerungen und Haltungen der AdressatInnen, die sie in den Aushandlungsprozessen unterstützend und fördernd aufnehmen. Sie erschaffen eine Projektionsfläche für die subjektiven Wahrnehmungen, indem sie ermuntern, anregen, hinterfragen, konfrontieren und Reflexionen der Einzelnen und der Gruppe dadurch befördern. Dem Lernen in der Gruppe, von den Erfahrungen und Lebensgeschichten der anderen, von ihren Entwicklungs- und Klärungsprozessen, letztlich dem Lernen am Modell, wird diesbezüglich ein ebenso großer Stellenwert eingeräumt wie der vertrauensvollen Beziehung zwischen MitarbeiterInnen und AdressatInnen. Ein offenes Klima soll den AdressatInnen helfen, ihre Haltungen und Vorstellungen – auch solche jenseits eines Lebens ohne Drogen als unmittelbare Perspektive – anzusprechen. Die unterschiedlichen Erwartungsmuster lassen sich dergestalt in die diskursiven Aushandlungsprozesse integrieren und können sich darin im Sinne einer weiterführenden Motivation für den Ausstieg entwickeln. Somit kann ein offenes Klima auch als Basis motivierender Interventionen verstanden werden. Die Formulierung, Reformulierung und Konkretisierung von Zielperspektiven und die damit verbundenen Erwartungen an Therapie wie auch die Reflexionen des Drogengebrauchs im Kontext der Lebensgeschichte durchziehen in dieser Weise die gesamte Therapie und werden zum Ausgangspunkt und Gegenstand des professionellen Handelns zugleich. Darin knüpft das professionelle Handeln auch an den bisherigen und zukünftigen Alltagsbedingungen der AdressatInnen an, tut dies allerdings vorrangig in problemorientierter und kaum in ressourcenorientierter Perspektive.

So lässt sich – kurz gefasst – die Arbeit im handlungsentlasteten Raum der Psychotherapie charakterisieren. Dennoch erweist sich diese Form des professionellen Handelns häufig als nicht realisierbar, wie es in den vielfältigen Formulierungen der begrenzten Möglichkeiten psychotherapeutischen Arbeitens zum Ausdruck kommt. Gleichsam wider die Intentionen des Handelns schiebt sich – neben den phasenstrukturell vorgegebenen Übergangsritualen – der Therapiealltag in seinen chaotischen, die Ordnung unterlaufenden Aspekten und mit ihm sozusagen der *Handlungsdruck* in den Raum des psychotherapeutischen Arbeitens. Dies manifestiert sich nicht nur an dem großen Anteil alltagsbezogener Verhandlungen im Rahmen der Kommunikation und Stabilisierung der Alltagsordnung, sondern auch hinsichtlich der individuellen Rückfallbearbeitung. Beides kann in unterschiedlicher Gewichtung als Beispiel für sich zueinander widerstreitend verhaltende Orientierungen und Aufgaben betrachtet werden: Einerseits die auf Persönlichkeitsentwicklung gerichtete, an individuellen Zielen und Erwartungen orientierte Unterstützung sowie andererseits die gleichermaßen notwendige Orientierung an den strukturellen Bedingungen des Alltags. Dies erfordert, – sozusagen im doppelten Blick – die Einzelnen und die Gemeinschaft in ihrem strukturellen Zusammenhang zu betrachten. Psychotherapeutisches Handeln verbindet insofern kontinuierliches Arbeiten an den

für die psychodynamische Entwicklung der Einzelnen relevanten Themen mit der permanenten Offenheit für aktuelle, alltagsgegebene Anlässe und Fragen. Wie mit der Integration von Vielfalt gezeigt werden konnte, gestaltet sich dies für die MitarbeiterInnen durchaus problematisch und führt nicht zuletzt zu einer Überfrachtung der Gruppentherapie. Ferner bedingt dies die im Vergleich zum begleitenden und prozessorientierten psychotherapeutischen Handeln wahrgenommene Ausweitung kontroll-, disziplinierungs- und sanktionierungsbezogenen Handelns, was tendenziell als pädagogisches Handeln gefasst wird. Einzelsettings können aufgrund ihrer prekären Einbindung diesbezüglich nur bedingt entlastend wirken.

In der *Arbeitstherapie* strukturiert sich mit der Inszenierung eines pädagogisch-therapeutisch begleiteten Arbeitsbereichs für die AdressatInnen ein Lern- und Erfahrungsraum. ‚Sie sollen arbeiten und sich sinnvoll beschäftigen, wie andere Arbeitstätige auch‘, so ließe sich das Motto professionellen Handelns zunächst umschreiben. Die AdressatInnen verrichten unterschiedlichste Tätigkeiten, wie sie sich aus der beschriebenen Dienstleistungsfunktion ergeben, für sich und für die Gemeinschaft. Beschäftigung versteht sich dabei zunächst als etwas, das Leerräume und darin angelegte Verführungen zu Drogenkonsum verhindert, und wird darüber hinaus als Medium von Sinnerfahrung im eigenen Tun relevant. Arbeitstherapie spiegelt insoweit die *Idee des Experimentierens* in der Drogentherapie umfassend wider, indem im äußerlich gegebenen Rahmen der Tätigkeiten reichlich Spielraum bleibt, der von den MitarbeiterInnen im Blick auf die Anliegen der AdressatInnen genutzt werden kann, so dass diese selbst ihre Kompetenzen und Fähigkeiten in der Arbeitsgestaltung experimentierend ausloten und entwickeln können. Dies bedarf, wie gezeigt werden konnte, der stetigen motivierenden wie auch einfordernden und gegenwirkenden Interventionen, um Teilnahme und erst recht eine aktive Beteiligung zu gewährleisten.

Die MitarbeiterInnen unterstützen die Einzelnen in einer für sie selbst erfahrbaren, produktiven Nutzung der im Lern- und Erfahrungsraum liegenden Potentiale. Professionelles Handeln richtet sich darauf, Interessen an der Beschäftigung zu wecken und die AdressatInnen ihren Fähigkeiten gemäß in den Arbeitsprozess einzubinden. Das Anknüpfen an vorhandene *Ressourcen* wie auch die Anerkennung des Geleisteten im Wechselspiel zwischen Einzelnen und der Gemeinschaft – auch in einer geschlechterorientierten Perspektive – werden dergestalt zu wesentlichen Bestimmungsmomenten eines auf die Motivation der AdressatInnen zielenden Handelns. Es dient der Ausbildung eines positiven Selbstbildes ebenso wie auch der Identifikation mit der Arbeitstherapie und dem Lebensraum insgesamt, wobei hierbei dem Therapiebeginn und etwaigen Krisen im Therapieverlauf besonderes Augenmerk gewidmet wird. Positive Erfahrungen in der Arbeitstherapie sollen den Einzelnen auch in kritischen Therapiephasen Stabilität bieten und sie in der Fortführung der Therapie unterstützen.

In der Anforderung an die AdressatInnen, sich an einer gegebenen Arbeitsstruktur zu beteiligen, richtet sich arbeitstherapeutisches Handeln jedoch auch in einem entlastenden Sinn an die AdressatInnen. Im Wechselspiel zwischen konkreten Arbeitserfordernissen, den einzelnen

Personen und der gesamten Gruppe beachten MitarbeiterInnen, wer momentan welche Arbeiten verrichten kann und wer welche Form der Begleitung und Unterstützung braucht, ohne die Gruppe in ihrer gemeinsamen Arbeitsaufgabe zu destabilisieren. ‚Sie sollen arbeiten und sich beschäftigen gegen die Verführungen der Langeweile und des Nichtstuns und sie dürfen sich auch mal hängen lassen, solange eine gewisse Struktur gegeben bleibt‘, so lässt sich entsprechend das fortgeführte Motto professionellen Handelns formulieren. Rücksicht nehmen auf die Einzelnen, Schon- und Rückzugsräume ermöglichen, sich als GesprächspartnerIn anbieten kennzeichnen die Vielfalt der professionellen Handlungsmuster als Handeln in den Zwischenräumen. Dies meint *Handeln in den Zwischenräumen* des gemeinsamen Arbeitens, aber auch in den Zwischenräumen des professionellen Intervenierens, also die Bewegung zwischen alltäglichen, die allgemeinen Anforderungen des Lebens betreffenden Verhandlungen, der aktuell notwendig werdenden Krisenbewältigung, der Thematisierung weiterer Perspektiven oder allgemeiner Therapieerfahrungen. Arbeitstherapeutisches Handeln meint hier, in der gemeinsamen Aktivität mit den NutzerInnen in Kontakt zu gehen und Beziehung zu nutzen, Gelegenheiten aufzuspüren, Anknüpfungspunkte aufzugreifen.

Auf die direkte Vorbereitung für die Erwerbsarbeit, und damit auf die *Übergangsgestaltung*, konzentriert sich das arbeitstherapeutische Handeln vor allem in der Vorbereitung und Begleitung des Praktikums am Ende der Therapie, indem konkrete Situationen vorbereitet werden, wie etwa die telefonische Anfrage um einen Praktikumsplatz, oder auch spezifische Situationen am Arbeitsplatz mit den AdressatInnen reflektiert werden.

In der *Freizeittherapie* verbinden sich, wie in der Einzelfallstudie herausgearbeitet wurde, selbsttätiges Lernen und Aneignen des Möglichen mit der aktiven und selbstverantwortlichen Beteiligung der AdressatInnen, die professionell handelnd zu fördern ist. Die eigene aktive Beteiligung und Begeisterung der MitarbeiterInnen in der gemeinsamen Aktivität zielt darauf, die TeilnehmerInnen zu animieren und ihr Engagement zu fördern. Wesentliche Handlungsmuster sind hier Anerkennung von Entwicklung und Leistung, Spiegelung des Erreichten, Ansporn und Ehrgeizwecken unter Nutzung der Gruppe als sich selbstverstärkendes Medium. Es müssen unterschiedliche Niveaus des Könnens in das Zusammenspiel aller integriert werden; die Einzelnen sind ausgehend von ihrem Standort zu fördern, jedoch muss auch ein flüssiges Spiel und gemeinsamer Fortschritt möglich sein. Kann dies in der Betätigung direkt nicht hergestellt werden, helfen gemeinsame Reflexionen, die darauf zielen, den Sinn einer aktiven Freizeitbeschäftigung und die Bedeutung der eigenen aktiven Beteiligung zu verdeutlichen. Zu interpretieren ist dies auch als ein Appellieren an die Einsichtsfähigkeit der NutzerInnen und ihr selbstverantwortliches Handeln. Das freizeittherapeutische Handeln bewegt sich dabei, wie deutlich wird, in dem *tendenziellen Widerspruch* von Freizeitgestaltung als Pflichtübung und dem Freiwilligkeitsaspekt und Spaß- bzw. Genussaspekt in der Gestaltung von ‚freier‘ Zeit. Was in der Arbeitstherapie als Pflicht, nämlich zu arbeiten, ausgewiesen werden kann, fällt in der Freizeittherapie ungleich schwerer, bewegt sie sich doch unmittelbar

in dem widersprüchlichen Verhältnis von Freiwilligkeit und Zwang, was auszuloten einen Kernbereich des Handelns auszeichnet.

Diese spezifische Situation der Freizeittherapie impliziert die Bezugnahme auf die Befindlichkeiten Einzelner und auf die Gruppendynamik insgesamt. Aktuelle Bedingungen und Programmvorgaben sind miteinander abzuwägen. Neben der Gestaltungs- und Anleitungsaufgabe erfordert dies die ständige Beobachtung der Gruppe, das Wahrnehmen der subjektiven Befindlichkeiten und Prozesse sowie der verschiedenen subjektiven Voraussetzungen, Fähigkeiten und Zielvorstellungen und entsprechend das Eingehen in angemessener Form, was sowohl Rücksichtnahme und Verständnis als auch Einfordern und Grenzen setzen bedeuten kann. Die Gruppenaktivitäten müssen in ihrer Gestaltung hierfür Raum lassen, nämlich für Gespräche am Rande, für Neuorganisation und intensiveren Kontakt mit Einzelnen, ohne dabei das grundsätzliche Strukturierungsanliegen zu gefährden.

Ausgehend von einer bisher auf Drogenhandeln konzentrierten Beschäftigung unterstützen die MitarbeiterInnen die AdressatInnen vorrangig darin, *Neues* für sich zu entdecken und ihren Horizont zu erweitern. Darauf zielt auch das Phasenkonzept, insoweit am Therapieanfang vier Angebote zu belegen sind und davon auszugehen ist, dass nicht nur auf Altbekanntes zurückgegriffen werden kann. Abgesehen von schwierigen Vermittlungsprozessen mit den NutzerInnen marginalisiert eine solche Handlungsorientierung tendenziell den Stellenwert vorhandener Ressourcen.

Die pädagogisch-therapeutische Begleitung weist grundsätzlich über den gegebenen Rahmen der Freizeittherapie hinaus. Sie regt auch dazu an, die freie Zeit im Therapiealltag mit aktiver Betätigung zu nutzen, will Ideen geben und auch hier den Gewinn eines solchen Freizeithandelns verdeutlichen. Indem sich MitarbeiterInnen an solchen Aktivitäten beteiligen, erweitern sie professionelle Interventionen in den selbstverantwortlich zu gestaltenden *Alltag der AdressatInnen* hinein und suchen diese in ihren Gestaltungsmöglichkeiten zu unterstützen. Auch im Blick auf den Alltag nach dem Therapieaufenthalt weist der von den MitarbeiterInnen zu gestaltende Lern- und Erfahrungsraum über den konkreten Bezugsrahmen der Alltagswelt Drogentherapie hinaus. Sie wollen für die Zukunft anregen und den AdressatInnen konkrete Erfahrungen mitgeben, an die sie erinnernd anknüpfen können.

Prinzipiell ist das freizeittherapeutische Handeln geprägt von vermittelnden Bemühungen, und zwar hinsichtlich der aktiven Beteiligung der AdressatInnen, der Einsicht in die aktuelle und zukünftige Bedeutung sowie hinsichtlich der Selbstverantwortlichkeit im Handeln. Die jeweiligen Lern- und Entwicklungsschritte entfalten sich vor dem Hintergrund einer breiten Angebotspalette innerhalb des *phasenstrukturierten dichten Programms*, das an sich dazu beiträgt, die AdressatInnen in einen Entwicklungsprozess einzubinden. Das darin verortete Integrationspotential ersetzt gleichsam eine kontinuierliche Ziel- und Hilfeplanung sowie eine kontinuierliche subjektorientierte Begleitung. Diese konzentrieren sich in den resümierenden Gesprächen zum Phasenwechsel, wenn die AdressatInnen neue Angebote der Freizeittherapie

wählen. Hier sollen gemeinsam die Erfahrungen im Blick auf die weitere Entwicklung reflektiert werden.

5.5.6 Problematische Felder professionellen Handelns

Vor dem Hintergrund der Einzelfallstudien und der bisherigen zusammenfassenden Erörterungen lassen sich für den *Gesamtzusammenhang professionellen Handelns* einige problematische Bereiche ausmachen, die sich letztlich als Handlungsprobleme für die MitarbeiterInnen manifestieren. Nicht zuletzt stellt der Rekurs auf die Grenzen professionellen Handelns ein *wesentliches Erzählmuster* der interviewten MitarbeiterInnen dar. Solche Problembereiche professionellen Handelns zeigen sich in den drei pädagogisch-therapeutischen Bausteinen in unterschiedlicher Form und Intensität, wenngleich sie in spezifischer Weise für alle drei Bausteine relevant sind und sich zumeist nur in ihrer konkreten Ausprägung unterscheiden. Die Darstellung der Problembereiche folgt daher einer integrierten Betrachtungsweise für die pädagogisch-therapeutischen Elemente.

Die Frage der *aktiven Beteiligung* der AdressatInnen durchzieht gleichsam die Arbeit wie ein roter Faden. In keinem der pädagogisch-therapeutischen Bausteine beteiligen sich die AdressatInnen so, wie es von ihnen erwartet wird, wobei die Form der Nicht-Beteiligung variiert. In der Arbeits- und der Freizeittherapie versuchen die AdressatInnen, sich zu entziehen, und nutzen jede Lücke, die sich ihnen bietet. Damit verletzen sie nicht nur die Regel der Teilnahmepflicht, sondern entziehen sich grundlegend dem pädagogisch-therapeutischen Strukturierungsanliegen. Insbesondere in der Freizeittherapie stellen sie offenbar die Bedeutung einer aktiven Freizeitgestaltung grundsätzlich in Frage und monieren den Zwangscharakter der Freizeittherapie. In der psychotherapeutischen Gruppentherapie stellt sich nicht die Teilnahme an sich problematisch dar; als schwierig formulieren die MitarbeiterInnen vielmehr eine Distanz der AdressatInnen zum psychotherapeutisch-methodischen Arbeiten, vor allem in seiner tiefenpsychologisch ausgerichteten Variante. Für alle drei Bausteine gilt demnach gleichermaßen: auch wenn die AdressatInnen anwesend sind, muss eine *aktive und engagierte Beteiligung* erst noch *hergestellt* werden.

Daran unmittelbar anknüpfend erweist sich der Faktor *Motivation* als ein schwieriges Feld professionellen Handelns. Grundsätzlich lässt die Motivation der AdressatInnen in der Wahrnehmung der MitarbeiterInnen zu wünschen übrig. Immer mehr Drogenabhängige kommen in die Einrichtung, die wenig motiviert scheinen für Anforderungen und Mühen des Therapieprozesses, was insbesondere im Kontext der verkürzten Therapiedauer und der steigenden Zahl straf- und haftbelasteter Drogenabhängiger die psychotherapeutische Arbeit erschwert. Einerseits sehen die MitarbeiterInnen eine sinkende Bereitschaft zur psychotherapeutischen Auseinandersetzung im Zusammenhang mit diesen Wandlungen. Andererseits interpretieren sie vor diesem Hintergrund auch die Zunahme der anwachsenden Belastung des gruppentherapeutischen Settings mit den immer wiederkehrenden alltagsbezogenen Verhandlungen, weil die AdressatInnen immer weniger bereit sind, sich auf die spezifische Alltagsstruktur und -

ordnung einzulassen. In der Freizeittherapie stellt sich eine sinkende Motivation vorrangig in der Perspektive notwendiger Thematisierungen zur Bedeutung von Freizeitgestaltung und den damit verbundenen Anforderungen an die Einzelnen dar. Für die Arbeitstherapie lassen sich ähnliche Begründungsnotwendigkeiten finden, die allerdings weniger gewichtig zutage treten. Anzunehmen ist, dass erstens die Pflicht zur Arbeit, wesentlichen gesellschaftlich-normativen Mustern folgend, weniger begründungsbedürftig ist als die Bedeutung von Freizeitgestaltung und zweitens solche Begründungen in der deutlicher ausgeprägten Bezugnahme auf die Einzelnen mehr aufgehoben sind. Prinzipiell entpuppt sich die Motivation der AdressatInnen im Spannungsfeld von *Teilnahmepflicht* und *motivierender Intervention* immer wieder als problematisches Feld professionellen Handelns.

Über die *Zusammenarbeit und die Kommunikation zwischen den Bausteinen* äußern sich die MitarbeiterInnen aus der Perspektive ihres Handelns weitgehend unzufrieden. Die MitarbeiterInnen der Arbeits- und der Freizeittherapie fühlen sich nicht genug beteiligt an den Gesamtprozessen der Therapie, erhalten allenfalls in den wöchentlichen Teamsitzungen Informationen von den MitarbeiterInnen der Psychotherapie, die aufgrund des weitreichenden Zuständigkeitsbereichs der Gruppentherapie und ihrer Rolle als zentrale AnsprechpartnerInnen nicht nur mehr überblicken, sondern auch in stärkerem Maß gestalterisch in die Therapieprozesse der Einzelnen eingreifen (etwa Höherstufungen, Entscheidungen über Entlassung oder Fortführung der Therapie). Gemeinsame Reflexionen zu individuellen Therapieverläufen finden kaum statt. Die MitarbeiterInnen der Psychotherapie beklagen ihrerseits eine mangelnde Verantwortung für die Stabilisierung der Alltagsordnung auf Seiten der anderen MitarbeiterInnen und fühlen sich insbesondere im Blick auf den Umgang mit Regeln allein gelassen. Grundsätzlich erscheint insofern die *Vermittlung der Arbeit zwischen den pädagogisch-therapeutischen Bausteinen* prekär.

Was die *wechselseitige Anerkennung professioneller Handlungsorientierungen und Handlungsmuster* anbelangt, so sehen sich die MitarbeiterInnen der Arbeitstherapie und der Freizeittherapie in ihrem professionellen Handeln nicht im gleichen Maß anerkannt wie diejenigen der Psychotherapie. Psychotherapeutisch-methodisch gestütztes Handeln erscheint prinzipiell als der *Maßstab* professionellen Handelns in der Drogentherapie schlechthin, vor dessen Hintergrund auch die für die Arbeitstherapie und die Freizeittherapie spezifischen Handlungsformen eingeordnet und bewertet werden.

Insbesondere für die MitarbeiterInnen der Psychotherapie drängt sich das *Rückfall- und Drogenthema* ins Zentrum ihres Arbeitens. Dies geschieht in Form der individuellen Rückfallbearbeitungen sowie grundsätzlich in den immer wiederkehrenden Thematisierungen der Alltagsordnung mit den AdressatInnen, wie es vor allem die Gruppentherapie stark prägt. Rückfall und erneuter Drogenkonsum der AdressatInnen bedingt darüber hinaus eine gleichsam permanente Notwendigkeit der professionellen Selbstvergewisserung von Maß, Grenzen und Formen im Umgang mit erneutem Drogenkonsum im Spannungsfeld von *Subjektorientierung*

und Verantwortung für den *drogenfreien Lebensraum* aller bzw. im Spannungsfeld der *Begleitung individueller Entwicklungsprozesse* einerseits und dem *disziplinierenden Handeln* mit dem letzten Mittel der Entlassung andererseits, das stets ein strafendes Mittel der Hilfebeendigung bleibt.

Fragen zur Alltagsordnung und -gestaltung kristallisieren sich als kontinuierlich zu verhandelnde heraus. In der Freizeit- und Arbeitstherapie stellen sie sich eher am Rande, im Kontext der Begründung dieser beiden therapeutischen Elemente gegenüber den NutzerInnen. In der Gruppentherapie dagegen erscheinen sie mitunter als das alles beherrschende Thema, was von den MitarbeiterInnen insoweit beklagt wird, als insbesondere dieser Gegenstand ein kontinuierliches psychotherapeutisch-reflektierendes Arbeiten an den psychodynamischen Entwicklungsprozessen der AdressatInnen zurückdrängt.

Das *Zusammenleben der AdressatInnen* entfaltet sich, entgegen der Vorstellung des solidarischen Miteinanders im Sinne einer produktiven Basis für Kompetenz- und Erkenntnisgewinn, vielmehr als ein *macht- und hierarchiegeprägter Raum*, in dem sich vor allem geschlechtshierarchische Verhältnisse etablieren. Obwohl man darüber grundsätzlich Bescheid weiß, entziehen sich diese Alltagsverhältnisse der direkten Wahrnehmung der MitarbeiterInnen und ihrem Zugang. Sie gelangen allenfalls dann in den Bereich professionellen Handelns, wenn Betroffene sie direkt thematisieren, was, wie deutlich wurde, höchst selten passiert.

Ein weiterer problematischer Handlungsbereich offenbart sich am Ende der Therapie mit dem *Übergang* der AdressatInnen in einen *gelingenderen Alltag* außerhalb der Drogentherapie. Die MitarbeiterInnen formulieren ihren Verantwortungsbereich vorrangig hinsichtlich des tatsächlichen Aufenthalts in der Einrichtung, also für die stationäre Therapiezeit. Der Transfer des Gelernten, der neuen Erfahrungen und Erkenntnisse liegt weitgehend in der Verantwortung der NutzerInnen. Maßgeblich ist das *Hier und Jetzt* und nicht die Übergänge in den zukünftig von den Einzelnen zu gestaltenden, *gelingenderen Alltag*. Die Einschätzung einer nachhaltigen Wirksamkeit des eigenen Handelns bleibt dabei gering ausgeprägt. Etwa werden aus der Arbeitstherapie die geringen Möglichkeiten der Wiedereingliederung in den Erwerbsarbeitsmarkt bedauert. Die PsychotherapeutInnen problematisieren die Situation bei rückfallbedingten disziplinarischen Entlassungen und aus der Freizeittherapie wird der Bedarf freizeitorientierter Hilfe auch nach dem Therapieaufenthalt angemahnt. Dies verweist – in einer engeren Perspektive – auf die Frage nach der Bedeutung von Hoffnung und Sinn im Ausstiegsprozess sowie – in einer weiteren Perspektive – auf die Frage nach Gehalt und Struktur der institutionell und sozialräumlich gegebenen Möglichkeiten, innerhalb derer drogentherapeutisches Handeln angesiedelt ist, im Hinblick auf Anschlussstellen für eine übergangsorientierte Vernetzung und Kooperation.

6 Spannungsfelder professionellen Handelns in der Drogentherapie – Empirisch-theoretisch geleitete Überlegungen aus sozialpädagogischer Perspektive

In einer Gesamtschau betrachtet verweisen die von den MitarbeiterInnen problematisierten Bereiche, mit deren Darstellung das vorige Kapitel schließt, auf unterschiedlich akzentuierte Spannungsfelder, die auch Begrenzungen professionellen Handelns markieren. Diese betreffen grundlegend die Zusammenarbeit und Integration der pädagogisch-therapeutischen Elemente in ein Gesamtes (6.1), die Gestaltung von Übergängen in einen gelingenderen Alltag (6.2), das Verhältnis von Alltag, Bausteinen, Therapie und Pädagogik (6.3), die Bedeutung von Selbstverantwortung (6.4) und Motivation (6.5) in der Drogentherapie, die Integration ressourcenorientierter Perspektiven (6.6) sowie die Konkretisierung einer Prozessorientierung in der Drogentherapie (6.7). Vor dem Hintergrund der Spannungsfelder professionellen Handelns endet die Arbeit mit einem sozialpädagogisch inspirierten (Aus-)Blick auf die Bedeutung des Pädagogischen in der Drogentherapie (6.8).

Ziel der folgenden empirisch-theoretisch geleiteten Überlegungen ist es, die empirisch abgeleiteten Spannungsfelder im Zusammenhang von sozialpädagogischem Blick, sozialpädagogischem Diskurs und der Verortung des Gegenstands im sozialpädagogischen Koordinatensystem zu beleuchten und zu diskutieren. Die theoretische Rahmung in der Lebensweltorientierung und der Bewältigungsorientierung (vgl. Kap. 3) bildet hierfür die theoretische Folie der Betrachtungen und wird ergänzt um die Implikationen der drogentherapeutischen Modernisierungsentwicklung (vgl. Kap. 2). Wenngleich hierbei – der Themenstellung der vorliegenden Arbeit entsprechend – der Hauptfokus auf der Perspektive professionellen Handelns liegt, gehe ich davon aus, dass der Handlungszusammenhang auch im Kontext politisch zu gestaltender Optionen zu betrachten ist. Dies beginnt etwa bei den sozialräumlichen Gegebenheiten einer Region, schließt die Regulierungen und Bestimmungen der Kostenträger für Drogentherapie ein und meint insbesondere die drogenpolitischen und -rechtlichen Regulierungen, wie sie im ersten Kapitels der Arbeit verhandelt sind. Wesentlich scheint mir die Einschätzung, dass einzig und allein das Modell der Schadensminimierung unter dem Leitgedanken der Harm Reduction die Vorteile aller drei drogenpolitischer Modelle mit ihren teils widersprüchlichen Akzenten vereinen könne (vgl. Subkommission Drogenfragen 1996: 11). Eine Neugestaltung der strafrechtlichen Regulierungen und die tatsächliche Reduzierung strafrechtlicher Verfolgung, wie sie etwa Körner (2001: VII) anmahnt, sind notwendige Voraussetzung für eine modernisierte Drogentherapie. Dieser Gedanke ist bei allen folgenden Ausführungen implizit ‚mitzulesen‘, wenn er auch nicht jedes Mal explizit wieder aufgenommen wird.

6.1 Programmstruktur, Angebot und schematische Therapieabläufe

Die Inszenierung des pädagogisch-therapeutischen Lebensraums basiert, wie in den Einzelfallstudien deutlich wird, im Wesentlichen auf einer relativ starren Programmstruktur. Diese gibt ein gruppentypisch organisiertes Ablaufschema vor, innerhalb dessen weder Wahlmöglichkeiten für die AdressatInnen (außer in der Freizeittherapie) noch regelmäßige Formen der Einzelunterstützung vorgesehen sind. Darüber hinaus gliedert sich der Programmablauf in schematisch vorgegebene Phasen, die alle NutzerInnen in den gleichen Zeitabständen, unabhängig von subjektiven Bedingungen oder konkreten Lern- und Entwicklungsprozessen durchlaufen, d.h. etwa auch die Außenorientierung reguliert sich entsprechend den schematischen Phasenvorstellungen. Weder sind darin subjektorientierte Klärungen von Zielen und Formen der Hilfestellung noch bausteinübergreifende integrierende Reflexionen als kontinuierliche Aushandlungsprozesse zwingend angelegt.

Wenngleich das Programm ein vielfältiges Angebot vorhält, unterlegt es dennoch den pädagogisch-therapeutischen Lebensraum mit einem schematisierten Ablauf, der eine selbsttätige Aneignung der Verhältnisse in den verschiedenen Gruppenbezügen, wie sie von den MitarbeiterInnen betont wird, nur innerhalb dieser Grenzen erlaubt. Für die AdressatInnen, so muss angenommen werden, verstärkt dies die im Therapieablauf prinzipiell angelegte Undurchschaubarkeit und Bedrohung (vgl. Schwoon 1998: 30). Was im Handeln häufig als problematisch erscheint und von den MitarbeiterInnen in den Koordinaten von Persönlichkeitsfaktoren bzw. strukturell vorgegebenen Änderungen wie der Therapiezeitverkürzung gedeutet wird, nämlich die mangelnde Motivation und mangelnde Einsicht der AdressatInnen in die Anforderung einer aktiven Beteiligung, kann insofern auch gelesen werden als eine *Diskrepanz* zwischen den subjektiven Erwartungen der AdressatInnen und dem Gegebenen, die nicht zur Kommunikation gelangt. Auch die Untätigkeit der NutzerInnen stellt eine individuelle Weise der selbsttätigen Auseinandersetzung mit dem Lebensraum dar (vgl. Winkler 1988: 270) und ist mithin Ausdruck von Selbstverantwortung im Umgang mit dem Gegebenen, wenngleich nicht in der von den MitarbeiterInnen angestrebten Form.

Die Programmstruktur legt die NutzerInnen der Therapie ebenso weitgehend fest wie die MitarbeiterInnen. Die NutzerInnen finden ein festgefügtes Therapieschema vor, in das sie sich unabhängig von ihren Erwartungen und Zielen integrieren sollen. Entspricht das Gegebene jedoch nicht ihren Vorstellungen, bleibt ihnen immer noch die Strategie des passiven Überstehens. Die MitarbeiterInnen werden in ihrem professionellen Handeln von den Programmvorgaben determiniert, indem ihnen nur wenig gestalterischer Spielraum verbleibt. So erscheint ihr Bemühen mitunter mehr als ein Ringen um Akzeptanz für das Gegebene als ein Ringen um Freiräume für ein stärker am Subjekt orientiertes Gestalten des programmatisch Vorgegebenen. Die psychotherapeutische Suche nach dem eigenen Weg, die Selbstvergewisserung von Ressourcen in der Arbeitstherapie wie auch die freizeittherapeutische Vermittlung von positiven Erfahrungen für die Alltagsbewältigung brauchen jedoch genau diese Freiräume

im Programmschema. Letztlich bleibt es den MitarbeiterInnen überlassen, inwiefern sie in ihrem konkreten Handeln die gegebenen Strukturvorgaben mehr oder weniger stark im Sinne einer Subjektorientierung ausbuchstabieren. Gleichwohl entlastet der schematisch vorgegebene Ablauf auch. Er ersetzt gewissermaßen eine subjektorientierte Hilfeplanung, da die wesentlichen Eckpunkte der Hilfestellung bereits programmatisch festgelegt sind. Zu fragen ist daher, in welcher Weise eine Bezugnahme auf den *subjektiven Standort* der AdressatInnen in den vorstrukturierten Abläufen überhaupt realisiert werden kann.

Wie gezeigt werden konnte, erlangen die Ziele, Erwartungen und Selbstdeutungen des Drogenkonsums, wie sie die AdressatInnen selbst formulieren, insbesondere in der Psychotherapie an Bedeutung. Hier markieren sie gleichermaßen Ausgangspunkt und Gegenstand der Arbeit an der psychodynamischen Entwicklung. Aufgrund der dargestellten zu integrierenden Vielfalt im gruppentherapeutischen Arbeiten bleibt diese Bezugnahme auf den subjektiven Standort der AdressatInnen allerdings brüchig. Im Kontext der bestimmenden, die Alltagsordnung betreffenden Themen – die in der strengen, an den drei Bausteinen ausgerichteten Programmgestaltung ihren Platz in der Gruppentherapie haben – gerät sie im Versuch, einen Kompromiss zwischen der Individualität Einzelner und den Organisationsstrukturen und -interessen (vgl. Raschke u.a. 1985: 26f.) auszubalancieren, nicht selten in Widerstreit zur Orientierung an der Gemeinschaft. Bezogen auf die Arbeits- und Freizeittherapie bleibt die Thematisierung von subjektiven Zielen, Erwartungen und Selbstdeutungen im Hinblick auf die Auswahl der konkreten Tätigkeiten marginal und wird allenfalls punktuell-situativ zum Gegenstand professioneller Intervention. Als pädagogisch-therapeutische Elemente stellen sie ein vorgegebenes Angebot dar; da sie aber in der Peripherie des therapeutischen Geschehens angesiedelt sind (vgl. 6.3), erlangen sie keine Relevanz im Sinne einer bausteinübergreifenden Zielformulierung. Insofern werden auch gemeinsame Reflexionen der MitarbeiterInnen bezüglich individueller Therapieverläufe in der prinzipiellen Orientierung an der Programm- und Angebotsstruktur nur als sekundär notwendig erachtet. Arbeitstherapie, Freizeittherapie und Psychotherapie erscheinen in gewisser Weise als eigenständige therapeutische Elemente, die sich mit ihrem jeweiligen Gegenstand im Rahmen des Gesamtkonzepts beschäftigen, ohne dass es zu einer kontinuierlichen Vermittlung in ein Gesamtes käme.

Aus der Perspektive der AdressatInnen betrachtet, erschließt sich diesbezüglich ein geringer Grad der Bündelung und Integration dessen, was in den einzelnen Therapiebausteinen passiert, in ein Gesamt von Hilfeplanung und -gestaltung. Die einzelnen Zugänge innerhalb der Bausteine bleiben in gewisser Weise unverbunden nebeneinander stehen; deutlich wird dies in der Vorstellung der MitarbeiterInnen, jede/r könne in der gebotenen Vielfalt an Medien und MitarbeiterInnen für sich etwas finden (vgl. auch Heckmann 1980b: 197; Kahlert 1997: 188f.). Eine Planung und Vermittlung der Einzelprozesse unterbleibt sozusagen in der Hoffnung auf ein *selbstregulierendes Element* im gesamten Therapieprozess. Aus der Perspektive der MitarbeiterInnen betrachtet, verweist deren Unzufriedenheit mit der mangelnden Kommunikation durchaus darauf, wie wesentlich solche – adressatenbezogen und themenbezogen

– übergreifende Reflexionsräume sind, um das eigene Handeln zu verorten, zu überprüfen und zu bewerten, auch im Sinne einer Verteilung von Gestaltungschancen und Einflussnahme.

Die vorrangige Orientierung auf Programm und Angebot begrenzt Aushandlungs- und Verständigungsprozesse zwischen MitarbeiterInnen und AdressatInnen streng genommen auf den eben eng ausgelegten Programmrahmen. Zu fragen wäre, ob nicht gerade diese Fixierung auf ein Programm selbsttätige Aneignungsweisen und Auseinandersetzung auf Seiten der AdressatInnen im Sinne zu fördernder konstruktiver Nutzungsmuster behindert. Solange um das Programm als solches, wie es sich in dem Kampf um angemessene Beteiligungsformen ausdrückt, gerungen wird, geraten die Fragen nach Zielen, Erwartungen und Perspektiven gezwungenermaßen ins Hintertreffen. Und die AdressatInnen sehen sich konfrontiert mit von ihnen wenig gestaltbaren Alltagsbedingungen, deren Infragestellung nicht zuletzt ihre einzige Möglichkeit der Einflussnahme bleibt, weil Partizipation im Sinne einer Teilhabe (vgl. BMJFFG 1990: 88; Böhnisch/Schröer/Thiersch 2005: 266ff.; Sachs-Pfeiffer 1989) nicht vorgesehen ist.

Dies erinnert an jene Leitlinien drogentherapeutischen Handelns, wie sie aus heutiger Perspektive für vergangene Zeiten geltend gemacht werden. Hierarchisch geordnete Verlaufskonzepte, die, ausgehend von einer verallgemeinerten Unreife der Drogenabhängigen, die Entwicklung der Einzelnen vom hilfebedürftigen Kleinkind zum nachgereiften Erwachsenen mit wachsender Verantwortung als eine veränderte Persönlichkeit anstreben (vgl. 2.1.2, 2.1.4.2, 2.1.4.3). Nicht subjektive Voraussetzungen, Erwartungen, Zielsetzungen oder lebensweltlichen Bedingungen, wie sie im subjektiven Standort angesprochen sind, strukturieren und leiten den Therapieprozess, sondern der Entwicklungs- und Reifungsprozess ist bereits vorab in die Ordnungsstruktur des Verlaufskonzepts eingeschrieben. Wenngleich die Deutungs- und Handlungsmuster der MitarbeiterInnen weitaus differenziertere Leitlinien aufweisen, überdauern Reste davon offenbar in grundlegenden Gestaltungsformen und professionellen Handlungsmustern und sind insbesondere festgeschrieben in der schematischen Programmatik.

Die in der Einzelfalldarstellung Psychotherapie thematisierten unterschiedlichen Auffassungen der MitarbeiterInnen zum *Zusammenspiel von Gruppentherapie und Einzelgesprächen* unterstreichen die hier angesprochenen Verwerfungen zwischen Tradition und Modernisierung. Das Gruppensetting hat in der Drogentherapie eine lange und stabile Geschichte als bevorzugte Arbeitsweise (vgl. Kufner u.a. 1994: 146; Petzold/Scheiblich/Thomas 2000: 327; Schneider R. 1992: 113; Witt 1995: 162). Demgegenüber stand das Einzelsetting lange Zeit im Verdacht der Verhinderung von heilsamen Gruppenprozessen und galt als kontraindiziert in der Drogentherapie (vgl. Bader 2002: 410). Mit der forschungsbasierten Forderung nach differenzierten und individuell ausgerichteten Hilfeformen erlangt das Einzelsetting auch in der Therapeutischen Gemeinschaft mehr Aufmerksamkeit (vgl. auch 2.2.3). Die Ergebnisse, wie sie in den Einzelfalldarstellungen präsentiert sind (vgl. 5.2.9; 5.2.10), zeigen einen sol-

chen Bedeutungsgewinn im Hinblick auf die Thematisierung von Frustrations-, Kränkungs- und Traumaerleben, die mit Angst, Verletzung und Scham besetzt sind und in Einzelgespräch und Einzeltherapie eher einen angemessenen Raum erhalten (vgl. hierzu auch Petzold/Scheiblich/Thomas 2000: 328). Weiterhin erweist sich das Einzelgespräch für die begleitende Unterstützung zur Bewältigung von Krisen und Unsicherheiten im Alltag als wesentlich. Eine systematische Intensivierung und Verarbeitung von gruppentherapeutischen Prozessen und Erfahrungen, die häufig von Konfrontation, Kontrolle und Auseinandersetzung geprägt sind (vgl. Kufner 1995: 69; Sporn 1990: 276), spielt für die MitarbeiterInnen dagegen keine Rolle.

Innerhalb Therapeutischer Gemeinschaften der Drogenarbeit, so scheint es, erkämpft sich das Einzelsetting erst mühsam einen Platz in der gruppenförmig organisierten Programmstruktur. So sehen die einen im Gruppensetting die Therapieform der Wahl: „Die Gruppentherapie mit ihren reichen Lernmöglichkeiten, Wirkungen der Neu- und Nachsozialisation des Erlebens intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, einer Matrix von Identitätsprozessen etc., ist in der Regel das Zentrum des Behandlungsplans“ (Petzold/Scheiblich/Thomas 2000: 328). Auch Kahlert (1997) betont die Gesamtgruppe in der Tradition der Therapeutischen Gemeinschaft als zentralen Ort der Begegnung zwischen allen AdressatInnen und MitarbeiterInnen mit einem besonderen identifikationsfördernden Wert in Phasen innerer und äußerer Krisen. Indem die Gruppentherapie ferner Kommunikations- und Beziehungsstrukturen der AdressatInnen untereinander wie auch zu den MitarbeiterInnen sichtbar werden lässt, hat sie diagnostischen Wert (vgl. ebd.: 192; Sporn 1990: 275). Eine ‚Entkatastrophierung‘ der eigenen Lage sowie Lernen am Modell der anderen in einer pluralistisch strukturierten Perspektive erscheinen als weitere Pluspunkte der Gruppentherapie. Die TeilnehmerInnen können Hilfe erhalten und sich selbst als hilfreich erfahren.

Andere Einschätzungen teilen diese Sichtweisen nicht. Sie verweisen auf die tendenzielle Überbewertung des Gruppensettings und verbinden mit der Vorrangstellung der Gruppentherapie gleichsam generalisierte Therapiemuster, die sich einrichtungsübergreifend ähneln: „Sie sollen bewirken, dass der Patient ‚grundüberholt‘, mit einem sinnvollen Kurs und ohne jede weitere Havarie das Meer des Lebens befährt“ (Schneider R. 1992: 113). Die AdressatInnen selbst schätzten das Einzelsetting oftmals als wertvoller ein (vgl. Gies/Schneider 2001: 164ff.). Wenngleich diese Feststellung ebenso wenig verallgemeinert werden kann wie der Vorrang des Gruppensettings, deckt sich dies mit der Einschätzung der hier interviewten MitarbeiterInnen hinsichtlich der begleitenden und unterstützenden Effekte, wie sie für das Einzelgespräch angeführt werden und sich insbesondere im Blick auf die Ausbildung konstruktiver Nutzungsmuster qualifizieren. Damit sind die psychotherapeutischen Einzelgespräche hinsichtlich der subjektorientierten Therapie- bzw. Alltagsbewältigung ebenso angesprochen wie die vielfältigen Gespräche während und nach der Arbeit in der Arbeitstherapie, die in der Orientierung am Subjekt unterstützen und begleiten.

In Bezug auf die Psychotherapie weist Schubert (1998) darauf hin, dass die diversen gruppentherapeutischen Methoden *nicht* für stationäre Settings entwickelt wurden. Daraus resultieren Schwierigkeiten in der Durchführung, die vor allem in Zusammenhang mit dem Charakter einer allseits für neue Mitglieder offenen Gruppe stehen. Der offene Charakter führt zu einer permanenten Instabilität, in der sich eine Gruppenidentität nur ansatzweise ausbildet und die Gruppensituation höchst störanfällig wird. Die Heterogenität der Gruppe, die unterschiedliche Aufenthaltsdauer der Teilnehmenden sowie damit verbunden unterschiedliche Niveaus der Konfliktbereitschaft und -fähigkeit beeinflussen die Bearbeitung von Störungen und Konflikten zentral. Die Gruppenkohäsion, der wiederum für den erfolgreichen Verlauf einer gruppentherapeutischen Maßnahme erhebliche Bedeutung beigemessen wird, ist im stationären Setting der Therapeutischen Gemeinschaft nur schwerlich gegeben und stellt keine tragende Kraft im therapeutischen Prozess dar (vgl. hierzu auch Kufner u.a. 1994: 138). Eine permanente Gratwanderung professionellen Handelns – entsprechend den jeweiligen Phänomenen, die im offenen Prozess entstehen – leitet sich hieraus ab. In der Regel bildet die Gruppe „den Hintergrund für das therapeutische Arbeiten mit Einzelnen und wird nur in Ausnahmefällen Anlass für gruppenzentriertes Arbeiten sein“ (Schubert 1998: 50). Weniger Tiefgang und spektakuläre Entwicklungen als vielmehr Anregungen und Impulse im Sinne einer Förderung der Eigenaktivität stellen wesentliche Orientierungen einer solchen Form der offenen gruppentherapeutischen Arbeit dar. Ihre Störanfälligkeit dokumentiert sich nicht zuletzt in dem vielfach beklagten Zwang zum Reagieren auf die schwierigen Verhältnisse im Alltag (vgl. 5.2.7).

Zwischen diesen unterschiedlichen Positionen scheint der Platz des Einzelsettings in der Therapeutischen Gemeinschaft noch nicht letztendlich geklärt. Zwar wird sein Wert nicht gänzlich bestritten, aber als hinreichend identifiziert kann er gleichwohl noch nicht angenommen werden. Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung zeigen, wie nachhaltig die Orientierung am programmatisch vorstrukturierten Gruppenmodell wirksam bleibt und so die Forderung nach einer Differenzierung und Individualisierung der Therapie (vgl. 2.2.2.4) – etwa in einer Aufwertung des Einzelsettings – nur mühsam und teilweise handlungsleitende Kraft entfaltet. Gies und Schneider (2001) charakterisieren drei potentielle Variationen im Verhältnis von Gruppen- und Einzelsetting: (1) Gruppentherapie kombiniert mit regelmäßiger Einzeltherapie und wenigen indikativen¹⁶⁰ Angeboten, (2) häufige Gruppentherapie und Einzeltherapie nach Bedarf, wenige indikative Angebote und (3) Gruppentherapie und viele indikative Angebote sowie Einzeltherapie nach Bedarf. Dieser Klassifizierung folgend kann die untersuchte Einrichtung der zweiten Gruppe zugerechnet werden, in der Einzeltherapie und Einzelgespräche nur nach Bedarf stattfinden und indikative Maßnahmen darüber hinaus keine Bedeutung haben.

¹⁶⁰ Indikative Angebote umfassen ein Spektrum möglicher Maßnahmen in der Einrichtung, die nicht programmatisch, sondern im nur im Einzelfall zum Tragen kommen.

Soll das Einzelsetting in einer engeren und verbindlicheren Verzahnung von Einzel- und Gruppenangeboten (vgl. Kufner 1995: 69; Vollmer 1991) mehr Raum in der Therapeutischen Gemeinschaft erhalten, muss die schematische, angebotsbasierte Programmstruktur gleichsam in flexibilisierte Muster transformiert werden und darf ein Programm nicht als festes Programm *für alle* gelten (vgl. Ensel 1997: 65ff.; Schneider, R. 1992: 118). Vielmehr aktualisiert sich die Vielfalt des Angebots, die an sich eben nicht schon als Beitrag zur Individualisierung betrachtet werden kann (vgl. hierzu Bönner 1990: 14), in je spezifischen Therapieprogrammen der Einzelnen. Die Herausforderung liegt vor allem darin, entsprechend *individuellen Hilfeplänen* eine Auswahl zu treffen und gleichzeitig die Orientierung an der Grundstruktur der Gemeinschaft im Sinne eines verbindenden Zusammenhangs zu berücksichtigen.

Dass dieser Anspruch auf flexible Gestaltungsformen nicht ohne weiteres in der festen Tradition einer gruppenförmig organisierten Programmstruktur zu realisieren ist, zeigen nicht zuletzt die hier vorgelegten Ergebnisse. Für alle drei pädagogisch-therapeutischen Bausteine gilt der Vorrang der Gruppe gegenüber dem Einzelsetting, wenngleich es als unterstützende Hilform, insbesondere in der Psychotherapie und der Arbeitstherapie, eingesetzt wird. Es bleibt, wie gezeigt werden konnte, eine ergänzende und wenig kontinuierlichfördernde Form professionellen Handelns, erscheint bisweilen zufälligen Charakters und hat noch keine konzeptionell-systematische Verankerung im programmstrukturierten Gesamtsetting gefunden.

6.2 Das Angebot Drogentherapie konzentriert auf den institutionellen Rahmen

Eine weitere Besonderheit drogentherapeutischen Handelns muss vor dem Hintergrund der prinzipiellen Orientierung am Programm der Drogentherapie betrachtet werden, und zwar der Konzentration auf den institutionellen Rahmen und das darin verankerte Angebot. Vorrangig definieren die MitarbeiterInnen ihre Aufgaben und gestalten ihr Handeln bezogen auf den institutionellen Rahmen der Drogentherapie. Professionelles Handeln richtet sich darauf, die NutzerInnen in ihren Lern- und Erfahrungsmöglichkeiten aus den pädagogisch-therapeutischen Bausteinen heraus zu unterstützen und sie damit für einen auf verändertem Drogenhandeln basierenden, gelingenderen Alltag vorzubereiten. Die Umsetzung dessen nach der Therapie sehen die MitarbeiterInnen überwiegend in der Verantwortung der AdressatInnen, wobei sie deren Möglichkeiten, das neu Gelernte, die neuen Erfahrungen und die erworbenen Kompetenzen zu transferieren, durchweg kritisch einschätzen.

Die *Gestaltung des Übergangs* aus der Therapie heraus spielt explizit im professionellen Handeln eine Rolle in den auf den zukünftigen Alltag vorbereitenden Übergangsritualen der Gruppentherapie, in der arbeitstherapeutischen Unterstützung und Begleitung des Praktikums zum Ende der Therapie oder in dem freizeittherapeutischen Angebot einer nachgehenden Trommelgruppe. Ein Teil der AdressatInnen nutzt ferner das Angebot einer betreuten Wohngruppe, die sich an den Therapieaufenthalt anschließt, jedoch prinzipiell abgetrennt ist vom

Alltag der Therapieeinrichtung, sowohl in inhaltlicher, organisatorischer als auch kostenrechtlicher Perspektive (vgl. hierzu Bader 2002: 405f.). Zusätzlich finanzieren die Kostenträger in Einzelfällen eine ambulante psychotherapeutische Einzeltherapie ergänzend zum abgeschlossenen stationären Aufenthalt. Anzunehmen ist jedoch, dass dieses letztgenannte Angebot auch nur jene Personen beanspruchen, die bereits während ihres Aufenthalts einzeltherapeutisch betreut wurden, und das sind vergleichsweise wenige.

Bereits die Hammer Studie zeigt, wie stark eine (nachhaltig) erfolgreiche Umsetzung der konkreten Therapieerfahrungen in einen gelingenderen Alltag davon abhängig ist, wie die erste Zeit nach dem Therapieaufenthalt bewältigt werden kann (vgl. Raschke u.a. 1985: 63ff.). Auch die Tübinger Studie (vgl. Thiersch u.a. 2001) weist nach, wie wesentlich Maßnahmen der Nachsorge für die Ausbildung und vor allem die Stabilisierung eines veränderten *Bewältigungshandelns* ist, also hinsichtlich des Drogengebrauchs, der gelingenderen Alltagsbewältigung in ihren unterschiedlichen Dimensionen von sozialer Interaktion und Beziehungsgestaltung, Lebens- und Wohnverhältnissen, Arbeits- und Ausbildungsverhältnissen und Freizeitgestaltung sowie der psychodynamischen Entwicklung in Bezug auf Reflexionen, Einsichten und Perspektiven. Nachsorgemaßnahmen im Sinne einer *Hilfe zur Bewältigung im Lebenslauf* entscheiden mithin darüber, ob sich ein effektiver Therapieverlauf auch tatsächlich erfolgreich im Sinne der drei Dimensionen des Bewältigungshandelns niederschlägt oder ob etwa auch ein weniger effektiv verlaufender Therapieprozess am Ende doch zu einem positiv veränderungswirksamen Resultat führt. Ausschlaggebend für den weiteren Prozess ist, welche Ressourcen zur Verfügung stehen und inwiefern und wie lange sich das Deutungs- und Handlungsmuster Drogenkonsum im Lebenskontext subjektiv als schlüssig und sinnhaft erweist oder etwa alternative Muster an seine Seite treten und gelingendere Lebensentwürfe und Lebenswelten unterstützen (vgl. 3.2.5). Dies unterstreicht die Bedeutung einer an der Bewältigungs- und Gestaltungsfrage und der ihr impliziten Bildungsfrage (vgl. Böhnisch 2002: 205ff.) orientierten Stabilisierung des in der Therapie Erreichten im lebensweltlichen Zusammenhang nach der Therapie.

Vor diesem Hintergrund ist die zunehmend formulierte Notwendigkeit nach einer Vernetzung und Öffnung der stationären Drogentherapie ins Feld (vgl. etwa Evers/Kurz-Lund 1999: 227ff.; Petzold/Hentschel 1994: 101) zu verstehen. Implizit greifen diese Forderungen die Struktur- und Handlungsmaximen der Lebensweltorientierung auf, insbesondere die Regionalisierung/Sozialraumorientierung sowie die Prävention, Alltagsnähe und Integration (vgl. 3.1.2) als Bestimmungsmomente einer auf die Lebenswelterfahrungen der AdressatInnen bezogenen und in das Gemeinwesen hinein geöffneten Hilfe (vgl. Reinl/Stumpp 2000: 155f.; Thiersch 1999b, 2001). Wie AdressatInnen die Zeit nach ihrem stationären Aufenthalt bewältigen, hängt in besonderem Maße davon ab, inwiefern in der Passung von Hilfen und subjektiven Bedürfnissen der Übergang begleitet und unterstützt werden kann. Dennoch spiegelt sich in der untersuchten Einrichtung eine solche Orientierung nur wenig wider bzw. bleibt begrenzt auf den institutionell vorgezeichneten Weg der Außenwohngruppe, den allerdings

nur ein Teil der AdressatInnen in Anspruch nimmt. Weiterführende Ansatzpunkte finden sich etwa in dem Bemühen, aus der Arbeitstherapie heraus Verbindungen mit Betrieben herzustellen (vgl. 5.3.4). Wie eine auf die Bewältigungs- und Gestaltungsfrage bezogene Stabilisierung des in der Therapie Erreichten als Übergang in einen gelingenderen Alltag subjektorientiert gestaltet, also gleichsam ‚maßgeschneidert‘ werden kann, bleibt als genuine und grundsätzliche Gestaltungsaufgabe unterbelichtet. Am Beispiel vorzeitiger disziplinarischer Entlassungen soll dies in seinen Rückwirkungen auf die Möglichkeiten professionellen Handelns innerhalb der Drogentherapie beleuchtet werden.

Den Arbeitsauftrag im Falle von rückfallbedingter disziplinarischer Entlassung bzw. bei vorzeitiger Therapiebeendigung durch die AdressatInnen über den institutionellen Rahmen hinaus auszudehnen, wie es Schwenker und Sundermann (1999: 174) fordern, wird in der untersuchten Einrichtung nicht praktiziert. In einer solchen Situation endet die Hilfe in der Regel mit einem völligen Kontaktabbruch unter Verweis auf die jetzt wieder einsetzende Zuständigkeit der einst zuweisenden Drogenberatungsstelle. Das Modell der Therapiekette ist in diesem Zusammenhang unverkennbar Grundlegung professionellen Handelns. Wenn aber die Frage erlaubt sein muss, was die ForscherInnen des Kriseninterventionsprojekts hervorheben (vgl. Kufner u.a. 1994: 177), wie viel Rückfall eine Einrichtung verkraftet, weil Rückfallereignisse stets mit erheblichen Belastungen für AdressatInnen und MitarbeiterInnen einhergehen (vgl. auch Körkel/Wernardo/Wohlfahrth 1997: 342; Kunz 1988: 228f.), dann erscheint die Öffnung des institutionellen Rahmens und die Öffnung professionellen Handelns in das Feld eine unabdingbare Voraussetzung. Bleibt dagegen nur die disziplinarische Entlassung der Einzelnen, gleichsam in einen leeren Raum¹⁶¹, kann sich, so wird hier vertreten, auch eine begleitungs- und reflexionsorientierte Rückfallbearbeitung im institutionellen Rahmen nur schwer entfalten. Die geforderte Offenheit und Ehrlichkeit in der psychotherapeutischen Auseinandersetzung bzw. überhaupt die erwartete Abkehr von Verheimlichungsstrategien mischt sich dergestalt mit der zugleich damit verknüpften Androhung der Entlassung. Ob angesichts dieses Damoklesschwerds der Entlassung eine ehrliche Reflexion der Begründungszusammenhänge oder auch nur eine offene Thematisierung erwarten werden kann, bleibt skeptisch zu beurteilen.

Mit der Begrenzung auf den institutionellen Rahmen werden insofern für eine konstruktive Rückfallauseinandersetzung einerseits Anknüpfungschancen professionellen Handelns im institutionellen Rahmen der Drogentherapie vertan, etwa hinsichtlich der mit einer reflexiv-bearbeitenden Hilfe in Rückfallsituationen verbundenen bewältigungsorientierten Lern- und Entwicklungschancen (vgl. hierzu 6.7). Andererseits verhindert die Begrenzung auch, dass im Spannungsfeld von subjektorientierter verstehensbasierter Begleitung und Aufarbeitung und der notwendigen Herstellung von Drogenfreiheit unspektakulär Anschlussmöglichkeiten aus

¹⁶¹ Zwar ist es den AdressatInnen möglich, eine Folgetherapie zu beantragen; zunehmend werden solche Anschlussmaßnahmen jedoch von den Kostenträgern zögerlicher bewilligt (vgl. Bader 2002).

der Therapie heraus gesucht werden können, nämlich in dem Fall, wenn Rückfallereignisse im Alltag für die MitarbeiterInnen und die AdressatInnen nicht mehr tragbar sind. Auch solche, im Sinne der Abstinenzorientierung weniger erfolgreiche Anschlussmöglichkeiten nach der Therapie, wie etwa der Übergang in eine Substitutionsmaßnahme, kann durchaus verändertes Bewältigungshandeln, auch verändertes Drogenhandeln, fördern und stabilisieren (vgl. Thiersch u.a. 2001: 77). Wenngleich die Verantwortung für Lösungen von Handlungsproblemen bei den AdressatInnen selbst liegt, so ist professionelles Handeln im Sinne des stellvertretenden Handelns „als die stellvertretende Interpretation von Handlungsproblemen zu begreifen“ (Dewe/Otto 2002: 179), die im sozialpädagogischen Zusammenhang von Vergangenheit, Aktualität und Zukunft ein offenes Experiment entwirft (vgl. Mollenhauer 2003: 10, 102ff.). „Die pädagogischen Ansprüche können und müssen auch abgelehnt und verweigert werden“ (Thiersch 2002: 209), was auf die diskursive Deutung von lebensweltlichen Problemen und Perspektiven und die Aushandlung von Hilfezielen und -gestaltung zwischen Eigensinnigkeit, Stellvertretung und Verantwortung verweist (vgl. Dewe/Otto 2002).

Insofern bedeutet eine Öffnung des institutionellen Rahmens und damit neu konturierte professionelle Verantwortung für die Gestaltung des Übergangs aus der Therapie heraus nicht nur eine Ausdehnung der Verantwortung (vgl. Schwenker/Sundermann 1999). Vielmehr beinhaltet eine solche Öffnung auch *Qualitätssicherung* im Kontext veränderter Verantwortung, die rückwirkt, insofern sie professionelles Handeln innerhalb des institutionellen Rahmens im Sinne des stellvertretenden Handelns qualifiziert. Gleichwohl liegt dies nicht allein in der Entscheidungs- und Gestaltungsfreiheit der MitarbeiterInnen. So sind die Kostenübernahmeregelungen mit den Leistungsträgern diesbezüglich innovationshemmend (vgl. Evers/Kurz-Lund 1999: 227ff.). Auch wirkt die Knappheit kommunaler Kassen auf das Nachsorgepotential zurück, da eine regional orientierte Übergangsgestaltung im Wesentlichen verwiesen ist auf kommunal getragene Finanzierungsmodelle (vgl. Bossong 2000; Reinl/Füssenhäuser/Stumpp 2004; 2.2.3). Zu vermuten ist erstens, dass im Zeichen der Abstinenzorientierung solche Anknüpfungsmomente der Übergangsgestaltung, die nicht abstinenzbezogen, aber gerade im Kontext von Rückfällen wesentlich sind, schwer realisierbar bleiben. Zweitens muss angenommen werden, dass die Fixierung der ambulanten Nachsorge auf therapeutisch ausgerichtete Maßnahmen – etwa ist die psychotherapeutische Einzelunterstützung kostenrechtlich geregelt – andere Maßnahmen, z.B. eine für die Erwerbsintegration geforderte trägerinterne und trägerübergreifende Kooperation (vgl. Kauffmann 1999; Schilling 2000; Strotmann/Thiem 2000; Tuma 1999), erschweren (vgl. auch 6.7). Dass ferner die konsequente Umsetzung einer Öffnung des institutionellen Rahmens auch ein verändertes Denken auf Seiten der Justiz erfordert, ist evident, weil gerade der Grundsatz ‚Hilfe vor Strafe‘ dann auch veränderter Auslegungsweisen bedarf. Der Zusammenhang von drogenpolitischen Regulierungen zwischen Beharrung und Bewegung (vgl. 1.5., 1.6) und den Möglichkeiten professionellen Handelns in der Drogentherapie verdeutlicht sich hier in besonderer Weise.

6.3 „Im Zentrum machen wir Psychotherapie“: Das therapeutische Paradigma und der Verlust von Pädagogik und Alltag

Im Arbeits- und Selbstverständnis der MitarbeiterInnen erweist sich das *Therapeutische* als ein *elementarer Bezugspunkt*, und zwar nicht nur für den Baustein Psychotherapie, sondern auch für die Arbeitstherapie und die Freizeittherapie. Die MitarbeiterInnen der Psychotherapie definieren sich jenseits ihrer originären Ausbildung prinzipiell als PsychotherapeutInnen und favorisieren bezüglich ihres Aufgabenbereichs jene Aspekte, die sich auf die psychodynamischen Entwicklungs- und Klärungsprozesse richten sowie auf die Begleitung der Einzelnen in ihren individuell wesentlichen Belangen. Dies drückt sich am deutlichsten aus in der subjektorientierten Ziel- und Therapiereflexion als Gegenstand der Gruppentherapie (vgl. 5.2.1), in der Suche nach dem eigenen Weg (vgl. 5.2.2), im Zusammenhang von Subjektentwicklung und Eigenverantwortung (vgl. 5.2.3) sowie in den spezifischen Anliegen der Unterstützung in Einzelgesprächen und -therapie (vgl. 5.2.9, 5.2.10).

In der Arbeitstherapie und der Freizeittherapie kennzeichnet das Therapeutische eine wesentliche Bezugsgröße professionellen Handelns in unterschiedlicher Bedeutungszuweisung. In der Arbeitstherapie kristallisiert sich ein integrierender Bezug auf das Therapeutische heraus, indem der Anspruch erhoben wird, sich derselben methodisch-therapeutischen Mittel, nämlich des ‚Einzels‘, zu bedienen wie in der Psychotherapie. In der Freizeittherapie dagegen erweist sich der Bezug als ein abgrenzender, begründet in der mangelnden Kenntnis psychotherapeutischer Methodik. Dabei ist davon auszugehen, dass es sich hierbei nicht um bausteinspezifische Varianten der Bezugnahme auf das Therapeutische handelt, sondern vielmehr je nach personenspezifisch ausgeprägtem Arbeits- und Selbstverständnis beide Varianten sowohl in der Arbeitstherapie als auch in der Freizeittherapie vorkommen können. Entscheidend ist das Muster der Bezugnahme, entweder *abgrenzend* oder *integrierend*, auf das, was als therapeutisches Handeln identifiziert wird, nämlich das begleitende Gespräch, das Bearbeiten von Problemen, die vertiefte Auseinandersetzung mit spezifischen Themenstellungen und darin liegend die Orientierung an den subjektiven Anliegen und Voraussetzungen der AdressatInnen. Diese, auf das Therapeutische bezogene Deutung im Arbeits- und Selbstverständnis der MitarbeiterInnen ist letztlich Ausdruck einer spezifischen Professionalisierungsentwicklung und -tendenz, wie sie die Geschichte der Drogentherapie durchzieht und das *therapeutische Paradigma* zum zentralen handlungsleitenden Deutungsmuster macht. Sie geht einerseits einher mit dem Bedeutungszuwachs psychotherapeutischer Methoden sowie mit der Integration der freizeittherapeutischen bzw. freizeitpädagogischen Angebote. Andererseits zeichnet sie sich ebenfalls aus durch den Bedeutungsverlust der Arbeitstherapie, die ehemals sozusagen eine Monopolstellung innehatte und aus der heraus alle relevanten therapeutischen Bereiche abgedeckt wurden.

Das therapeutische Paradigma als zentrales Deutungsmuster verweist auf den Umstand der kontinuierlichen *Therapeutisierung* der Therapeutischen Gemeinschaften in der Drogenarbeit,

die als Kern der Bemühungen um eine Professionalisierung der Arbeit zu verstehen ist. Mit dem Begriff der Therapeutisierung wird in Anlehnung an Keupp (1982) ein Prozess im Hilfesystem erfasst, der das soziale Phänomen von Drogengebrauch, Abhängigkeitsentwicklung und Ausstieg aus abhängigem Drogengebrauch unter Vernachlässigung der soziostrukturellen und lebensweltlichen Bedingungs Momente als vornehmlich psychologisches Problem definiert. Der für den Drogengebrauch als Bewältigungshandeln konstitutive Zusammenhang von psychischen Verarbeitungsformen und gesellschaftlichem Problemkontext, der auf die Anforderungen der Alltags- und Lebensbewältigung bezogen ist (vgl. 3.2), wird darin unsichtbar. Damit verbinden sich Hilfe- bzw. Behandlungsstrategien, die in therapeutischen Bedeutungsdimensionen aufgehoben sind und auf eine therapeutische Behandlung des psychologischen Problems mittels psychotherapeutischer Methoden zielen. Winkler (1988: 263ff.) verweist auf die damit verbundene Verstehensweise des *Subjekts*, die Voraussetzungen von Handlungen im Sinne von Emotionen und unterbewussten bzw. vorbewussten Persönlichkeitsstrukturen bezeichnet, um Verhalten zu erklären bzw. verständlich zu machen. Nicht das Subjekt als Zentrum seiner Tätigkeit (vgl. 6.8) kommt damit ins Visier, sondern das Subjekt als Voraussetzung von Handlungen, losgelöst vom sozialen Ort als konstitutiver Strukturbedingung von Subjektivität (vgl. auch Buchholz/Streeck 1994: 74ff.). Eine solche im Sinne einer personalisierenden Individualisierung verkürzte Subjektperspektive (vgl. Bitzan 2000a) unterstützt die Definition von Lebensproblemen als personaler Störung oder Fehlentwicklung, die es professionell handelnd im individuellen Bezug ‚auszugleichen‘ gilt (vgl. Gildemeister 1992: 128f.).

Bereits seit den 1970er Jahren wird Professionalität in diesem Zuschnitt für die Drogentherapie diskutiert und gestaltet (vgl. etwa Bäuerle/König/Pedina 1979: 28ff.; Burian 1986; Miesel/Braukmann 1995; Helas 1988; Witt 1995), was die Tradition und Kontinuität der aktuellen Professionalisierungsdebatten und -entwicklungen ausmacht. Anfangs befördern überwiegend individualtheoretische, auf die Drogenabhängigkeit als Persönlichkeitsstörung zielende Erklärungsmuster sowie umfassende Institutionalisierungs- und Bürokratisierungsprozesse eine Therapeutisierung der stationären Drogenarbeit. Speziell die früh einsetzende und nachhaltig vorgebrachte Kritik an der Drogentherapie resp. der Therapeutischen Gemeinschaft als einer disziplinierend-bevormundenden Hilfe mündet gleichsam in eine therapeutische Spezialisierung (vgl. etwa Bühringer 1981; Heckmann 1997: 270; Hoffmann-Bayer 1989; Quensel 1986: 28f.; Schneider 1990: 40; Schuller 1991; Vogt/Scheerer 1989: 48f.). Damit einher geht die Gestaltung eines spezifischen *Berufsbilds des/der SuchttherapeutIn* (vgl. Vogt/Scheerer 1989: 48), das sich, gemäß neu definierter Problem- und Aufgabenfokussierung, hauptsächlich durch psychotherapeutische Handlungsformen auszeichnet und sich am zu behandelnden Individuum orientiert. Das *Prinzip der Bezugstherapie* mit fest zugeordneten MitarbeiterInnen hat hierin seine Grundlage. Dieses Prinzip gilt als Spezifikum der Drogentherapie mit höchst komplexen Aufgabenfeldern und einem spezifisch suchtarbeitsbezogenen Selbstverständnis der MitarbeiterInnen, das sie von anderen PsychotherapeutInnen unterscheidet (vgl. Schneider R. 1992: 113f.; 5.2.6). Sozialarbeiterische und sozialpädagogische Handlungsmuster werden

nach Hoffmann-Bayer (1989: 65) sukzessive durch psychotherapeutische Methoden ausgeweitet. Der Anteil des fachspezifisch ausgebildeten Personals steigt, d.h. es bestimmen vermehrt MitarbeiterInnen mit einer psychologischen Grundausbildung und/oder suchttherapeutischen Zusatzausbildung bzw. SozialpädagogInnen mit entsprechender Zusatzqualifikation das Profil (vgl. Bäuerle/König/Pedina 1979: 34; Bühringer 1981: 184). Auch Ex-UserInnen, deren Integration allgemein befürwortet wird, sollen über eine fachspezifische Ausbildung verfügen (vgl. Steiger 1986: 21).

Aus der Perspektive der MitarbeiterInnen verbindet sich mit der Neubewertung psychotherapeutischen Handelns die Hoffnung, die Arbeit überschaubarer zu organisieren und den Arbeitsalltag besser zu bewältigen (vgl. Helas 1988: 179f.; Schwoon 1998: 36). Die psychotherapeutische Methodik, vornehmlich auf die Problematik der Einzelnen konzentriert, ermöglicht eine größere Distanz zur alltäglichen Situation der AdressatInnen. Ein Wandel zentraler Deutungsmuster geht damit einher. Diese generieren sich nunmehr wesentlich aus therapeutischen Metaphern und formulieren die Problematik der AdressatInnen in therapierelevanter Bedeutungszuschreibung, d.h. im Sinne einer verkürzten Subjektperspektive als personale Störungsmuster. Eine wachsende Aufmerksamkeit für das Thema der Beziehungsgestaltung in der Therapie ist damit verbunden (vgl. Hoffmann-Bayer 1989: 65; Müller, H.-R. 1990: 191ff.). Zusammen mit einem allgemeinen Trend zur Therapeutisierung der Sozialen Arbeit (vgl. Krumenacker 1999: 230; Müller, H. 1999) beinhaltet dies für die in der Drogentherapie tätigen SozialpädagogInnen und SozialarbeiterInnen die Hoffnung auf einen Aufstieg aus den ‚Niederungen der Sozialen Arbeit‘ (vgl. Kappeler 1996: 44). Die höhere soziale und materielle Bewertung der therapeutischen Handlungsorientierung verspricht einen Zugewinn an Status und Image.

Der wachsende medizinisch-psychiatrische Einfluss, eine verstärkte Orientierung am pathologisch ausgerichteten Krankheitsparadigma (vgl. 2.2.3) sowie die sich deutlicher konturierende Betonung notwendiger Differenzierung, Flexibilisierung und Individualisierung der Behandlung unterstützen den Trend der Therapeutisierung heutzutage in einer modernisierten Variante. Vornehmlich die Diagnostik und Indikationsstellung sowie die Intensivierung des Behandlungsprogramms in regelmäßiger Einzel- und Gruppentherapie bilden zentrale Momente einer als notwendig erachteten Professionalisierung. Diese sei nur zu erreichen über eine verbesserte psychotherapeutische Ausbildung und den vermehrten Einsatz psychotherapeutischer Methoden; die diagnostische und therapeutische Kompetenz werden insofern zum Dreh- und Angelpunkt von Professionalität (vgl. Bühringer 1990; Scherbaum 1999: 95f.; Schmidt 1999; Maier/Franke/Linz 1999; Uchtenhagen/Schaaf 2000: 400; Witt 1995: 158ff.).

Das in diesem Zusammenhang von Missel und Braukmann formulierte *psychotherapeutische Behandlungsparadigma* setzt nach Meinung der Autoren erstens der Mythenbildung des bisherigen suchttherapeutischen Behandlungsparadigmas ein Ende und ermöglicht zweitens eine den neuen Herausforderungen angemessene Behandlungsform. Die Therapiekultur des psy-

chotherapeutischen Paradigmas zeichnet sich aus durch die Hilfestellung zur Bewältigung des Problemverhaltens und hebt sich ab von der suchtttherapeutischen Kultur der Disziplin bzw. der positiven Sozialutopie (vgl. Missel/Braukmann 1995: 16ff.). Das psychotherapeutische Behandlungsparadigma integriert wesentliche Momente der Differenzierung, Individualisierung und Flexibilisierung der Therapie, etwa hinsichtlich Motivation, gestufter Zielerarbeitung sowie Rückfallprävention und Rückfallbearbeitung. Es greift damit die Anforderungen an eine moderne Drogentherapie (vgl. 2.2.2.3, 2.2.2.4) auf und tritt insbesondere der moralisierenden Bewertung von Rückfällen und fortgesetztem Drogenkonsum entgegen. Kulick beschreibt den Wandel zur psychotherapeutischen Ausrichtung als einen, welcher die NutzerInnen ihrem Objektstatus enthebt. Anstelle kontrollierender Maßnahmen und standardisierter Programme treten die NutzerInnen mit ihren Wünschen und Bedürfnissen in den Mittelpunkt des Handelns und Raum für Individualität und Eigenverantwortung entsteht (vgl. Kulick 1998: 42). Der Wandel zur psychotherapeutischen Ausrichtung wird ferner als einer akzentuiert, der sich mit einem therapeutischen Selbstverständnis abgrenzt von Angeboten, in denen die Qualifikation der MitarbeiterInnen vor allem auf pädagogischen Überzeugungen und Fähigkeiten beruht (vgl. Uchtenhagen 2000a: 279). „Eigentliche Behandlungsprogramme“ (Schaaf 2000: 301) werden ausgearbeitet und treten neben die erzieherischen und sozialpädagogischen Anteile (vgl. auch Bader 1996: 212; Witt 1995). Spezifische Aus- und Weiterbildungsgänge unterstützen diesen Prozess, unabhängig davon, über welche Originärausbildung jemand verfügt. Qualifikationsmerkmale im Blick auf die berufliche und soziale Integration der AdressatInnen spielen darin keine Rolle; auch die Kosten- und Leistungsträger legen hierauf keinen Wert (vgl. Fürstenberg 2001: 119ff.).

Zentrales Kennzeichen des therapeutischen Paradigmas¹⁶² in der Drogentherapie ist eine „Polypragmasie“ der methodischen Orientierung (Sonntag/Tretter 2001, vgl. 2.2.3), die mit einer weiterhin eklektizistischen theoretischen Verortung einhergeht (vgl. Bader 1996: 210), wie sie bereits für das Grundmodell der Therapeutischen Gemeinschaften festzustellen war (vgl. 2.1.4.2). Dabei erfährt die Therapeutische Gemeinschaft eine kategoriale Neubestimmung, die sich grundsätzlich den zwei konzeptionellen Varianten Therapeutischer Gemeinschaften, der pädagogisch-therapeutischen bzw. soziotherapeutischen sowie der therapeutischen bzw. psychotherapeutischen Konzeption zuordnen lässt (vgl. 2.2.3). Auf der eine Seite bestimmt sich die Therapeutische Gemeinschaft aus ihrer *Funktion als Rahmenbedingung und Integrationsmoment* der Drogentherapie, die im Alltag und in den eher abgegrenzten pädagogisch-therapeutischen Bausteinen vielfältige Räume für soziales Lernen, alternative Erfahrungen und Prozesse der Persönlichkeitsentwicklung schafft (vgl. Brömer 1991; Heckmann 1997;

¹⁶² Wenn ich weiterhin vom therapeutischen Paradigma spreche, so liegt das erstens daran, dass ich die im Begriff psychotherapeutisches Paradigma implizierte Vorstellung einer grundlegenden Überwindung des suchtttherapeutischen Paradigmas nicht teile. Zweitens geht es mir um die prinzipielle Bezugnahme auf Therapie als zentrale handlungsleitende Orientierung und dies nicht nur im Blick auf die Psychotherapie, sondern auch auf die Arbeits- und Freizeittherapie.

Steingass 2001). Konzipiert als Rahmenstruktur zielt sie mithin auf ein genuines Lern- und Erfahrungsfeld, innerhalb dessen unterschiedliche professionelle Handlungsformen zusammenwirken (vgl. hierzu auch Jones 1976, 1980). Auf der anderen Seite bestimmt sich die Therapeutische Gemeinschaft aus der *Funktion einer Methode* heraus, die neben dem klassischen Gruppen- und Einzelsetting, Musiktherapie, Kompetenztraining, Sporttherapie, Arbeits- und Kunsttherapie ein weiteres methodisches Prinzip darstellt (vgl. Feuerlein/Küfner/Soyka 1998: 266-300; Sonntag/Tretter 2001: 345ff.). Die Therapeutische Gemeinschaft verwandelt sich hier in eine methodische Kategorie innerhalb eines psychotherapeutischen Settings. Das Verhältnis dreht sich sozusagen um: Bildet sie in der Konkretisierung als Rahmenstruktur mit einer ihr eigenen Wirkkraft die Grundlage für die Integration psychotherapeutischer Methoden, so wird die Therapeutische Gemeinschaft in dieser zweiten inhaltlichen Bestimmung zu einer Methode im durch und durch psychotherapeutisch gestalteten Setting.

Wie bereits im Kontext des Therapieverbunds (vgl. 2.2.3) dargelegt, unterscheiden sich die beiden Ansätze mit ihrer je spezifisch kategorial gefassten Bedeutung der Therapeutischen Gemeinschaft in dem grundlegend verschiedenartigen Bedeutungsgehalt von Alltag und Alltagsbewältigung einerseits und der im engeren Sinn alltagsenthobenen psychotherapeutischen Hilfestellung zur Bewältigung von Störungen und problematischen Verhaltensweisen andererseits. Genau dieses Zusammenspiel von Alltag und Psychotherapie vor dem Hintergrund einer Definition professionellen Handelns im Bezugsrahmen des therapeutischen Paradigmas dokumentiert sich in den hier vorgelegten Ergebnissen in spezifischer Weise. Wenngleich in der untersuchten Einrichtung das Modell der Therapeutischen Gemeinschaft weiterhin als Rahmenmodell und Grundlage der Drogentherapie betrachtet wird, so verschieben sich innerhalb dessen die Koordinaten professionellen Handelns. „*Im Zentrum machen wir Psychotherapie*“, so formuliert es ein Mitarbeiter¹⁶³ und umreißt damit Kern und Reichweite der handlungsleitenden Orientierungen im Sinne des therapeutischen Paradigmas. Innerhalb des transdisziplinären Handlungsgefüges gelingt es der Psychotherapie resp. den PsychotherapeutInnen, im Kampf um Deutungsmonopole und Ressourcenoptionen ihre Kompetenzansprüche als professionelle ExpertInnen gegenüber den MitarbeiterInnen der Arbeitstherapie und der Freizeittherapie durchzusetzen (vgl. Hitzler 1994). Dies bewirkt Konsequenzen für die Bewertung der unterschiedlichen Formen professionellen Handelns und auch für die spezifische Gewichtung der pädagogisch-therapeutischen Bausteine. Wie lassen sich diese Konsequenzen fassen und interpretieren vor dem Hintergrund der empirischen Ergebnisse der Einzelfallstudien?

Das therapeutische Paradigma, wie es sich in der hier untersuchten Einrichtung ausdrückt, verweist zunächst auf die zentrale Bedeutung des Bezugsgruppenmodells. Die Gruppentherapie bildet darin sozusagen den Dreh- und Angelpunkt im Therapiealltag. Sie formiert für die

¹⁶³ Dieser Satz stammt nicht aus einem Interview, sondern wurde von einem Mitarbeiter der Psychotherapie im Rahmen eines Gesprächskreises während des Forschungsaufenthaltes in der Einrichtung geäußert.

gesamte Therapiedauer die Wohngruppe zu einer psychotherapeutischen Gruppe und zu einer Arbeitsgruppe in wechselnden Arbeitsbereichen. Die Orientierung der Hilfestellung am subjektiven Standort der AdressatInnen erhält mithin nur in diesem festgelegten Rahmen Relevanz. Die PsychotherapiemitarbeiterInnen fungieren als zentrale AnsprechpartnerInnen für die AdressatInnen. In der Bezugsgruppe laufen die verschiedenen Stränge des therapeutischen Prozesses zusammen und organisieren sich zu einem Therapieprozess im Ganzen. Im Vergleich zur Psychotherapie, dem *Zentrum*, erscheinen die Arbeits- und die Freizeittherapie dann als das *Periphere*. Sie sind beide verantwortlich für ihre umrissenen Teilbereiche, während die Psychotherapie eine Gesamtverantwortung innehat, und zwar im Blick auf die einzelnen AdressatInnen, auf die anderen Bausteine sowie auch auf den Therapiealltag als ganzen. Die MitarbeiterInnen der Psychotherapie werden darin, der Unterscheidung Hitzlers (1994) folgend, zu generalisierten ExpertInnen, wohingegen die MitarbeiterInnen der Arbeitstherapie und der Freizeittherapie SpezialistInnen für ihren umgrenzten Bereich bleiben und ihre Kompetenzansprüche nicht in derselben Weise kommunizieren können. Die Gruppentherapie wird damit allerdings auch zum Sammelbecken des Therapiealltags (vgl. 5.2.8). Damit unterliegt sie einer stetigen Überforderung hinsichtlich der zu integrierenden Aspekte und der damit verbundenen unterschiedlichen Kommunikationsformen etwa zwischen subjektorientierter Begleitung und interessenvermittelnden Aushandlungsprozessen (vgl. auch Buchholz/Streck 1994: 82ff.).

In inhaltlicher Perspektive bestimmt das therapeutische Paradigma *professionelles Handeln* primär als *therapeutisches Handeln*. Therapeutisches Handeln, als psychotherapeutisches Handeln ursprünglich dem Baustein der Psychotherapie zugeordnet, wird zum Maßstab der Bewertung professionellen Handelns schlechthin. Ernstzunehmen, so erscheint es in der Wahrnehmung der MitarbeiterInnen aller Bausteine, ist vorrangig jenes Handeln, das sich – gerichtet auf psychische Probleme bzw. auf die Klärung von biographisch-beziehungsdynamischen Dimensionen (vgl. hierzu Lenz 2001: 20; Thiersch 1992a: 126) – psychotherapeutischer Methoden bedient. Professionelles Handeln eingeschränkt auf diese therapeutische Dimension entspricht weitgehend dem Typus des Therapeuten, wie ihn Heckmann für die sozialtherapeutisch orientierte Gemeinschaft entwirft (vgl. Heckmann 1980b: 172, 1997: 271ff.). TherapeutInnen betreuen die AdressatInnen „bei der Aufarbeitung ihrer individuellen Probleme bzw. bei der Einübung von Verhaltensmodifikationen“ (Heckmann 1980b: 174) und beteiligen sich nicht am Alltag. Sie nehmen quasi eine exklusive Stellung im Team ein und sind gerade nicht ständig für die BewohnerInnen da, sondern nutzen die Zeit jenseits therapeutischer Maßnahmen zu deren Vorbereitung, zur eigenen Fortbildung und für die Verfolgung eigener Interessen oder stehen dem Team mit der spezifisch therapeutischen Qualifikation zur Verfügung (vgl. ebd.: 185). Nicht nur die hierarchische Wertigkeit der Arbeitsfelder und Berufsgruppen zeigt sich hier an (vgl. Junge 1991: 41f.; Scheiblich 2000: 21f.), auch die Nähe zu psychotherapeutischen Handlungsformen in einer freien Praxis wird deutlich. Für die Arbeit der Freizeit- und Arbeitstherapie kann dieses Modell professionellen

Handelns faktisch kaum wirksam werden und bleibt auch für den Baustein Psychotherapie im stationären Setting der Drogentherapie als ausschließlicher Bezugspunkt m.E. fragwürdig.

Das therapeutische Paradigma greift mithin zu kurz, um professionelles Handeln in der Drogentherapie in der empirisch sich zeigenden Komplexität zu erfassen bzw. theoretisch und methodisch zu untermauern. Die für die Alltagswelt Drogentherapie ausgewiesene *handlungsleitende Binnendifferenzierung* von Therapie, Pädagogik, Bausteine und Alltag (vgl. 3.3.2) verengt sich im therapeutischen Paradigma auf die Orientierungsebenen der Therapie und der professionell gerahmten Settings in den Bausteinen. Zwangsläufig bringt dies Reduktionen professionellen Handelns mit sich, weil ein produktives Zusammenspiel der unterschiedlichen Orientierungen verhindert ist. Dies auch im Blick auf den Verlust von Pädagogik und Alltag hin auszuführen ist Ziel der folgenden Erörterungen.

Das Verständnis von Professionalität und Professionalisierung im therapeutischen Paradigma bildet die Basis für die Integration professioneller Handlungsformen mit durchaus eigener professioneller Charakteristik und eigener disziplinärer Verortung unter dem Begriff der Psychotherapie. Andere Formen professionellen Handelns aber, angefangen von der (sozialen) Beratung, der Wissensvermittlung über die Moderation und Gestaltung von Aushandlungsprozessen, die subjektorientierte Begleitung, die Krisenintervention, die Förderung und Gestaltung von Lern- und Entwicklungsprozessen auf unterschiedlichen Ebenen bis hin zum Gespräch während bzw. am Rande des gemeinsamen Spiels oder der gemeinsamen Arbeit, kann vor diesem Hintergrund nicht mehr annähernd in seiner spezifischen Qualität, in seinem Gegenstandsbezug und seiner Reichweite bestimmt werden. Darin liegen zahlreiche reduktionistische Gefahren im Blick auf das gesamte Spektrum jener Handlungsformen, die für die Alltagswelt Drogentherapie von Belang sind. Von Belang sind sie insoweit, als sie in ihrer Vielfalt einen sozialen Ort und gelingenderen Alltag erst gestalten (vgl. Bernfeld 1969a: 198ff.; Thiersch 1986: 102ff.). Dies macht den *Subjekt- und Feldbezug* professionellen Handelns aus (vgl. 3.3.2), in dem sich der auf die Interaktion und Kommunikation direkt gerichtete pädagogische bzw. therapeutische Bezug des Handelns verbindet mit dem gestalterischen Bezug, der sich in Entwurf und Herstellung des sozialen Orts als Matrix von Entwicklungs- und Lernprozessen konkretisiert.

Die vorgelegten empirischen Ergebnisse zeigen, dass sich drogentherapeutisches Handeln niemals nur auf die Einzelnen und auf die oben bezeichneten psychotherapeutischen Interventionsformen beschränkt, sondern vielmehr gerade in der Spannung von Subjekt- und Feldbezug zu verorten ist. Angesprochen ist damit etwa das Spannungsfeld von Einzelnen und Gemeinschaft, wie es im Kontext der Rückfallereignisse und der Rückfallbearbeitung (5.2.4, 5.2.7), im Spannungsfeld von zu erledigenden Arbeiten und subjektiven Befindlichkeiten der NutzerInnen (5.3.3) sowie in der notwendigen Vermittlung gemeinsamer Aktivität und subjektiven Kompetenzen und Interessen (5.4.3, 5.4.4) in Erscheinung tritt. Angesprochen ist damit auch das Verwiesensein professionellen Handelns auf die komplexen und individuell

eigensinnigen Konstellationen lebensweltlicher Ressourcen und Deutungen der AdressatInnen. Diese drücken sich etwa aus in den Orientierungsversuchen und Widerstandsmomenten im Therapiealltag (vgl. 5.2.7.3) sowie in den vielfach von den MitarbeiterInnen thematisierten ‚kleinen Fluchten‘, mit denen sich die AdressatInnen dem Therapiealltag zu entziehen suchen oder anders ausgedrückt: den Therapiealltag mit Hilfe ihrer verfügbaren Strategien zu bewältigen suchen. Die Konzentration auf das therapeutische Paradigma befördert allerdings – und dies legen die Einzelfallstudien auch dar –, dass der Feldbezug mitunter nur nachrangig bzw. ‚widerwillig‘ im Handeln aktualisiert wird, weil eben der (therapeutische) Bezug auf den/die Einzelne/n im Vordergrund steht.

Für die einzelnen pädagogisch-therapeutischen Bausteine hat das spezifische Professionalitätsverständnis des therapeutischen Paradigmas unterschiedliche Konsequenzen. In der Arbeits- und Freizeittherapie erweist sich die therapeutische Orientierung als ein Phänomen, das insbesondere dazu führt, das eigene Handeln primär in den Kategorien therapeutischer Handlungsmuster zu betrachten. Was etwa geleistet wird an pädagogischer Begleitung von Lern- und Entwicklungsprozessen der Einzelnen und der Gruppe, fällt im Lichte des therapeutischen Paradigmas und seiner vorrangigen Fokussierung auf eine ‚Bearbeitung‘ des Problematischen schlichtweg zum Opfer. Zu denken ist diesbezüglich einerseits an die vielfältig beschriebenen Formen des auf Selbstvergewisserung von Ressourcen und Kompetenzen zielenden Handelns, die bewältigungsorientierte Unterstützung, die motivierenden Interventionen im Spannungsfeld der Einzelinteressen, der Gruppe und der zu erledigenden Aufgaben. Andererseits betrifft dies auch den Rückgriff auf die begrifflichen Koordinaten des therapeutischen Paradigmas, wenn etwa ein Gespräch mit den NutzerInnen als ‚Einzel‘, also im Bezug auf die psychotherapeutischen Arbeitsformen, bezeichnet wird. Damit geraten jedoch die Grenzen des eigenen Handelns und der eigenen Kompetenzen permanent ins Visier der Bewertung, und mangelnde Anerkennung stellt sich nicht nur in der Fremdsicht der anderen Bausteine ein, sondern bereits in der Selbstsicht. In der mangelnden Aktualisierung des Feldbezugs professionellen Handelns – und dies dokumentiert insbesondere die Einzelfallstudie Psychotherapie – bleiben jene Handlungsaspekte weitgehend ausgeblendet bzw. unterbewertet, die im weitesten Sinne als Aushandlung mit den AdressatInnen gefasst werden können. So erscheinen die auf den Alltag bezogenen Verhandlungen in der Gruppentherapie tatsächlich eher als solche, die darauf zielen, die vorgestellte und anvisierte Ordnung durchzusetzen, und weniger als interaktiv-kommunikativ orientierte, zwischen verschiedenen Interessen vermittelnde und eine verantwortliche Haltung der AdressatInnen unterstützende Aushandlungsprozesse (vgl. hierzu etwa Baudis 1994; Condrau 1999: 40; Ensel 1997; Junge 1991; Krisor 1995; Sickinger/Kindermann 1992a: 171ff.; Voigt 1997).

In allen drei Bausteinen kann sich demnach ein selbstbewusster Umgang mit den je eigenen professionellen Handlungsanforderungen und -formen *abseits* psychotherapeutischer Parameter nur schwer entwickeln. Psychotherapeutisches Handeln offenbart sich insofern nicht als eine methodische Akzentuierung professioneller Intervention neben anderen. Vielmehr wird

Psychotherapie zum Ganzen der Therapeutischen Gemeinschaft, was sie zugleich in eine Situation der Überforderung bringt und die Grenzen des therapeutischen Paradigmas veranschaulicht. Zum Ausdruck kommt dies insbesondere in der Klage der PsychotherapeutInnen, kaum mehr psychotherapeutisch arbeiten zu können (vgl. etwa 5.2.4).

In einer weiteren Perspektive impliziert das therapeutische Paradigma eine *Konzentration* auf die abgeschlossenen Settings der *pädagogisch-therapeutischen Elemente*, also auf Raum und Zeit der Psycho-, Arbeits- und Freizeittherapie. Diese bezeichnen die zentralen Felder professionellen Handelns. Wenig Aufmerksamkeit richtet sich auf das, was außerhalb liegt, auf den Teil der Alltagswelt Drogentherapie, in dem sich das ‚private‘ Leben der AdressatInnen allein und in der Gruppe abspielt. Dies erscheint als eigene Alltagswelt der AdressatInnen, in die sich die MitarbeiterInnen nur wenig einschalten, was sich aus einer psychotherapeutisch begründeten professionellen Distanz zum Alltagsgeschehen ergibt. Wenngleich dies zunächst vor allem für die MitarbeiterInnen der Psychotherapie gültig ist, so misst sich in der beschriebenen Wertungsstruktur auch die Professionalität der anderen MitarbeiterInnen daran. Sich einzumischen und den Bereich des professionellen Handelns in diesen Teil des Alltags auszuweiten, sich in dem mitunter als chaotisch wahrgenommenen Alltag professionell zu engagieren, wird mithin zur Frage professioneller Persönlichkeit¹⁶⁴ und unterliegt stets der Gefahr, auch im Sinne der vorangegangenen Überlegungen, als unprofessionell betrachtet zu werden. *Alltag* entfaltet sich in dieser Perspektive als ein *Ort geringer Professionalität* (vgl. Schmid 2003: 254) und wird zur *Leerstelle* professionellen Handelns, indem er nirgendwo richtig hingehört. Dies negiert gleichsam die Bedeutung von Alltag als Grundlage individueller Lern- und Entwicklungsprozesse. Die Alltagswelt Drogentherapie, so wurde gesagt (vgl. 3.1.1, 3.3.2), zeichnet sich aus durch eine von drogenbezogenen Lebensformen zunächst abgehobene Alltäglichkeit mit alternativen Erfahrungs- und Handlungsräumen in überschaubaren Zusammenhängen. Dabei sind es nicht nur die professionell gerahmten Settings der Bausteine, sondern ebenso die Raum- und Zeitstruktur, Regeln, soziale Kontakte zwischen den NutzerInnen, soziale Kontakte nach außen sowie die Kontakte zu einzelnen MitarbeiterInnen, die für die professionell handelnde Unterstützung und Begleitung der AdressatInnen maßgeblich sind. Alltag verweist mithin auf die Aufgabe der Gestaltung von Alltäglichkeit in Routinen, Rollen und Typisierungen, welche die AdressatInnen in der selbsttätigen Aneignung der Umwelt zu neuen Deutungs- und Handlungsmustern, also verändertem Bewältigungshandeln anregen. Wie konturiert sich nun diese Gestaltungsaufgabe angesichts einer als Leerstelle professionellen Handelns gekennzeichneten Bezugnahme auf Alltag?

Alltag als Bezugspunkt des Handelns spielt in der Arbeitstherapie sowie in der Freizeittherapie indirekt eine Rolle, indem diese beiden Bausteine grundlegende Strukturelemente des Thera-

¹⁶⁴ Professionelle Persönlichkeit wird verstanden als ein Sample persönlicher und professioneller Voraussetzungen für die Arbeit. Sie umfasst einerseits die Persönlichkeit im Sinne von Lebenskompetenz, Lebenserfahrung, Integrität und sozialer Integration sowie andererseits das professionelle Selbstverständnis und die professionelle Kompetenzstruktur im Sinne der beruflichen und fachlichen Qualifikation.

piealltags im Sinne einer normalitätsorientierten Alltagsgestaltung darstellen und in beiden Elementen exemplarisch ein Stück gemeinsamer Alltag geteilt und gelebt wird. Angelegt sind darin Anregungen dafür, wie die NutzerInnen ihre freie Zeit in neuen, sich vom Drogenalltag distanzierenden Weisen füllen können. Wie die Einzelfallstudien zeigen, finden darin, je nach individueller Ausgestaltung der Arbeit und nicht programmatisch vorgesehen, auch alltägliche Probleme der AdressatInnen und übergreifende (Therapie-)Erfahrungen ihren Platz. Sieht man von den diskontinuierlichen Möglichkeiten des Einzelgesprächs ab, dann ist Alltag im psychotherapeutischen Handeln, vorrangig in der Gruppentherapie, dann aufgehoben, wenn er offensichtlich problematisch ist, wenn die Rahmenbedingungen verletzt werden. Dies findet sich auch in den beiden anderen Bausteinen, nämlich in der Frage nach (pünktlicher) Anwesenheit und (aktiver) Beteiligung. Ebenso ist im arbeits- und freizeittherapeutischen Handeln die Idee aufgehoben, die AdressatInnen in ihrem Zurechtkommen im Therapiealltag sowie in Krisen zu unterstützen.

Die Begegnungen mit den AdressatInnen außerhalb der Bausteine bleiben hingegen rar. Die MitarbeiterInnen, so wird deutlich, handhaben dies höchst unterschiedlich. Die einen verzichten auf eine Kontaktaufnahme mit den BewohnerInnen in ihren Zimmern, weil sie diese als Privatsphäre im Sinne eines ‚therapiefreien‘ Raum und ihr Erscheinen als Eindringen definieren. Andere MitarbeiterInnen, auch jenseits der Arbeitstherapie, sehen es wiederum als ihre Aufgabe, diese Räume miteinander zu gestalten und in Ordnung zu halten, mischen sich sozusagen in den Alltag ein. Auch die Möglichkeit der gemeinsamen Gestaltung von programmfreier Zeit, geplant oder als spontane Begegnung, wird sehr verschieden wahrgenommen. Das Verhältnis von Nähe und Distanz zum und im Alltag bzw. zu den NutzerInnen ist von den MitarbeiterInnen von Fall zu Fall auszubalancieren. Ein Engagement im nicht gestalteten Alltag der AdressatInnen ist nicht professionell und institutionell konzeptualisiert. Alltag und professionelles Handeln verbinden sich demnach hauptsächlich *reaktiv* in der Problematisierung der Alltagsverhältnisse, aber nur wenig in deren Gestaltbarkeit. So lässt sich die *Leerstelle Alltag* näher beschreiben als eine Leerstelle in Bezug auf die Zuständigkeit für die Gestaltung und Begleitung der Alltagsverhältnisse.¹⁶⁵

Zweierlei resultiert aus diesem spezifischen Charakter des Alltags im professionellen Handeln. Erstens sind dadurch paradoxerweise die instabilen Alltagsverhältnisse stets präsent, werden aber an dem Ort, wo sie zu problematisieren sind, nämlich in der Gruppentherapie, als störend und behindernd wahrgenommen – etwas, das man gerne mal übersieht, um dem ‚Eigentlichen‘, der Arbeit an psychodynamischen Entwicklungsprozessen, mehr Raum zu geben. Gerade im Versuch, sich seiner zu entledigen, drängt er sich offenbar immer stärker in den Vordergrund und ergreift sich Raum innerhalb der abgegrenzten pädagogisch-therapeutischen

¹⁶⁵ Dies entspricht im weiteren Sinn dem Verständnis von Alltagsorientierung, die sich auf alltagsstrukturierende Aspekte begrenzt und an einzelne Mitarbeitergruppen delegiert wird, wie es sich etwa bei Leune (2000: 615) findet.

Elemente. Zweitens erzeugt das therapeutische Selbstverständnis eine Gleichgültigkeit gegenüber den alltagsweltlichen Bezügen der AdressatInnen und hier insbesondere auch gegenüber dem, was in Anlehnung an Erving Goffmans Analysen als subversives Moment menschlicher Subjektivität mit dem Begriff des Unterlebens im institutionellen Milieu charakterisiert werden kann (vgl. Goffman 1973; Krumenacker 1998: 212f.). Solche subversiven Momente als Anknüpfungspunkte pädagogischer Arbeit aufzufinden (vgl. Füssenhäuser 2005: 168), erweist sich insofern gerade nicht als handlungsleitende Perspektive.

Die pädagogisch-therapeutischen Elemente drohen dabei – entgegen ihrer Definition durch die MitarbeiterInnen als Mittel zum Zweck – zum *Selbstzweck* zu geraten. Das Ausfeilen von therapeutischen Methoden, konzentriert auf die Bausteine an sich, wird zur wesentlichen Maxime (vgl. auch Tasseit 1995: 37f.). Der Blick auf die ‚Ränder‘ des Therapeutischen, also das, was den pädagogisch-therapeutisch inszenierten Lebensraum in seiner gesamten Wirkung der Realitätskonstruktion (vgl. Buchholz/Streeck 1994) auch ausmacht und in der Selbstdefinition der MitarbeiterInnen als das Wichtigste unterstrichen ist, gerät ins Abseits. Professionelles Handeln bewegt sich folglich „zwischen Pädagogik und Psychotherapie“ (Küfner 1995: 75), zunehmend orientiert an den psychotherapeutischen (und arbeits- bzw. freizeittherapeutischen) Aufgaben im engeren Sinn und verliert das Pädagogische aus den Augen.

Das Pädagogische unterliegt im Zeichen des therapeutischen Paradigmas gleichwohl einer, um es vorsichtig zu formulieren, eigenwilligen Ausdeutung. Sieht man vom Verweis Küfners auf erlebnispädagogische Maßnahme ab, bleiben – im therapeutischen Paradigma betrachtet – pädagogische Handlungsformen, sofern sie nicht im psychotherapeutischen Handeln aufgehen, als eigenständige Restkategorie dort erhalten, wo es um kontrollierende, stark regulierende, einschränkende und bei Bedarf auch strafende Elemente des Handlungsrepertoires geht (vgl. Burian 1986; Renggli/Tanner 1994; Springer 1984; Voigt 1997: 99). Pädagogik so gefasst, reduziert sich in einer minimalistischen Weise auf „aversive pädagogische Maßnahmen wie Ausgangssperren“ (Krauth/Vollmer 2001: 324), in der sie, den AutorInnen zufolge, gar als schädlich betrachtet werden muss (vgl. ebd.: 323).

Wenn also Momente der Fremdbestimmung und des Zwangs überwiegen, dann erfüllt die *Pädagogik eine wichtige Funktion*, nämlich sie entlastet die ansonsten um Verstehen und Entwicklung bemühte therapeutische Haltung von solchen prohibitiven und regulierenden Tätigkeiten, wie sie klassischerweise im Spannungsverhältnis von Hilfe und Kontrolle einen Teil der Funktionsbestimmung Sozialer Arbeit eigen sind (vgl. Müller, S. 1978). Im therapeutischen Paradigma reduziert sich Pädagogik nicht nur auf den Aspekt der Kontrolle; vielmehr *spaltet sich das Spannungsverhältnis von Hilfe und Kontrolle*, das auch die Therapeutische Gemeinschaft kennzeichnet, *auf* in Hilfe durch die Psychotherapie und Kontrolle durch die (Sozial-)Pädagogik. In dieser Ausdeutung erscheint pädagogisches Denken und Handeln in der modernen Drogentherapie dann gleichwohl als nicht mehr zeitgemäß, dient doch gerade die therapeutisch zugespitzte Professionalisierung auch der Abkehr vom Vorwurf der Diszip-

linierung mittels Strenge und Härte. Eine Versöhnung von Eingriff und Kontrolle mit der Unterstützung und Hilfeleistung, von Thomas Olk als „Vermittlungsproblem“ (1986: 182) charakterisiert, das permanent auszubalancieren und auszuhalten eine wesentliche Aufgabe professionellen Handelns darstellt (vgl. Galuske/Rosenbauer 2004: 320), erscheint damit obsolet bzw. stellt sich nicht als eine Anforderung.

Professionelles Handeln in der Drogentherapie, so konnte mit den Einzelfallstudien gezeigt werden, ist in hohem Maße von den hier angesprochenen *Spaltungsmechanismen* belastet. Etwa insistieren die MitarbeiterInnen der Psychotherapie auf ihrem psychotherapeutischen Auftrag. In ihrem Arbeits- und Selbstverständnis erhält der Alltag als Ort und zentraler Bezugspunkt von Kontrolle und Disziplinierung sowie pädagogisches Handeln, in der dargelegten Weise auf regulierende und strafende Interventionsformen reduziert, allenfalls widerstrebend bzw. gezwungenermaßen einen Platz. (Sozial-)Pädagogik wird, um mit Anne Frommann zu sprechen, bei ihrem Versuch, dem Therapiebetrieb hinterherzulaufen, auf den ‚schmutzigen‘ Teil des Alltags reduziert (vgl. Frommann 1997: 43f.). Betrachtet man die Kritik der PsychotherapeutInnen an der mangelnden Verantwortung für Kontrolle und Sanktion auf Seiten der Arbeits- und FreizeittherapeutInnen, so scheinen sich auch diese überwiegend von den ‚unzeitgemäßen‘ Formen der als pädagogisch klassifizierten, alltagsbezogenen Handlungsformen zu distanzieren. Zugleich werden all jene Formen des Handelns, die sich im Gegensatz zur psychotherapeutischen Neutralität und professionellen Distanz als „aktives, auch direktives Eingreifen, ‚Handanlegen‘, Mitmachen, Teilhaben („doing with“)“ (Steingass 2001: 337) beschreiben lassen und im Rahmen einer verbindlichen Tagesstrukturierung eine bedeutende Rolle einnehmen (vgl. auch Strotmann/Thiem 2000), entwertet und in den Bereich des Nicht-Professionellen, zumindest aber des Semi-Professionellen und Informellen verwiesen. Die Beschwerde über mangelnde gegenseitige Anerkennung zwischen den VertreterInnen der pädagogisch-therapeutischen Bausteine ist ebenso Ausdruck dieser Wertung im Zeichen des therapeutischen Paradigmas wie auch die ambivalente Anerkennung der Bemühungen um eine alltagsorientierte (Krisen-)Unterstützung im Einzelgespräch. Gerade ihr Potential kann sich in der, wie dargestellt, geringen konzeptionell-systematischen Verankerung (vgl. 5.2.9) und auf dieser Wertungsfolie nur höchst unzureichend entfalten.

Aus einer lebensweltorientierten Perspektive erscheint hingegen – in Erweiterung der Ansätze im Einzelgespräch – eine *aushandlungsorientierte Alltagsbegleitung* im Sinne eines Case-Managements, die nicht eingebunden ist in die derzeit gegebenen Zuständigkeiten, als dringend erforderlich (vgl. Thiersch 1997: 106, 2001: 228; 6.8). Gemeint ist damit eine am Alltag orientierte Begleitung, die das intendierte Experimentieren im pädagogisch-therapeutisch inszenierten Lebensraum unterstützen kann. Alltagsbegleitung wäre dann weniger zu denken als problembezogenes Intervenieren, sondern vielmehr als ein Handeln, das kontinuierlich eine Brücke baut zwischen psychotherapeutischen Reflexionen im engeren Sinn, den problemzentrierten Alltagsthematisierungen, den Erfahrungen in Arbeits- und Freizeittherapie sowie den Erfahrungen im gelebten Alltag. Im therapeutischen Gespräch kann man zwar Möglichkeiten

und Wege der Problemlösung analysieren und erarbeiten, *aber erst das Handeln führt zu Verhaltensänderungen* (vgl. Noack 2002: 130). Die kontinuierliche Alltagsbegleitung könnte hier gewissermaßen zirkuläre Prozesse zwischen Analysieren, Erarbeiten, Erproben und Reflektieren unterstützen. Mithin fördert Alltagsbegleitung in dieser Perspektive das Lernen im gemeinsamen Alltag der Therapie und zielt darauf, Neues im Alltag zu entwickeln und in das eigene Handeln, auch hinsichtlich der späteren Alltagsentwürfe, zu integrieren und berührt insofern zentral die Möglichkeiten eines gelingenderen Alltags, heute und morgen.

Die Entwicklung der Professionalisierung als Therapeutisierung innerhalb der Drogentherapie verweist mithin auf einen Verlust in doppelter Perspektive als Kehrseite dieser Medaille. Zum einen betrifft dies den *Verlust des Pädagogischen* – im Sinne pädagogischen Handelns im personalen wie gestalterischen Bezug – und zum anderen den *Verlust des Alltags* – im Sinne eines Raums, der auch professionell handelnd zu entwerfen und gestalten ist. Beides erscheint aus einer lebensweltorientierten Perspektive betrachtet, d.h. im Blick auf die Konkretisierung einer Alltagswelt Drogentherapie als pädagogisch-therapeutisch inszenierter Lebensraum, als Verlust: denn hier verbleibt im Zentrum nur die Psychotherapie, peripher ergänzt um arbeits- und freizeittherapeutische Elemente, und dazwischen stehen die NutzerInnen, denen ein großer Teil der Realitätskonstruktionen selbst überlassen bleibt.

6.4 Macht und Hierarchie im Alltag: Selbstverantwortung zwischen Freiraum und Möglichkeitsraum

Alltag wurde im letzten Abschnitt als Leerstelle des therapeutisch orientierten Handelns ausgewiesen, weder aufgehoben in der therapeutischen Grundorientierung noch wesentlich professionell handelnd gestaltet und unterstützt. Hier manifestiert sich ein grundlegender Widerspruch angesichts der ihm zugeschriebenen hohen Bedeutung für das Gelingen von Therapie. Die Qualität des Zusammenlebens und der solidarischen Gemeinschaft als elementare Bestandteile des Alltags werden diesbezüglich in der Geschichte der Drogentherapie durchweg betont. Therapie sei zu verstehen „als die Wirkung des Gesamtsettings und nicht als Wirkung einer Einzelmaßnahme oder Methode“ (Petzold 1980a: 8) im Sinne eines therapeutischen Milieus (vgl. auch 2.1.4.2). In aktuellerem Bezug formuliert Kahlert dies folgendermaßen: „Wesentliches Merkmal ist der kontinuierliche und verantwortliche Einbezug der Klientengruppe in den therapeutischen Prozess. Der Zusammenhalt in der Gemeinschaft wirkt im Sinne einer ‚holding function‘, als ein Reizklima, das in seiner Bindekraft ein ausgewogenes Verhältnis von Distanz und Nähe ermöglicht und somit die persönliche Autonomie fördern kann. In der Einrichtung organisiert sich ein geschütztes Lernfeld, das ein sinnliches Erproben von Rollen, Funktionen und Aufgaben ermöglicht. Diese auf ganzheitliche Wahrnehmung gerichtete Beziehungs- und Begegnungskultur verbindet pädagogische und psychotherapeutische Ressourcen auf sinnvolle Weise“ (Kahlert 1997: 178). Im Zentrum steht nach Schaaf „das Beziehungsangebot von Mitklienten und Team, welches als Übungsfeld für soziale Interaktion

dient“ (Schaaf 2000: 303). Dies kennzeichnet zum einen den umfassenden Anspruch in der Verbindung von sozialem Lernen und psychodynamischer Veränderung. Und es verweist zum zweiten auf den hohen Bedeutungsgehalt des Gruppengefüges sowohl in Bezug auf das Zusammenleben der NutzerInnen als auch in Bezug auf die Interaktionen zwischen MitarbeiterInnen und NutzerInnen.

Was hier als therapeutisches Milieu, Lernfeld bzw. Begegnungs- und Beziehungskultur gefasst wird, kann in einer lebensweltorientierten Perspektive als *Möglichkeitsraum* verstanden werden, wie ihn Schulte (1999) in Anlehnung an Winnicott und Bernfeld für die pädagogische und therapeutische Praxis professionellen Handelns beschreibt. Möglichkeitsraum meint einen intersubjektiven Raum, der es den Einzelnen erlaubt, neue Möglichkeiten angstfrei zu entdecken und auszuprobieren. Im Zeichen von Selbstbestimmung und Interessenklärung liegt darin das Potential einer sozialen Ordnung, die gemeinsam entwickelt werden kann. Die Alltagswelt Drogentherapie kann demnach als ein Raum gelten, der individuelle und soziale Möglichkeiten subjektiv und intersubjektiv erfahrbar macht. Wie sieht es aber mit dem Möglichkeitsraum der Alltagswelt Drogentherapie aus?

Den Einzelfallstudien folgend ist der Möglichkeitsraum stets gefährdet. Auf unterschiedlichen Ebenen lassen sich hierfür Anzeichen finden. So ist erstens die – entgegen der pädagogisch-therapeutischen Intentionen – vorwiegend *konsumorientierte Freizeitgestaltung* der AdressatInnen zu nennen, d.h. beispielsweise Fernsehen und Musik hören. Solche konsumorientierten Beschäftigungsweisen rechnen die MitarbeiterInnen jedoch dem drogenbezogenen Lebenskontext zu. Wenngleich diese einfache Analogie angesichts eines strukturellen und individuellen Konsumismus im Freizeitverhalten (vgl. Mieth 1994; Scherhorn 1994) hinterfragt werden muss, so kann konstatiert werden, dass die NutzerInnen die vielfältigen Anregungen für aktive Gestaltungsformen nicht in der beabsichtigten Weise aufgreifen, sondern sich in ihrer eigenen, freien Alltagsgestaltung vorwiegend passiv verhalten. Zweitens ist hierfür der *heimliche Konsum von Alkohol und Drogen* relevant, der die Etablierung von drogenbestimmten Handlungsmustern signalisiert, die kaum mehr in der Kategorie des Rückfalls im Ausstiegsprozess gefasst werden können. Sie stehen überdies in Verbindung mit macht- und hierarchiebestimmten Alltagsstrukturen, in denen vorwiegend das Recht des Stärkeren gilt. In die Kenntnis der MitarbeiterInnen gelangen diese Muster zumeist erst bei exzessiven Ausschreitungen, die die Heimlichkeit durchbrechen, oder im Kontext von disziplinarischen Entlassungen, wenn das Heimliche nicht mehr unsichtbar bleiben muss oder kann. Noch mehr im Verborgenen bleibt ein drittes, die Alltagsverhältnisse prägendes Phänomen, nämlich die *sexualisierte Ausbeutung von Frauen*, die nicht selten gewalt- und prostitutionsförmigen Charakter annimmt. Als permanente Belästigung jedenfalls ist sie an der Tagesordnung und weist Frauen im Alltag einen Platz als Objekt männlicher Begierde und sexualisierter Machtausübung zu. Als allgemeines Phänomen sind diese Geschehnisse, die für stationäre Drogentherapie grundsätzlich konstatiert werden (vgl. etwa Dobler-Mikola 1995; Franke 1989; Happel 2003: 44; Uchtenhagen 1995: 17; Vogt 1990), zwar hinlänglich bekannt, man spricht darüber aber

eben vornehmlich nur im Sinne eines allgemeinen Phänomens, das sich professionellem Handeln entzieht. Hier konturiert sich die Geschlechterhierarchie im Therapiealltag als ein Herrschafts- und Verdeckungszusammenhang, der weder die Skandalisierung der hierarchischen Geschlechterverhältnisse noch die Thematisierung von widerständigen Praxen der Frauen erlaubt (vgl. Bitzan 1996; Funk/Schmutz/Stauber 1993; TIFS 1998; 3.1.1).

In diesem Blickwinkel entfaltet sich Alltag in chaotischen, mitunter destruktiven Formen, die seine Potentiale als Lern- und Erfahrungsfeld im Sinne alternativer Handlungskompetenz und erweiterten Erkenntnisgewinns buchstäblich untergraben. Hier manifestiert sich das bereits angesprochene Unterleben im institutionellen Milieu (vgl. Goffman 1973), der Raum des Verborgenen, in dem nicht produktive Aneignung, sondern vielmehr die Reproduktion gewohnter Muster stattfindet und mithin Therapie nahezu unmöglich macht. Anstelle eines therapeutischen Milieus als Möglichkeitsraum treten macht- und hierarchiebestimmte Strukturen, die Einzelne, vor allem Frauen, unterdrücken und in ihren Rechten und Möglichkeiten einschränken. Die Therapeutische Gemeinschaft ist somit in ihrer Funktion als „Schonraum“ und „immense Forderung“ (Heckmann 1997: 267) in Frage gestellt. Die Vorstellung des Schonraums als nicht überfordernde und nicht verwöhnende Rundumversorgung erscheint in diesem Licht als idealistisches Bild, „absolute Offenheit und Wahrhaftigkeit“ (ebd.) als schier nicht erwartbare Verhaltensweisen. Offenheit und Wahrhaftigkeit notfalls zu erzwingen, wie Heckmann formuliert, muss als hoffnungsloses Unterfangen im Dickicht der macht- und hierarchiebestimmten Alltagsverhältnisse betrachtet werden. Die MitarbeiterInnen stehen diesen Verhältnissen, wie die Einzelfallstudien zeigen, mehr oder weniger machtlos gegenüber, indem sie kaum Anknüpfungspunkte einer reaktiven Problematisierung sehen und aus Gründen der professionell begründeten Distanz wenig Zugang zum Alltag der AdressatInnen haben (wollen).

Angesichts der Leerstelle Alltag im professionellen Handeln stellt sich die Frage, wie das Entstehen eines solchen Milieus der Gesundung überhaupt gedacht ist. Ein Blick zurück in die *Geschichte der Drogentherapie* zeigt die in den 1970er und 1980er Jahren bestimmenden rigiden Strukturen im Therapiealltag. Verzweigte Mechanismen der Kontrolle durch MitarbeiterInnen und AdressatInnen waren darin ebenso eingelassen wie bisweilen entmündigende und entwürdigende Verfahren der Aufnahme in die Therapie sowie an den Übergängen zwischen den Therapiephasen, die eine abgestufte Erweiterung an Freiheiten, Privilegien, Status und Verantwortung für die AdressatInnen mit sich brachten. Unterstützt wurden die Kontrollmechanismen durch vorrangig konfrontative Methoden (vgl. 2.1.4.2). Die damit notwendigerweise verbundene hierarchische Struktur des Therapiealltags wurde nicht nur billigend in Kauf genommen, sondern richtete sich bewusst auf die Integration der DrogenkonsumentInnen in die Therapie und wurde ergänzt durch die umfassende gegenseitige Kontrolle der AdressatInnen. Eine solche Kontrolle durchdringt den gesamten Alltag und ist über die hierarchische Verteilung von Rechten und Pflichten sowie disziplinierenden und sanktionierenden Mechanismen abgesichert, weshalb sie als eine universale Kontrolle betrachtet werden

kann. Sie wird mithin zum wesentlichen Moment von Alltäglichkeit, wobei hier weniger Integration in den Alltag als vielmehr Einreihung und Unterordnung gefordert ist.

Die Arbeit am Alltag lässt sich in diesem Bezugsrahmen tatsächlich als Kontroll- und Disziplinierungshandeln im Kontext konfrontativer Therapiestrategien kennzeichnen, wie es von den MitarbeiterInnen heute abgelehnt wird und wie es mit der Professionalisierungsentwicklung zunehmend in den Hintergrund getreten oder jedenfalls neu und milder formuliert ist (vgl. etwa Heckmann 1997: 267f.). Wie zu zeigen sein wird, sind Kontroll- und Disziplinierungsmomente insbesondere den verstärkt betonten, selbstregulierenden Mechanismen gewichen. Darin drückt sich ein Zugewinn an demokratischen und liberalen Grundmustern, aber auch die Betonung der Selbstverantwortung auf Seiten der AdressatInnen aus.

Der Alltag jenseits der therapeutischen Elemente entfaltet sich den professionellen Deutungsmustern folgend als in der Eigeninitiative der BewohnerInnen liegend. Die obersten Maximen, also die Drogen- und Gewaltfreiheit sowie die Pflicht zur Teilnahme am Programm, bilden sozusagen die Rahmenleitlinien für die Konkretisierung eines Lern- und Erfahrungsfeldes im Alltag, in dem Neues erprobt und erlernt werden kann. Aus den pädagogisch-therapeutischen Bausteinen heraus unterstützen die MitarbeiterInnen die Herstellung und Gestaltung eines solchen Möglichkeitsraums mit Anregungen und Reflexion hinsichtlich neuer und alternativer Formen der Alltagsbewältigung. Die Interventionen richten sich, wie gezeigt wurde, darauf, Handlungskompetenz, Fähigkeiten und innerpsychische Entwicklungsprozesse zu stabilisieren, zu erweitern und zu unterstützen. Dies soll den NutzerInnen helfen, etwa ihre freie Zeit gestalten zu können, neues Handeln und neue Verarbeitungsweisen zu erproben in Bezug auf soziale Kontakte, auf Konfliktbewältigung und insgesamt in Bezug auf eine solidarische Vergemeinschaftung im Zusammenleben. Häufig reden die MitarbeiterInnen insofern vom *Alltag als Experimentierfeld*. Wie die AdressatInnen den Alltag gestalten und bewältigen, bleibt ihnen, soweit die Rahmenlinien beachtet werden, selbst überlassen. Wie im letzten Abschnitt herausgearbeitet, entspricht dies – innerhalb des dominierenden therapeutischen Paradigmas – der auf die Bausteine im engeren Sinn fokussierten Interpretation des Arbeitsauftrags. MitarbeiterInnen steuern im therapeutischen Sinn dagegen, wenn Entwicklungsrückschritte zu verzeichnen sind, geben aber keine orientierenden konkreten Anregungen über die allgemein präsenten Hausnormen hinaus (vgl. Heckmann 1980b 197f.). Vor diesem Hintergrund verbinden sich mit der Vorstellung des Alltags als selbstverantwortlich zu gestaltenden und nutzenden Raums der Lern- und Erfahrungsmöglichkeiten drei grundlegende Ideen zum *Zusammenhang von Freiraum und Selbstverantwortung*.

Die erste dieser Ideen kennzeichnet den *Alltag als Freiraum*: Die AdressatInnen sind in der Therapie weitgehenden Zwängen unterworfen. Sie müssen ein umfangreiches Programm absolvieren, können hier vergleichsweise wenig gestalten, der Tag ist durchgeplant, die Neuen müssen sich erst eingewöhnen, schwierige Therapieprozesse, auch Krisen sind zu durchleben; all dies ist kräftezehrend und belastend. Im Alltag dagegen soll auch Freiraum entstehen; Frei-

raum, der Entlastung nach individuellem Geschmack, auch Anspruchslosigkeit und Abstand zur tendenziell anstrengenden Herausforderung in den pädagogisch-therapeutischen Bausteinen zulässt. In diesem Anliegen zeigt sich, wie die MitarbeiterInnen versuchen, rigide Behandlungsprogramme und den vielfach kritisierten inneren Zwangscharakter der Therapie (vgl. Müller/Schuller/Tschesche 1983; 2.2.1) zu lockern, indem sie den BewohnerInnen Räume im Alltag überlassen, die sie ohne ihr Zutun und vor allem ohne ihr Zusehen nutzen können. Diese Arrangements betrachten die MitarbeiterInnen selbst im Sinne einer Rücknahme von Kontrolle.

Die zweite mit der spezifischen Alltagsstruktur verbundene Idee ist die einer *selbstverantwortlichen und selbsttätigen Aneignung des Lern- und Erfahrungsraumes* durch die AdressatInnen, wie sie sich in dem Begriff der „Übernahme der Hausphilosophie“ ausdrückt und auf die moralische Komponente im pädagogisch-therapeutisch inszenierten Lebensraum verweist. Die Übernahme der Hausphilosophie basiert im Wesentlichen auf dem Modell der Selbstbindung aus Einsicht (vgl. Nunner-Winkler 1993). Nicht Regeln, Sanktionen und Disziplinierung führen dazu, Lernchancen zu realisieren, sondern vielmehr veränderte Einstellungen, die Einsicht in das, was notwendig ist, und „das zu tun, was als richtig erkannt wurde“ (ebd.: 266). Maßgeblich ist dabei die Intensität der moralischen Motivation, d.h. inwiefern diese dazu führt, das Richtige zu tun, auch unter persönlichen Kosten (vgl. ebd.). Die moralisch inspirierte Übernahme der Hausphilosophie erfährt Unterstützung durch die bereits länger in der Einrichtung Anwesenden. In dieser Funktion übermitteln sie zentrale Werte und Normen des Therapiealltags an die neu hinzukommenden BewohnerInnen. Sie sind sozusagen als integrative und stabilisierende Kraft gedacht, die auch dort wirkt, wo die MitarbeiterInnen selbst nicht intervenieren (können). Selbstverantwortliches Handeln der AdressatInnen steht insofern in unmittelbarem Zusammenhang zur Vorstellung eines reduzierten Kontrollhandelns auf Seiten der MitarbeiterInnen. Erst die moralisch inspirierte Einsicht in die Hausphilosophie, welche die AdressatInnen zu Garanten von Werten und Normen macht, erlaubt eine Rücknahme kontrollierender Handlungsaspekte. Selbstverantwortung als Einsicht in das Notwendige einerseits sowie die Option der Kontrolle im Alltag andererseits stehen daher in einem engen Wechselverhältnis. Je weniger die Einsichtsentwicklung gegeben ist – und sie ist den empirischen Ergebnissen zufolge stets gefährdet –, desto stärker drängt sich die ‚ungeliebte‘ Aufgabe des Kontrollierens wieder in den Vordergrund.

Unter Verweis auf die Selbstverantwortung der AdressatInnen im Ausstiegsprozess, und damit komme ich zum dritten Aspekt des Zusammenhangs von Freiraum und Selbstverantwortung, lehnen die MitarbeiterInnen eine *Krankheitsdefinition* der Abhängigkeit ab. Sie untergrabe nachgerade die Selbstverantwortlichkeit der AdressatInnen und entlaste die Individuen. Sie produziere schuldlose Opfer der Krankheit und entledige diese in ihrem Opferstatus gleichsam der Verantwortung für Heilung, für ihr Handeln: Wer krank ist, begibt sich in die Hand von Spezialisten, die hierfür zuständig sind, ohne selbst Verantwortung für den Weg aus der Krankheit zu übernehmen. Dieser Deutungsrahmen findet sich bereits im Modell der

Nachreifung: „Von Anfang an muss der Ausrede begegnet werden, es handele sich bei der Abhängigkeit um eine ‚Krankheit‘“ (Keup 1974: 16). Krankheitswert schreibt Keup einer echten Sucht zwar zu, verweist jedoch auf den nicht unfreiwilligen Weg in jene Krankheit (vgl. ebd.). Wenngleich anders formuliert, kehrt das Bild der ‚Ausrede Krankheit‘ auch in den moderneren Deutungsmustern wieder. Beide Male konkurrieren Krankheitsdefinition und Selbstverantwortung miteinander, wobei in der modernen Variante nicht die Keup’sche direkte Verbindung von Krankheit und Freiwilligkeit gezogen, sondern das Krankheitsverständnis zugunsten der Selbstverantwortung abgelehnt wird. Dies verweist zunächst auf das grundlegende Problem der Krankheitsdefinition von Sucht, insbesondere in einem pathogenetischen Verständnis von Gesundheit und Krankheit, wie es die pathologisch-defizitorientierten Verstehensweisen prägt (vgl. 2.1.2, 2.2.3). Weiterhin schleicht sich in der Gegenüberstellung von Krankheit und Selbstverantwortung die altbekannte Metapher der Schuld wieder ein, wenngleich im Bild der Verantwortung ausgedrückt. Wer krank ist, ist frei von Schuld – frei von Schuld hinsichtlich des Entstehens der Drogenabhängigkeit und frei von Schuld hinsichtlich des Therapieverlaufs. Wer nicht krank ist, aber selbst verantwortlich für den Ausstiegsprozess, der ist auch verantwortlich für den Therapieprozess, d.h. in diesem Zusammenhang für die Alltagsverhältnisse im Sinne des therapeutischen Milieus oder Möglichkeitsraums. Und, wie es in der dichotomen Setzung von Kranksein und Verantwortung anklingt, auch schuldig am Nichtgelingen.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich der innere Zwangscharakter von Therapie im Zuge von Demokratisierungs- und Liberalisierungsprozessen auflockert. Entwürdigende und inhumane Verfahrensweisen sowie massive Kontroll- und Disziplinierungsweisen treten in den Hintergrund. Dagegen weichen diese Muster eines ‚alten‘ Denkens in der Drogentherapie den Annahmen des selbstverantwortlichen Handelns auf Seiten der AdressatInnen, wofür Therapie Freiräume bereithält. Die Vorstellung, welche den länger anwesenden NutzerInnen eine zentrale Bedeutung als integrative und stabilisierende Kraft – und damit latent kontrollierende Kraft – zuweist, bleibt darin erhalten. Zugespitzt formuliert erhalten sie die Funktion, das mitarbeiterische Kontrolldefizit auszugleichen. Die Reduzierung von Zwangsverhältnissen ist demnach angewiesen darauf, dass die AdressatInnen sich für den Möglichkeitsraum Therapie als (selbst-)verantwortlich erweisen. Selbstverantwortung entfaltet sich mithin zum entscheidenden Faktor im Therapieprozess. Das Konzept der Selbstverantwortung kann gelesen werden als eines, das die Anerkennung von Subjektivität unterstreicht, indem es die Einzelnen in ihrer Fähigkeit zu verantwortlichem Handeln und in ihrer Autonomie des Drogenhandelns betrachtet, wie es sich etwa in der psychotherapeutischen Arbeit an der subjektiven Entscheidungs- und Kontrollkompetenz der AdressatInnen explizit ausdrückt (vgl. 5.2.3). In der Überbetonung der dichotomen Konstruktion von schuldloser Krankheit und damit tendenzieller Nicht-Verantwortung einerseits sowie Selbstverantwortung andererseits bildet es jedoch auch die Grundlage einer impliziten Schuldzuweisung an die AdressatInnen im Hinblick auf die vielfach geschilderten prekären Alltagsverhältnisse.

Im Zusammenhang mit der im vorigen Kapitel herausgearbeiteten Leerstelle Alltag im professionellen Handeln gilt es vor diesem Hintergrund die Idee des selbstverantwortlich zu gestaltenden Freiraums im Hinblick auf die darin möglicherweise liegende Überforderung der AdressatInnen kritisch zu hinterfragen. Bleiben die NutzerInnen nicht in gewisser Weise allein gelassen mit der Gestaltung von Verhältnissen, die sie im durchstrukturierten und fremdbestimmten Setting nur bedingt gestalten können? Stellt das Konzept von Freiraum und Selbstverantwortung nicht nur eine moderne Variante drogentherapeutischen Gestaltens dar, sondern kennzeichnet gleichzeitig einen Raum mangelnder Unterstützung? Braucht nicht gerade die Qualifizierung von Freiraum im Sinne eines Möglichkeitsraums der selbstverantwortlichen und selbsttätigen Aneignung auch spezifische Formen professioneller Begleitung?

Ein Therapieaufenthalt bedeutet zunächst für die AdressatInnen eine radikale Änderung ihrer Lebensverhältnisse, die sich als Bruch zum Bisherigen wie auch Zukünftigen mit den spezifischen Implikationen der Eingewöhnung und Anpassung an die neue Alltagswelt erweist (vgl. insbesondere 5.2.7). Im vorrangig programmatisch gestalteten Alltag bleibt, wie gezeigt wurde (vgl. zusammenfassend 6.1), nur wenig Raum partizipativer Arrangements für die AdressatInnen. Konzipiert in einem ansonsten intern und extern stark reglementierten und zwangsbestimmten Setting, droht das sich hier konturierende Konzept von Freiraum und Selbstverantwortung eben den Freiraum zum Ventil für fremdbestimmte Momente werden zu lassen. Freiraum kann insofern tatsächlich als ein (letztes) Refugium der Selbstbestimmung in der Alltagswelt Drogen Therapie betrachtet werden, mit dem jedoch auch „Reservate der geduldeten Abweichung“ (Müller, S. 2001: 72) entstehen. Selbstverantwortung und Selbsttätigkeit finden dort tatsächlich ihren Raum, wenngleich *nicht* in der professionell intendierten Weise als Potential eines Lern- und Entwicklungsprozesses in einem Klima gegenseitiger Akzeptanz, gemeinschaftlicher Fürsorge und persönlicher Sicherheit, wie es etwa Kahlert (1997: 188) für unabdingbar hält. Ein solches Klima sei gerade in Anbetracht dessen so wichtig, dass in der Einrichtung Menschen zusammentreffen, die in der Regel über Jahre ihres Lebens in Drogenmilieus mit spezifischen Macht- und Gewaltstrukturen verbracht haben.

Empirisch zeigt sich, dass gerade die aus diesen Macht- und Gewaltstrukturen geprägten Alltagspraxen der AdressatInnen in ihren problematischen wie auch schützenden Anteilen (vgl. insbesondere 5.2.7.3) im Therapiealltag wirksam werden. Solche Alltagspraxen haben Benner folgend erstens ihren Ursprung in der Imperfektheit und Not des Menschen, die gleichsam mit der Praxis gewendet, jedoch nicht aufgehoben werden und durch die der Mensch zweitens eine Bestimmung erlangt, die nicht unmittelbar aus der Imperfektheit folgt, sondern erst durch die Tätigkeit hervorgebracht wird (vgl. Benner 2001: 30ff.). In der Alltagswelt Drogen Therapie bildet sich solche Praxis erstens in der paradoxen Situation, dass sowohl Drogenabhängigkeit wie auch Drogenfreiheit jeweils den Drogenbezug in den Vordergrund stellen (vgl. Quensel 1982: 175ff.), und zweitens vor dem Hintergrund des geschlechtshierarchischen Herrschafts- und Verdeckungs Zusammenhangs (vgl. Funk/Schmutz/ Stauber 1993).

„Solange in der Gesellschaft die Macht zwischen Frauen und Männern ungleich verteilt ist, findet auch Psychotherapie auf genau diesem Boden gesellschaftlicher Realität statt“ (Franke 1989: 111). In der Drogentherapie gelten nach Vogt (1990: 60ff.) Männer prinzipiell mehr als Frauen und männliche Normen und Wertungen dominieren. Frauen müssen sich diesen Werten anpassen. Angesprochen sind damit allgemeine Umgangsformen, die mit jenen in typischen Männerbünden, wie z.B. im Militär, zu vergleichen sind und sich als rau und ruppig beschreiben lassen. Ferner weist sich Durchsetzungsvermögen gerade dadurch aus, die ‚männlichen‘ Werte besonders hoch zu halten, sie notfalls auch mit Gewalt durchzusetzen. Der „Macho-Mann“ gibt in der Drogenhilfe den Ton an – auf Seiten der Nutzer wie der Mitarbeiter. Dies alles findet statt unter dem Postulat von Gleichstellung und Gleichbehandlung der Geschlechter, was Formen der Ungleichheit und der Unterdrückung tendenziell zum Nicht-Existenten macht. Franke betont in diesem Zusammenhang die fiktive Geschlechtsneutralität therapeutischer Konzepte. Sie betrachten ‚den Menschen‘, den sie als ideal funktionierend konzipieren, auf der Basis einer gemeinsamen Geschlechtslosigkeit. Dies gelte gleichermaßen für Rogers, Perls, Moreno und viele andere mehr. Vogt wiederum unterstreicht den Sachverhalt vermeintlicher Geschlechtsneutralität für neuere Beratungskonzepte wie auch für die gängigen Erklärungskonzepte von Sucht und Abhängigkeit (vgl. Franke 1989: 96ff.; Vogt 1997: 137ff.).

Die vermeintliche Geschlechtsneutralität verhindert den Blick auf die Strukturzusammenhänge. Wenngleich das Geschlechterverhältnis auf allgemeiner Ebene als Gewalt- und Ausbeutungsverhältnis thematisiert wird, bleibt es doch bei der personalisierten Sicht, die Frauen zwar als Opfer männlicher Macht benennt, sie jedoch entweder für das ‚Mitmachen‘ verantwortlich erklärt oder aber als besonders behandlungsbedürftige Problemgruppe etikettiert. Dies stabilisiert nicht nur den Verdeckungs-zusammenhang als solchen (vgl. 3.1.1), sondern in dieser „Exotisierung zu einem weiblichen Sonder- und Randproblem“ (Windaus-Walser 1991: 383) werden drogenkonsumierende Frauen auch immer wieder neu zu Frauen mit zusätzlichen Problemen, also solchen, die Männer nicht haben (vgl. Reinl 1998: 208ff.). Die Transformation von Geschlechterhierarchie in subjektive ‚Probleme‘ stellt dabei einen zentralen Wirkmechanismus des Verdeckungs-zusammenhangs her (vgl. Bitzan/Funk 1995: 90ff.; Bitzan/Reinl 1998). Er verhindert etwa den Blick auf die ambivalente Haltung der Frauen gegenüber männlicher Dominanz, die bereits ihren Drogengebrauch begleitet hat und durchaus sinnhaftes Handeln begründet. Männliche Dominanz bedeutet einerseits Gewalt und Unterordnung und ist andererseits mit Schutz und Sicherheit verbunden (vgl. Dobler-Mikola 1995: 33f.). Professionelle Bemühungen um Schutz der Frauen treffen insoweit nur die halbe Seite der Medaille, weil sie gerade die Ambivalenz des Handlungssinns nicht treffen.

Wenn also ein Klima der gegenseitigen Akzeptanz, der gemeinschaftlichen Fürsorge und der persönlichen Sicherheit entstehen soll, so wird hier die These vertreten, *braucht es mehr als Freiraum im Alltag*. Um Freiraum hinsichtlich seiner Potentiale der selbstverantwortlichen und selbsttätigen Aneignung und Nutzung durch die AdressatInnen fruchtbar zu machen, be-

darf es zunächst einer Perspektive, die Therapie nicht nur überwiegend als Raum individueller Entwicklungs- und Wachstumsprozesse begreift, wie dies das therapeutische Paradigma nahe legt (vgl. 6.3). Vielmehr muss der Blick geöffnet werden auf die Therapie in ihrer Bedeutung als sozialer Ort und Alltagswelt, die im Sinne eines gelingenderen Alltags entlastend, verlässlich und attraktiv ist und als Rahmung und Matrix pädagogischer und therapeutischer Prozesse die Entwicklung neuer Deutungs- und Handlungsmuster auf Seiten der AdressatInnen fördern kann. Diesen Raum, verstanden als Möglichkeitsraum pädagogisch-therapeutischer Inszenierung, zu rahmen, zu gestalten und in seiner Aneignung und Nutzung durch die AdressatInnen zu begleiten, verweist auf die professionelle Verantwortung für den Alltag und das Alltägliche diesseits und jenseits pädagogisch-therapeutischer Elemente. Mit anderen Worten: auch die Idee vom Freiraum der AdressatInnen im Alltag kann nicht gleichbedeutend sein mit einer Trennung von Alltag und professionellem Handeln und der professionellen Nicht-Verantwortung für den Alltag. Dass davon die grundsätzliche Notwendigkeit vorhandener Freiräume unberührt bleibt, sollte selbstverständlich sein. Die Frage nach der Balance von Freiraum, Möglichkeitsraum, Selbstverantwortung der AdressatInnen und professioneller Verantwortung der MitarbeiterInnen stellt sich gleichwohl neu.

Selbstverantwortung im Ausstiegsprozess kann vor diesem Hintergrund nur als *relationale Größe* betrachtet werden. Das heißt erstens, dass Selbstverantwortung nicht als in jedem Fall gegebene Kompetenz betrachtet werden kann, sondern als eine gegebenenfalls zu aktualisierende bzw. zu entwickelnde. Auch wenn Drogenkonsumierende nicht als völlig selbstbestimmungsunfähig verstanden werden, sondern als durchaus entscheidungs- und gestaltungsfähige Subjekte, so sind sie dennoch in der Therapie, weil sie ein Problem mit ihrem Drogenhandeln haben, das wiederum subjektiv höchst verschiedenförmig aussehen mag. Selbstverantwortung wäre mithin in diesem Spannungsverhältnis von Problemen und problematischen Verhaltensweisen einerseits und Selbstbestimmungs- und Gestaltungsfähigkeit andererseits zu denken. Zweitens impliziert eine Konzeptualisierung von Selbstverantwortung als relationale Größe auch, diese nicht nur im Blick auf subjektives Vermögen oder Unvermögen hin zu reflektieren, sondern in den Kontext der Alltagswelt Drogentherapie mit ihren spezifischen Bedingungen zu stellen. Dies schließt den Blick auf das prinzipiell Paradoxe der Fremdaufforderung zur Selbstverantwortung und Selbsttätigkeit (vgl. Mollenhauer 2003: 120ff.; Müller/Schmidt/Schulz 2005: 19) mit ein, zumal für die Drogentherapie wie für weite Teile sozialer Dienstleistungsarbeit gilt, dass sie eine Autonomie der Lebenspraxis durch einen Eingriff in die Autonomie der Lebensvollzüge zu erreichen sucht (vgl. Galuske/Rosenbauer 2004: 320; Gildemeister 1992).

Selbstverantwortung in diesen Relationen zu denken, halte ich insofern für wichtig, als dadurch Selbstverantwortung im Therapiealltag als ein *Zugeständnis* an die AdressatInnen und nicht nur als *Zumutung* der Verantwortung für die Verhältnisse dimensioniert wird (vgl. hierzu auch Thiersch 2001: 228f.). Selbstverantwortung im Bild der Zumutung erscheint in den Darstellungen der MitarbeiterInnen immer dann, wenn es um die instabile Alltagsordnung

geht, sei es konkret das Zusammenleben als solches, die unverantwortliche Haltung dem Drogengebrauch gegenüber oder die mangelnde Bereitschaft zur Beteiligung am Therapieprogramm betreffend. Ein positiver Bezug auf die Fähigkeit der AdressatInnen zur Selbstverantwortung hingegen zeigt sich überwiegend im Kontakt mit den Einzelnen und im Bezug auf die Förderung und Begleitung individueller Lern- und Entwicklungsprozesse, wo sich offenbar eine selbstverantwortliche Haltung der AdressatInnen für ihren Ausstiegsprozess durchaus vermittelt (vgl. auch 6.5).

In der sozialpädagogischen Perspektive des Bewältigungskonzepts und der Lebensweltorientierung (vgl. Kap. 3) lassen sich hinsichtlich der Selbstverantwortung diese verschiedenen Ebenen von Haltung, Fähigkeit, Verhalten und Verhältnissen nicht getrennt voneinander denken. Selbstverantwortliches Handeln als subjektives Vermögen der Lebensbewältigung, also im Sinne des Strebens nach subjektiver Handlungsfähigkeit, ist immer eingebunden in die lebensweltliche Dynamik der sozial, zeitlich und räumlich strukturierten Verhältnisse. Und im stationären Hilfesetting ist selbstverantwortliches Handeln nur möglich im Spannungsverhältnis von „Vorstrukturierung und Eigentätigkeit“ (Honig 2002: 191). Mithin bedeutet Selbstverantwortung in der Alltagswelt Drogentherapie immer Zugeständnis und Zumutung zugleich, aber als Zugeständnis braucht Selbstverantwortung entsprechende – professionell handelnd entworfene und gestaltete – Verhältnisse des Zugestehens, soll sie nicht einfach Zumutung in einer verkürzt individualisierenden Perspektive bleiben. Keupp (2003: 555f.) weist darauf hin, dass immer, wenn das Individuum dafür verantwortlich erklärt wird, es habe nicht genügend Selbstverantwortung für eine produktive Lösung aufgebracht, auch danach gefragt werden müsse, wie die Verhältnisse beschaffen sein müssen, damit sich Menschen als selbstwirksam erleben und selbstverantwortliches Handeln ausbilden können (vgl. auch Trepow 2002: 171f.).

Evident ist, dass Alltag im Bild der Selbstverantwortung als Zugeständnis nicht als Leerstelle professionellen Handelns gefasst werden kann. Möglichkeitsräume selbstverantwortlichen Handelns entstehen nur dort, wo es in prozessförmiger Arbeit gelingt, lebensweltliche Bewältigungsmuster in der Bewegung zwischen Respekt und Kritik bzw. Destruktion gegenüber lebensweltlichen Verhältnissen und subjektiven Bewältigungsmustern zu inszenieren (vgl. Thiersch 1995c: 258) und darin die Scheinverständigung verdeckt geschlechtshierarchischer Verfasstheit in dezidiert geschlechterorientierten Perspektive zu durchbrechen (vgl. Bitzan 2000b: 155; Reinl/Stumpp 2001: 309ff.). Ansatzpunkte hierfür finden sich etwa in der Arbeitstherapie, wenn dort versucht wird, anknüpfend an alltägliche Handlungsmuster geschlechtshierarchische Muster zu entlarven, ihnen entgegenzuwirken und dabei einzuladen zur selbstverantwortlichen Mitgestaltung im Sinne der Partizipation (vgl. BMJFFG 1990: 89; Grunwald/Thiersch 2001: 1144; 3.1.2), indem hier Räume der Anerkennung eröffnet werden.

6.5 Motivation – zur Ambivalenz eines zentralen Therapiebegriffs

Überlegungen zu Drogenabhängigkeit und Möglichkeiten des Ausstiegs tangieren seit der Entdeckung der Trunksucht durch die Medizin immer auch die Frage nach der Motivation der Betroffenen: „Jede Therapie kann nur dann Erfolg haben, wenn der Klient oder Patient aktiv mitarbeitet und eine Bereitschaft zur Veränderung zeigt“ (Stimmer 2000: 628). Auch die Leistungsträger setzen die Bedingung einer aktiven Mitarbeit für die Gewährung von Therapie voraus, was als Ausdruck der eigenen Verantwortung für den Gesundungsprozess betrachtet wird (vgl. Kulick 1998). Die Entwicklung eines selbstverantwortlichen Handelns in der Ambivalenz von Aufhören und Weitermachen formulieren Dexheimer und Bacherle (1995) als ein wesentliches Ziel, wonach es Kulick folgend gilt, Behandlungsbereitschaft in Behandlungsaktivität umzuwandeln (vgl. Kulick 1998: 43). Für DrogengebraucherInnen mit gerichtlichen Auflagen stellt sich diese Anforderung in besonderer Weise (vgl. etwa Bader 2002; Bühringer 1991: 134; Egg 1991a: 45f.). Es kann grundsätzlich von einer zumindest ambivalenten Motivationsstruktur ausgegangen werden, die sich auf einer Skala von fremd-¹⁶⁶ und eigenbestimmten Motiven bewegt (vgl. Bader 2002: 424; Schwoon 1992: 175f.). Motivation ist nicht per se gegeben, wenngleich die Theorie vom Leidensdruck und helfenden Zwang (vgl. 2.1.2) dies suggeriert. Sie jenseits voraussetzungsvoller Auflagen und Vorbedingungen herzustellen, muss vielmehr als integraler Bestandteil des Therapieprozesses beginnend mit der Entzugsbehandlung (vgl. Leune 2000: 614; Behrendt/Trüg 1994; Gruber-Riedl/Bussello-Spieth/Tretter 1994; Trüg 1995) betrachtet werden.

Legt man die dargestellten Konzepte der Motivation zugrunde (vgl. 2.2.2.1, 2.2.2.3), so zeigt sich, was die motivationsbezogenen Vorstellungen, Bilder und darauf bezogenen Umgangsweisen anbelangt, ein höchst interessanter Befund, dass nämlich sowohl statisch-pessimistische Konzepte als auch prozessdynamische handlungsleitend sind. Ihre Aktualität entfalten sie freilich in ganz unterschiedlichen Handlungszusammenhängen.

Die Relevanz *statisch-pessimistischer Konzepte* im professionellen Handeln der MitarbeiterInnen drückt sich etwa aus:

- Wenn grundsätzlich die mangelnde Bereitschaft der AdressatInnen für die psychotherapeutische (Gruppen-)Arbeit beklagt wird.
- Wenn die unzureichende bzw. unzureichend aktive Beteiligung der AdressatInnen am Therapieprogramm als Ausdruck geringer Motivation für die Anforderungen im Hilfeprozess bemängelt wird.
- Wenn die AdressatInnen die Verantwortung für den Therapiealltag an die MitarbeiterInnen abgeben wollen, ohne sich selbst dafür verantwortlich zu zeigen, und dies wiederum im Bild der mangelnden Motivation, dem zufolge es sich die AdressatInnen ,zu einfach

¹⁶⁶ Nach Kulick (1998: 47) sind unter den AntragstellerInnen für eine Drogentherapie 60% mit justiziellen Auflagen und 70% stehen unter sozialem Druck durch Wohnungslosigkeit.

machen', gewertet wird. Dies schließt die mangelnde Bereitschaft zur Änderung des Verhaltens mit ein (vgl. etwa die Drogengespräche 5.2.7.1, 5.2.7.3).

Die *Aktualisierung prozessdynamischer Konzepte* im professionellen Handeln dokumentiert sich dagegen:

- Wenn professionelles Handeln sich auf die Auseinandersetzung mit den Motiven und Beweggründen für den Ausstieg bezieht, also etwa in der für die Gruppentherapie beschriebenen fortwährenden Ziel- und Therapiereflexion, in der Suche nach dem eigenen Weg, der psychotherapeutischen Unterstützung von Subjektentwicklung und Eigenverantwortung sowie den in diesen Verhandlungen eingelagerten Reflexionen subjektiver Erwartungen und Zukunftsperspektiven. Diesbezüglich gibt es keine Einschränkungen und Redeverbote, auch geringe motivationale Ausgangslagen, etwa in Form eines höchst indifferenten Abstinenzziels, dürfen zur Sprache kommen und dienen als Ausgangspunkt motivierender Auseinandersetzungsprozesse mit den MitarbeiterInnen und innerhalb der Gruppe.
- Wenn versucht wird, in belastenden Situationen – ob diese nun direkt dem Therapiealltag entspringen oder aber sich aus Vorkommnissen und Entwicklungen der sonstigen lebensweltlichen Verhältnisse der AdressatInnen begründen – die Einzelnen zu stützen und stärken. Diese Hilfe zur Bewältigung von Krisensituationen steht nicht zuletzt im größeren Horizont der Unterstützung bei der Therapiebewältigung überhaupt und sucht in diesem Zusammenhang für eine Fortführung der Therapie zu motivieren. Professionell unterstützte Reflexionen greifen insoweit den Horizont von alltäglicher Lebensbewältigung und subjektivem Sinn bzw. subjektiver Perspektive auf, indem sie sich insbesondere auch der Frage nach dem Sinn der Fortführung von Therapie widmen, wie es sich unterschiedlich graduiert für alle drei Bausteine professionellen Handelns findet.
- Wenn auf vielfältige Weise versucht wird, die AdressatInnen zu einem aktiven Engagement in der Freizeittherapie zu bewegen, um ihnen auf diese Weise neue Erfahrungsfelder sowie das Erleben von Veränderung und Fortschritt als Quelle weiterer Motivation zu eröffnen. Etwa das Wecken von Interessen, das Angebot des Gesprächs in den Zwischenräumen der Freizeitaktivitäten und der Einsatz der eigenen Begeisterungsfähigkeit für eine Sache in der Interaktion mit den AdressatInnen können in dieser Tradition betrachtet werden.
- Wenn durch Anerkennung für das Geleistete, für die wahrgenommenen Fähigkeiten und Kompetenzen versucht wird, für die Arbeitstherapie und die in ihr liegenden Anforderungen zu motivieren und darüber hinaus Kompetenzen und Ressourcen subjektiv erfahrbar gemacht werden im Sinne einer subjektiven Selbstbestätigung, die auch als Quelle weiterführender Motivation zu verstehen ist.

- Wenn die subjektiven Geschichten des Drogengebrauchs nicht nur als Geschichten des Defizits betrachtet, sondern auch in der Perspektive der ihnen innewohnenden Leistungen des Überlebens und Zurechtkommens, also das Potential an Lebensbewältigungskompetenz gewürdigt wird.
- Wenn den AdressatInnen Kontroll- und Entscheidungskompetenz zugesprochen und diese professionell handelnd gefördert wird hinsichtlich eines breiteren Spektrums des Drogenhandelns resp. der Beendigung des Drogenkonsums.

Handlungsleitend sind einerseits *statische und vor allem persönlichkeitszentrierte Konzepte von Motivation*. In dieser Weise steht der Begriff Motivation für das nicht genügende, das gering ausgeprägte Potential der AdressatInnen hinsichtlich des Hilfeprozesses, auf das professionell handelnd kaum Einfluss genommen werden kann. In dieser Sichtweise verliert die Kategorie der Motivation jegliche Prozessdynamik und vermittelt sich vielmehr als eine Eigenschaft der NutzerInnen, und zwar als eine überaus umwelt- und handlungsresistente. In diesem Zuschnitt erhält die Rede von der Motivation den Charakter einer Feststellung und wird kaum zum Gegenstand professionellen Handelns. Andererseits sind wiederum Konzepte von *Motivation als dynamischer Prozess* handlungsleitend, in denen die Annahme einer grundsätzlich ambivalenten Motivationsstruktur, die sich immer wieder in unterschiedliche Richtungen verändern kann, aufgehoben ist. In diesem Denk- und Deutungsrahmen erweist sich *Motivation als ein zentraler Gegenstand professionellen Handelns* mit dem Ziel Motivation zu fördern und zu stabilisieren. Maßgeblich hierfür ist die Überzeugung, dass eine zunächst geringe Motivation für die Therapie sich im Laufe des Hilfeprozesses verändern kann und Entwicklungsschritte sind jederzeit möglich sind. In einer dynamisch-prozessgestaltenden Ausrichtung wird Motivation als Teilaspekt des subjektiven Standorts Bezugspunkt und Gegenstand professioneller Intervention.

Dies dokumentiert mithin die *Ambivalenz der Motivationsfrage im professionellen Handeln*. Der Umgang mit dem Motivationsfaktor changiert zwischen statisch-pessimistischen und prozessdynamischen Konzeptualisierungen und handlungsleitend werden höchst differente Vorstellungen von Motivation. Die Entwicklung hin zu dynamischen Vorstellungen konnte statische Deutungsvarianten als Bezugspunkt professionellen Handelns offenbar nicht völlig entkräften, wengleich sie sich im Grunde genommen konträr zu den in den Einzelfallstudien herausgearbeiteten differenzierenden Handlungsdimensionen verhalten. Offenbar können beide – statische und dynamische – Vorstellungen der Motivation nebeneinander handlungsleitend sein und sich flexibel ergänzen. Daher sollen die Handlungskontexte der unterschiedlichen Umgangsweisen noch einmal genauer beleuchtet werden.

Die konkrete Arbeit *innerhalb* der *Bausteine*, so veranschaulicht es sich in den Beispielen, ist vornehmlich geprägt von einem dynamischen Denken der Motivation. In der Konzentration auf das überschaubare Aufgabengebiet bzw. auf die gemeinsame Sache des Arbeitens und des Gestaltens von Freizeit wird Motivation offenbar qualitativ anders wahrnehmbar für die Mit-

arbeiterInnen. In der Überschaubarkeit des Handlungszusammenhangs der Bausteine, so lässt sich folgern, bilden auch kleinste Fortschritte und zufriedenstellende Ergebnisse wichtige Quellen für die Perspektive des weiterhin Möglichen. Sie unterstützen die Suche nach Motivation, d.h. die Suche nach den differenzierten subjektiven Interessen und Anliegen der AdressatInnen (vgl. Hinte 2001: 114), die sowohl das Herausarbeiten von Motivation unterstützen (vgl. Hapke/Rumpf/John 2000: 95) als auch Anknüpfungspunkte darstellen für begleitendes, förderndes und aktivierendes Handeln. Professionelles Handeln im Kontext der dynamisch-prozessgestaltenden Variante von Motivation steht demnach in enger Verbindung mit dem subjektiven Standort der AdressatInnen als Bezugspunkt und Gegenstand professioneller Intervention und lässt sich im Bild der Suche nach Motivation als eine *Förderung konstruktiver Nutzungsmuster* verstehen. Für die Professionellen selbst liegt darin ein positiver Effekt, nämlich in der überschaubaren Situation ihr Tun selbst besser einschätzen zu können sowohl im Verhältnis zu dem, was sich entwickelt (hat) in der Spannung von weniger und mehr Gelingendem als auch hinsichtlich des weiterhin Angestrebten und des zu Erreichenden. Angesichts der häufig formulierten geringen Erfolgserwartung muss dies als ein stabilisierender Faktor für eine positive Bewertung des eigenen Handelns betrachtet werden und stellt mithin eine Quelle von Anerkennung im professionellen Alltag dar.

Statische Motivationsvorstellungen sind dagegen zumeist verbunden mit *problematischen Alltagsverhältnissen* und den damit zusammenhängend wiederkehrenden *Thematisierungen der Alltagsordnung*, welche das problematische Verhalten der AdressatInnen hervorkehren. Fast erscheinen die AdressatInnen als unpassend für das Konzept: Mangels Wollen, mangels Können – aber jedenfalls mangels Motivation – erfüllen sie die an sie gestellten Anforderungen nur unzulänglich. Motivation erhält darin den Rang einer Zauberformel, die ihren Zauber gerade nicht erfüllt: In dieser Betrachtung erweist sich das Motivationskonzept als pessimistisch, das Ungenügende und der Mangel stehen im Vordergrund und Motivation vermittelt sich dergestalt als persönliche Voraussetzung therapeutischen Gelingens im Sinne eines innerpsychischen Phänomens, losgelöst vom interaktiven Zusammenhang der Lebenswelt und gerade nicht als Entwicklungsfaktor und Gegenstand professionellen Handelns (vgl. Condrau 1999; Petry 1998; Schwoon 1998). Im Rahmen der problematischen Alltagsverhältnisse gerät die Motivation der AdressatInnen selbst zum problematischen Faktor im Therapiegeschehen. Der Fokus auf das Problematische im Alltag, so kann hier gefolgert werden, verstellt den Blick auf differenzierte Aspekte der Motivation wie überhaupt auf Gelingendes in der Therapie, auf Gestaltungs- und Entwicklungspotentiale. Die Wertung geringer Motivation geschieht insofern nicht wirklich ausgehend von subjektiven Motivationslagen. Vielmehr wird sie getroffen im Rückschluss von einem problematischen Alltag im Allgemeinen und hoher Rückfallquoten im Besonderen auf die subjektiven Motivationslage, weshalb diesbezügliche Äußerungen häufig den Charakter kollektiver Einschätzungen annehmen.

Aktualität im professionellen Handeln erlangen die beiden Konzeptualisierungen demnach je nach *handlungsleitender Orientierung von Alltag, pädagogisch-therapeutischen Bausteinen*,

Therapie und Pädagogik (vgl. 3.3.2). Je überschaubarer die Situation des Handelns, desto eher kann ein prozessdynamischer Bezug auf Motivation aktualisiert werden, und umgekehrt: je diffuser die Situation des Handelns gerät, desto stärker wiegen statisch-pessimistische Konzeptualisierungen. Anders formuliert, ein prozessdynamischer Umgang mit der Motivation der AdressatInnen aktualisiert sich dort, wo sich MitarbeiterInnen ‚auf die AdressatInnen einlassen‘ und in der direkten Begegnung – sei es im Einzel- oder im Gruppensetting – professionell handelnd die subjektiven Entwicklungs- und Lernprozesse zu unterstützen suchen. Die Entwicklung von Motivation, d.h. Motivation zum Ausstieg, Motivation zur Therapiebewältigung und Motivation zur Beteiligung, wird in dieser Perspektive zum Ziel des Hilfeprozesses (vgl. Hapke/Rumpf/John 2000). Dies geschieht vorwiegend innerhalb der abgegrenzten Settings der Bausteine und dem therapeutischen Paradigma folgend in (psycho-)therapeutischer Bedeutungszuweisung. Ein Sich-Einlassen der MitarbeiterInnen ist vor diesem Hintergrund wesentliches Element des therapeutischen Beziehungsangebots, wie es in allen drei Bausteinen formuliert wird und mithin als eine veränderungsrelevante Variable professionellen Handelns erscheint ohne Bezug zu inhaltlich-gegenständlichen Konturierungen des Handelns. Vielmehr wird bereits die Beziehung an sich als veränderungswirksam angenommen.

Jenseits der pädagogisch-therapeutischen Bausteine, im Alltag, findet ein Sich-Einlassen der MitarbeiterInnen in dieser Weise nicht statt. Im Gegenteil erwarten hier die MitarbeiterInnen, dass sich die AdressatInnen in der von ihnen erwarteten Weise auf den Alltag der Therapie einlassen, und reklamieren für sich selbst eine professionelle Distanz, eine Distanz zum Alltag, zu den alltäglichen Gestaltungsaufgaben und damit letztlich zu den AdressatInnen selbst. Hier greift, wie gezeigt wurde (vgl. 5.2.7.4, 6.4), die Vorstellung von selbstregulierenden Momenten, welche die NutzerInnen in der Identifikation mit der Einrichtung unterstützen. Im Zusammenhang von Motivation und Alltag erhält nicht nur die Arbeit ein schwieriges und unerfreuliches Gesicht, auch die NutzerInnen geraten zu anstrengenden, unwilligen und uneinsichtigen Personen, wie es die MitarbeiterInnen etwa an den straf- und haftbelasteten AdressatInnen oder dem neuen Typus der KokainkonsumentInnen festmachen. Sich hier auf die AdressatInnen in der Gestaltung des alltäglichen Lebensraums einzulassen, bedeutet auch, sich im Spannungsfeld von Hilfe und Kontrolle auf die nicht angepassten, die widerständigen und problematischen Handlungsweisen der AdressatInnen einzulassen. Sich-Einlassen meint damit auch die professionell handelnde Bewältigung des ‚Sich-Aussetzens‘ gegenüber dem Lebenszusammenhang der AdressatInnen. Bewältigen kann dies nur, wer sich einlässt auf die Ungewissheiten der prekären Verhältnisse „und wer bereit ist, ein Stück seines Lebens mit jenen Adressaten zu teilen“ (Müller, B. 2001: 1194). Die Bewältigung eines solchen Sich-Einlassens kann dann bedeuten, wie Müller ausführt, vordergründig nicht Änderbares und die Verstrickung in Interessen und widersprüchliche Handlungsanforderungen auszuhalten und dabei eigene Interessen und Wünsche von den Erwartungen anderer zu trennen. Wechselseitig auszuhandelnde Arbeitsbündnisse zwischen MitarbeiterInnen und NutzerInnen dienen dazu, ein solches Sich-Einlassen zu rahmen und zu strukturieren (vgl. hierzu Müller, B. 1991)

Indem *Alltag* – erstens – eine Leerstelle professionellen Handelns im therapeutischen Paradigma bildet sowie *Pädagogik und pädagogisches Handeln* – zweitens – daran anknüpfend nur in der Begrenzung auf kontrollierend-disziplinierende Formen professionelles Handeln eine Bedeutung hat, fehlt allerdings ein professionell konzeptionierter Zugang zu diesem Bereich der Alltagswelt. Motivation erscheint in diesem Mangel als Willigkeit bzw. Unwilligkeit der AdressatInnen, d.h. als Bereitschaft, sich einzulassen auf den Alltag mit seinen Lern- und Erfahrungspotentialen als Experimentierfeld. Schließlich prägt sich weder ein therapeutisch noch pädagogisch geprägter Zugang aus zur Frage nach Motivation, wie sie Hans-Rüdiger Müller (1995) für die Heimerziehung im Überschneidungsbereich therapeutischer und pädagogischer Professionalität stellt. Daran anknüpfend ist zu fragen, wie es gelingen könnte, die AdressatInnen im stationären Setting hinsichtlich einer aktiven Teilhabe am sozialen und kulturellen Umfeld und einer produktiven Gestaltung künftiger Lebensperspektiven zu stärken und dabei die Unzufriedenheit mit dem Aktuellen aushaltbar werden zu lassen. Zu fragen ist insofern, wie der Alltag in seinem Potential als Möglichkeitsraum subjektiver Entwicklungs- und Lernprozesse, der zugleich als Folie eines gelingenderen Alltags dient, dahingehend professionell handelnd ausgefüllt werden kann, dass die AdressatInnen, wie Müller im Sinne von Aneignungsprozessen beschreibt (vgl. ebd.: 76), auf die Herausforderungen der Umgebung mit Bildsamkeit und Selbsttätigkeit reagieren können. Dies wäre Ausdruck der oben angesprochenen Transformation von Therapiebereitschaft in Therapieaktivität. Die Motivationslage oder besser gesagt die Bildung von Motivation als ambivalente Bewegung zwischen Wollen und Nicht-Wollen erschließt sich, wie in dieser Perspektive deutlich wird, ebenso wie die Ambivalenz des Sich-Einlassens der AdressatInnen auf den Alltag nur im Rahmen der Kommunikations- und Interaktionsprozesse in den verschiedenen Feldern der Alltagswelt Drogen-therapie. In diesem Gesamt erst werden neue Überlegungen angeregt und Entscheidungen variiert und anders getroffen, je nachdem, wie Erwartungen, Zukunftsperspektiven und Hoffnungen auf Konkretisierung sich gestalten. Hier verändert und bildet sich *Motivation als Ausdruck und Resultat handelnder Tätigkeit* (vgl. hierzu auch Mollenhauer 2003). Die Frage nach Motivation als Gegenstand professionellen Handelns stellt sich übergreifend für die Alltagswelt Drogen-therapie, weil sich im gesamten pädagogisch-therapeutisch inszenierten Lebensraum die jeweils konkret formulierbaren Antworten auf die einzelnen Aspekte der subjektiven Motivationsfrage ausdrücken. Der Faktor Motivation erschließt sich prinzipiell nur im kontinuierlichen Fragen nach dem subjektiven Ziel der Therapie (worauf richtet sich Motivation?), der Frage nach den individuell und sozial motivierenden Faktoren (was unterstützt Motivation?) und der Frage nach der Hoffnung und dem Sinn des Ausstiegs und der Veränderungen (wofür lohnt sich Motivation?).

Damit offenbart sich hier auch der nahezu unauflösbare Zusammenhang von Motivation und selbstverantwortlichem Handeln. Beide Aspekte können sich nur in einer aufeinanderbezogenen Wechselbewegung von Selbsttätigkeit, Selbstverantwortung, und Motivation in den je spezifischen Verhältnissen der Alltagswelt entfalten. Indem das Subjekt sich tätig nach außen

richtet, teil hat an seiner Umwelt, in der es sich auch auf sich selbst bezieht, auf sein Können und Nicht-Können, auf seine Empfindungen, Antriebe und Motive, Deutungsleistungen und Handlungsmuster und -pläne und darüber urteilend sein Tun begleitet, bildet es sich gleichsam in diesem Prozess aktiver Auseinandersetzung. Dabei steht die kulturelle Formung der Person im aktiven Tätigsein immer im Bezug zu dem, was sie außer sich kulturell vorfindet, d.h. im Verhältnis zu den Herausforderungen, Überforderungen und Unterforderungen der Alltagswelt Drogentherapie (vgl. hierzu Müller, H.-R. 1995: 76). Professionelles Handeln, das sich in pädagogischer Tradition und in der Überschreitung eines rein personalen Bezugs auf den sozialen Ort der Hilfe orientiert, d.h. den sozialen Ort als einen kennzeichnet, „an dem Probleme gelöst, Aufgaben erfüllt, Themen traktiert werden“ (Mollenhauer 1988: 58), zielt insofern implizit und explizit immer auf die Förderung selbstverantwortlichen Handelns im Therapiealltag und im Ausstiegsprozess.

Motivation erweist sich daher im sozialpädagogischen Blick als ein Begriff, der sowohl die subjektorientierte Klärung von Motivation und Motivationsentwicklung (vgl. auch Grawe 2000) als auch eine beteiligungsorientierte Aushandlung der spezifischen Formen von Strukturierung und Regulierung innerhalb der Alltagswelt Drogentherapie unterstreicht. Die Trennung in motivierte und unmotivierte AdressatInnen verkennt dagegen die Komplexität der Motivationsdynamik und nimmt nach Schwoon (1998: 32) nur einen Ausschnitt dessen in den Blick. Anstatt nur die Motivationslage der AdressatInnen zu betrachten vertreten etwa Reyersbach und Wieninger (1995) ein interaktives Motivationsmodell, das ausgehend von einer gleichberechtigten Verzahnung der unterschiedlichen Berufsgruppen alle MitarbeiterInnen in therapierelevante Entscheidungen einbezieht. Dadurch erhöhe sich die Transparenz des professionellen Vorgehens, was wiederum zu einem freundschaftlichen Klima insgesamt führe und in der Übertragung auf die AdressatInnen diesen eine emotionale Öffnung eher ermögliche. Dadurch werde abermals die Arbeit im Team der Professionellen verstärkt und die Behandlungsmotivation der MitarbeiterInnen gestärkt. In diesem Modell von Motivation in der Drogentherapie deuten die AutorInnen die Behandlungsmotivation in der Bedeutung für Professionelle und AdressatInnen gleichermaßen. Auf beiden Seiten entwickelt sich Motivation in einem eng miteinander verzahnten Prozess.

6.6 Zum Verhältnis von Defiziten, Problemen, Ressourcen und funktionierenden Handlungsmustern

Der subjektive Standort als Ausdruck subjektiver Bedingungen und Vorstellungen der AdressatInnen verweist auf den Zusammenhang von Therapieerfolg und dem Vorhandensein von Ressourcen im Sinne lebensgeschichtlicher Erfahrungen, Kompetenzen und Netzwerke für einen gelingenderen Alltag. Wesentlich für Therapieverlauf und -resultat ist, inwiefern im Therapieprozess genau solche Ressourcen belebt, rekonstruiert oder aufgebaut werden können

(vgl. 3.3.1). Daran anknüpfend soll im Folgenden nach der Bedeutung von Ressourcen und funktionierenden Handlungsmustern im professionellen Handeln gefragt werden.

Im Gegensatz zu der über lange Zeit hinweg mehr oder minder vereinheitlichten Kategorisierung ‚der Drogenabhängigen‘ entfaltet sich im Blick der MitarbeiterInnen eine höchst heterogene und im Wandel begriffene Gruppe der TherapienutzerInnen. Beachtung finden hier die weit aufgefächerte Altersstruktur, das Einstiegsalter in den Konsum, die Konsumdauer und Therapieerfahrung, sich ausdifferenzierende Entwicklungsverläufe des Drogengebrauchs und unterschiedliche Konsumformen. Abweichend von diesen insgesamt vielfältigen Sichtweisen dominiert in Bezug auf die Lebenswelt der AdressatInnen die Wahrnehmung von Haftaufenthalt und Drogenszeneleben mit entsprechend daraus abgeleiteten eingeschränkten Handlungsmustern und Ressourcen. Vor allem die sozialen Netze der AdressatInnen erfahren eine im Wesentlichen negative Bewertung (vgl. insbesondere 5.2.5). Dies erinnert an die für die Drogenarbeit charakteristische Debatte, ob Drogenkonsumierende nur möglichst wohnortfern und in einem spürbaren Bruch mit ihrem bisherigen Leben zur Drogenfreiheit gelangen können (vgl. etwa Kahlert 1997).

Alltagskontexte jenseits von Drogenszene und Haftanstalt spielen in der Wahrnehmung der MitarbeiterInnen eine nachrangige Rolle. Defizit- und problemorientierte Perspektiven auf ‚typisierte‘ Lebenslagen vor der Therapie festigen dergestalt vereinheitlichte Bilder von Drogenabhängigkeit und Drogenabhängigen, die zunächst wenig Raum für Ressourcen und Gelingendes lassen. Gleichwohl negieren die MitarbeiterInnen darin nicht die Verantwortlichkeit und das Selbstbestimmungsrecht der AdressatInnen im Drogenhandeln wie im Ausstiegsprozess. Subjektorientierte Muster differenzierter Betrachtungsweisen vermischen sich insofern mit langlebigen Postulaten der Kontinuitätsannahme und der Verelendungsthese. Welche Bedeutung haben vor diesem Hintergrund Ressourcen und funktionierende Handlungsmuster der AdressatInnen im professionellen Handeln? Inwiefern nehmen MitarbeiterInnen darauf Bezug?

Wie die Einzelfallstudien im Detail der herausgearbeiteten Handlungsdimensionen ergeben, sind Ressourcen im Sinne von Kompetenzen, funktionierenden Handlungsmustern oder sozialen Netzen auf verschiedenen Ebenen thematisiert und unterschiedlich relevant. In der Arbeitstherapie und der Freizeittherapie bezieht sich das professionelle Handeln immer wieder auf Kompetenzen und Ressourcen im unmittelbaren Zusammenhang der gemeinsamen Aktivität und kann daher Wissen und Können beleben und rekonstruieren helfen. Dabei erscheinen funktionierende Handlungsmuster und darin liegende gegenstandsbezogene Kompetenzen im arbeitstherapeutischen Handeln stärker verankert als im freizeittherapeutischen. In der Psychotherapie bestimmen Ressourcen insoweit die professionellen Interventionen, als Vorstellungen der Selbstbestimmungsfähigkeit und der Verantwortlichkeit der Subjekte handlungsleitend und die subjektive Kontrollkompetenz und Entscheidungsfähigkeit der AdressatInnen als Ausgangspunkt und Gegenstand des Handelns gefasst sind. Kleine Entwicklungs-

schritte entsprechend der subjektiven Situation geben hier den Maßstab an. Dies bezieht sich auf die fortlaufende psychotherapeutische Reflexion im Allgemeinen und auf die individuelle Rückfallbearbeitung im Besonderen. Ausstieg aus dem Drogenkonsum wird verstanden als ein Prozess, der von den Einzelnen kontrolliert werden *kann*. Rückfälle, die im Sinne von Umwegen und Rückschritten dazugehören, signalisieren nicht ein individuelles Versagen, sondern können gleichsam als Ressource im Therapieprozess im Sinne zu erweiternder Bewältigungskompetenz genutzt werden.

Im Handeln innerhalb der Bausteine treten – wiederum im direkten Umgang mit den NutzerInnen – deren Kompetenzen und Fähigkeiten zutage und werden von den MitarbeiterInnen als trag- und entwicklungsfähige Momente wahrgenommen. Dieses Bild relativiert sich allerdings erneut, wenn das Therapieschehen bausteinübergreifend in Augenschein genommen wird. Auf dieser Ebene scheinen Ressourcen als Anknüpfungspunkte professionellen Handelns und kleine Entwicklungsschritte im Übermaß des Nicht-Gelingenden kaum mehr relevant. Wie bereits in den vorangegangenen Kapiteln thematisiert, bestimmt auf dieser Ebene das Schwierige im Alltag das Bild. Handeln fokussiert auf die Stabilisierung von Ordnung, auf kontrollierende und einschränkende Intervention und wird vielfach als unwirksam im Sinne einer Etablierung der gewünschten Alltagsordnung wahrgenommen. Die AdressatInnen erscheinen diesbezüglich als wenig einsichtig und gefangen in prekären Handlungsmustern; von funktionierenden sozialen Netzen in ihrer bisherigen und zukünftigen Lebenswelt ist kaum die Rede. Insofern erlangt ein Anknüpfen an das Gewesene und Vorhandene kaum Relevanz im Sinne eines verbindungsstiftenden Elements; vielmehr steht im Mittelpunkt die Abkehr vom Alten und der Neubeginn, also ein Streben nach dem Bruch mit dem Bisherigen. Beides, die Ressourcen und Potentiale, wie sie im konkreten bausteinspezifischen Handeln wahrnehmbar sind, und die defizitären Muster, wie sie insbesondere für die Alltagsverhältnisse – vor dem Hintergrund geringer Selbstverantwortung und Motivation – konstatiert werden, gelangen nicht in ein Verhältnis zueinander. Sie verbleiben in den getrennt gedachten Sphären der pädagogisch-therapeutischen Elemente einerseits und dem Alltag der AdressatInnen andererseits unverbunden nebeneinander stehen.

Evident ist die unterschiedlich gelagerte Bedeutung für die einzelnen Bausteine, die eine Bezugnahme auf Ressourcen und Gelingendes in der Psychotherapie besonders schwierig werden lässt. In der bereits charakterisierten *Gesamtverantwortung der Gruppentherapie* begründet sich ihre vorrangige Zuständigkeit für das Problematische der Alltagsverhältnisse. Nicht nur die Probleme und Defizite der AdressatInnen rücken damit ins Zentrum, sondern dies beraubt die Gruppentherapie auch ihrer Zeit und ihrer Möglichkeiten für die tendenziell ressourcenbetonte Arbeit an der psychodynamischen Entwicklung der Einzelnen. Die Wahrnehmung des immer geringer werdenden Interesses an der auf die innerpsychische Entwicklung gerichteten, psychotherapeutisch unterstützten Auseinandersetzung – als Ausdruck von Defiziten der AdressatInnen – verstärkt sich mithin auf Seiten der MitarbeiterInnen.

Professionelles Handeln in der Arbeits- oder Freizeittherapie bleibt in der spezifischen Gesamtstruktur des Settings, nämlich angesiedelt in der Peripherie des Therapiegeschehens, verantwortlich für ihren Teilbereich (vgl. 6.3). Beide Bausteine sind, anders als die Psychotherapie, damit auch weitgehend entlastet von den permanenten Erörterungen der Alltagsordnung. Professionelles Handeln kann sich, die subjektiven Voraussetzungen der AdressatInnen berücksichtigend, auf den jeweils eingegrenzten Gegenstand der Arbeit oder der Freizeitbeschäftigung in einer anderen, d.h. vor allem kontinuierlichen Weise beziehen, was wiederum der Entwicklung einer ressourcenorientierten Haltung bei den MitarbeiterInnen förderlich ist. Die gemeinsame, auf eine konkrete Sache gerichtete Aktivität erleichtert es dabei, verschiedenen Kompetenzen Raum zu verschaffen und direkt bewertbare Resultate anzuerkennen und Erfolge im Sinne von Lern- und Entwicklungsfortschritten zurückzuspiegeln. Ein anderer Blick auf die AdressatInnen wird möglich, wie es sich etwa in der Feststellung verschiedenster Kompetenzen äußert. Dies sind auch Momente, in denen die von den MitarbeiterInnen problematisierte gering ausgeprägte Motivation und insgesamt die wahrgenommenen problematischen Seiten der AdressatInnen anderen, positiveren Eindrücken weichen. In der Psychotherapie scheint das auf diese Weise nicht gegeben. Hier überwiegen die Einschätzungen von mehrheitlich problematischen Haltungen und Persönlichkeitsstrukturen, die dem Therapieprozess hinderlich sind und Ressourcen und gelingende Handlungsmuster zumeist überdecken.

Weiterhin ist hinsichtlich des Verhältnisses von Defiziten, Ressourcen und funktionierenden Handlungsmustern maßgeblich, dass keine Formen vorgesehen sind, welche Ressourcen, Kompetenzen oder auch tragfähige soziale Netze als Bezugspunkte professionellen Handelns systematisch in die Arbeit integrieren würden, wie dies etwa mit den Maximen der Integration und Alltagsnähe im Konzept der Lebensweltorientierung verbunden ist (vgl. 3.1.2). Die Anamnese der Psychotherapie (vgl. 5.2.9.1) verbleibt vorrangig in der psychologisch orientierten Erfassung des Problems durch die MitarbeiterInnen. Eine weitere kontinuierliche, die Hilfestellung leitende Hilfeplanung, die neben einer defizitorientierten Problembeschreibung auch Ressourcen erfasst, etwa im Rahmen einer auf wechselseitige Deutung angelegten psychosozialen Diagnose (vgl. hierzu 6.8), ist im programmformig gestalteten Therapieablauf nicht vorgesehen. Ressourcen kommen vornehmlich in der direkten Begegnung mit den AdressatInnen innerhalb der pädagogisch-therapeutischen Elemente, gleichsam nebenher, zum Vorschein. In der Vermittlung mit der Gemeinschaft verlieren sie hingegen an Gewicht und werden nahezu bedeutungslos in der als schwierig wahrnehmbaren gemeinsamen Bewältigung des Therapiealltags.

Eine konsequente Orientierung an Ressourcen bricht sich mithin im Ringen um die Integration der NutzerInnen in das gegebene Arrangement, dem diese offenbar (zunehmend) skeptisch(er) gegenüber stehen. Dort, wo statische Bilder von Motivation und Selbstverantwortung als mangelnde Qualifikation für Therapie bestimmend sind, bleibt der Blick auf Ressourcen und Gelingendes verstellt. Zu vermuten ist, dass diesbezüglich das Modell der Nachsozialisation (vgl. 2.1.2.3), das implizit immer auf das Problem der DrogengebraucherInnen rekurriert,

nach wie vor eine deutlichere Bezugnahme auf Ressourcen in ihrem Verhältnis zu problematischen Aspekten der individuellen Lebenslagen behindert. Die „Denkfalle“ (Quensel 1982: 165) der Problemorientierung im therapeutischen Ansatz ist mithin immer noch wirksam. Insgesamt ist das Thema der Ressourcen im Ausstiegsprozess aus dem abhängigen Drogenkonsum ein vergleichsweise junges Feld; etwa erwähnt Leune (2000) Ressourcen in diesem Zusammenhang nur hinsichtlich ihrer Relevanz für die Organisation von Selbsthilfe. Wenn Ressourcen überhaupt in den Blick kommen, dann vorwiegend als individuelle Seite persönlicher Ressourcen, wie sie im klassisch psychotherapeutischen Setting im Sinne einer Einsicht in eigenes Unbewusstes, Selbsterfahrung, Selbstentfaltung und Lernressourcen implizit aufgehoben sind (vgl. Nestmann 1997b). Die Ressourcenorientierung bedeutet für die MitarbeiterInnen der Drogentherapie, Neuland zu entdecken, alte Überzeugungen abzulegen, und dies vor dem Hintergrund mangelnder fachlich versierter Handreichungen für die Praxis. „Über Fähigkeiten und Qualitäten, die unsere KlientInnen mitbringen und die sie sich in ihrem Leben – auch in ihrem Leben als Junkies – erworben haben, und die Frage, wie wir diese Fähigkeiten für die Therapie nutzbar machen können, sind keine Ausführungen zu finden“ (Ensel 1997: 62).

Grawe verweist auf den wesentlichen Zusammenhang von Ressourcen, Ressourcenaktivierung und Motivation. Die AdressatInnen seien nicht gut oder schlecht motiviert. „Er (der Patient, Anm. H. R.) lässt sich auf Vorgehensweisen, die gut mit seinen mitgebrachten Zielen, Eigenarten und Gewohnheiten übereinstimmen, bereitwilliger ein als auf solche, die ihn verunsichern, die ihn sich als unfähig erleben lassen oder die auf etwas anderes hinzielen, als er von sich aus eigentlich will. Die Frage, wozu der Patient von sich aus motiviert ist und wofür er gute Voraussetzungen mitbringt, wobei er gut wird mitmachen können, sollte daher leitend sein für die Wahl und spezifische Gestaltung des therapeutischen Angebots, wenn man den Wirkfaktor der Ressourcenaktivierung gezielt nutzen will“ (Grawe 2000: 65f.). In üblichen Diagnostikverfahren, wie den DSM- oder ICD-Diagnosen, sei gleichwohl der Fokus auf das Problematische bereits angelegt und müsse im Dienste einer Ressourcenaktivierung dringend überwunden werden. In einem ausgewogenen Verhältnis von Ressourcenbeachtung, Ressourcenaktivierung und Problemaktualisierung schreibt Grawe etwa den ‚mitgebrachten‘ zwischenmenschlichen Beziehungen der AdressatInnen eine wesentlich produktive Bedeutung für den therapeutischen Prozess zu (vgl. ebd. 66f.). Gerade die Bewertung zwischenmenschlicher Beziehungen von DrogenkonsumentInnen fällt aber in der problembetonten Perspektive auf die alltagsweltlichen Zusammenhänge der AdressatInnen – vor, während und nach dem Therapieaufenthalt – häufig negativ aus.

Vor dem Hintergrund der empirischen Befunde Grawes erweist sich bereits die Ressourcenaktivierung im allgemeinen psychotherapeutischen Handeln als ein schwieriges Terrain. Wie die hier vorliegenden Untersuchungsergebnisse zeigen, kann ressourcenorientiertes Handeln im Dickicht der komplexen Handlungszusammenhänge der Alltagswelt Drogentherapie allenfalls als eine vorsichtige Annäherung umsäumt von vielen Stolpersteinen gelten. Die Orientie-

nung auf das Problematische ist dabei nicht nur – wie Grawe aufzeigt – ein Problem der Psychotherapie bzw. Psychologie und ihrer Ausbildungsbestandteile, sondern kann gleichermaßen für die Ausbildung und professionelle Orientierung innerhalb der Sozialpädagogik konstatiert werden. Als Gegengewicht dazu wird insbesondere im Rahmen eines lebenswelt- und bewältigungsorientierten professionellen Arbeits- und Selbstverständnisses Hilfe als eine aufgefasst, die ausgehend von und bezogen auf die Komplexität des Alltags als ein Ineinander von Stärken und Schwächen sowie von Ressourcen und Belastungen agiert. Interessant erscheint in diesem Zusammenhang eine Ressourcenperspektive, die auch solche Bereiche menschlichen Seins beachtet wie die Fähigkeit zu genießen, Spaß zu haben und Freude und Ausgeglichenheit zu spüren (vgl. Franke u.a. 2001: 26f.). Krisor (1995: 46) unterstreicht etwa die Tradition von Hausordnungen, die auf jegliches lustvolles Angebot verzichten, dagegen die „Entblößung“ (Goffman 1973: 33) der AdressatInnen durchaus handhaben.

Ob sich allerdings eine stärker ressourcenbetonte Sicht und Handlungspraxis – jenseits einer ‚Pflicht der Selbstverantwortung‘ für die Gesundheit (vgl. Keupp 2003) – auf Seiten der Professionellen ausbilden kann, ist nicht nur eine Frage der Ausbildung oder Orientierung der Professionellen selbst. Dies hängt meines Erachtens im Wesentlichen davon ab, inwieweit sich die pathogenetischen Erklärungsweisen des Drogengebrauchs und der Drogenabhängigkeit öffnen für salutogenetische Perspektiven und für eine soziale Dimensionierung. Erst in einer solchen, selbstverständlich und notwendigerweise in drogenpolitischen Veränderungen basierten Neugewichtung der bislang überbetonten Faktoren von Person und Substanz werden sich neue und subjektorientierte Antworten finden auf die Frage danach, ob es sinnvoll ist, dass jemand in seine bisherige Umgebung zurückkehrt oder sich räumlich und sozial völlig neu orientiert. Ebenso erschließen sich dadurch erst neue Perspektiven auf den schwierigen Alltag der Therapie, in dem sich doch ausdrücklich die soziale Dimension als höchst problematisch darstellt. Überwiegend sind es die Formen sozialen Handelns der AdressatInnen, die in der Reproduktion drogenbezogener Handlungsmuster, seien sie drogenbezogen oder nicht (direkt) drogenbezogen, zum Kernproblem professionellen Handelns geraten.

6.7 Abstinenz und Integration im Spiegel der Prozessorientierung

Die Orientierung auf den Ausstieg aus dem Drogengebrauch als individuell jeweils unterschiedlich verlaufender Prozess (vgl. 2.2.2) beeinflusst die abstinenzorientierte Drogentherapie nachhaltig, wie die Einzelfallstudien zeigen. Wie aber verhält sich eine solche Differenzierungsperspektive zum generellen Auftrag, wie ihn die Renten- und Krankenversicherungsträger an die Drogentherapieeinrichtungen stellen? Dieser generelle Auftrag, das gesellschaftliche Mandat der Drogentherapie, umfasst neben dem Ziel der Drogenfreiheit die berufliche und soziale Integration (vgl. etwa Albrecht 1998), wobei das Verhältnis der drei Zielbereiche höchst unterschiedlichen Ausdeutungen unterliegt (vgl. z.B. Bönner 1994; Haller 1997: 301f.; Henkel 2001; Schmidt 1994; Zitterbarth 1994). Im Kern bezieht sich diese Varianz der Deu-

tungen auf die Frage, wie viel Abstinenz die Integration bzw. anders herum, wie viel Integration die Abstinenz braucht. Den Maßgaben der Rentenversicherungsträger zufolge diene das Abstinenzziel lediglich als Mittel zum Zweck auf dem Weg, Erwerbsfähigkeit zu erreichen, und erhalte damit nachrangigen Charakter (vgl. Henkel 2001: 17f.). Für die Praxis der Drogentherapie dagegen rangiere das Abstinenzziel häufig als „primäres politisches Programmziel“ (Grönemeyer 1990: 163) und wird im umgekehrten Sinn als wesentliche Voraussetzung für die Erwerbsfähigkeit betrachtet (vgl. Bönner 1994: 17).

Diese kurzen Bemerkungen zur Relevanz unterschiedlicher Zieloptionen signalisieren bereits das Problem von Prozessorientierung und Abstinenzgebot innerhalb der Drogentherapie. Im Kontext prozess- und differenzorientierter Optionen müssen die MitarbeiterInnen die zielbezogene Deutungsvarianz professionell handelnd ausbalancieren, d.h. institutionell und handlungsrelevant dimensionieren sowie in professionell unterschiedlich konturierte Handlungsorientierungen transformieren. Die Zielvorgaben der Leistungsträger bestimmen dabei nicht deterministisch das professionelle Handeln, können allerdings verbunden mit den von ihnen definierten drogentherapeutischen Standards (vgl. Bader 2002: 400; Schmid 2003: 171f.) durchaus als Eckpunkte inhaltlicher und methodischer Konkretisierungen betrachtet werden.

In den differenzierten Zielperspektiven der MitarbeiterInnen als Basis ihrer Aufgabenformulierung vermittelt sich die prinzipielle Orientierung am prozesshaften Geschehen des Ausstiegs. Das heißt, Therapie wird gedacht als ein Prozess mit Umwegen, Rückschritten und darin liegenden Anknüpfungsmöglichkeiten weiterer Ausstiegsbemühungen, wie es sich vielfältig in den Einzelfallstudien dokumentiert. Therapie begrenzt sich entgegen ihrem vordefinierten obersten Ziel gerade nicht nur darauf, Abstinenz erreichen zu können, sondern vereint differenzierte Zielperspektiven zwischen der Sicherung und Verlängerung von Leben und der Beendigung bzw. erhöhten Kontrolle des Drogenkonsums, wie sie gewöhnlich mit unterschiedlichen Handlungsfeldern der Drogenhilfe assoziiert sind (vgl. hierzu auch Leune 2000: 609ff.; Schwoon 1992). Während bis vor einigen Jahren das Credo bestimmend war, eine Therapie führe unumwunden zum Ziel der Drogenfreiheit, wenn die Drogenabhängigen nur willig und motiviert seien, muss vor dem Hintergrund der vorliegenden Ergebnisse eine Differenzierung der Optionen – aber auch das *Ende der Eindeutigkeit* – drogentherapeutischen Handelns konstatiert werden. Auch in der abstinenzorientierten Therapie findet sich die Leitidee des prozesshaften Ausstiegs, die nicht für jede/n, zu jeder Zeit die uneingeschränkte Drogenfreiheit zum Ziel erklärt. Differenzierungen finden sich in der Vorstellung der temporären Drogenfreiheit, aber auch der veränderten Konsumformen bezogen auf einzelne Drogen und bezogen auf Kontrollmöglichkeiten generell, wie es sich in den beschriebenen subjektorientierten Differenzierungen ausdrückt.

Die Möglichkeiten der Integration in Erwerbsarbeit schätzen die MitarbeiterInnen dabei vor dem Hintergrund der Situation der NutzerInnen auf dem Arbeitsmarkt äußerst skeptisch ein. Wie für das psychotherapeutische Handeln gezeigt wurde, ist das Ziel der Arbeitsfähigkeit

und der beruflichen Integration von marginaler Bedeutung, weil die Ziele der innerpsychischen Entwicklung, vor allem hinsichtlich einer besseren Kontroll- und Entscheidungskompetenz, als wesentliche Voraussetzung dafür hier erst einmal im Mittelpunkt stehen. Im arbeitstherapeutischen Handeln nimmt das Ziel der beruflichen Integration einen schon programmatisch gegebenen größeren Stellenwert ein, wenngleich die tatsächlichen Vermittlungsbemühungen zum Erwerbsarbeitsmarkt als nur unzureichend ausgeschöpft vom Mitarbeiter der Arbeitstherapie betrachtet werden (vgl. 5.3.4, 6.2). Insgesamt vermittelt sich in der skeptischen Haltung zum Integrationsziel ein Vorrang des Abstinenzziels im professionellen Handeln der MitarbeiterInnen. Weder die Lage der AdressatInnen, die sich auch im Bild der Statistik prekär darstellt,¹⁶⁷ noch die Erkenntnis der psychosozialen Stabilisierung durch Erwerbsarbeit, wenn sie Lebenssinn, Selbstbestätigung und soziale Wertschätzung vermittelt, bzw. umgekehrt die Bedeutung von Arbeitslosigkeit im Blick auf weitere soziale Isolierung und psychosoziale Destabilisierung (vgl. Henkel 2001: 19ff.) begründen offenbar diesbezüglich veränderte Deutungs- und Handlungsmuster. Etwa könnten hinsichtlich einer gelingenden gesellschaftlichen Integration gerade das Nachholen von Schul- und Ausbildungsabschlüssen und konkrete erwerbsbezogene Unterstützungsleistungen als zentrale Aspekte professionellen Handelns definiert werden. Dass dies nicht getan wird, hat offenbar eine nachhaltige Tradition in der Drogentherapie (vgl. kritisch hierzu Albrecht 1998: 104f.; Frietsch 2000: 190; Fürstenberg 2001; Lindenmeyer 2001: 71; Schäfer 2000: 314).

Hinsichtlich der gesellschaftlich vorgegebenen (Re-)Integration in die Erwerbsarbeit konstatiert Tasseit (1995) ein profundes *Leistungs- und Legitimationsdefizit professionellen Handelns* in der Drogentherapie. Mitverantwortlich ist dafür auch das gesellschaftlich und vor allem drogenpolitisch vordefinierte Ziel der Drogenfreiheit, das immer die höchste Priorität hat. Insofern muss eine Ziel- und Inhaltsorientierung nach außen vorgegeben werden, die zum einen kaum umfassend zu erreichen ist und zum anderen – im Wissen um prozesshafte Ausstiegsphänomene – auch nicht ausschließlich angestrebt werden kann. Eine veränderte Drogenkonsumpraxis zwischen Ausstieg und Konsum entwickelt und stabilisiert sich vielmehr erst in längeren Zeiträumen, eingebunden in mannigfaltige lebensgeschichtliche Prozesse in der konkreten Lebenspraxis (vgl. Raschke u.a. 1985: 51ff., 63ff.; Raschke 1992).

Vor dem Hintergrund einer vordefinierten Zielperspektive wird es gleichwohl schwer – und das kennzeichnet ein daraus resultierendes Binnenproblem professionellen Handelns – die Alltagswelt Drogentherapie als einen Ort prozesshaften Ausstiegs zu gestalten und den vielfältigen Facetten zwischen den Optionen ‚Ausstieg und Drogenfreiheit‘ sowie ‚fortgesetzter Drogenkonsum und Drogenabhängigkeit‘ einen Raum zu geben. Professionelles Handeln *legitimiert* sich nämlich weiterhin an den vordefinierten Zieloptionen von Abstinenz, berufli-

¹⁶⁷ In den Jahresstatistiken der DHS variieren die Zahlen zur Erwerbslosigkeit der Hilfesuchenden in stationärer Drogentherapie zwischen 60% und 90%; zwischen 60% und 85% verfügen über keinen Schulabschluss bzw. nur einen Hauptschulabschluss; die Zahlen für eine fehlende abgeschlossene Berufsausbildung schwanken zwischen 50% und 62% (vgl. Gaßmann/Leune 2000: 155f.; Holz/Leune 1999: 154f.; Leune 2003a: 142f., 2003b: 148f.).

cher und sozialer Integration. Vor diesem Hintergrund fällt es schwer, (kleine) Fortschritte der AdressatInnen in dem Kontinuum zwischen Aufhören und Weitermachen tatsächlich als Erfolg zu werten. Die vielfach im professionellen Handeln leitende Idee der Teilziele und Teilschritte findet insofern keinen Niederschlag in einer grundlegend positiven Bewertung erreichter Teilzeile. Die Entwicklung von neuer Alltagsbewältigungskompetenz und einer subjektiv verbesserten Kontrollkompetenz im Umgang mit Drogen, die vor dem Hintergrund des Kontinuums von Aufhören und Weitermachen im salutogenetischen Sinn durchaus als Gesundung zu deuten wären (vgl. Antonovsky 1993; Franke 2001: 45f.), erlangt für die Ziel- und Erfolgsbewertung kaum Relevanz, weder in nachhaltiger Weise für die Professionellen selbst noch nach außen.

Ferner lässt sich ein zweites Binnenproblem professionellen Handelns ausmachen: Wenn Abstinenz nicht das einzige Ziel einer Therapie ist, wenn es vielmehr darum geht, auf der Basis einer wie auch immer gearteten Veränderungsmotivation im Hilfeprozess mit den AdressatInnen Ziele und Perspektiven zu formulieren, dann schließt dies auch ein, Abstinenz individuell *nicht* zum Ziel zu wählen. Gleichgültig, ob dies als Recht auf freie Willensentscheidung (vgl. Lieb 1994: 109) oder im grundsätzlicheren Sinn von Autonomie (vgl. Zitterbarth 1994: 99ff.) betrachtet wird, kann das Therapieziel nicht vorgegeben sein. Vielmehr müssen die AdressatInnen über ihre Zielsetzungen in freier und autonomer Entscheidung bestimmen können. Von Seiten der Kostenträger, die etwa kontrollierten Drogenkonsum als untauglich ausschließen (vgl. Kulick 1998: 52; Verband Deutscher Rentenversicherungsträger 1991: 644; Rist 2000: 77f.), bleibt Abstinenz gleichwohl als *unabdingbare Zielsetzung* bestehen. Dies erschwert ‚Zwischenschritte‘ und befördert ein ‚Alles-Oder-Nichts-Prinzip‘ entsprechend der Dualisierung von Abstinenz vs. Drogengebrauch als gut vs. schlecht (vgl. Lieb 1994: 109ff.). Der professionell handelnde Umgang mit dem Widerstreit von Prozessorientierung und Abstinenzgebot bestimmt sich insofern nicht nur in Bezug auf das genannte Leistungs- und Legitimationsdefizit. Vielmehr bewegt sich professionelles Handeln innerhalb grundlegend paradoxer Anforderungen, die wesentliche Herausforderungen professionellen Handelns in der Drogentherapie ausmachen.

Auch unter Berücksichtigung der subjektiven, im Zeitkontext zu betrachtenden Ausstiegsdefinitionen und Teilschritte bleibt in der abstinenzorientierten Therapie die Drogenfreiheit ein Ziel und vor allem zentrale Rahmenbedingung des Alltags. So besteht die Drogenfreiheit im Kontext der verallgemeinerten Ziele als eine Option höchster Priorität fort, auch wenn sie nicht zwangsläufig als langfristige, über den Therapiezeitraum hinaus fortzusetzende gedacht wird. Gleichwohl ist diese Option den AdressatInnen gegenüber schwerer vermittelbar, wenn sie insgesamt ihren absoluten Charakter verliert. Die AdressatInnen stellen sie etwa versteckt und offen in Frage, wie es sich z.B. in den Thematisierungen um Alkohol und Drogen zeigt (vgl. 5.2.7.1). Begründungen und Aushandlungen in der Vermittlung zwischen Subjekt und Rahmenbedingungen des Alltags sind ebenso notwendig wie eine Balance zwischen der prozessorientierten Haltung und der Forderung nach Drogenfreiheit. Mit anderen Worten: die

Botschaften der MitarbeiterInnen werden differenzierter und schwieriger, wie es etwa hinsichtlich der Suche nach dem eigenen Weg (vgl. 5.2.2) herausgearbeitet wurde. Die diesbezüglich von den MitarbeiterInnen thematisierte Gratwanderung konkretisiert sich in den Verhandlungen zum Alltag als eine Balance zwischen der Forderung nach Drogenfreiheit in der Einrichtung und der Relativierung des mittel- und langfristigen Ziels Drogenfreiheit. Evident ist, dass die Vermittlung dieser mehrperspektivischen Botschaften umso schwieriger gerät, je weiter die AdressatInnen in ihren subjektiven Perspektiven von der umfassenden Drogenfreiheit entfernt sind. Die Doppelstruktur von Hilfe und Kontrolle (vgl. Müller, S. 2001), aber auch die Verlagerung von gesellschaftlichem Zwang in die Institution (vgl. Thiersch 1992a: 139f., 1995a: 181), etwa durch gerichtliche Therapieauflagen, verstärken dieses Dilemma professionellen Handelns.

Selbstverantwortung und Autonomie sollen unterstützt werden und gleichzeitig bestimmen andere, wofür sich die „frei entscheidende Person entscheiden soll – nämlich Abstinenz“ (Lieb 1994: 113). Lieb schlägt infolgedessen eine Unterscheidung in Abstinenz als Therapieziel und Abstinenz als Therapiebedingung vor (vgl. ebd.: 115 sowie 5.2.4). Abstinenz als Therapiebedingung reduziert die Reichweite von Abstinenz zunächst auf eine klar formulierte Grundlage der Alltagswelt Drogentherapie, wie es sich etwa im Regelwerk dokumentiert. Für die AdressatInnen hat sie zunächst nur temporäre Relevanz, nämlich während ihres Aufenthaltes. Darüber hinaus vermitteln sich in der Abstinenz als Therapiebedingung keinerlei Ansprüche an die Einzelnen, sie schafft jedoch den notwendigen Raum für freiere Entscheidungen im Blick auf das zukünftige (Drogen-)Handeln nach der Therapie. In Anerkennung der Ambivalenz auf Seiten der AdressatInnen erreichbare Ziele zu formulieren, zu konkretisieren und an der Umsetzung zu arbeiten – dies im Therapieprozess zum einen mit Einzelnen zu begleiten und zum anderen unterschiedliche Zielperspektiven in der Gruppe und Gemeinschaft miteinander zu vermitteln, kennzeichnet auf dieser Ebene die dem Ende der Eindeutigkeit geschuldeten zentralen Herausforderungen professionellen Handelns.

Auch die Bearbeitung von Rückfällen in der abstinenzorientierten Drogentherapie stellt sich mithin als Herausforderung professionellen Handelns dar (vgl. 6.2). Wenn Rückfälle nicht mehr als Scheitern, sondern als normale Ereignisse und sinnhaftes Handeln in einem komplexen Veränderungsprozess betrachtet werden, dann können sie nicht zur sofortigen disziplinarischen Entlassung führen. Hingegen wird der einzelne Rückfall zu einem wertvollen Anknüpfungspunkt professionellen Handelns. Ihn in seinen spezifischen Bedingungsfaktoren und vor allem in seinem subjektiven Bedeutungsgehalt mit den AdressatInnen aufzuarbeiten, schafft Ressourcen für die weitere Rückfallbewältigung und -vorbeugung und erhöht mithin die Kompetenz des Bewältigungshandelns im Allgemeinen. Solche Deutungsweisen prägen das Handeln in der Psychotherapie zentral (vgl. 5.2.4). Dies knüpft an die vielfältigen Forschungsergebnissen an, welche die mit dem Rückfallgeschehen verbundenen Lern- und Entwicklungschancen im Ausstiegsprozess dokumentieren (vgl. etwa Bühringer 1990: 42; Kampe 1988: 218; Körkel/Kruse 1993: 87ff., 1994: 76ff.; Körkel/Lauer 1995; Lindenmeyer u.a.

1995). Rückfälle zuzulassen, anzuerkennen und professionell handelnd aufzugreifen, bedeutet auf einer weiteren Ebene die Ambivalenz des Drogengebrauchs von Aufhören und Weitermachen in die Therapie hineinzunehmen. Damit wird der erneute Drogenkonsum nicht nur zum Reflexionsthema therapeutischer Bearbeitung. Ferner müssen flexible Formen gefunden werden, Rückfälle als therapeutisch relevante Ereignisse mit der Abstinenz als Therapiebedingung auszubalancieren, um Rückfallprävention in Abkehr und Relativierung des Abstinenzziels als Ziel der Hilfe (vgl. Vaillant 1989: 50) professionell handelnd umzusetzen.

Wie die Einzelfallstudien zeigen, eröffnen sich vor dem Hintergrund dieser Herausforderungen in der Praxis der Drogentherapie neben den subjektorientierten Interventionen des Aufarbeitens, Begleitens von Entwicklungs- und Lernprozessen und dem Versuch, die im Therapiealltag relevanten Widersprüchlichkeiten auszubalancieren, auch Reaktionen, die Thiersch (1992a: 126) folgend als ‚Fluchten‘ professionellen Handelns gefasst werden können. Einerseits ist damit ein gewisser *Fatalismus* im Umgang mit Rückfällen und erneutem Drogenkonsum (vgl. auch Vaillant 1989) angesprochen, wie es sich etwa im Verweis der MitarbeiterInnen auf überhaupt nicht mehr erkennbare Grenzen ausdrückt oder in der selbstkritischen Reflexion jener Haltung, ‚man könne sowieso nichts machen‘, außer mit den AdressatInnen im Prozess ihrer psychodynamischen Entwicklungsschritte zu bleiben. Andererseits ist damit eine Praxis des bisweilen höchst *rigiden* Umgangs mit Regeln gemeint, ein Umgang, der sich offenbar jeglicher Aushandlung mit den AdressatInnen verschließt, aber eine Pragmatik professionellen Handelns sichert. Das Entweder-Oder der dichotomen Setzung von Drogengebrauch bzw. -abhängigkeit vs. Abstinenz findet sich mithin in diesen dichotom angelegten Fluchten professionellen Handelns wieder. Dies verweist letztlich auf die grundlegenden Schwierigkeiten, vor dem Hintergrund eines vordefinierten Abstinenz- und Integrationsziels prozess- und differenzbezogene Annahmen in die Handlungspraxis zu integrieren. So ist die Zielreihung, wie sie anknüpfend an das Konzept des sukzessiven Herauswachsendens aus der Abhängigkeit und das Konzept der Zielhierarchie entwickelt wurde (vgl. Körkel/Kruse 1993: 30; Schwoon/Krausz 1990b; 2.2.2.3) zwar als handlungsleitende Idee auffindbar, in ihren praktischen Konsequenzen für ein stationäres abstinenzorientiertes Hilfesetting jedoch noch nicht hinreichend definiert. Vielmehr erscheint die vorzeitige Therapiebeendigung tendenziell nach wie vor in der einfachen Analogie von ‚Therapieabbruch und mangelnder Motivation‘ bzw. ‚disziplinarischer Entlassung und mangelnder Kooperation‘ (vgl. Evers/Kurz-Lund 1999: 230; 6.4, 6.5).

Erschwerend für eine handlungspraktische Transformation der Zielreihung ist sicherlich der Vorrang der Programm- und Angebotsorientierung (vgl. 6.1), der eine konsequente Subjektorientierung behindert. Insbesondere die vor dem Hintergrund der weitgehend programmatisch konzipierten Therapieabläufe nur brüchig vorhandene prozessorientierte und bausteinübergreifende Ziel- und Perspektivenklärung mit den AdressatInnen erschwert professionelles Handeln im dargestellten Widerstreit von Abstinenz und Prozess. Wie in den Einzelfallstudien dargelegt, bleiben Ziel- und Therapier reflexionen überwiegend beschränkt auf den Be-

reich der Psychotherapie und sind dort nur brüchig aufgehoben, da angesiedelt in den Zwischenräumen der programmatisch vorgegebenen Themen- und Aufgabenstellungen. Gleichwohl erfordert gerade die Prozessorientierung eine fortschreitende Kommunikation der subjektiven Vorstellungen und Perspektiven und verweist auf eine kontinuierlichere Bezugnahme auf den subjektiven Standort der AdressatInnen in seinen vergangenheits-, aktualitäts- und zukunftsbezogenen Aspekten. Was die Bearbeitung von Rückfällen anbelangt, ein weiterer für die Balance von Abstinenz- und Prozessorientierung wesentlicher Handlungsbereich, so stellt sich vor allem die Frage, ob die Rückfallbearbeitung in der Gruppe die damit assoziierten Lern- und Entwicklungschancen tatsächlich aktualisiert oder ob sich darin nicht eher eine Vorführung des Scheiterns dokumentiert.

6.8 Zur Bedeutung der Pädagogik in der Drogentherapie: Sozialpädagogische (Aus-)Blicke

6.8.1 Wiedergewinnung von Pädagogik und Alltag

Im theoretischen Teil der Arbeit wurden hinsichtlich der Zusammenhänge und der instrumentell-professionellen Zugänge professionellen Handelns vier handlungsleitende Orientierungen unterschieden, nämlich die pädagogisch-therapeutischen Bausteine als abgegrenzte professionell gerahmte Settings und der Alltag, in den die Bausteine eingelagert sind sowie die Therapie und die Pädagogik (vgl. 3, vor allem 3.3.2, 3.4). Professionelles Handeln, so wurde gesagt, konkretisiert sich in der Differenzierung des komplexen Handlungsgefüges, in dem die verschiedenen Orientierungen – in ihrem sich ergänzenden und wechselseitigen produktiven Bezug – stets reflexiv handelnd neu zu bestimmen, in ihrer Gewichtung auszubalancieren, zu vermitteln und auch voneinander abzugrenzen sind. Und professionelles Handeln, so wurde weiterhin gesagt, konkretisiert sich in der Verwobenheit von pädagogisch-therapeutischen Prozessen und pädagogisch-therapeutischen Strukturen, wie es sich im Subjekt- und Feldbezug professionellen Handelns manifestiert.

Nach Darlegung der Ergebnisse (vgl. 5) und ihrer Erörterung und Diskussion (6.1 bis 6.7) lassen sich nunmehr klare Verschiebungen feststellen, die mitnichten einen wechselseitigen, ergänzenden Charakter aufweisen. Vielmehr fokussieren die professionellen Deutungs- und Handlungsmuster auf Therapie und pädagogisch-therapeutische Bausteine als wesentliche Orientierungslinie. Sowohl die Konzentration auf die Drogentherapie in ihrer Programmstruktur mit vielfältigem Angebot (vgl. 6.1, 6.2) als auch die im Zeichen des therapeutischen Paradigmas sich abzeichnende Konzentration auf (psycho-)therapeutische Deutungs- und Handlungsmuster (vgl. insbesondere 6.3) belegen dies nachdrücklich. Alltag erweist sich dagegen als Leerstelle professionellen Handelns und Pädagogik erhält nur einen Platz in Form der kontrollierend-disziplinierenden, als pädagogisch klassifizierten Intervention; sie stellt sozusagen das letzte Mittel professionellen Handelns in widrigen Alltagsverhältnissen dar. Drei wesent-

liche Implikation einer solchen Konturierung der vier handlungsleitenden Orientierungen lassen sich im Anschluss an die obigen Reflexionen der Spannungsfelder professionellen Handelns ausmachen:

Zum ersten betrifft dies die Fokussierung des Drogenkonsums als ein Problem der Persönlichkeitsentwicklung, wie es sich in der Idee der Nachreifung bzw. Nachsozialisation ausdrückt. So verbleibt die Frage nach Motivation, nach Selbstverantwortung oder nach Ressourcen in persönlichkeitszentrierten Interpretationen, die zwischen dynamischen und statischen Betrachtungsweisen ebenso changieren wie zwischen defizit- und ressourcenorientierten, was mithin zur Vernachlässigung wesentlicher Aspekte der Lebenswelt der NutzerInnen in ihrer Verhältnismäßigkeit von unterstützenden und behindernden Momenten führt. Der subjektive Standort der AdressatInnen erreicht nur unvollständig an Geltung, vor allem was die subjektiven Bedingungen und Vorstellungen der AdressatInnen, auch und gerade in ihren eigensinnigen Ausprägungen anbelangt. Problematische Bereiche professionellen Handelns erscheinen im Licht der Persönlichkeit der AdressatInnen und entziehen sich somit einer Betrachtungsweise im Verhältnis von Organisation und professionellem Handeln als Kernpunkte einer Institutethik des Handelns (vgl. Bernfeld 1967; Honig 2002; Schulte 1999; 3.3.2).

Zum zweiten ist damit die Konstruktion des pädagogisch-therapeutischen Lebensraums angesprochen, die einerseits basierend auf festen Vorgaben und andererseits ausgehend von Annahmen der Selbstregulation Momente der Aushandlung und Klärung weitgehend außen vor lässt. In seinem Kern wird der pädagogisch-therapeutisch inszenierte Lebensraum konzentriert auf die Bausteine, die, verstanden als dichtes und vielfältiges Programm bzw. Angebot und unterstützt durch die Beziehungsangebote der MitarbeiterInnen, an sich integrierende Kraft entwickeln sollen. Weder eine Vermittlung der unterschiedlichen Zugänge des Lernens und des Erkenntnisgewinns in den Bausteinen zu einem Gesamtprozess noch die subjektorientierte Vermittlung als kontinuierliche subjektorientierte Hilfeplanung und Hilfestellung finden darin einen Platz. Wenngleich differenzierte Vorstellungen bezüglich Drogenkonsum und DrogenkonsumentInnen handlungsleitend sind, überwiegt hier die Vorstellung einheitlicher, vornehmlich gruppenförmig organisierter und hierarchisch geordneter Verlaufskonzepte, die einen ‚generalisierten‘ Weg aus der Drogenabhängigkeit signalisieren, wie er sich etwa in der (ehemaligen) Rede vom Königsweg Langzeittherapie manifestiert. In diesem Zusammenhang muss auch die Beschränkung drogentherapeutischen Handelns auf Raum und Zeit der Therapie im engeren Sinn betrachtet werden, die im Rahmen solcher Verlaufskonzepte den weiteren Weg in die Außenwohngruppe und möglicherweise in die Drogenberatungsstelle vorsieht.

Zum dritten verweist die Vernachlässigung des Alltags jenseits der professionell gerahmten Räume einerseits auf die damit einhergehende Überforderung der NutzerInnen und andererseits auf die Ausklammerung wesentlicher Anknüpfungspunkte professionellen Handelns sowohl in subjekt- als auch in feldorientierter Perspektive. Der Alltag als zentrales konstituie-

rendes Moment des gesamten Lebensraums im Sinne eines sozialen Ortes bleibt weitgehend der Selbstverantwortung der AdressatInnen überlassen. Dies folgt der Annahme einer selbsttätigen Herstellung und Aneignung des Lebensraums, ohne dass die AdressatInnen, jenseits der Anregungen aus den pädagogisch-therapeutischen Bausteinen heraus, in dieser Gestaltungsaufgabe professionell handelnd unterstützt werden müssten. Darin drückt sich die als Verlust des Pädagogischen gekennzeichnete Entwicklung am deutlichsten aus. Eine pädagogische Praxis im Sinne eines Unterstützens, Begleitens und Gegenwirkens, die den Lebensraum als pädagogisch-therapeutisch inszenierten Möglichkeitsraum gemeinsam mit den AdressatInnen in seiner Wandelbarkeit erst erzeugt, ist in der vorfindbaren Konzeptualisierung drogentherapeutischen Handelns nicht vorgesehen. Der Alltag offenbart sich mithin als zentrale Leerstelle professionellen Handelns – im therapeutischen Handeln nur unzureichend aufgehoben und als pädagogische Praxis nicht vorgesehen. So bleiben die pädagogisch-therapeutischen Bausteine die wesentlichen Räume professionellen Handelns, ohne an den sie hervorbringenden sozialen Ort als Lern- und Erfahrungsraum rückgebunden zu sein.

Professionelles Handeln stößt dort an seine Grenzen, wo im therapeutischen Paradigma verankerte persönlichkeitszentrierte Deutungsmuster überwiegen und die Bedeutung der Drogentherapie als sozialer Ort und Alltagswelt der NutzerInnen marginalisiert wird. Drogentherapie verengt sich dergestalt auf einen Möglichkeitsraum des Erkenntnisgewinns, des Kompetenzerwerbs und der psychodynamischen Entwicklung. Ein umfassenderes Verständnis auf sie als Ort, an dem die Bewältigung des Lebens wieder gelernt und soziales Lernen im Sinne der Übernahme von Verantwortung für sich und andere Menschen möglich wird (vgl. Jungblut 1993: 106; Winkler 1988: 304), realisiert sich mithin vornehmlich in der Selbsttätigkeit der AdressatInnen und nur wenig im professionellen Handeln. In anschaulicher Weise dokumentiert das die Rede von den getrennten Alltagswelten der AdressatInnen und der MitarbeiterInnen (vgl. 5.2.7.1). Die AdressatInnen, so die von den MitarbeiterInnen an sie gerichtete Erwartung, müssen aus ihrer Alltagswelt herauskommen (vgl. hierzu auch 6.5). Offen bleibt allerdings die Frage, wohin sie denn zu kommen hätten, angesichts der Leerstelle Alltag im professionellen Handeln. Insofern bleibt diese Forderung ein moralischer Appell an die Selbstverantwortung und Motivation der AdressatInnen, die zu entwickeln an dieser Stelle, also jenseits der Arbeit in den Bausteinen, eben nicht als professionell zu begleitende gedacht ist.

Die Modernisierung der Drogentherapie, die vor dem Hintergrund heterogener drogenpolitischer Gestaltungsoptionen (vgl. 1.4, 1.5, 1.6) im Kontext der Herausforderungen an eine individualisierte, differenzierte und flexibilisierte Hilfestaltung (vgl. 2.2) auf eine klienten-, problem-, ziel- und ressourcenorientierte Unterstützung hin zielt (vgl. Bönner 2002; Hesse 2002; Leune 2000: 615; Stepputtis 1992), offenbart sich im Spiegel der vorgelegten Ergebnisse als eine, die von vielfältigen Modernisierungsrisiken und Modernisierungsdefiziten begleitet ist. Dies zeigt sich vor allem in Bezug auf das Zusammenspiel von Vorgaben bzw. Programm und Aushandlung, auf das Verhältnis von Alltag und Therapie, auf die Relevanz un-

terschiedlicher professioneller Arbeits- und Selbstverständnismuster sowie auf das Verhältnis von Subjekt- und Feldbezug professionellen Handelns. Wenngleich etwa prozess- und subjektorientierte Annahmen einen Bedeutungszuwachs erfahren und prinzipiell für zentrale Dimensionen professionellen Handelns in den pädagogisch-therapeutischen Bausteinen leitend sind (vgl. 5.2, 5.3, 5.4, 5.5), konkurrieren sie offenbar mit ‚alten‘ Übereinkünften drogentherapeutischen Handelns und können nur bruchstückhaft aktualisiert und realisiert werden. Insbesondere im Blick auf das gesamte Therapiegeschehen, d.h. bezogen auf den Alltag ebenso wie auf die Vermittlung im subjektiven Therapieprozess, realisieren sich prozess- und subjektorientierte Vorstellungen nur wenig. Insofern offenbaren sich Momente der Verhinderung professionellen Handelns, welche eine prozess- und subjektorientierte Hilfe im Blick auf die unterschiedlichen Lern-, Erfahrungs- und Entwicklungsräume des pädagogisch-therapeutischen Lebensraums nur unzureichend zur Entfaltung gelangen lassen. Die Ambivalenz von Beharrung und Bewegung, wie sie die drogenpolitischen und drogenrechtlichen Grundlagen prägt, bestimmt mithin auch die Drogentherapie als drogenpolitisches Kernstück des Therapeutischen Modells in ihrem Modernisierungsprozess.

Die Modernisierung der Drogentherapie richtet sich hauptsächlich aus an einer Qualifizierung und Professionalisierung des Handelns im Zeichen des *therapeutischen Paradigmas* und rekurriert auf im engeren Sinn psychotherapeutische Konzepte und Methoden (vgl. 6.3). Psychotherapie erscheint darin als Symbol sowohl für die Bezugnahme auf das Subjekt in seiner Individualität als auch für die Überwindung der strengen, am Alltagsgeschehen ausgerichteten, strukturbetonten und kontrollierenden sowie hierarchisierenden Arrangements (vgl. etwa Gies/Schneider 2001: 163; Voigt 1997: 99). „Hilfeorganisationen, die vor allem den alltagsweltlichen Charakter ihrer Tätigkeiten betonen, fällt die Professionalisierung eher schwer“, so die Einschätzung von Schmid (2003: 254). Gleichwohl verweisen die empirisch abgeleiteten Spannungsfelder professionellen Handelns, wie sie in den bisherigen Betrachtungen dieses Kapitels reflektiert wurden, implizit und explizit auf die Grenzen des therapeutischen Paradigmas und damit auf die *Grenzen* der Psychotherapie als Hoffnungsträgerin und *Garant von Professionalisierung*. Damit knüpfen die vorliegenden Ergebnisse an diesbezüglich bereits vorgebrachte Zweifel an der Überbewertung der Psychotherapie gegenüber der Arbeits- und der Freizeittherapie an und untermauern sie (vgl. etwa Frietsch 2000; Fürstenberg 2001; Kriisor 1995; Kufner 1995; Lindenmeyer 2001; Scheiblich 2000; Schilling 2000: 417; Schneider, R. 1992; Schreyögg 1994; Schubert 1998).

Etwa beurteilen die NutzerInnen die Arbeitstherapie weitaus positiver in ihrer Wirksamkeit, als dies die MitarbeiterInnen tun; im Gegenzug bewerten die NutzerInnen die Bedeutung der psychotherapeutischen Maßnahmen weitaus geringer als die MitarbeiterInnen (vgl. Etschmann 2001: 307). Zudem stehen die NutzerInnen der psychotherapeutischen Arbeit, insbesondere in ihrer Gruppenform, weitgehend distanziert gegenüber und profitieren nicht im intendierten Maß davon (vgl. Kufner u.a. 1994: 211; Kufner 1995; Strotmann/Thiem 2000). Die AdressatInnen passen sich vielmehr an die Erfordernisse psychotherapeutischen Arbeitens in

der „therapeutischen Subkultur“ (Hergrüter 1982: 182) an, belassen dies jedoch in einer ihnen äußerlich bleibenden Form (vgl. Krisor 1995: 44). Viele verbessern zwar – im Sinne eines „Eindruckmanagements“ (Keupp 1982: 189) ihre rhetorischen Fähigkeiten, können überaus wortreich über ihre eigene Befindlichkeit reden und lernen, sozial und insbesondere von therapeutischer Seite erwünschte Statements zu formulieren, ohne tatsächlichen Gewinn daraus zu ziehen. Das heißt, sie profitieren nicht hinsichtlich der Bewältigung real und konkret anstehender Konflikte und Anforderungen im Alltag in und nach der Therapie. Hingegen liegt in den verschiedenen erlebnis- bzw. freizeitpädagogischen Maßnahmen – *und gerade nicht* in den psychotherapeutischen Settings – ein immenses Potential für die Herstellung eines bindenden und vertrauensvollen bzw. vertrauensfördernden Milieus (vgl. Kufner 1995: 68f.). Psychotherapie und psychotherapeutische Handlungsformen, so Ralf Schneider (1992: 119), werden insofern für die Drogentherapie überbewertet und erscheinen nicht so wesentlich, wie generell angenommen wird (vgl. auch Tretter 2003: 1).

Ein bedeutsames Modernisierungsrisiko liegt somit darin, dass die Psychotherapie als Kernelement des therapeutischen Paradigmas ihrer Rolle als Garantin einer Professionalisierung drogentherapeutischen Handelns nur schwer gerecht werden kann. Sie erweist sich vielmehr als eine durchaus *ambivalente Hoffnungsträgerin*. Als Hoffnungsträgerin drogentherapeutischer Effizienz und Effektivität schlechthin betrachtet, bleibt sie in der Akzeptanz der AdressatInnen prekär und führt nicht in dem gewünschten Maß zu den intendierten Wirkungen. So verspricht sie vordergründig mehr Gewissheit am Ende der Eindeutigkeit (vgl. 2.2.3), hinkt diesem Anspruch jedoch hinterher, weil sie insbesondere die Komplexität der lebensweltlichen Bewältigungsanforderungen im Ausstiegsprozess notwendigerweise reduziert. Vor dem Hintergrund der hier vorgelegten Ergebnisse betrachtet, kann sie erstens den Anspruch auf drogentherapeutische Effizienz und Effektivität nicht einlösen. Zweitens kann Psychotherapie in der Überfrachtung als ‚Ganzes der Therapie‘, wie es sich zentral in der Gesamtverantwortung der Gruppentherapie ausdrückt, ihr spezifischen Potential als *eine* Orientierung des Handelns neben anderen kaum entfalten. Drittens eignet sie sich kaum als inhaltliche oder methodische Richtschnur professionellen Handelns in der Freizeittherapie und Arbeitstherapie. Gleichwohl führt das therapeutische Paradigma, welches die Psychotherapie erst zur Hoffnungsträgerin erklärt, zum Verlust des Pädagogischen und zur Leerstelle Alltag im professionellen Handeln.

Vor diesem Hintergrund möchte ich zum Abschluss der vorliegenden Fallstudie Drogentherapie die *Aufgabe der Pädagogik* in der Alltagswelt Drogentherapie in ihrem Verhältnis zur handlungsleitenden Orientierung *Alltag* beleuchten. Damit verfolge ich die Absicht, die hierzu bereits in den verschiedenen Zusammenhängen aus der Perspektive des sozialpädagogischen Blicks vorgetragenen Überlegungen zu bündeln. Ebenfalls möchte ich mit diesen abschließenden Erörterungen die Möglichkeiten eines *produktiven, sich wechselseitig ergänzenden Bezugs* der unterschiedlichen Orientierungen von Bausteinen, Alltag, Therapie und Pädagogik auszuloten versuchen.

Die empirischen Ergebnisse bilden dabei den Ausgangs- und Bezugspunkt meiner Betrachtungen. Ich knüpfe damit einerseits an die zentralen Dimensionen des Handelns, wie sie in den Einzelfallstudien aufgefächert sind, an und beziehe mich andererseits auf die als Spannungsfelder gekennzeichneten Probleme professionellen Handelns. Insbesondere lasse ich mich leiten von folgenden, aus den empirischen Ergebnissen abgeleiteten Hypothesen:

- Die Einzelfallstudien zeigen, dass Pädagogik und pädagogisches Handeln sehr wohl bedeutsam sind, jedoch nicht als solche klassifiziert werden, sondern im Zeichen des therapeutischen Paradigmas – abgrenzend oder beziehend – unter der Handlungsorientierung Therapie gefasst werden. Dies betrifft wesentliche Dimensionen des Handelns in allen drei Bausteinen, weshalb eine „Rückgewinnung des Pädagogischen“ (Kraimer 1994) qualifizierende Effekte für alle drei Bausteine verspricht.
- Der Verlust des Pädagogischen bzw. seine Reduktion auf den Restbestand von Kontrolle und Disziplin als besonders „schmuddeliger Alltag“ (Frommann 1997: 44) erweist sich als eine Verhinderung von Modernisierung und Professionalisierung drogentherapeutischen Handelns.
- Die Marginalisierung des Alltags als Ort des Nicht-Professionellen begründet seine Relevanz als Dauerthema im Therapiealltag und gefährdet ihn tatsächlich in seinem Potential des Lern- und Erfahrungsfelds im Sinne eines Möglichkeitsraums, der individuelle und soziale Möglichkeiten subjektiv und intersubjektiv erfahrbar macht.
- Wenngleich dies für alle Bausteine gilt (s.o.), so kann sich besonders die spezifische Qualität der psychotherapeutischen Unterstützung, ob im Gruppen- oder Einzelsetting, nur im Kontext eines neu gewichteten Ergänzungsverhältnisses der vier handlungsleitenden Orientierungen entfalten, weil dies notwendig mit einer Entlastung der Psychotherapie einhergeht.
- Eine Zurücknahme der Programmorientierung verbunden mit einer Neubewertung des Verhältnisses von einzel- und gruppenförmig organisierten Hilfesettings stellt sowohl Voraussetzung als auch Folge einer veränderten Bestimmung der vier Orientierungsebenen dar. Denn insbesondere das Bemühen um prozess- und subjektorientiertes Handeln, wie es in den einzelnen Handlungsdimensionen der Einzelfallstudien hervortritt, erfährt Behinderung durch die relativ starre Programmstruktur.
- Als wesentliche Herausforderungen professionellen Handelns in der Drogentherapie erweisen sich eine kontinuierliche subjektorientierte Ziel- und Hilfeplanung, eine interaktiv-kommunikativ ausgerichtete Aushandlung von Reglement und Struktur sowie eine subjektorientierte Alltagsbegleitung der AdressatInnen.

Vor diesem Hintergrund verstehe ich die folgenden Ausführungen als anregende Gedanken, als sozialpädagogisch reflektierende (Aus-)Blicke für eine *Neubestimmung* der als wesentlich charakterisierten handlungsleitenden Orientierungen. Diese ist letztlich nur als Suchbewegung

im Spannungsfeld unterschiedlicher professioneller Problemdeutungen und Handlungskonzepte kooperativ aushandelbar und geht sicherlich damit einher, verschiedene Aufgaben neu zu definieren und zu bewerten (vgl. hierzu auch Thiersch 1995a: 244f., 2002: 210). Dass dies kein leichtes Unterfangen ist, zeigt sich in jenen Arbeitsfeldern Sozialer Arbeit, in denen die Lebensweltorientierung bereits auf eine längere Tradition zurückblickt, wie etwa die Erziehungshilfen und die Jugendhilfe (vgl. hierzu etwa Baur u.a. 1998; Krumenacker 1999; Peters 1999; Thiersch 2001; Winkler 1999; Wolff/Schröer/Möser 1997; v. Wolffersdorff/Sprau-Kuhlen/Kersten 1996).

Die *Aufgabe der Pädagogik* kann in der sozialisationstheoretischen Erweiterung des Erziehungsbegriffs dahingehend formuliert werden, dass sie soziales Lernen organisiert und Hilfen zur Lebensbewältigung anbietet. Auch solche Hilfen, die an materiellen und sozialen Risiken ansetzen und sie zu minimieren suchen, gehen insoweit im pädagogischen Aufgabenverständnis auf, als sie Handlungsfähigkeit und soziale Sicherheit als Voraussetzungen für das Gelingen von Entwicklungs- und Lernprozessen schaffen (vgl. Böhnisch 2005: 20f.). Damit bezieht sich Pädagogik auf ein erweitertes Sozialisationskonzept (vgl. Hurrelmann 2002), das erstens die produktive Auseinandersetzung des Menschen mit sich selbst und seiner sozialen und physischen Umwelt als selbsttätige Praxis begreift und zweitens diese selbsttätige Praxis als lebenslange Aufgabe sieht, d.h. als eine Praxis, die für jeden Menschen in jedem Abschnitt und jeder Lebenslage als Aufgabe der Auseinandersetzung mit den inneren und äußeren Anforderungen der Lebensrealität gegeben ist. Damit richtet sich Pädagogik auf die Subjektwerdung von Menschen im Sinne einer reflexiven Selbstkonstitution von Subjektivität (vgl. Herrmann 1987: 106) in einem Prozess der lebenslangen Identitätsformation als Aufgabe lebenslangen Lernens, weil Ereignisse und Themen über die Lebensalter hinweg reversibel geworden sind. So tritt in kritischen Lebenssituationen, verstanden als biographische Umbrüche, deviante Konstellationen und Verlustsituationen, wie sie im Falle einer Therapieaufnahme angenommen werden können, die biographische Dimension der Lebensbewältigung stärker hervor. Entwicklung und Gestaltung als pädagogische Bezüge können so ein Leben lang virulent bleiben (vgl. Böhnisch 2005: 22f.). „Die Pädagogik muss an kultureller und biographischer Erinnerung arbeiten; sie muss in dieser Erinnerung die begründbaren (zukunftsfähigen) Prinzipien aufsuchen; sie muss für diese Arbeit eine der Sache angemessene, genaue Sprache finden“ (Mollenhauer 2003: 10). Das Hervorbringen von Bildsamkeit und Selbsttätigkeit, die reflexive Selbstkonstitution von Subjektivität (vgl. Benner 2001: 59ff.; Herrmann 1987: 106; Mollenhauer 1968: 55ff., 2003), in seiner zeitlichen Struktur auf Vergangenheit und Zukunft bezogen, stellt insofern einen Prozess dar, in dem sich Menschen eine historisch-kulturelle Lebensform aneignen und so sich selbst als kulturelle Wesen hervorbringen und Subjektivität entfalten (Mollenhauer 1988; 2003: 114f., 141ff.). Je nach Lebensalter und Lebenslage verbinden sich damit unterschiedliche Anforderungen an die Aneignung der Menschen und die pädagogische Vermittlung. Subjektivität als Aktualisierung von Bildsamkeit in der selbsttätigen Auseinandersetzung des Menschen ist jedoch nur dort gegeben, wo zu solcher Tätigkeit

aufgefordert wird, aufgefordert „als Unterstützung sich entwickelnder Kraft, als dialogische Beziehung, als Ruf und Antwort“ (Mollenhauer 2003: 90; vgl. auch Müller, S. 2001: 20f.).

Maßgeblich im Sinne des Aufforderns zu solcher Tätigkeit ist der pädagogische oder personale Bezug des Handelns, aber auch eine ‚Umdrehung‘ der Perspektive. Es muss die Frage gestellt werden, welchen Sinn die im pädagogischen Bezug an die AdressatInnen vermittelten Ansprüche in deren Lebens- und Alltagszusammenhang haben. Tragen sie bei zu einer Steigerung der Kräfte und welche Mittel sind subjektiv verfügbar, die Ansprüche zu bewältigen? (vgl. Müller, B. 1991: 16, 26). Pädagogisch bedeutsam sind demnach die subjektiven Voraussetzungen jener, die zu Selbsttätigkeit angeregt werden sollen, wie es sich etwa im empirisch-theoretischen Konstrukt des subjektiven Standorts vermittelt. Und pädagogisch bedeutsam ist, wie der soziale Ort solcher Aneignungs- und Vermittlungsprozesse beschaffen ist, damit er Subjektivität entfalten hilft (vgl. 3.3). Im Möglichkeitsraum (vgl. 6.4) ist dieser Zusammenhang von Subjekt und Ort insofern aufgehoben, als er sich auf das spezifische Milieu bezieht, innerhalb dessen individuelle und soziale Möglichkeiten subjektiv und intersubjektiv erfahrbar werden. Es bedarf also der Überlegung, wie ein solcher Möglichkeitsraum – hier: die Alltagswelt Drogentherapie als Handlungs- und Erfahrungsfeld – beschaffen sein sollte, damit er zur selbsttätigen Auseinandersetzung und Aneignung der in ihm angelegten kulturellen und sozialen Gehalte und damit zur Förderung konstruktiver Nutzungsmuster anregt. Es geht darum, welche Themen darin relevant, welche Aufgaben zu erfüllen und welche Probleme von den AdressatInnen zu lösen sind, „damit Subjektivität als Eigenleistung des Subjekts her- und sichergestellt werden kann“ (Winkler 1988: 255). Damit korrespondiert die pädagogisch relevante Frage danach, „wie ein Ort beschaffen sein muss, damit ein Subjekt an ihm leben und sich entwickeln kann, damit er auch als Lebensbedingung vom Subjekt kontrolliert wird. Sozialpädagogisches Handeln stellt somit Räume zur Verfügung, in welchen sich die Individuen wieder bewegen und miteinander als Subjekte verkehren, zugleich auch sich selbst bilden können“ (ebd.: 278f.).

Was lässt sich nun aus diesem hier grob skizzierten Entwurf von Pädagogik in Bezug auf die Alltagswelt Drogentherapie im Allgemeinen und in Bezug auf die vier handlungsleitenden Orientierungen ableiten? Die Leerstelle Alltag im professionellen Handeln kann zunächst als eine unmittelbare Konsequenz aus dem Verlust des Pädagogischen und dem Verlust eines (sozial-)pädagogischen Blicks identifiziert werden. Im therapeutischen Paradigma ist er als Raum professionellen Handelns nicht aufgehoben und bleibt infolgedessen den AdressatInnen überlassen. Aus einer bewältigungs- und lebensweltorientierten Perspektive betrachtet, greift dies zu kurz, weil Alltag als Schnittstelle des Zusammenhangs von Subjekt und Ort betrachtet werden kann und somit einen zentralen Gegenstand der professionellen Arbeit an einem pädagogisch-therapeutisch inszenierten Lebensraum ausmacht.

Erstens ist Alltag in seiner räumlichen, zeitlichen und sozialen Strukturierung und Bedeutung zu gestalten. Das heißt, der institutionelle Alltag vermittelt sich in einem in spezifischer Wei-

se organisierten *Zusammenleben*, das normal und damit so diffus und auch so geordnet wie möglich, aber auch in spezifischer Weise auf die Bedürfnisse der AdressatInnen hin angelegt ist (vgl. Winkler 1999: 316). Im Alltag bieten sich zweitens vielfältige Anlässe, deren Wahrnehmung im Sinne des Hervorbringens von *Selbsttätigkeit* höchst handlungsrelevant ist (vgl. Müller/Schmidt/Schulz 2005). Und Alltag wird drittens auf unterschiedlichen Ebenen zum zentralen Gegenstand von *Aushandlung* und gemeinsamer Verhandlung, was den bisweilen anstrengenden Prozess „zugetrauter und begleiteter Selbstregulierung“ (Treptow 2002: 180) anbelangt. Im Blick auf die Bedeutung des sozialen Orts der Hilfe weist sich Alltag viertens aus in *alltäglichen Verrichtungen*, die möglicherweise höchst banal ausfallen und sich etwa auf die bedürfnisorientierte und ästhetische Gestaltung der räumlichen Verhältnisse des sozialen Orts beziehen. Insofern bietet Alltag vielfältige Anknüpfungspunkte der pädagogisch-therapeutischen Inszenierung eines Lebensraums, der im Gesamt mit den Bausteinen der Arbeitstherapie, Freizeittherapie und Psychotherapie erst die Alltagswelt Drogentherapie als einen interaktiv-kommunikativen Handlungs- und Erfahrungsraum begründet. Gleichwohl sind Alltag und Pädagogik nicht in eins zu setzen, wie dies Krumenacker für die Heimerziehung aufzeigt, wenn Pädagogik darauf beschränkt wird, „die zwischen den therapeutischen Sitzungen liegenden Zeiten zu überbrücken: Alltag als ‚cold storage‘“ (Krumenacker 1999: 230).

Wenn wir also Drogentherapie im Sinne eines pädagogisch-therapeutisch inszenierten Lebensraums nicht nur als einen Möglichkeitsraum therapeutisch angeleiteter Erkenntnisprozesse verstehen wollen, sondern – wie es sich implizit in den Bedeutungszuschreibungen der MitarbeiterInnen findet – als Lebensraum, der Bewältigungslernen ermöglicht, dann ist professionelles Handeln in einem umfassenden Sinn auf die gegebene Komplexität des Alltags, d.h. auf das Gesamt der die Alltagswelt Drogentherapie erst hervorbringenden Interaktions- und Kommunikationsbezüge innerhalb und außerhalb der professionell gerahmten Bausteine verwiesen. Was den Alltag freilich von den Bausteinen unterscheidet, ist die ihm innewohnende Komplexität der Bezüge, die in den Bausteinen notwendigerweise zumindest temporär aufgehoben werden muss. Insofern ist die Orientierung an sozialen Verhältnissen und am komplexen Erfahrungs- und Interaktionszusammenhang nicht zu verabsolutieren. „So wichtig sie nämlich ist, so hilfreich kann die Arbeit mit Einzelnen und die Konzentration auf einzelne Segmente der Situation und des Verhaltens sein, von denen her sich – vielleicht – Transparenz, Struktur und Stabilität in den Verhältnissen gewinnen lässt“ (BMJFFG 1990: 88.).

Im Zusammenhang von Subjekt und Ort und in seinem Bezug auf den Alltag und das Alltägliche des pädagogisch-therapeutischen Lebensraums spiegelt sich gleichsam der ‚sozialpädagogische Blick‘ unter Ungewissheitsbedingungen“ (Galuske/Rosenbauer 2004: 324). Die AutorInnen reklamieren deshalb einen professionellen Habitus, der sich durch das Konzept der „strukturierten Offenheit“ (Thiersch 1993, 2002) auszeichnet. Meines Erachtens bietet das Konzept der strukturierten Offenheit Anknüpfungspunkte sowohl für eine qualitativ andere Akzentuierung von Pädagogik, (sozial-)pädagogischem Handeln und Alltag als Feld professi-

onellen Handelns als auch für eine damit verknüpfte Neugewichtung der vier handlungsleitenden Orientierungen von Bausteinen, Alltag, Therapie und Pädagogik. Insbesondere im Blick auf die im Rahmen der Lebenswelt- und Bewältigungsorientierung als wesentlich zu betrachtenden Herausforderungen in der Drogentherapie – die subjektorientierte Ziel- und Hilfeplanung, die Aushandlung von Reglement und Struktur sowie die Alltagsbegleitung – möchte ich einige Merkmale professionellen Handelns im Zeichen der strukturierten Offenheit ausführen.

Aus den Struktur- und Handlungsmaximen der Lebensweltorientierung (vgl. 3.1.2) ergibt sich ein spezifisches Verhältnis von einerseits Ganzheitlichkeit, Offenheit und Allzuständigkeit sowie andererseits Struktur, Differenzierung und Methode und einem definierten Arbeitsverständnis im professionellen Handeln, wie es Thiersch (1993, 2002) mit dem Begriff der ‚strukturierten Offenheit‘ fasst und in einem strukturierten Konzept von Ganzheitlichkeit und Offenheit präzisiert. Wesentliches Merkmal der strukturierten Offenheit ist ihre genuine Ausrichtung an einem *kommunikativen Modell*, das Verhandlung und Reflexivität im Hilfeprozess zur wesentlichen Grundlage auf allen Ebenen macht.

Handlungsformen, wie etwa das arbeitstherapeutische Handeln in den *Zwischenräumen* des gemeinsamen Arbeitens, die Aktivitäten mit AdressatInnen jenseits der freizeittherapeutischen Angebote im engeren Sinn, unterschiedliche Formen der Motivationsarbeit und Krisenintervention sowie die begleitende Unterstützung des Einzelgesprächs, aber auch die Ansätze der subjektorientierten Ziel- und Therapiereflexionen sehe ich als wesentliche Anknüpfungspunkte für ein Handeln in strukturierter Offenheit. Denn sie richten sich darauf, im gesamten pädagogisch-therapeutisch inszenierten Lebensraum zu agieren, d.h. die pädagogisch-therapeutischen Bausteine professionell handelnd zu überschreiten und hier eine integrative und organisierende Mitte des Therapiegeschehens (vgl. Thiersch 1992a: 138f.) zu etablieren. Für die Therapiebewältigung der AdressatInnen und die damit verbundene Förderung konstruktiver Nutzungsmuster sind sie elementar bedeutsam. Ebenfalls verbinde ich ein Handeln in strukturierter Offenheit mit der in der Untersuchungseinrichtung virulenten Auseinandersetzung um das Zusammenspiel von einzel- und gruppenförmiger Unterstützung, weil die vorliegenden Ergebnisse auch zeigen, dass eine Stärkung des Einzelsettings unabdingbar ist für eine konsequent am Subjekt orientierte Hilfeplanung und -gestaltung, die perspektivisch und konkret über den institutionellen Rahmen hinausweist.

Professionelles Handeln im Zeichen der Lebensweltorientierung ist offen und situativ orientiert, gemeinsame Lösungen müssen gemeinsam ausgehandelt werden und es „gründet auf der Fähigkeit, zu prüfen, was jeweils der Fall ist“ (Thiersch 2002: 215). Rückbezogen auf die eigensinnigen Formen des Bewältigungs- und Problemlösungshandelns der AdressatInnen sucht es nach Ansatzpunkten für Entwicklungs-, Lern- und Bewältigungsschritte. Die Menschen „müssen verstanden und angenommen werden in dem, wie sie sich in ihrer Lebenswelt, also in ihrem Alltag arrangiert oder eben nicht arrangiert haben [...] in ihrem Umgang ebenso

mit psychischen wie mit sozialen Problemen, aber auch mit materiellen oder mit arbeitsplatzbezogenen Problemen [...] wie sie mit der Zeit zurande kommen, ob die strukturiert oder nicht strukturiert ist, wie sie mit verschiedenen Rollen zurechtkommen, ob die geklärt oder ungeklärt sind, wie sie mit dem Raum zurande kommen, ob er sie beengt, abschließt oder ob er geöffnet ist auch für weiterführende produktive Erfahrungen. Sie müssen verstanden werden darin, wie sie die unterschiedlichen, im Alltag zu bewältigenden Probleme bis in die Kleinigkeiten eines Lebensarrangements beherrschen, sich mit ihnen abgefunden haben oder an ihnen scheitern“ (Thiersch 1997: 100).

Vor allem im stationären Alltag ist die Gefahr hoch, in seine Strukturen, seine Pragmatik gleichsam hineingezogen zu werden und darin die für klärende, strukturierende und alternative Lösungen notwendige Distanz und Kompetenz zu verlieren. Diese Offenheit des Handlungsprofils bedarf der Sicherung und Entlastung in methodischen Prinzipien, welche die Offenheit ordnen und eine Struktur ganzheitlich-offener Orientierung unterstützen. Methode stellt solchermaßen ein Grundmuster als „schematisierend-ordnendes Moment im Handeln“ (Thiersch 2002: 217) dar. Sie bezieht sich auf das Wissen um Phasen des Arbeits-, Verständigungs- und Unterstützungsprozesses, also um Gliederungen und Prioritätensetzungen in den Aufgaben, um Möglichkeiten der Rückkoppelung von Ziel, Einlösung und Prüfung im Prozess (vgl. ebd.). So betrachtet folgen methodische Prinzipien keinem Selbstzweck, sondern stellen ein hilfreiches, aber nachgeordnetes Element dar, das die Präzisierung des Handelns im gegebenen Auftrag unterstützt (vgl. Thiersch 2004: 705). Lern-, Bildungs- und Bewältigungskontexte stehen gleichermaßen im Zentrum professionellen Handelns, dessen methodisches Repertoire sich zwischen Beratung, biographischer Begleitung, pädagogisch und therapeutisch ausgerichteten Unterstützungsformen, situativer Intervention und Ressourcenorganisation entfalten lässt.

6.8.2 Prozess- und ressourcenorientierte Diagnose und Hilfeplanung

Diagnose und Hilfeplanung beginnen bereits vor der Entscheidung für eine spezifische Unterstützung, etwa als Wahl eines ambulanten, teilstationären oder stationären Settings (vgl. Reinl/Füssenhäuser/Stumpp 2004), und setzen sich im weiteren Prozess fort. Als Erkennen des Problems und der Interventionsmöglichkeiten und ihrer praktischen Umsetzung in einer subjektorientierten Hilfeplanung gewinnen sie einen prozessualen Charakter, der den gesamten Hilfeprozess durchzieht und immer auch auf das Gewordensein eines gegenwärtigen Stadiums rekurriert.¹⁶⁸ Diagnose und Hilfeplanung werden damit zum wesentlichen Moment

¹⁶⁸ Siegfried Bernfeld verweist bereits auf den prozessualen Charakter diagnostischer Betrachtungen im Umgang mit Kleinkindern, „denn wir haben es ja in der Pädagogik niemals mit Zuständen, sondern immer nur mit Prozessen, mit Vorgängen zu tun. Es ist ja ganz falsch zu sagen: das Kind *ist* so und so, sondern jedes Kind, das wir vor uns haben, ist ein Durchgangsstadium von dem, was es früher war, zu dem, was später sein wird. Wir haben es nicht mit Zuständen zu tun, die wir jeden für sich zu beschreiben haben, sondern mit Prozessen, die vor unseren Augen ablaufen, und deren Entwicklung (Genese), deren gegenseitige Verwandtschaft uns interessiert. Wollen wir Prozesse beeinflussen, so müssen wir vor allem wissen, wie es zu ihrem gegenwärtigen Stadium gekom-

einer Bezugnahme auf den *subjektiven Standort* der AdressatInnen. Ausgehend von einer auf Empowerment und Ressourcenorganisation gerichteten Perspektive, geht es dabei nicht nur um die Analyse ‚eines Problems‘. Vielmehr soll die subjektive Geschichte im Feld rekonstruiert werden, welche die Menschen in der Auseinandersetzung mit ihren lebensweltlichen Verhältnissen und darin die Ausgangssituation ebenso wie sich entwickelnde Lern- und Bildungsgeschichten zeigt (vgl. Böhnisch/Schröer/Thiersch 2005: 133f.; Thiersch/Grunwald/Königter 2002: 174). Im Zusammenspiel von Respekt vor den lebensweltlich gegebenen Möglichkeiten und Stärken und dem Versuch, Schwächen und Verhärtungen aufzubrechen, beziehen sich Diagnose und Hilfeplanung zunächst auf die Selbsthilfepotentiale, die, wie verschüttet auch immer, grundsätzlich unterstellt werden und auf den alten Grundsatz des ‚Anfangen-wo-AdressatInnen-stehen‘ als Kernmoment eines Selbsthilfeprinzips rekurren. Eine vorgabebestimmte, auf spezifische Problemlösungen gerichtete Zielorientierung kann daher als nachrangig betrachtet werden. Im Prozess des Aushandelns, Verstehens und Deutens gilt es, den spezifischen, subjektiv bedeutsamen Zusammenhang diagnostisch und interventionsbezogen aufzuschließen.

Zielformulierungen entstehen gleichsam „als Vorgabe, die im Handeln korrigiert wird und wieder neue Vorgaben für weiteres Handeln ergibt“ (Grunwald/Thiersch 2004b: 30). Nicht Lösungen für ein Problem zu finden, markiert den Kern professionellen Handelns, sondern „die Unterstützung von Problemlösungen, die zunächst vielleicht noch nicht ausreichen oder sich in unglücklichen Handlungsmustern repräsentieren“ (Thiersch 2002: 41). An die Stelle vorgabebestimmter, auf spezifische Problemlösungen gerichteter Zielformulierungen treten damit prozessuale und auf gemeinsame Aushandlung orientierte Vorgehen. Diagnostik und Hilfeplanung sind insofern zu verstehen im Sinne einer *interaktiven Klärung von Hilfemandat und Arbeitsbündnis*, das sich auf Transparenz wechselseitiger Erwartungen gründet und so die Antworten umreißt auf die Fragen danach, was wer von wem in welcher Form erwarten kann und darf (vgl. Müller, B. 1991: 95ff., 1993: 95ff.).¹⁶⁹ Darin liegt vielfach bereits „ein gutes Stück des Weges zur Bewältigung von Situation“ (Thiersch 2002: 218), nämlich in dem kommunikativen Prozess der gegenseitigen Darlegung und gemeinsamen Abstimmung von professionellen und alltagsweltlichen Deutungsmustern hinsichtlich Problem, Lebenswirklichkeit und Erwartungen an Hilfe. Es schützt auch in der Transparenz der wechselseitigen Erwartungen gegen ein ‚Sich-Verlieren‘ in der Alltagspragmatik (vgl. Thiersch 2002: 217f.). Dass dies für das Handeln in der Drogentherapie in Bezug auf das Spannungsfeld von vorge-

men; denn nur dann werden wir die jeweils sehr ähnlichen Zustände sehr verschiedenartiger Kinder als verschiedene beurteilen und beeinflussen können“ (Bernfeld 1969a: 59, Hvhb.i.O.).

¹⁶⁹ Burkhard Müller (1991: 106ff.) entwirft die Konzeptualisierung von Arbeitsbündnissen auf fünf Ebenen, die in unterschiedlicher Weise für je konkrete Handlungspraxen relevant sind: 1) Arbeitsbündnis als Garant technischer Effizienz (contracting); 2) Arbeitsbündnis als Garant von Klientenrechten, das Recht der ‚informierten Wahl‘; 3) Das Arbeitsbündnis als Klärung des Gegenstands und der Grenzen der Intervention; 4) Das Arbeitsbündnis und die reflektierte Selbstbegrenzung der Intervention; 5) Arbeitsbündnisse jenseits der Profi-Klient-Beziehung.

gebener Zielorientierung einerseits und dem subjektiv bedeutsamen Zusammenhang der AdressatInnen andererseits betrachtet werden muss, ist evident (vgl. hierzu 5.2.4, 6.7).

Bedeutsam wird die Frage, wie professionelles Handeln „einen Beitrag dazu leisten könnte, dass Individuen, Gruppen oder Institutionen effektiver und mit neuen Ressourcen ihre Situation verändern und mehr Kompetenz zu Selbstgestaltung der eigenen Lebenswelten gewinnen können“ (Keupp 1995: 270). Die NutzerInnen der Drogentherapie, so kann angenommen werden, gehören zu jenen Menschen, die tendenziell mit weniger Ressourcen¹⁷⁰ im materiellen, sozialen und persönlichen Bereich ausgestattet sind. Es fällt ihnen folglich schwerer, weitere Ressourcen zu akkumulieren. Stattdessen sind sie von fortschreitenden Ressourcenverlusten bedroht. Im Spannungsverhältnis der Ressourcengewinn- und Ressourcenverlustspirale neigt sich die Waagschale eher auf die Verlustseite, was bei einem geringen Ressourcenpolster schnellere und extremere Konsequenzen nach sich zieht. Es liegt auf der Hand, dass, wer wenig Ressourcen hat, seinen Vorrat angesichts sich häufender Problemlagen schnell verbraucht und sich kleine soziale Netze schneller ‚abnutzen‘ als größere (vgl. Nestmann 1997b).

Die Organisation von Netzwerken und Ressourcen¹⁷¹, welche den Zugang zu Ressourcen sowie deren Nutzung und Erweiterung durch die AdressatInnen fördert (vgl. Chur 1997: 43f.), wird damit zu einer zentralen Perspektive von Diagnostik und Hilfeplanung. Gängige handlungspraktisch wirksame Wahrnehmungs- und Deutungsmuster werden damit gleichsam ‚auf den Kopf gestellt‘. Handlungspraktische Deutungsrahmen, die sich vorrangig auf Probleme, Fehler im Denken, Fühlen, Handeln, auf Schwierigkeiten in der Umwelt, auf Störungen und Krankheit – also das Nicht-Gelungende – beziehen, werden kontrastiert mit der Perspektive auf das Gelingende. Gleichwohl darf dies nicht als naive Umkehr geschehen, die einer oberflächlichen Analyse von materiellen, sozialen und persönlichen Ressourcen oder einer idealisierenden Betrachtung von Netzwerken in ihren stützenden und nicht auch in ihren belastenden Aspekten folgt. Der Sinn von Empowerment (vgl. weiterführend Herriger 1995, 2002), lebensweltorientiert betrachtet, erfüllt sich im professionellen Handeln nur, insoweit sich dieses in der „Spannung von Ressourcen und Belastungen, also in der Dialektik von Stärken und Schwächen, von Respekt und Destruktion“ (Thiersch 2001: 222) verortet. Manchmal sind vorhandene Stärken und Kompetenzen bis zur Unkenntlichkeit in den subjektiven Geschichten von Scheitern und Resignation eingegraben und vordergründig nicht mehr erfahrbar, wie

¹⁷⁰ „Ressourcen sind alle Dinge, die wir in unserer Lebensgestaltung wertschätzen, die wir für die Lebensbewältigung benötigen und daher erlangen, schützen und bewahren wollen“ (Nestmann 1997b: 23). Einen solch weiten Ressourcenbegriff halte ich insofern für sinnvoll, weil auch enger angelegte Versuche der Identifizierung von wesentlichen Ressourcen nicht umhinkommen, anzuerkennen, dass vieles als Ressource fungieren kann. Ob etwas allerdings die Bewertung als Ressource erfährt, hängt letztlich von der subjektiven Bedeutung und Wertschätzung durch einzelne Menschen oder Gruppen ab. Alter, Status und Geschlecht in einer bestimmten Kultur und Gesellschaft zu einer bestimmten Zeit sind diesbezüglich relevante Variablen (vgl. ebd.: 23f.).

¹⁷¹ Für die Netzwerk- und Ressourcenorganisation lassen sich vier Ebenen unterscheiden a) Erweiterung und bessere Nutzung von Ressourcen; b) Selbstvergewisserung von Ressourcen; c) bedrohte oder bedroht erscheinende Ressourcen erhalten; d) einem (subjektiv oder objektiv) bereits eingetreten Ressourcenverlust gegenwirken (vgl. Nestmann 1997b: 25).

dies sicherlich für viele abhängig Drogenkonsumierende gilt. Verstehen meint daher immer auch zu verstehen, was der Fall ist und wo sich solche dialektischen Spannungen konkretisieren. Im Blick auf das Hervorbringen von Selbsttätigkeit lässt sich dieser Prozess als eine auf Verstehen orientierte Spurensuche beschreiben.

Für eine in dieser Weise orientierte Diagnose und Hilfeplanung bieten das kasuistische Fallverstehen (vgl. Hörster 2001), die multiperspektivische Fallarbeit (vgl. Müller, B. 1993, 2004) sowie die auf Verbindungen von Lebensthemen und Bewältigungshandeln zielende sozialpädagogische Diagnostik (vgl. Mollenhauer/Uhlendorff 1992) maßgebliche Anknüpfungspunkte. Zentral ist die Perspektive der einerseits auf Bewältigung und Kompetenzen und andererseits auf die Rekonstruktion des Feldes gerichteten reflexiven Diagnostik (vgl. Heiner 2001: 262; Peters 1999), die eine auf Defizite fokussierende, instrumentell-individualisierende Diagnose und Hilfeplanung zu überwinden sucht.¹⁷² Für die Drogentherapie verweist dies auf die Fragen nach dem subjektiven Standort der AdressatInnen und wie und ob es gelingen kann, den Therapieprozess als kommunikativen Kontext zu nutzen und zu gestalten und eine weitgehende Passung herzustellen als Zentrum einer am Subjekt orientierten Hilfeplanung und -gestaltung.

6.8.3 Anerkennen, Begleiten, Fördern, Gegenwirken im Modus des Aushandelns: Professionelles Handeln als interaktiv-kommunikativer Prozess

Professionelles Handeln entfaltet sich, wie oben bereits angesprochen, situativ in offenen Bezügen. Rückbezogen auf die eigensinnigen Formen des Bewältigungs- und Problemlösungshandelns der AdressatInnen sucht es nach Ansatzpunkten für Entwicklungs- Lern- und Bewältigungsschritte und agiert begleitend anregend, provozierend im Feld gegebener Problemlösungen, die im Medium der Verhandlung und im Modus des Aushandelns realisiert werden (vgl. Grunwald/Thiersch 2004b: 24f.; Thiersch 1995a: 229). Speziell im Blick auf die Hervorbringung von Selbsttätigkeit bilden bevormundende und disziplinierende Interventionen keine tragfähige Hilfebasis. „Die Menschen zur Entdeckung ihrer eigenen Stärken ermutigen“ (Herriger 1995: 34) – ein solches Ansinnen ist angewiesen auf kommunikationsorientierte Settings, die Selbstbefähigung und Selbstbemächtigung fördern. Möglichkeiten und Lösungen werden darin von AdressatInnen und Professionellen als prinzipiell gleichwertige und gleichberechtigte PartnerInnen kommuniziert mit dem Ziel einer gemeinsamen Verständigung und dem Ziel der Zustimmung der AdressatInnen zu möglichen Perspektiven. Es handelt sich um einen Prozess der Koproduktion, in dem unterschiedliche Angebote in gemeinsames Handeln gewandelt werden (vgl. Müller, B. 1993) und dabei die Menschen wieder in Spannung zu

¹⁷² Zur Kritik an einer verkürzten diagnostischen Klärung und Hilfeplanung im Modell modularisierter Sozialtechnologie, die mit spezifischen Klassifikationsinstrumenten primär individuelle Verhaltensauffälligkeiten diagnostisch pathologisiert vgl. Grawe 2000 und weiterführend Heiner 2004b sowie die verschiedenen Beiträge der Tübinger Tagung vom November 2004 zu „Fallverstehen und Diagnostik in der Sozialen Arbeit“ in der Neuen Praxis 5/2005.

ihrer sozialen Umwelt geraten, Anerkennung erfahren und Selbstwirksamkeit spüren können (vgl. Böhnisch/Schröer/Thiersch 2005: 205ff.). Verhandeln als zentrales Medium professionellen Handelns ist darin verwiesen auf, das Prinzip der advokatorischen Ethik (Brumlik 1987) und das Prinzip der stellvertretenden Deutung bzw. des stellvertretenden Handelns (vgl. Dewe u.a. 1995: 50ff.; Dewe/Otto 2002: 179), an denen sich die Frage nach weiterführenden Perspektiven orientiert. Die Wahrnehmung und Anerkennung dessen, was in die Deutungskategorien der professionell Handelnden nicht passt, sind nach Meinhold (1987: 207f.) wesentliches Kennzeichen einer gleichberechtigten Aushandlung in Respekt vor der Subjektivität der AdressatInnen.

Wenn also gemeinsames Aushandeln gelingen soll, bedarf es der Herstellung von Beziehungs- und Anerkennungsangeboten, etwa im Sinne offener korrektiver Anfänge (vgl. Hörster 1995), innerhalb derer sich die AdressatInnen eingeladen fühlen zur gemeinsamen Verhandlung und Klärung. Hier geht es um Vertrauen, um Mut machen, Interesse wecken, Raum lassen und Begleiten. „Zuhören, Diskretion, Vermittlung etc. können nicht als Angebote wahrgenommen werden, wenn sie nicht zum Reden verlocken, Vertrauen erwecken, anstoßen, einen Versuch zu wagen – also Impulse zum Handeln der Gegenseite sind“ (Müller, B. 1993: 110) und solcherart *gemeinsames Handeln* hervorbringen. Erweisen sich Professionelle als nützlich, kann dies insbesondere auf der Basis prekärer Freiwilligkeitskonstellationen, wie sie für die Drogentherapie gang und gäbe ist, eine Option sein für Einwilligung und Arrangement der AdressatInnen in eine Hilfesituation, in die sie sich vielleicht nur ‚probehalter‘ begeben haben (vgl. hierzu Thiersch 2004: 703f.). Der für die Soziale Arbeit konstitutive Zusammenhang von Hilfe und Kontrolle, der vor allem prekäre Freiwilligkeitskonstellationen im Widerstreit von Freiwilligkeit, Nötigungen und der Herstellung von Einwilligung hervorbringt, kann dabei nicht verleugnet und negiert werden. Aus einer gerichtlich zwangsbestimmten Therapieaufnahme etwa wird nicht durch Umdeuten ein freiwilliger Akt. Stattdessen sind diesbezügliche Klarheit und Transparenz weiterführend in Bezug auf die gemeinsame und gemeinsam verantwortete Aushandlung dessen, was ‚Sache‘ ist und was ‚Sinn‘ macht (vgl. Marzahn 1992: 29f.).

Gemeinsame Verantwortung und gemeinsames Verhandeln belässt die spezifische Konstruktion von Hilfebeziehungen in einer prinzipiellen Asymmetrie, wenngleich mit dem Anspruch versehen, diese aufzuheben bzw. sie immer wieder neu auszubalancieren. Jedenfalls darf das Wissen um Hilfe und Kontrolle, das Wissen um die asymmetrische Konstellation nicht verhindern, Schwierigkeiten und Ausweglosigkeiten wahrzunehmen und zu benennen (vgl. Thiersch 2002: 42), was wiederum auf die Spannung von Respekt und Destruktion, auf die Spannung von Selbsttätigkeit und Verhinderungen verweist. Anknüpfend an Schleiermacher unterstreicht Thiersch die Notwendigkeit, förderndes Handeln zu flankieren mit Maßnahmen des Behütens und Gegenwirkens (vgl. ebd.: 42f.; Flitner 1994: 79ff.). Im Modus des Aushandelns schließt Kommunikation immer auch konfrontierendes und provozierendes Handeln ein und impliziert die Auseinandersetzung zwischen unterschiedlichen Erfahrungen und unter-

schiedlichen Deutungsmustern. Der Maßstab des Handelns bildet sich an den subjektiven, lebensweltbezogenen Voraussetzungen der AdressatInnen, weil nur so Hoffnungen auf Veränderung und Verbesserungen, die rückgebunden sind an die Erfahrungen und Möglichkeiten im Gegebenen (vgl. Thiersch 1986: 36), gesucht und entwickelt werden können. Hier gilt: pädagogische Methoden sind solche, „die man erfinden muss und wechseln kann“ (Hörster 1995: 8).

Für die Aushandlung von Reglement und Strukturierung gilt dies in besonderem Maße: „Alle Erfahrungen aus vielfältigen Formen eines gelingenderen sozialpädagogischen Alltags zeigen, dass auch hier nur das [...] Verfahren eines Aushandelns in der Situation angemessen ist; dass solches Aushandeln die Notwendigkeit pragmatischer Alltagsregelungen – Regelungen also, die auf Zeit und für Situationen verbindlich sind – erbringen muss, ist evident – Regelungen, für die, wie mir scheint, Phantasie und Organisationsgeschick durchaus noch nicht hinreichend entwickelt sind“ (Thiersch 1986: 52f.) Im Zusammenspiel von Vorstrukturierung und Eigentätigkeit geht es darum, argumentierende und verändernde Beteiligung einzuräumen, in der sich die AdressatInnen „auf geregelte Weise unreglementiert“ (Parmentier 1979, zit. n. Honig 2002: 191) verhalten können. Treptow (2002) verweist auf die Kultur der Anerkennung, welche offene, gleichwertige und diskursive Formen des Austauschs erfordert, die schließlich im Spannungsfeld von zugetrauter und begleiteter Selbstregulierung in selbsttätiger Beteiligung und Regelfindung und -durchsetzung mündet. Darin liegt, wie mir scheint, ein Stück der Inszenierung von Alltäglichkeit durch reflektiertes Alltagshandeln (vgl. Thiersch 1992a: 45), die darauf zielt, im Verhältnis von Strukturvorgaben und Selbstverantwortung sowie im Verhältnis der individuellen Ansprüche der Einzelnen und der Anpassung im Dienste der Gemeinschaft (vgl. Baudis 1994: 116ff.; Ensel 1997; Voigt 1997: 96ff) zu vermitteln. Im Anknüpfen an die Selbsttätigkeit und das *Eigeninteresse* der AdressatInnen ermöglicht eine solche Perspektive die Entwicklung kreativer Projekte aus den Aktivitäten der AdressatInnen heraus (vgl. Müller/Schmid/Schulz 2005: 17f.), ohne nur das Programm als ein Angebot zum *eigenverantwortlichen* Mitmachen zu sehen. *Mitverantwortung* kann in diesem Sinne *Eigenverantwortung* unterstützen.

Methodische Handlungskompetenz, die ganzheitlich orientiert ist, muss gestützt werden in der wissenschaftlich reflektierten Klärung des Konkreten, d.h. in der Vermittlung von Nähe und Distanz und in der Vermittlung von Person und Profession (vgl. Grunwald/Thiersch 2004b: 31). Professionelles Handeln generiert sich in dem Zusammenspiel wissenschaftlicher Theorieelemente, berufspraktischer Deutungsmuster und dem sich reflexiv bildenden Handlungswissen in der Relation von Wissen und Können und in kontext- und situationsgebundenen Klärungen (vgl. Dewe/Otto 1992, 2002). Ohne solche Absicherungen verliert sich professionelles Handeln allzu leicht in diffus werdenden Anforderungen, sie verliert sich gegenüber den beidseitig prekären lebensweltlichen Annäherungen von AdressatInnen und Professionellen und sie verliert sich in den Begrenzungen eines vorläufigen Mandats. Jenseits der Desori-

entierung im diffusen Feld unterliegt Handeln, sozusagen am anderen Ende eines Kontinuums, der Gefahr, in ‚sozialtechnologischen‘ Mustern zu erstarren.

Zum einen sind Professionelle stets mit der Fremdheit von Lebenswelten konfrontiert, auf deren spezifische Deutungs- und Handlungsmuster sich zu beziehen unmittelbar notwendig ist, ohne dabei die eigene professionelle Perspektive und Distanz aufzugeben. Zum anderen rückt professionelles Handeln im Konzept der Lebensweltorientierung den Erfahrungen und Lebensverhältnissen der AdressatInnen nahe. Dies geht einher mit Momenten der Kontrolle, vor denen sich die Hilfesuchenden nur schwer schützen können, und dies umso weniger, je näher das konkrete Hilfearrangement an den Alltag der AdressatInnen rückt, wie es hier ausdrücklich für die Alltagswelt Drogentherapie gefordert wird. Sich-Einlassen auf die Lebensverhältnisse der Menschen ist mithin angewiesen auf ein Agieren in dem Wissen um die der Annäherungsproblematik innewohnende Gefährlichkeit im doppelten Sinn. Es bedarf einer kritisch-reflektierten Haltung ebenso wie institutionell abgesicherter Räume der selbstreflexiven Auseinandersetzung mit KollegInnen. Und es braucht vor allem „den Takt, der prüft, was in der Situation angemessen ist, den Takt der wegsehen, loslassen, Probleme sich selbst überlassen kann und doch einzugreifen, den Mut hat, wenn es notwendig erscheint“ (Thiersch 1992a: 39). Ein solcher pädagogischer Takt ist daher wesentliches Moment des pädagogischen Bezugs in lebensweltorientierten Arrangements (vgl. Grunwald/Thiersch 2004b: 31; Thiersch 1986: 189) und muss unterstützt sein durch institutionell abgesicherte Kontrollen und Widerspruchsrechte der NutzerInnen, wie sie in Zusammenhang mit der Maxime der Partizipation (vgl. 3.3.1) angesprochen sind. Hilfe zur Selbsthilfe vermittelt Anregungen, Provokationen und Unterstützungen, aber sie vermittelt diese als Angebote, die auch abgelehnt und verweigert werden können; es handelt sich also um Optionen und Entwürfe ins Offene. Selbst wenn sie akzeptiert werden oder werden müssen, entspricht dies noch nicht einer Realisierung durch die AdressatInnen (vgl. Thiersch 2002: 208f.). „Sozialpädagogisches Handeln, so könnte man pointiert formulieren, erweist sich darin, ob und wie es gelingt, die Lebensbewältigung der Subjekte *heute* zu befördern und zu unterstützen“ (Galuske 2002: 351, Hvhb.i.O.) und darin Optionen für das *Morgen* zu vermitteln.

7 Literaturverzeichnis

Abkürzungen:

BMBF: Bundesministerium für Bildung und Forschung

BMG: Bundesministerium für Gesundheit

BMJFFG: Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit

DHS: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren

FDR: Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V.

LSS: Landesstelle gegen die Suchtgefahren in Baden-Württemberg

NP: Neue Praxis

WZfS: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung

- Ackermann, Friedhelm/Seeck, Dietmar 1999: Der steinige Weg zur Fachlichkeit. Handlungskompetenz in der Sozialen Arbeit, Hildesheim/Zürich/New York
- Ahbe, Thomas 1997: Ressourcen, Transformation, Identität, in: Keupp, Heiner/Höfer, Renate (Hg.): Identitätsarbeit heute. Klassische und aktuelle Perspektiven der Identitätsforschung, Frankfurt a.M., S. 207-226
- Akers, Ronald L. 1980: Drogen-Missbrauch. Ein sozialer Lernprozess, in: Kutsch/Wiswede (1980: 27-57)
- Akzept e.V. (Hg.) 1991: Leben mit Drogen. Akzeptierende Drogenarbeit als Schadensbegrenzung gegen repressive Drogenpolitik, Berlin
- Akzept e.V. (Hg.) 1993: Menschenwürde in der Drogenpolitik. Ohne Legalisierung geht es nicht!, Hamburg
- Akzept e.V. (Wissenschaftlicher Beirat des Bundesverbandes für akzeptierende Drogenarbeit Akzept e.V./BISDRO - Bremer Institut für Drogenforschung (Hg.) 1996: Wider besseres Wissen. Die Scheinheiligkeit der Drogenpolitik, Bremen
- Akzept NRW e.V. 2000: Drogenpolitisches Leitkonzept. Bedingungen und Chancen akzeptanzorientierter Drogenarbeit, Hamm, <http://www.indro-online.de/akzeptnrw.htm>
- Akzept e.V./Trimbos Institut (Hg.): 1999: The Times They Are A-Changin', Berlin
- Albrecht, Hans-Jörg 1991: Voraussetzungen und Konsequenzen einer Entkriminalisierung im Drogenbereich, in: de Boor/Frisch/Rode (1991: 1-37)
- Albrecht, Klaus Peter 1998: Zur Integration beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen in die stationäre Entwöhnungsbehandlung, in: Meyenberg (1998a: 103-112)
- Albrecht, Peter-Alexis u.a. (Hg.) 1993: Festschrift für Horst Schüler-Springorum. Zum 65. Geburtstag, Köln u.a.
- Almstedt, Matthias/Munkwitz, Barbara 1982: Ortsbestimmung der Heimerziehung. Geschichte, Bestandsaufnahme, Entwicklungstendenzen, Weinheim/Basel
- Amendt, Günter 2000: Gewinner und Verlierer. Was kostet die Drogenprohibition? Plädoyer für eine vernünftige Drogenpolitik, in: Kanitscheider (2000a: 197-210)
- Antonovsky, Aaron 1993: Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung, in: Franke/Broda (1993: 3-14)
- Antons, Klaus 1976: Alkoholismus – eine Krankheit?, in: Antons/Schulz, Wolfgang (Hg.): Normales Trinken und Suchtentwicklung. Theorie und Ergebnisse interdisziplinärer Forschung zum sozialintegrierten Alkoholkonsum und süchtigen Alkoholismus, Göttingen/Toronto/Zürich, S. 231-254
- Arbeitsgruppe „Präventive Jugendhilfe“ 1995: Zwischen Kundenorientierung und Fürsorge. Die Notwendigkeit einer stärkeren AdressatInnenorientierung in der Jugendhilfe, in: NP, 25. Jg., H. 2, S. 118-132

- Arnold, Rolf 1983: Deutungsmuster. Zu den Bedeutungselementen sowie den theoretischen und methodologischen Bezügen eines Begriffs, in: Zeitschrift für Pädagogik, 29. Jg., H. 2, S. 893-912
- Arnold, Thomas/Schmid, Martin/Simmedinger, Renate 1999: Suchthilfe im Krankenhaus. Endbericht der wissenschaftlichen Begleitung des Bundesmodellprogramms „Drogennotfallprophylaxe/Nachgehende Sozialarbeit“, Schriftenreihe des BMG, Bd. 120, Baden Baden
- Aulinger, Susanne 1997: Rechtsgleichheit und Rechtswirklichkeit bei der Strafverfolgung von Drogenkonsumenten. Die Anwendung von § 31a BtMG im Kontext anderer Einstellungsvorschriften, Schriftenreihe des BMG, Bd. 89, Baden-Baden
- Backmund, Markus 1995: Möglichkeiten und Grenzen der Differenzierung im Drogenentzug, in: Behrendt/Degkwitz/Trüg (1995: 57-73)
- Bader, Thomas 1996: Drogenabhängigkeit zwischen Abstinenz und Substitution, in: Längle/Mann/Buchkremer (1996: 208-222)
- Bader, Thomas 2002: Therapie Drogenabhängiger, in: Arnold, Helmut/Schille, Hans-Joachim (Hg.): Praxishandbuch Drogen und Drogenprävention. Handlungsfelder, Handlungskonzepte, Praxisschritte, Weinheim/München, S. 395-426
- Bader, Thomas/Hey, Georg/Stöver, Heino 1997: Aktuelle Trends in der sozialen Drogenarbeit und Drogenpolitik, in: Müller/Reinl (1997: 309-321)
- Bader, Thomas/Heise, Christian 2000: Behandlungsangebote für Suchtkranke im Verbundsystem der Suchthilfe. Rehabilitative Aspekte, in: Thomasius (2000a: 161-180)
- Barsch, Gundula 1997: AIDS wird behandelbar – gilt das auch für Menschen mit Drogengebrauch?, in: Sozialmagazin, 22. Jg., H. 12, S. 60-63
- Basaglia, Franco (Hg.) 1971: Die negierte Institution oder die Gemeinschaft der Ausgeschlossenen. Ein Experiment der psychiatrischen Klinik, Frankfurt a.M. [1968]
- Basaglia, Franco/Basaglia Ongaro, Franca 1972: Die abweichende Mehrheit. Die Ideologie der totalen sozialen Kontrolle, Frankfurt a.M.
- Basdekis-Jozsa, Raphaela/Krausz, Michael 2002: Komorbidität bei Abhängigkeitserkrankungen, in: Sucht aktuell, 9. Jg., H. 1, S. 63-67
- Bastigkeit, Matthias 2003: Rauschgifte. Ein naturwissenschaftliches Handbuch, Eschborn
- Baudis, Rainer 1994: Psychotherapie von Sucht und Drogenabhängigkeit oder der goldene Vogel, Rudersberg
- Baudis, Rainer u.a. (Hg.) 1997: Nach Gesundheit in der Krankheit suchen. Neue Wege in der Sucht- und Drogentherapie, Rudersberg
- Bauer, Christine 1992: Die Heroinfreigabe. Möglichkeiten und Grenzen einer anderen Drogenpolitik, Reinbek b. Hamburg
- Bauer, Christine/Bosson, Horst 1992: Am Ende werden wir doch legalisieren. Plädoyer für eine effektive Drogenkontrolle, in: NP, 22. Jg., H. 1, S. 1-14
- Bauer, Erich 1980: Selbstverständnis und Praxis der Drogentherapie bei Daytop, in: Petzold/Vormann (1980: 318-344)
- Bäuerle, Dietrich/König, Heiner/Pedina, Horst 1979: Praxis der Drogenberatung, Stuttgart u.a.
- Bauman, Zygmunt 1992: Moderne und Ambivalenz. Das Ende der Eindeutigkeit, Hamburg
- Baur, Dieter u.a. 1998: Leistungen und Grenzen von Heimerziehung. Ergebnisse einer Evaluationsstudie stationärer und teilstationärer Erziehungshilfen, Schriftenreihe des Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bd. 170, Bonn
- Beck, Ulrich 1986: Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne, Sonderausgabe, Frankfurt a.M.
- Beck, Ulrich 1999: Weltrisikogesellschaft, ökologische Krise und Technologiepolitik, in: Beck/Hajer, Maarten A./Kesselring, Sven (Hg.): Der unscharfe Ort der Politik. Empi-

- rische Fallstudien zur Theorie der reflexiven Modernisierung, Opladen, S. 307-334 (1999a)
- Beck, Ulrich 1999: Modell Bürgerarbeit, in: Beck (Hg.): *Schöne neue Arbeitswelt. Vision: Weltbürgergesellschaft*, Frankfurt a.M./New York, S. 7-189 (1999b)
- Beck, Ulrich/Beck-Gernsheim, Elisabeth (Hg.) 1994: *Risikante Freiheiten. Individualisierung in modernen Gesellschaften*, Frankfurt a.M. (1994a)
- Beck, Ulrich/Beck-Gernsheim, Elisabeth 1994: Individualisierung in modernen Gesellschaften. Perspektiven und Kontroversen einer subjektorientierten Soziologie, in: Beck/Beck-Gernsheim (1994a: 10-39) (1994b)
- Beck, Ulrich/Bonß, Wolfgang/Lau, Christoph 2001: Die Modernisierung der Moderne. Fragestellungen, Hypothesen, Forschungsprogramme, in: Beck/Bonß (Hg.): *Die Modernisierung der Moderne*, Frankfurt a.M., S. 11-59
- Becker, Howard S. 1973: *Außenseiter. Zur Soziologie abweichenden Verhaltens*, Frankfurt a.M. [1963]
- Becker, Howard S. 1983: Die soziale Definition des Drogenkonsums und der drogenbewirkten Erfahrungen, in: Lettieri/Welz (1983: 193-202)
- Becker, Howard S./Geer, Blanche 1979: *Teilnehmende Beobachtung. Die Analyse qualitativer Daten*, in: Gerdes (1979: 158-183)
- Becker, Martin/Lück, Wilhelm van 1990: *Die Therapievorschriften des Betäubungsmittelgesetzes. Eine Effektivitätsanalyse*, Freiburg i. Br.
- Becker, Christa u.a. 1987: *Kontrastierende Fallanalysen zum Wandel von arbeitsbezogenen Deutungsmustern und Lebensentwürfen in einer Sahlstadt*, Projektbericht, Universität Dortmund, Fachbereich WISO, Umbrüche – Studien des Instituts für Empirische Kultursoziologie, Bd. 1
- Beckstein, Günther 1999: Positionen der bayerischen Drogenpolitik, in: Höfling (1999a: 121-128)
- Behrendt, Klaus/Trüg, Erich 1994: *Niedrigschwellige Drogenentgiftungsstation*, in: Tretter/Bussello-Spieth/Bender (1994a: 229-239)
- Behrendt, Klaus/Degkwitz, Peter/Trüg, Erich (Hg.) 1995: *Schnittstelle Drogenentzug. Strategien, Praxis und Perspektiven vor dem Hintergrund des Paradigmenwechsels in der Drogenhilfe*, Freiburg i. Br.
- Bengel, Jürgen/Strittmatter, Regine/Willmann, Hildegard 2001: *Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert*, hgg.v. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, erw. Neuaufl., [1998]
- Benner, Dietrich 2001: *Allgemeine Pädagogik. Eine systematisch-problem-geschichtliche Einführung in die Grundstruktur pädagogischen Denkens und Handelns*, 4. völlig neu bearb. Aufl., Weinheim/München [1987]
- Berger, Herbert 1982: *Fixersein als Lebensstil*, in: Völger/v. Welck (1982: 1207-1216)
- Berger, Mathias/Gann, Horst 2003: *Psychotherapie der Alkoholabhängigkeit als Modell einer störungsspezifischen anstatt schulengebundenen Psychotherapie*, in: *Sucht*, 49. Jg., H. 3, S. 145-146
- Berger, Peter L./Luckmann, Thomas 1980: *Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit*, Frankfurt a.M. [1966]
- Bernfeld, Siegfried 1967: *Sisyphos oder die Grenzen der Erziehung*, Frankfurt a.M. [1925]
- Bernfeld, Siegfried 1969: *Antiautoritäre Erziehung und Psychoanalyse. Ausgewählte Schriften*, Bd. 1, hgg. v. Lutz von Werder und Reinhart Wolff, Darmstadt (1969a)
- Bernfeld, Siegfried 1969: *Antiautoritäre Erziehung und Psychoanalyse. Ausgewählte Schriften*, Bd. 2, hgg. v. Lutz von Werder und Reinhart Wolff, Darmstadt (1969b)
- Bertel, Christian 1984: *Das Strafrecht als Hüter der Gesundheit*, in: Eisenbach-Stangl/Stangl (1984: 183-190)

- Bieniek, Reinhard 1993: Entkriminalisierung von Drogenabhängigen durch Substitutionsbehandlung. Empirische und rechtliche Bedingungen, Frankfurt a.M. u.a.
- Biernacki, Patrick 1986: Pathways from heroin addiction. Recovery without treatment, Philadelphia
- Bitzan, Maria 1996: Geschlechterhierarchie als kollektiver Realitätsverlust. Zum Verhältnis von Alltagstheorie und Feminismus, in: Grunwald u.a. (1996: 29-37)
- Bitzan, Maria 2000: Konflikt und Eigensinn. Die Lebenswelt repolitisieren, in: NP, 30. Jg., H. 4, S. 335-346 (2000a)
- Bitzan, Maria 2000: Geschlechtshierarchischer Verdeckungszusammenhang. Überlegungen zur sozialpädagogischen Mädchen- und Frauenforschung, in: Lemmermöhle, Doris/Fischer, Dietlind/Klika, Dorle/Schlüter, Anne (Hg.): Lesarten des Geschlechts. Zur De-Konstruktionsdebatte in der erziehungswissenschaftlichen Geschlechterforschung, Opladen, S. 146-160 (2000b)
- Bitzan, Maria/Funk, Heide 1995: Geschlechterdifferenzierung als Qualifizierung der Jugendhilfeplanung. Grundlagen eines feministischen Planungsverständnisses, in: Bolay/Herrmann (1995: 71-123)
- Bitzan, Maria/Reinl, Heidi 1998: Frauenpolitik in pädagogischer Praxis. Privatinteresse oder fachlicher Standard?, in: TIFS (1998: 278-285)
- Blackwell, Judith S. 1983: Drifting, controlling and overcoming. Opiate Users who avoid becoming chronically dependent, in: Journal of Drug Issues, 13. Jg., H. 2, S. 219-235
- Blätter, Andrea 2000: Psychosoziale Faktoren der Substanzwirkung, in: Uchtenhagen/Zieglängsberger (2000: 145-149)
- Blumer, Herbert 1979: Methodologische Probleme empirischer Wissenschaft, in: Gerdes (1979: 41-62)
- Blumer, Herbert 1981: Der methodologische Standort des symbolischen Interaktionismus, in: Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen (Hg.): Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit, Bd. 1, 5. Aufl., S. 80-146 [1980]
- BMBF (Hg.) 2004: Verstehen, Helfen, Vorbeugen. Suchtforschung auf neuen Wegen, Bonn
- BMJFFG (Hg.) 1990: Achter Jugendbericht. Bericht über Bestrebungen und Leistungen der Jugendhilfe, Bonn
- Bogner, Alexander/Littig, Beate/Menz, Wolfgang 2005: Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung, 2. Aufl., Wiesbaden [2002]
- Bogner, Alexander/Menz, Wolfgang 2005: Expertenwissen und Forschungspraxis: die modernisierungstheoretische und die methodische Debatte um die Experten. Zur Einführung in ein unübersichtliches Problemfeld, in: Bogner/Littig/Menz (2005: 7-30) (2005a)
- Bogner, Alexander/Menz, Wolfgang 2005: Das theoriegenerierende Experteninterview. Erkenntnisinteresse, Wissensformen, Interaktion, in: Bogner/Littig/Menz (2005: 33-70) (2005b)
- Böhm, Ingrid/Faltermaier, Toni/Flick, Uwe/Krause Jacob, Mariane (Hg.) Gemeindepsychologisches Handeln. Ein Werkstattbuch, Freiburg i. Br.
- Bohnsack, Ralf 1995: Auf der Suche nach habitueller Übereinstimmung. Peer-groups: Cliques, Hooligans und Rockgruppen als Gegenstand rekonstruktiver Sozialforschung, in: Krüger, Heinz-Hermann/Marotzki, Winfried (Hg.): Erziehungswissenschaftliche Biografieforchung, Opladen, S. 258- 275
- Bohnsack, Ralf 2003: Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in qualitative Methoden, 5. Aufl., Opladen
- Bohnsack, Ralf/Marotzki, Winfried/Meuser, Michael (Hg.) 2003: Hauptbegriffe Qualitative Sozialforschung. Ein Wörterbuch, Opladen
- Bohnsack, Ralf/Nentwig-Gesemann, Iris 2003: Typenbildung, in: Bohnsack/Marotzki/Meuser (2003: 162-166)

- Böhnisch, Lothar 1997: Sozialarbeit in einer anomischen Gesellschaft, in: Müller/Reinl (1997: 229-236)
- Böhnisch, Lothar 1998: Grundbegriffe einer Jugendarbeit als „Lebensort“. Bedürftigkeit, Pädagogischer Bezug und Milieubildung, in: Böhnisch/Rudolph/Wolf (1998: 155-168)
- Böhnisch, Lothar 2001: Lebensbewältigung, in: Otto/Thiersch (2001: 1119-1121) (2001a)
- Böhnisch, Lothar 2001: Anomie, in: Otto/Thiersch (2001: 51-60) (2001b)
- Böhnisch, Lothar 2002: Lebensbewältigung. Ein sozialpolitisch inspiriertes Paradigma für die Soziale Arbeit, in: Thole (2002a: 199-213)
- Böhnisch, Lothar 2005: Sozialpädagogik der Lebensalter. Eine Einführung, Weinheim/ München, 4. überarb. Aufl. [1997]
- Böhnisch, Lothar/Münchmeier, Richard 1990: Pädagogik des Jugendraums. Zur Begründung einer Praxis einer sozialräumlichen Jugendpädagogik, Weinheim/München
- Böhnisch, Lothar/Rudolph, Martin/Wolf, Barbara (Hg.) 1998: Jugendarbeit als Lebensort. Jugendpädagogische Orientierungen zwischen Offenheit und Halt, Weinheim/München
- Böhnisch, Lothar/Arnold, Helmut/Schröer, Wolfgang 1999: Sozialpolitik. Eine sozialwissenschaftliche Einführung, Weinheim/München
- Böhnisch, Lothar/Schröer, Wolfgang/Thiersch, Hans 2005: Sozialpädagogisches Denken. Wege zu einer Neubestimmung, Weinheim/München
- Böker, Wolfgang/Nelles, Joachim (Hg.) 1992: Drogenpolitik wohin? Sachverhalte, Entwicklungen, Handlungsvorschläge, Bern/Stuttgart/Wien
- Bolay, Eberhard/Herrmann, Franz (Hg.) 1995: Jugendhilfeplanung als politischer Prozess. Beiträge zu einer Theorie sozialer Planung im kommunalen Raum, Neuwied/Kriftel/Berlin
- Böllinger, Lorenz 1999: Juristische Dimension, in: Gölz, Jörg (Hg.): Der drogenabhängige Patient. Handbuch der schadensmindernden Strategien, 2. neu bearb. Aufl., München/Jena [1995], S. 57-81
- Böllinger, Lorenz 2002: Das (noch herrschende) Recht von Abstinenz und Prohibition I. Strafrecht und Betäubungsmittelrecht, in: Böllinger/Stöver (2002: 451-528) (2002a)
- Böllinger, Lorenz 2002: Das Recht von Abstinenz und Prohibition II. Außerstrafrechtliche Sanktionen, in: Böllinger/Stöver (2002: 529-552) (2002b)
- Böllinger, Lorenz 2002: Das (wachsende) Recht von Akzeptanz und Harm Reduction, in: Böllinger/Stöver (2002: 568-600) (2002c)
- Böllinger, Lorenz 2003: Drogenprohibition als eigentliche Gefahr für die öffentliche Gesundheit und den Rechtsstaat – und wie das Problem durch Akzeptanz und Risikominderung gelöst werden kann, <http://www.cannabislegal.de/recht/lb.htm> (2003a)
- Böllinger, Lorenz 2003: Drogengebrauch und Drogenpolitik, in: Cornel/Kawamura-Reindl/Maelicke/Sonnen (2003: 347-372) (2003b)
- Böllinger, Lorenz/Stöver, Heino 1992: Drogenpraxis, Drogenrecht, Drogenpolitik. Handbuch für Drogenbenutzer, Eltern, Drogenberater, Ärzte und Juristen, 3. vollst. überarb. Aufl., Frankfurt a.M.
- Böllinger, Lorenz/Stöver, Heino (Hg.) 2002: Drogenpraxis, Drogenrecht, Drogenpolitik. Ein Leitfaden für Drogenberater, Drogenbenutzer, Ärzte und Juristen, (5. vollst. überarb. Aufl.), Frankfurt a.M.
- Bonhoeffer, Martin 1967: Totale Heimerziehung oder begleitende Erziehungshilfen. Kritik an einem ungerechtfertigten Monopol, in: Neue Sammlung, Göttinger Blätter für Kultur und Erziehung, 7. Jg., S. 470-478
- Böning, Jobst 2002: Neuropsychobiologische Aspekte des Suchtgedächtnisses und ihre Bedeutung für störungsspezifische Therapiekonzepte, in: Heigl-Evers, Annelise/Helas, Irene/Vollmer, Heinz C./Büchner, Uwe (Hg.): Therapien bei Sucht und Abhängigkeiten. Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Systemische Therapie, Göttingen, S. 29-45

- Bönner, Karl Heinz 1990: Einleitung, in: Heide (1990: 9-14)
- Bönner, Karl Heinz 1994: Therapieziele im Wandel?, in: Fachverband Sucht e.V. (1994: 15-24)
- Bönner, Karl H. 2002: Individualisierung der Behandlung, in: Fengler (2002: 238-242)
- Boor, Wolfgang de/Frisch, Wolfgang/Rode, Irmgard (Hg.) 1991: Entkriminalisierung im Drogenbereich, Köln
- Bossong, Horst 1983: Die Emanzipation vom Klienten. Kommunale Drogenpolitik als Konflikt, in: Bossong/Marzahn/Scheerer (1983: 39-54) (1983a)
- Bossong, Horst 1983: Kaum ein Hauch von Hilfe. Zur Reichweite und Effizienz der Drogenhilfen, in: Bossong/Marzahn/Scheerer (1983: 28-38) (1983b)
- Bossong, Horst 1988: Drogen und Alkohol, in: Hörmann, Georg/Nestmann, Frank (Hg.): Handbuch der psychosozialen Intervention, Opladen, S. 286-303
- Bossong, Horst 1997: Drogenhilfe in Deutschland – ein Überblick, in: Bossong/Gölz/Stöver (1997a: 19-33)
- Bossong, Horst 2000: Elemente und Modelle einer systematischen Versorgung. Hilfeverbände und Therapienetze, in: Uchtenhagen/Zieglgänsberger (2000: 448-452)
- Bossong, Horst/Marzahn, Christian/Scheerer, Sebastian (Hg.) (1983): Sucht und Ordnung. Drogenpolitik für Helfer und Betroffene, Frankfurt a.M.
- Bossong, Horst/Gölz, Jürgen/Stöver, Heino (Hg.) 1997: Leitfaden Drogentherapie, Frankfurt a.M./New York (1997a)
- Bossong, Horst/Gölz, Jürgen/Stöver, Heino (Hg.) 1997: Vorwort, in: Bossong/Gölz/Stöver (1997a: 9-15) (1997b)
- Bourdieu, Pierre 1992: Die verborgenen Mechanismen der Macht, Hamburg
- Brack, Jochen/Behrendt, Klaus 1995: Medikamentöse Behandlung des Drogenentzugssyndroms, in: Behrendt/Degkwitz/Trüg (1995: 74-84)
- Braun, Karl-Heinz/Gekeler, Gerd 1983: Psychische Verelendung, Heroinabhängigkeit, Subjektentwicklung, Köln
- Braun, Karl-Heinz/Gekeler, Gerd 1988: Drogenarbeit. Fallstudien, subjektive Widerspruchsverhältnisse, Handlungsstrategien, in: Dehler, Joseph/Wetzel, Konstanze (Hg.): Zum Verhältnis von Theorie und Praxis in der Psychologie. Bericht von der Vierten Internationalen Ferienuniversität Kritische Psychologie, Marburg, S. 139-176
- Brenk-Schulte, Elisabeth 1987: Therapiemotivation unter besonderer Berücksichtigung der Alkoholismustherapie. Eine Analyse der einschlägigen wissenschaftlichen Literatur, in: Brenk-Schulte/Pfeiffer, Wolfgang: Therapiemotivation in der Behandlung des Alkoholismus, München, S. 1-57
- Brenk-Schulte, Elisabeth/Pfeiffer, Wolfgang 1983: Motivationsprozesse in der Kontaktphase der Therapie des Alkoholismus. Überlegungen und erste Ergebnisse zu einer empirischen Untersuchung, in: Schrappe, Otto (Hg.): Methoden der Behandlung von Alkohol-, Drogen- und Medikamentenabhängigkeit. Gemeinsamkeiten und Unterschiede, Stuttgart/New York, S. 27-38
- Brenneisen, Rudolf 2001: Cannabis, ein Wundermittel? Hanf als Heilmittel und Stand der medizinischen Forschung in der Schweiz, in: Abhängigkeiten, H. 3, S. 21-28
- Broda, Michael 1993: Coping-Forschung und Gesundheitsforschung. Zur Effektivität und protektiven Wirkung von Coping-Skills, in: Franke/Broda (1993: 67-78)
- Brömer, Horst 1991: Therapeutische Gemeinschaften als pädagogisch-therapeutisches Lern- und Lebensmodell, in: Heckmann (1991a: 45-56)
- Brömer, Horst/Becker, Michael 1993: Drogentherapie, in: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hg.): Fachlexikon der sozialen Arbeit, 3. ern. u. erw. Aufl., Frankfurt a.M., S. 247-248
- Brückner, Margrit 1983: Die Liebe der Frauen. Über Weiblichkeit und Misshandlung, Frankfurt a.M.

- Brückner, Margrit 1998: Wege aus der Gewalt gegen Frauen und Mädchen, Frankfurt a.M.
- Brumlik, Micha 1987: Ist eine advokatorische Ethik möglich?, in: Rauschenbach, Thomas/Thiersch, Hans (Hg.): Die herausgeforderte Moral. Lebensbewältigung in Erziehung und sozialer Arbeit, Bielefeld, S. 59-72
- Brünger, Martin 1998: Reguläre und irreguläre Behandlungsbeendigung in der stationären Therapie von Alkohol- und Drogenabhängigen, Aachen
- Bschor, Friedrich 1984: Permissive, repressive oder rehabilitative Strategien im Suchtgiftbereich, in: Eisenbach-Stangl/Stangl (1984: 173- 182)
- Bschor, Friedrich 1987: Zur Revision des Abstinenzparadigmas in der Behandlung Suchtkranker, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift, 112. Jg., H. 23, S. 907-909
- Buchholz, Michael B./Streeck, Ulrich 1994: Psychotherapeutische Interaktion. Aspekte qualitativer Prozessforschung, in: Buchholz/Streeck (Hg.): Heilen, Forschen, Interaktion. Psychotherapie und qualitative Sozialforschung, Opladen, S. 67-106
- Bude, Heinz 1988: Der Fall und die Theorie. Zum erkenntnislogischen Charakter von Fallstudien, in: Gruppendynamik, 19. Jg., H. 4, S. 421-427
- Bude, Heinz 1991: Auflösung des Sozialen? Die allmähliche Verflüssigung des soziologischen „Gegenstandes“ im Fortgang der soziologischen Theorie, in: Müller-Doohm (1991: 100-122)
- Bude, Heinz 2000: Die Kunst der Interpretation, in: Flick/v. Kardorff/Steinke (2000: 569-578)
- Bude, Heinz 2003: Fallrekonstruktion, in: Bohnsack/Marotzki/Meuser (2003: 60-61)
- Bühringer, Gerhard 1981: Planung, Steuerung und Bewertung von Therapieeinrichtungen für junge Drogen- und Alkoholabhängige. Ergebnisse einer Modellförderung des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit, München
- Bühringer, Gerhard 1987: Standards für die Durchführung von Katamnesen bei Abhängigen. Ergebnisse einer Arbeitsgruppe der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie, in: Kleiner (1987: 3-23)
- Bühringer, Gerhard 1990: Individualisierung der Suchttherapie. Forschung und Praxis, in: Heide (1990: 27-48)
- Bühringer, Gerhard 1991: Therapie von Drogenabhängigen unter Bedingungen äußeren Zwangs, in: Egg (1991b: 119-137)
- Bühringer, Gerhard/Herbst, Klaus/Kaplan, Charles D./Platt, Jerome J. 1988: Die Ausübung von justiziellem Zwang bei der Behandlung von Drogenabhängigen, in: Feuerlein/Bühringer/Wille (1988: 43-74)
- Bühringer, Gerhard u.a. 1993: Expertise zur Liberalisierung des Umgangs mit illegalen Drogen, München
- Bülow, Albrecht von 1987: Heimerziehung in der Bundesrepublik Deutschland. Zum Wandel der Konzepte stationärer Erziehung, München
- Bundesamt für Gesundheit/Facheinheit Sucht und AIDS 2002: Entkriminalisierung des Cannabiskonsums. Erfahrungen im Ausland, in: Bulletin, H. 45, http://www.bag.admin.ch/dienste/publika/bulletin/2002/d/BU45_02d.pdf
- Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe/Beutel, Martin (Hg.) 1998: Motivation in der Suchttherapie. Intrapsychischer Prozess und versorgungspolitische Aufgabe, Geesthacht
- Burian, Wilhelm 1986: Welche Therapie ist besser? Überlegungen zur Therapie und zum gesellschaftlichen Setting der Drogenbehandlung, in: WZfS, 9. Jg., H. 1-2; S. 61-65
- Burian, Wilhelm 1994: Die Rituale der Enttäuschung. Die Psychodynamik der Droge und die psychoanalytische Behandlung der Drogenabhängigkeit, Wien
- Burian, Wilhelm 2000: Psychodynamische Psychotherapie bei Suchterkrankungen, in: Thomasius (2000a: 90-101)
- Burian, Wilhelm/Smole, Sylvia 1997: Persönlichkeitsstörungen bei Drogenabhängigen, in: WZfS, 20. Jg., H.3-4, S. 111-113

- Carneiro Alves, Eva/Evers, Christian 2002: Stationäre Langzeittherapie und Nachsorge, in: Böllinger/Stöver (2002: 252-266)
- Casirel, Daniel 1974: Die Dynamik von Synanon, in Petzold: (1974a: 105-121)
- Caspers-Merk, Marion 2002: Eine Risikodebatte zum Cannabiskonsum ist nötig, http://www.bmgs.bund.de/deu/gra/themen/praevention/drogen/2386_2392.cfm
- Cattacin, Sandro/Lucas, Barbara/Vetter, Sandra 1996: Drogenpolitische Modelle in Europa. Eine vergleichende Analyse sechs europäischer Realitäten, Zürich
- Chur, Dietmar 1997: Beratung und Kontext. Überlegungen zu einem handlungsanleitenden Modell, in: Nestmann (1997a: 39-69)
- Cohen, Stanley/Taylor, Laurie 1977: Ausbruchsversuche. Identität und Widerstand in der modernen Lebenswelt, Frankfurt a.M. [1976]
- Colla, Herbert E. u.a. (Hg.) 1999: Handbuch Heimerziehung und Pflegekinderwesen in Europa, Neuwied/Kriftel
- Condrau, Claudius 1999: Die Bedeutung der Motivation für die stationäre Entzugstherapie bei Drogenabhängigkeit. Evaluation einer Modellstation in der Drogensuchtbehandlung, Zürich
- Cooper, David 1971: Psychiatrie und Anti-Psychiatrie, Frankfurt a.M. [1967]
- Corbin, Juliet 2003: Grounded Theory, in: Bohnsack/Marotzki/Meuser (2003: 70-75)
- Cornel, Heinz/Kawamura-Reindl, Gabriele/Maelicke, Bernd/Sonnen, Bernd-Rüdeger (Hg.) 2003: Handbuch der Resozialisierung, Baden-Baden
- Cousto, Hans/Eve & Rave e.V. Berlin o.J.: Verordnungen zu Änderungen betäubungsmittelrechtlicher Vorschriften, zusammengestellt anlässlich der 14. BtMÄndV, <http://www.eve-rave.net/download.sp?file=aendver141.pdf>
- Czycholl, Dietmar 1997: Die Elixiere des Teufels. Literaturgeschichte(n) und Gesellschaftspathographie, in: LSS (1997a: 31-51)
- Dalferth, Matthias 1999: Zur Bedeutung von Ritualen und Symbolen in der Heimerziehung, in: Colla u.a. (1999: 385-395)
- Deckers, Daniel 1999: In der Glaubwürdigkeitsfalle? Rauschgiftpolitik in Deutschland, in: Höfling (1999a: 177-187)
- Degkwitz, Peter 2005: „Sucht“ in einer praxeologischen Sicht. Überlegungen zum Potential des soziologischen Ansatzes Bourdieus, in: Dollinger/Schneider (2005: 63-88)
- Dehmel, Sabine 1988: Therapieergebnisse sowie Unterschiede zwischen planmäßigen Therapieendern und Abbrechern bei der ambulanten Behandlung von Drogenabhängigkeit, in: Feuerlein/Bühringer/Wille (1988: 75-101)
- Deutschmann, Christoph 1990: Der Normalarbeitstag. Historische Funktion und Grenzen des industriellen Zeitarangements, in: König, Helmut/Greiff, Bodo von/Schauer, Helmut (Hg.): Sozialphilosophie der industriellen Arbeit, Leviathan Sonderheft 11/1990, Opladen, S. 77-95
- Dewe, Bernd/Ferchhoff, Wilfried 1984: Deutungsmuster, in: Kerber, Harald/Schmieder, Arnold (Hg.): Handbuch Soziologie. Zur Theorie und Praxis sozialer Beziehungen, Reinbek b. Hamburg S. 76-81
- Dewe, Bernd/Otto, Hans-Uwe 1992: Vom Nutzen und Nachteil des sozialwissenschaftlichen Blicks auf die Sozialarbeit/Sozialpädagogik, in: Otto/Hirschauer/Thiersch (1992: 85-94)
- Dewe, Bernd/Ferchhoff, Wilfried/Scherr, Albert/Stüwe, Gerd 1995: Professionelles soziales Handeln. Soziale Arbeit im Spannungsfeld zwischen Theorie und Praxis, Weinheim/München
- Dewe, Bernd/Otto, Hans-Uwe 2002: Reflexive Sozialpädagogik. Grundstrukturen eines neuen Typs dienstleistungsorientierten Professionshandelns, in: Thole (2002a: 179-198)

- Dexheimer, Andreas/Bacherle, Ralf 1995: Orientierung und Motivation im Spannungsfeld niedrigschwelliger Drogenhilfe und professioneller Diagnostik, in: Fleischmann/Klein (1995: 100-110)
- DHS (Hg.) 1990: Abhängigkeit bei Frauen und Männern, Freiburg i. Br.
- DHS 1992: Klarheit über die Beurteilung von Weiterbildungsgängen für Mitarbeiter/innen im Arbeitsfeld Sucht, in: Sucht, 38. Jg., H. 4, S. 244-250
- DHS (Hg.) 2000: Jahrbuch Sucht 2001, Geestacht (2000a)
- DHS 2000: Situation und Perspektiven der Suchtkrankenhilfe, Positionspapier 2001, Hamm, <http://www.dhs-intern.de/pdf/Positionspapier.2001.pdf> (2000b)
- DHS 2003: Aktionsplan Tabak 2003, Hamm
- DHS-Newsletter Nr. 31-04 vom 07.12.2004
- Dieckhoff, Reiner 1982: Rausch und Realität. Literarische Avantgarde und Drogenkonsum von der Romantik bis zum Surrealismus, in: Völger/v. Welck (1982: 692-736)
- Dilger, Helga/Hörger, Barbara 2002: MAKS – Modellprojekt Arbeit mit Kindern von Suchtkranken, in: Sucht aktuell, 9. Jg., H. 2, S. 48-52
- Dinse, Harald/Reinl, Heidi 2001: Eine Analyse der Drogennotfälle im Landkreis Tübingen der Jahre 1996-1999, in: Sucht, 47. Jg., H. 4, S. 275-285
- Dobler-Mikola, Anja 1995: Wie groß ist „Der Kleine Unterschied“ in der Therapie? Geschlechtsspezifische Unterschiede beim Eintritt in die therapeutische Gemeinschaft und ein Jahr nach dem Austritt, in: Institut für Suchtforschung (Hg.): Therapie nach Maß?, Forschungsbericht Nr. 5, Zürich, S. 33-52
- Dobler-Mikola, Anja 2000: Frauen und Männer mit harten Drogen. Eine empirische Analyse der geschlechtsspezifischen Unterschiede im Alltag der Teilnehmenden vor und während der heroinderstützten Behandlung, Zürich
- Döhner, Wolfgang 1995: „Akzeptanz“ versus „Abstinenz“ – Schlachtrufe in einem Glaubenskrieg, in: Rink (1995a: 23-42)
- Dollinger, Bernd 2005: Drogenkonsum als sinnhafter Bewältigungsmechanismus. Methodologische Anmerkungen zu einer neueren Forschungsperspektive, in: Dollinger/Schneider (2005: 143-167)
- Dollinger, Bernd/Schneider, Wolfgang (Hg.) 2005: Sucht als Prozess. Sozialwissenschaftliche Perspektiven für Forschung und Praxis, Berlin
- Dörner, Klaus 2003: Die Gesundheitsfalle. Woran unsere Medizin krankt – zwölf Thesen zu ihrer Heilung, München
- Dörner, Klaus/Plog, Ursula/Teller, Christine/Wendt, Frank 2004: Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie, Neuausgabe 2002, 2. korr. Aufl., Bonn
- Dresler, Klaus-D./Fischer, Nora 1991: Sucht und seelische Erkrankung, in: Heckmann (1991a: 227-236)
- Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2000: Drogen- und Suchtbericht 1999, März 2000
- Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2001: Drogen- und Suchtbericht 2000, April 2001
- Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2002: Drogen- und Suchtbericht, Mai 2002
- Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2003: Drogen- und Suchtbericht, April 2003 (2003a)
- Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2003: Aktionsplan Drogen und Sucht, November 2003 (2003b)
- Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2004: Drogen- und Suchtbericht, April 2004
- Drogenhilfe Tübingen o. Jg.: Bebenhäuser Klosterhof
- Drogenhilfe Tübingen 1992: Zentrum 1, Bebenhäuser Klosterhof, Konzeption, Stand 15.7.1992
- Durkheim, Emile 1984: Die Regeln der soziologischen Methode, Frankfurt a.M.
- Ebert, Kristin 2004: Betreutes Wohnen für Drogenabhängige und Substituierte, in: Schneider/Gerlach (2004: 151-185)

- Eberth, Alexander 1988: Die Therapie von Straftätern. Erfahrungen aus der Sicht der Strafverteidigung, in: Egg, Rudolf (Hg.): Drogentherapie und Strafe, Kriminologie und Praxis, Bd. 3, Wiesbaden, S. 111-119
- Egartner, Eva/Holzbauer, Susanne 1994: „Ich hab’s nur noch mit Gift geschafft...“ Frauen und illegale Drogen, Pfaffenweiler
- Egg, Rudolf 1991: Motivation zur Drogentherapie. Freiwilligkeit versus Zwang, in: de Boor/Frisch/Rode (1991: 39-58) (1991a)
- Egg, Rudolf (Hg.) 1991: Brennpunkte der Rechtspsychologie. Polizei, Justiz, Drogen, Bonn (1991b)
- Egg, Rudolf 1991: Drogentherapie im Rahmen der Zurückstellung der Strafvollstreckung gem. § 35 BtMG. Design und erste Ergebnisse eines Forschungsprojektes, in: Egg (1991b: 139-157) (1991c)
- Eisenbach-Stangl, Irmgard/Stangl, Wolfgang (Hg.) 1984: Grenzen der Behandlung. Soziale Kontrolle und Psychiatrie, Opladen
- Engel, Uwe/Hurrelmann, Klaus 1994: Was Jugendliche wagen. Eine Längsschnittstudie über Drogenkonsum, Stressreaktionen und Delinquenz im Jugendalter, Weinheim/München
- Ensel, Dorothea 1997: Mut zum Risiko. Wandlungsprozess in der Langzeittherapie mit Drogenabhängigen, in: Baudis u.a. (1997: 54-67)
- Erikson, Erik H. 1966: Identität und Lebenszyklus, Frankfurt a.M. (1959)
- Etschmann, Ulrich 2001: Zur Bedeutung des Alltags in der Therapeutischen Gemeinschaft. Eine empirische Studie zum Vergleich von subjektiven Wirkerfahrungen innerhalb einer Therapeutischen Gemeinschaft und objektiven Veränderungen im Spiegel von Persönlichkeitsskalen, in: Fachverband Sucht e.V. (2001: 300-307)
- Eugster, Reto 1997: Systemische Aspekte der Suchtentwicklung, in: Fleisch/Haller/Heckmann (1997: 177-188)
- Evers, Christian/Kurz-Lund, Georg 1999: Akzeptierende Drogenarbeit und die Folgen für die stationäre Therapie, in: Stöver (1999b: 226-239)
- Fachverband Sucht e.V. (Hg.) 1994: Therapieziele im Wandel? Geesthacht
- Fachverband Sucht e.V. (Hg.) 1995: Qualitätsmerkmale in der stationären Therapie Abhängigkeitskranker. Praxisorientierte Beiträge, Geesthacht
- Fachverband Sucht e.V. (Hg.) 2000: Indikationsstellung und Therapieplanung bei Suchterkrankungen, Geesthacht
- Fachverband Sucht e.V. (Hg.) 2001: Rehabilitation Suchtkranker – mehr als Psychotherapie!, Geesthacht
- Faltermaier, Toni 1990: Verallgemeinerung und lebensweltliche Spezifität. Auf dem Weg zu Qualitätskriterien für die qualitative Forschung, in: Jüttemann, Gerd (Hg.): Komparative Kasuistik, Heidelberg, S. 204-217
- Faltermaier, Toni/Bengel, Jürgen 2000: Subjektive Konzepte und Vorstellungen von Gesundheit, in: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 8. Jg., H. 4, S. 133-136
- Fankhauser, Manfred 2001: Cannabis in der westlichen Medizin, in: Abhängigkeiten, H. 3, S. 11-21
- Fatke, Reinhard 1997: Fallstudien in der Erziehungswissenschaft, in: Friebertshäuser/Prenzel (1997: 56-68)
- FDR (Hg.) 1997: Standards im Verbundsystem der Suchtkrankenhilfe. Schwerpunkt Suchtkrankenhilfe, Geesthacht
- Fechter, Frank 1995: Sozialarbeit und Suchtkrankenhilfe, in: Mann/Buchkremer (1995: 27-29)
- Fengler, Jörg (Hg.) 2002: Handbuch der Suchtbehandlung. Beratung, Therapie, Prävention, Landsberg/Lech

- Feuerlein, Wilhelm 1979: Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit. Eine Einführung für Ärzte, Psychologen und Sozialpädagogen, 2. überarb. u. erw. Aufl., Stuttgart [1975]
- Feuerlein, Wilhelm 1984: Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit. Entstehung, Folgen, Therapie, 3. überarb. u. erw. Aufl., Stuttgart/New York [1975]
- Feuerlein, Wilhelm 1990: Langzeitverläufe des Alkoholismus, in: Schwoon/Krausz (1990a: 69-80)
- Feuerlein, Wilhelm/Bühringer, Gerhard/Wille, Rolf (Hg.) 1988: Therapieverläufe bei Drogenabhängigen. Kann es eine Lehrmeinung geben, Berlin u.a.
- Feuerlein, Wilhelm/Küfner, Heinrich/Soyka, Michael 1998: Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit. Entstehung, Folgen, Therapie, 5. überarb. u. erw. Aufl., Stuttgart/New York [1975]
- Finkel, Margarete/Thiersch, Hans 2001: Erziehungshilfen, in: Otto/Thiersch (2001: 448-462)
- Finzen, Claus 1985: Alkohol, Alkoholismus und Medizin. Ein Beitrag zur Sozialgeschichte der Psychiatrie, Rehburg-Loccum
- Fischer, Martina/Heinermann, Bernd/Kaiser, Harald 2002: Junge polytoximane Spätaussiedler in der Entwöhnungsbehandlung, in: Sucht aktuell, 9. Jg., H. 1, S. 47-54
- Fischer, Rosemarie 1994: Wenn das soziale Netz aus Seilen besteht... Selbstorganisierte Ausstiege aus Heroinsucht – eine Studie, in: Sozialmagazin, 19. Jg., H. 10, S. 37-45
- Fischer, Uwe C./Jung, Claudia/Müller, Sandra/Kuntsche, Emmanuel N. 2001: Die psychischen Wirkungen von Cannabis. Ein Überblick über den aktuellen Forschungsstand, in: Abhängigkeiten, H. 3, S. 30-47
- Fleisch, Elmar/Haller, Reinhard/Heckmann, Wolfgang (Hg.) 1997: Suchtkrankenhilfe. Lehrbuch zur Vorbeugung, Beratung und Therapie, Weinheim/Basel
- Fleischmann, Heribert/Klein, Helmfried E. (Hg.) 1995: Behandlungsmotivation, Motivationsbehandlung. Suchtkranke im psychiatrischen Krankenhaus, Freiburg i. Br.
- Flick, Uwe/Kardorff, Ernst von/Steinke, Ines (Hg.) 2000: Qualitative Forschung. Ein Handbuch, Reinbek b. Hamburg
- Flitner, Andreas 1994: Konrad sprach die Frau Mama... Über Erziehung und Nicht-Erziehung, 7. Aufl., München/Zürich
- Follmann, Anke/Gerlach, Ralf 2002: Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger, in: Böllinger/Stöver (2002: 266-286)
- Forschungsschwerpunkt Suchtforschung 2001: Biologische und psychosoziale Faktoren von Drogenmissbrauch und -abhängigkeit, Abschlussbericht BMFT-Förderkennzeichen 01EB 94204, Tübingen
- Foucault, Michel 1976: Mikrophysik der Macht. Michel Foucault über Strafjustiz, Psychiatrie und Medizin, Berlin
- Franke, Alexa 1989: Therapeutische Risiken für Frauen, in: Giese, Eckhard/Kleiber, Dieter (Hg.): Das Risiko Therapie. Thema Psychotherapie, Weinheim/Basel, S. 93-114
- Franke, Alexa 2000: Gesundheit und Abhängigkeit von Frauen, in: DHS (2000a: 219-228)
- Franke, Alexa 2001: Können aus dem Konzept „Salutogenese“ Ansätze für gemeindepsychologisches Denken abgeleitet werden?, in: Krisor/Pfannkuch/Wunderlich (2001: 42-51)
- Franke, Alexa/Broda, Michael (Hg.) 1993: Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenesekonzept. Tübingen
- Franke, Alexa u.a. 1998: Gesundheit und Abhängigkeit bei Frauen. Eine salutogenetische Verlaufsstudie, Cloppenburg
- Franke, Alexa u.a. 2001: Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit bei Frauen. Risiken und Widerstandsfaktoren, Weinheim/München
- Franzkowiak, Peter 1998: Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit zwischen Public Health und Gesundheitswissenschaft, in: NP, 28. Jg., H. 2, S. 171-179

- Fredersdorf, Frederic 1994: *Leben ohne Drogen. Zwei Jahrzehnte Synanon – Eine Dokumentation*, Weinheim
- Freitag, Marcus/Hurrelmann, Klaus (Hg.) 1999: *Illegale Alltagsdrogen. Cannabis, Ecstasy, Speed und LSD im Jugendalter*, Weinheim/München (1999a)
- Freitag, Marcus/Hurrelmann, Klaus 1999: *Illegale psychoaktive Substanzen – die neuen Alltagsdrogen des Jugendalters?*, in: Freitag/Hurrelmann (1999a: 7-21) (1999b)
- Freudenberger, Herbert J. 1980: *Wie können wir korrigieren, was in unseren therapeutischen Gemeinschaften falsch läuft?*, in: Petzold/Vormann (1980: 229-249)
- Friebertshäuser, Barbara 1996: *Feldforschende Zugänge zu sozialen Handlungsfeldern. Möglichkeiten und Grenzen ethnographischer Feldforschung*, in: NP, 26. Jg., H. 1, S. 75-86
- Friebertshäuser, Barbara 2003: *Dichte Beschreibung*, in: Bohnsack/Marotzki/Meuser (2003: 33-35)
- Friebertshäuser, Barbara/Prenzel, Annedore (Hg.) 1997: *Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft*, Weinheim
- Frietsch, Robert 2000: *Nachsorge als Bestandteil des Gesamtrehabilitationsprozesses*, in: DHS (2000a: 183-201)
- Frommann, Anne 1997: *Lebensweltorientierung braucht professionelle MitarbeiterInnen*, in: Wolff/Schröer/Möser (1997: 40-51)
- Funk, Heide/Schmutz, Elisabeth/Stauber, Barbara 1993: *Gegen den alltäglichen Realitätsverlust. Sozialpädagogische Frauenforschung als aktivierende Praxis*, in: Rauschenbach/Ortmann/Karsten (1993: 155-174)
- Fürstenberg, Werner 2001: *Macht Abstinenz arbeitslos? Welchen Stellenwert braucht die „Arbeitswelt“ in der Therapieplanung?*, in: Fachverband Sucht e.V. (2001: 117-124)
- Füssenhäuser, Cornelia 2005: *Werkgeschichte(n) der Sozialpädagogik: Klaus Mollenhauer – Hans Thiersch – Hans-Uwe Otto. Der Beitrag der „Ersten Generation“ nach 1945 zur Theoriebildung und Konturierung universitärer Sozialpädagogik*, Hohengehren
- Füssenhäuser, Cornelia/Reinl, Heidi/Stumpp, Gabriele 2001: *ETRAD - Evaluation teilstationärer Rehabilitationseinrichtungen für Drogenabhängige*, <http://w210.ub.uni-tuebingen.de/dbt/volltexte/2003/732/>
- Füssenhäuser, Cornelia/Thiersch, Hans 2001: *Theorien der Sozialen Arbeit*, in: Otto/Thiersch (2001: 1876-1900)
- Galuske, Michael 2002: *Flexible Sozialpädagogik. Elemente einer Theorie Sozialer Arbeit in der modernen Arbeitsgesellschaft*, Weinheim/München
- Galuske, Michael/Rosenbauer, Nicole 2004: *Der sozialpädagogische Blick – und wie man ihn ausbildet*, in: Hörster u.a. (Hg.): *Orte der Verständigung. Beiträge zum sozialpädagogischen Argumentieren*, Freiburg i. Br., S. 315-335
- Garz, Detlef/Kraimer, Klaus (Hg.) 1991: *Qualitativ-empirische Sozialforschung. Konzepte, Methoden, Analysen*, Opladen
- Gastpar, Markus/Mann, Karl/Rommelspacher, Hans (Hg.) 1999: *Lehrbuch der Suchterkrankungen*, Stuttgart/New York
- Gaßmann, Raphael/Leune, Jost 2000: *Die Versorgung suchtkranker Menschen in Deutschland*, in: DHS (2000a: 141-163)
- Geertz, Clifford 1987: *Dichte Beschreibung. Beiträge zum Verstehen kultureller Systeme*, Frankfurt a.M. [1983]
- Gekeler, Gert 1983: *„Ich hab’s allein geschafft!“ Heroinabhängige heilen sich selbst*, in: *Psychologie heute*, 10. Jg., H. 6, S. 28-33
- Gerdes, Klaus (Hg.) 1979: *Explorative Sozialforschung. Einführende Beiträge aus „Natural Sociology“ und Feldforschung in den USA*, Stuttgart

- Gerdes, Klaus/Wolffersdorff-Ehlert, Christian von 1974: Drogenszene. Suche nach Gegenwart. Ergebnisse teilnehmender Beobachtung in der jugendlichen Drogensubkultur, Stuttgart
- Gerhard, Horst 2003: Zwischen Lifestyle und Sucht. Drogengebrauch und Identitätsentwicklung in der Spätmoderne, Gießen
- Gerlach, Ralf 2004: Grenzen „Niedrigschwelliger“ Drogenhilfe, in: Schneider/Gerlach (2004: 125-138)
- Gerlach, Ralf/Kemmesies, Uwe E. 1990: Resubjektivierung und Normalisierung für ein „Akzeptanzparadigma“ als Handlungsmaxime der Drogenarbeit, in: WZfS, 13. Jg., H. 3-4, S. 29-34
- Gerlach, Ralf/Schneider, Wolfgang 1990: Akzeptanz und Abstinenz? Das deutsche Abstinenzparadigma, niedrigschwellige Drogenarbeit und Methadon – Problematisierung eines Zusammenhangs, in: WZfS, 13. Jg., H. 3-4, S. 3-10
- Gerlach, Ralf/Engemann, Stefan 1994: Zum Grundverständnis akzeptanzorientierter Drogenarbeit. Erläuterung kulturhistorischer, drogenpolitischer und drogenhilfepraktischer Zusammenhänge, Münster, 2. überarb. u. akt. Aufl.
- Giddens, Anthony 1988: Die Konstitution der Gesellschaft. Grundzüge einer Theorie der Strukturierung, Frankfurt a.M.
- Gies, Cora/Schneider, Bernd 2001: Einzel- und Gruppentherapie in der stationären Entwöhnungsbehandlung. Konkurrierende oder sich ergänzende Therapieformen?, in: Fachverband Sucht e.V. (2001: 163-169)
- Gildemeister, Regine 1992: Heilen – Helfen – Kontrollieren. Über die Veränderungen ihrer Relationen im Zuge von Modernisierungsprozessen, in: Otto/Hirschauer/Thiersch (1992: 127-134)
- Gildemeister, Regine 1995: Akzentverschiebungen im Modernisierungsdiskurs. Anmerkungen zur Wieder-Begegnung mit Hans Thierschs „Alltagshandeln und Sozialpädagogik“, in: NP, 25. Jg., H. 3, S. 253-256
- Gildemeister, Regine/Wetterer, Angelika 1992: Wie Geschlechter gemacht werden. Die soziale Konstruktion der Zweigeschlechtlichkeit und ihre Reifizierung in der Frauenforschung, in: Knapp, Gudrun-Axeli/Wetterer, Angelika (Hg.): Traditionen Brüche. Entwicklungen feministischer Theorie, Freiburg i. Br., S. 201-254
- Gilmore, Mikal 1996: Timothy Leary 1920-1996, in: Rolling Stone, H. 8, S. 60-67
- Girtler, Roland 1984: Methoden der qualitativen Sozialforschung. Anleitung zur Feldarbeit, Wien/Köln/Graz
- Glaeske, Harry 2004: Stationäre Drogentherapie – Blick zurück nach vorn, Vortrag beim Symposium des Landschaftsverbands Westfalen-Lippe und dem Fachverband WESD e.V. (Westfälische Einrichtungen Stationärer Drogentherapie), 8. Juni 2004, http://www.wesd.de/vortrag_glaeske.doc
- Gläser, Jochen/Laudel, Grit 2004: Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse, Wiesbaden
- Glaser, Barney B./Strauss, Anselm L. 1974: Interaktion mit Sterbenden. Beobachtungen für Ärzte, Schwestern, Seelsorger und Angehörige, Göttingen [1965]
- Glaser, Barney B./Strauss, Anselm L. 1979: Die Entdeckung begründeter Theorie, in: Gerdes (1979: 63-67)
- Glaser, Barney B./Strauss, Anselm L. 1998: Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung, Bern u.a. [1967]
- Goffman, Erving 1973: Asyl. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen, Frankfurt a.M. [1961]
- Görgen, Wilfried 2002: (Früh-)Erkennung und Intervention im (Allgemein-)Krankenhaus im Rahmen von Kooperationsmodellen, in Sucht aktuell, 9. Jg., H. 2, S. 23-26

- Görgen, Wilfried/Möller, Ingrid/Oliva, Hans 1996: Einschätzungen und Ergebnisse einer qualifizierten Entzugsbehandlung für Drogenabhängige aus Patientensicht, in: Sucht, 42. Jg., H. 2, S. 82-91
- Gottfried, Kurt 1989: Die therapeutische Gemeinschaft Braunschweiger Straße in Berlin, Pfaffenweiler
- Grawe, Klaus 2000: Grundriss einer allgemeinen Psychotherapie, in: Hochgerner, Markus/Wildberger, Elisabeth (Hg.): Was heilt in der Psychotherapie? Überlegungen zur Wirksamkeitsforschung und methodenspezifischen Denkweisen, Wien, S. 55-89
- Greb, Ulrike 1995: Psychiatrie, Reinbek b. Hamburg
- Greese, Dieter 1995: Das Heim als „komprimierter“ Alltag, in: NP, 25. Jg., H. 3, S. 279-281
- Grinspoon, Lester/Bakalar, James B. 1993: Marihuana, the forbidden Medicine, New Haven/London
- Grönemeyer, Axel 1990: Drogenkarriere und Sozialpolitik. Entwicklungsbedingungen der Drogenabhängigkeit und Möglichkeiten der Intervention durch stationäre Behandlung, Pfaffenweiler
- Grönemeyer, Axel/Birtsch, Vera 1991: Frauen und Männer mit Kindern in der Drogentherapie, Frankfurt a.M.
- Grotenhermen, Franjo/Huppertz, Renate 1997: Hanf als Medizin. Wiederentdeckung einer Heilpflanze, Heidelberg
- Grotenhermen, Franjo/Saller, Reinhard (Hg.) 1999: Cannabis und Cannabinoide in der Medizin, Basel u.a.
- Gruber-Riedl, Sylvia/Bussello-Spieth, Sabine/Tretter, Felix 1994: Entzugstherapie auf einer psychiatrischen Entgiftungsstation, in: Tretter/Bussello-Spieth/Bender (1994a: 222-228)
- Grunwald, Klaus u.a. (Hg.) 1996: Alltag, Nichtalltägliches, und die Lebenswelt. Beiträge zur lebensweltorientierten Sozialpädagogik, Weinheim/München
- Grunwald, Klaus/Thiersch, Hans 2001: Lebensweltorientierung, in: Otto/Thiersch (2001: 1136-1148)
- Grunwald, Klaus/Thiersch, Hans (Hg.) 2004: Praxis Lebensweltorientierter Sozialer Arbeit. Handlungszugänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern, Weinheim/München (2004a)
- Grunwald, Klaus/Thiersch, Hans 2004: Das Konzept Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Einleitende Bemerkungen, in: Grunwald/Thiersch (2004a: 13-39) (2004b)
- Günther, Verena/Gritsch, Sabine 1997: Lerntheoretische Aspekte der Sucht, in: Fleisch/Haller/Heckmann (1997: 163-176)
- Günthner, Arthur/Mundle, Götz/Bader, Thomas/Mann, Karl 2001: Vergleichende klinische Erforschung der ambulanten und der stationären Kurz-, Mittel- und Langzeittherapie bei Drogenabhängigen – Basisdokumentation, in: Forschungsschwerpunkt Suchtforschung (2001: 32-102)
- Hagemann-White, Carol 1988: Wir werden nicht zweigeschlechtlich geboren..., in: Hagemann-White/Rerrich, Maria S. (Hg.): FrauenMännerBilder. Männer und Männlichkeit in der feministischen Diskussion, Bielefeld, S. 224-235
- Haller, Reinhard 1997: Krise und Rückfall, in: Fleisch/Haller/Heckmann (1997: 292-308)
- Haller, Reinhard/Jarosik, H./Kemmler, G. 1997: Suizide nach stationären Entwöhnungsbehandlungen, in: WZfS, 20. Jg., H. 1-2, S. 29-34
- Hanel, Elke 1988: Drogenabhängigkeit und Therapieverlauf bei Frauen in stationärer Entwöhnungsbehandlung, in: Feuerlein/Bühringer/Wille (1988: 148-169)
- Hanel, Elke 1990: Haben Frauen schlechtere Chancen? Verlauf und Ergebnisse der Entwöhnungsbehandlung bei Drogenabhängigen, in: DHS (1990: 133-140)

- Hanses, Andreas 2005: AdressatInnenforschung in der Sozialen Arbeit. Zwischen disziplinärer Grundlegung und Provokation, in: Schweppe, Cornelia/Thole, Werne (Hg.): Sozialpädagogik als forschende Disziplin. Theorie, Methode, Empirie, Weinheim/München, S. 185-199
- Hapke, Ulfert/Rumpf, Hans-Jürgen/John, Ulrich 2000: Motivierende Beratung. Wenn Motivation das Ziel und nicht die Voraussetzung für Beratung sein soll, in: Nickolai (2000: 93-100)
- Happel, Hans-Volker 1988: Selbstorganisierte Wege aus der Drogenabhängigkeit, in: Suchtgefahren, 34. Jg., H. 6, S. 491-496
- Happel, Hans-Volker 1991: Selbstorganisierter Ausstieg. Eine (Grat-) Wanderung zwischen Lust und Frust, Zwang und Drang, Lex und Sex, Wollen und Sollen, in: Akzept e.V. (1991: 25-37)
- Happel, Hans-Volker 2003: Selbstheilungskräfte in der Therapie, in: Akademie für Sozialmedizin Hannover e.V./Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales (Hg.): Suchtkrankenhilfe zwischen Ideologie und Engagement, Hannover, S. 42-47
- Harding, Wayne M. 1982: Kontrollierter Heroingenuss. Ein Widerspruch aus der Subkultur gegenüber herkömmlichem kulturellen Denken, in: Völger/v. Welck (1982: 1217-1231)
- Hartelius, Jonas 1993: Drogenfreigabe in Schweden. Der große Irrtum, in: Oettinger (1993a: 49-55)
- Hartwig, Karl-Hans/Pies, Ingo 1992: Plädoyer für eine rationale Drogenpolitik, in: Neumeier/Schaich-Walch (1992a: 116-125)
- Hartwig, Karl-Hans/Pies, Ingo 1995: Rationale Drogenpolitik in der Demokratie. Wirtschaftswissenschaftliche und wirtschaftsethische Perspektiven einer Heroingabe, Tübingen
- Häussler, Bertram/Schliehe, Ferdinand/Brennecke, Ralph/Weber-Falkensammer, Hartmut (Hg.) 1992: Sozialmedizinische Ansätze der Evaluation im Gesundheitswesen, Bd. 2, Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung und medizinischen Rehabilitation, Berlin u.a.
- Haves, Wolfgang/Schneider, Wolfgang 1992: Kontrollierter Gebrauch illegaler Drogen. Forschungsstand und Konsequenzen, in: Drogalkohol, 16. Jg., H. 2, S. 75-89
- Haves, Wolfgang/Schneider, Wolfgang 1993: Risiko Cannabis? Zum Stand sozialwissenschaftlicher Cannabisforschung, in: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit, 24. Jg., S. 318-332
- Heckmann, Wolfgang (Hg.) 1980: Vielleicht kommt es auf uns selber an. Therapeutische Gemeinschaften für Drogenabhängige, Frankfurt a.M. (1980a)
- Heckmann, Wolfgang 1980: Der Betreuer in der therapeutischen Wohngemeinschaft. Zur Dialektik von Distanz und Nähe in der Therapie Drogenabhängiger, in: Petzold/Vormann (1980: 171-207) (1980b)
- Heckmann, Wolfgang 1981: Sozialarbeit und Drogenhilfe, in: Projektgruppe Soziale Berufe (Hg.): Sozialarbeit. Problemwandel und Institutionen, München, S. 162-184
- Heckmann, Wolfgang 1982: Zur Einführung in ein mystifiziertes Gebiet sozialer Arbeit. Drogentherapie. Erfahrungen, Hoffnungen, Enttäuschungen, in: Heckmann (Hg.): Praxis der Drogentherapie. Von der Selbsthilfe zum Verbundsystem, Weinheim/Basel, S. 7-31
- Heckmann, Wolfgang 1985: A propos Ersatzdrogen, in: Suchtgefahren, 31. Jg., H. 1a, S.128-131
- Heckmann, Wolfgang 1986: Abstinence oder Maintenance? Warum es in Deutschland kein Methadonprogramm geben wird, in: WZfS, 9. Jg., H. 1-2, S. 3-7, 30-31
- Heckmann, Wolfgang 1987: Selbsthilfe und therapeutische Gemeinschaft in der Bundesrepublik Deutschland, in: WZfS, 10. Jg., H. 3-4, S. 47- 54

- Heckmann, Wolfgang (Hg.) 1991: Drogentherapie in der Praxis. Ein Arbeitsbuch für die 90er Jahre, Weinheim/Basel (1991a)
- Heckmann, Wolfgang 1991: Zur Entwicklung der Drogentherapie aus der Selbsthilfe, in: Heckmann (1991a: 129-134) (1991b)
- Heckmann, Wolfgang 1991: Über Gräben springen, in: Heckmann (1991a: 9-14) (1991c)
- Heckmann, Wolfgang 1996: Drogenabhängigkeit, in: Kreft, Dieter/Mielenz, Ingrid (Hg.): Wörterbuch Soziale Arbeit. Aufgaben, Praxisfelder, Begriffe und Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik, 4. vollst. überarb. u. erw. Aufl., Weinheim/Basel, S. 144-148
- Heckmann, Wolfgang 1997: Stationäre Therapie, in: Fleisch/Haller/Heckmann (1997: 264-278)
- Heckmann, Wolfgang 1999: Plädoyer für den Königsweg. Nationale Strategien in der Drogenpolitik, in: Suchtreport, H. 5, S. 15-19
- Hedrich, Dagmar 1992: Drogenabhängige Männer und Frauen, in: Kindermann/Sickinger/Hedrich/Kindermann (1992: 193-234)
- Heide, Martin (Hg.) 1990: Individualisierung der Suchttherapie. Beiträge des zweiten Heidelberger Kongresses, Saarbrücken-Scheidt
- Heigl, Franz S./Heigl-Evers 1991; Basale Störungen bei Abhängigkeit und Sucht und ihre Therapie, in: Heigl-Evers/Helas/Vollmer (1991: 128-139)
- Heigl-Evers, Annelise/Helas, Irene/Vollmer, Heinz C. (Hg.) 1991: Therapien bei Sucht und Abhängigkeiten. Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Systemische Therapie, Göttingen
- Heiner, Maja 2001: Diagnostik, psychosoziale, in: Otto/Thiersch (2001: 253-265)
- Heiner, Maja 2004: Professionalität in der Sozialen Arbeit. Theoretische Konzepte, Modelle und empirische Perspektiven, Stuttgart (2004a)
- Heiner, Maja (Hg.) 2004: Diagnostik und Diagnose in der Sozialen Arbeit. Ein Handbuch, Berlin (2004b)
- Heinz, Andreas/Vogel, Dieter 1993: Dipl.-Sozialarbeiter/Sozialpädagogen. Von der dritten in die zweite Klasse der Psychotherapie und zurück, in: Sucht, 39. Jg., H. 6, S. 433-437
- Helas, Irene 1988: Welche berufliche Kompetenz wird durch Fort- und Weiterbildung erreicht? Möglichkeiten und Grenzen professioneller Bildungsmaßnahmen in der Suchtkrankenhilfe, in: DHS (Hg.): Mitarbeit in der Suchthilfe. Motive, Konflikte, Impulse, Hamm, S. 179-185
- Helfferich, Cornelia 1997: „Männlicher“ Rauschgewinn und „weiblicher“ Krankheitsgewinn? Geschlechtsgebundene Funktionalität von Problemverhalten und die Entwicklung geschlechtsspezifischer Präventionsansätze, in: Zeitschrift für Sozialisationsforschung und Erziehungssoziologie, 17. Jg., H. 2, S. 148-161
- Hellebrand, Johannes 1990: Drogen und Justiz. Überlegungen zur Einbindung der Justiz in eine fortschrittliche Drogenpolitik, Bonn
- Hellebrand, Johannes 1992: Große Jagd auf kleine Fische. Überlegungen zum sinnvolleren Einsatz des Strafrechts im Drogenbereich, in: Zeitschrift für Rechtspolitik, 25. Jg., H. 7, S. 247-251
- Henkel, Dieter 2001: Zur Geschichte und Zukunft des Zusammenhanges von Sucht und Arbeit, in: DHS (Hg.): Sucht und Arbeit. Prävention und Therapie substanz- und verhaltensbezogener Störungen in der Arbeitswelt, Freiburg i. Br., S. 9-30
- Herbst, Klaus 1992: Verlaufsanalyse bei Drogenabhängigen nach stationärer Behandlung, in: Sucht, 38. Jg., H. 3, S. 147-154
- Herbst, Klaus/Hanel, Elke 1988: Messbare Größen des Therapieprozesses bei Drogenabhängigen in stationärer Entwöhnungsbehandlung, in: Feuerlein/Bühringer/Wille (1988: 170-183)
- Herbst, Klaus/Hanel, Elke/Haderstorfer, Barbara 1989: Rückfallgeschehen bei stationär behandelten Drogenabhängigen, in: Watzl/Cohen (1989: 139-148)

- Herer, Jack 1994: Die Wiederentdeckung der Nutzpflanze Hanf, Frankfurt a.M.
- Hergrüter, Evelyn 1982: Therapeutische Gemeinschaften und Übergangswohnheime, in: Keupp/Rerrich (1982: 177-185)
- Herriger, Norbert 1995: Empowerment oder: Wie Menschen Regie über ihr Leben gewinnen, in: Sozialmagazin, 20. Jg., H. 3, S. 34-40
- Herriger, Norbert 1998: Selbstinszenierte Ausstiege. Autoremission und Empowerment, in: Soziale Arbeit, 47. Jg., H. 9, S. 300-306
- Herriger, Norbert 2002: Empowerment in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung, Stuttgart/Berlin/Köln
- Herrmann, Ulrich 1987: Verantwortung statt Entmündigung, Bildung statt Erziehung, in: Zeitschrift für Pädagogik, 33. Jg., H. 1, S. 105-114
- Herwig-Lempp, Johannes 1994: Von der Sucht zur Selbstbestimmung. Drogenkonsumenten als Subjekte, Dortmund
- Herwig-Lempp, Johannes/Stöver, Heino 1988: Grundlagen akzeptierender Drogenarbeit, in: WZfS, 11. Jg., H. 2-3, S. 51-64
- Hess, Henner 1983: Probleme der sozialen Kontrolle, in: Kerner, Hans-Jürgen/Göppinger, Hans/Streng, Franz (Hg.): Kriminologie, Psychiatrie, Strafrecht. Festschrift für Heinz Lefferenz zum 70. Geburtstag, Heidelberg, S. 3-24
- Hess, Henner 1992: Drogenpolitik und Drogenkriminalität. Von der Repression zur Entkriminalisierung, in: Neumeyer/Schaich-Walch (1992a: 18-42)
- Hesse, Joachim 2002: Ressourcen- und Lösungsorientierung, in: Fengler (2002: 453-458)
- Heudtlass, Jan-Hendrik 1997: Akutbehandlung bei DrogengebraucherInnen. Über die Weiterentwicklung des Drogenentzugs, in: Bossong/Gölz/Stöver (1997a: 104-138)
- Heuer, Rolv u.a. 1971: Helft Euch selbst! Der Release-Report gegen die Sucht, Reinbek b. Hamburg
- Hinte, Wolfgang 2001: Quartiersmanagement als kommunales Gestaltungsprinzip. Aktivierende Arbeit im Wohnviertel, in: Blätter der Wohlfahrtspflege, 148. Jg., H. 5/6, S. 113-115
- Hitzler, Ronald 1988: Sinnwelten. Ein Beitrag zum Verstehen von Kultur, Opladen
- Hitzler, Ronald 1994: Wissen und Wesen des Experten. Ein Annäherungsversuch – zur Einleitung, in: Hitzler/Honer/Maeder (1994: 13-39)
- Hitzler, Ronald/Honer, Anne 1994: Bastelexistenz. Über subjektive Konsequenzen der Individualisierung, in: Beck/Beck-Gernsheim (1994a: 307-315)
- Hitzler, Roland/Honer, Anne/Maeder, Christoph (Hg.) 1994: Expertenwissen. Die institutionalisierte Kompetenz zur Konstruktion von Wirklichkeit, Opladen
- Hitzler, Roland/Honer, Anne (Hg.) 1997: Sozialwissenschaftliche Hermeneutik. Eine Einführung, Opladen
- Hoffmann-Bayer, Michael 1989: Auf dem Weg zu den Klienten. Neue methodische Ansätze in der ambulanten Drogenarbeit, in: Buchholtz, Fritz (Hg.): Suchtarbeit. Utopien und Experimente, Freiburg i. Br., S. 63-72
- Hoffmann-Bayer, Michael 1991: Die Herausforderung. Niedrigschwellige Konzepte in der ambulanten Drogenhilfe, in: Heckmann (1991a: 240-259)
- Höfling, Siegfried (Hg.) 1999: Kampf gegen Sucht und Drogen, München (1999a)
- Höfling, Siegfried 1999: Gemeinschaftsaufgabe Suchtprävention, in: Höfling (1999a: 11-14) (1999b)
- Höhn, Marianne/Trüg, Erich 1995: Die Bedeutung spezieller psychosozialer Behandlungselemente, in: Behrendt/Degkwitz/Trüg (1995: 107-117)
- Holz, Antonius/Leune, Jost 1999: Zur Versorgung Suchtkranker in Deutschland, in: DHS (Hg.): Jahrbuch Sucht 2000, Geesthacht, S. 139-160
- Homes, Alexander Markus (Hg.) 1984: Heimerziehung. Lebenshilfe oder Beugehaft? Frankfurt a.M.

- Honer, Anne 1994: Einige Probleme lebensweltlicher Ethnographie. Zur Methodologie und Methodik einer interpretativen Sozialforschung, in: Schröder (1994: 85-106)
- Honer, Anne/Hitzler, Ronald 1994: Hermeneutik aus Hagen. Ein Sammelbesprechungssatz, in: Schweizerische Zeitschrift für Soziologie, 20. Jg., H. 3, S. 786-793
- Honig, Michael-Sebastian 2002: Instituethik frühkindlicher Bildungsprozesse. Ein Forschungsansatz, in: Liegle/Treptow (2002: 181-194)
- Hopf, Christel 2000: Qualitative Interviews – ein Überblick, in: Flick/v. Kardorff/Steinke (2000: 349-360)
- Hörster, Reinhard 1995: Das Problem des Anfangs in der Sozialerziehung. Praxeologisch-empirische Anmerkungen zur Inszenation des pädagogischen Prozesses, in: NP, 25. Jg., H. 1, S. 2-11
- Hörster, Reinhard 2001: Kasuistik/Fallverstehen, in: Otto/Thiersch (2001: 916-926)
- Horn, Klaus-Peter 1999: Professionalisierung und Disziplinbildung. Zur Entwicklung des Diplomstudiengangs Erziehungswissenschaft, in: Apel, Hans-Jürgen/Horn, Klaus-Peter/Lundgreen, Peter/Sandfuchs, Uwe (Hg.): Professionalisierung pädagogischer Berufe im historischen Prozess, Bad Heilbrunn/Obb., S. 295-315
- Hostettler, Peter 1998: Die Politik der Drogenprohibition. Eine politisch-ökonomische Analyse, Basel
- Hünnekens, Helmut/Raschke, Peter/Rometsch, Wolfgang 1988: Langzeitverläufe bei Drogenkonsumenten und ihre Beziehungen zu den verschiedenen Nachsorgeaktivitäten, in: Feuerlein/Bühringer/Wille (1988: 184-202)
- Hurrelmann, Klaus 2000: Legale und illegale Drogen – wie kann ihr Missbrauch verhindert werden, in: Sucht, 46. Jg., H. 6, S. 452-456
- Hurrelmann, Klaus 2002: Einführung in die Sozialisationstheorie, 8. vollst. überarb. Aufl., Weinheim/Basel
- Hurrelmann, Klaus/Vogt, Irmgard 1985: Warum Kinder und Jugendliche zu Drogen greifen. Ein Überblick über Untersuchungsergebnisse und Erklärungsversuche, in: Deutsche Jugend, 33. Jg., H. 1, S. 30-39
- Hüsgen, Hans-A. 2003: Das Dilemma der Niedrigschwelligkeit in der Drogenhilfe. Sowohl Reform der Drogenpolitik als auch juristisches Menetekel, <http://www.s-webdesign.nl/akzept/willkommen.html>

IACM-Informationen vom 14. Februar 2004, <http://www.cannabis-med.org>

- Jehle, Jörg-Martin 1999: Suchthilfe durch strafrechtliche Maßnahmen? Rechtswirklichkeit aus Sicht kriminologischer Forschung, in: Höfling (1999a: 109-119)
- Jellinek, Elvin M. 1960: The Disease Concept of Alcoholism, New Haven, Conn./New Brunswick, N. J.
- Jenner, Christof 1997: Tiefenpsychologische Aspekte der Sucht, in: Fleisch/Haller/Heckmann (1997: 114-128)
- Jenny, Guido 1992: Strafrecht in der Drogenpolitik. Eine kritische Bilanz, in: Böker/Nelles (1992: 167-180)
- Jonas, Klaus/Walter, Elsbeth/Eder-Jonas, Regina 2001: Wahrgenommene Kontrolle, in: Forschungsschwerpunkt Suchtforschung (2001: 103-119)
- Jones, Maxwell 1952: Social Psychiatry, London
- Jones, Maxwell 1976: Prinzipien der therapeutischen Gemeinschaft. Soziales Lernen und Sozialpsychiatrie, Bern/Stuttgart/Wien [1968]
- Jones, Maxwell 1980: Theorie und Praxis therapeutischer Gemeinschaften, in: Petzold/Vormann (1980: 58-67)
- Jorquez, James S. 1983: The retirement phase of heroin using careers, in: Journal of Drug Issues, 13. Jg., H. 2, S. 343-365

- Joy, Janet E./Watson, Jr. Stanley J./Benson, Jr. John A. (Hg.) 1999: Marijuana and Medicine. Assessing the Science Base, Institute of Medicine, Washington D.C.
- Jülch, Fabian/Süß, Heinz-Martin/Langer, Wolfgang/Hippen, Silke 2003: Vorhersage von Therapieabbrüchen alkoholabhängiger Patienten in stationärer Entwöhnungsbehandlung, in: Sucht, 49. Jg., H. 1, S. 19-27
- Jung, Martin 1996: Abhängigkeit als gelerntes Verhalten. Die Sicht der Verhaltenstherapie, in: Längle/Mann/Buchkremer (1996: 99-108)
- Junge, Sigurd 1991: Die klinische Entwöhnungsbehandlung, in: Heckmann (1991a: 29-44)
- Jungblut, Hans-Joachim 1993: Niedrigschwelligkeit. Kontextgebundene Verfahren methodischen Handelns am Beispiel akzeptierender Drogenarbeit, in: Rauschenbach/Ortmann/Karsten (1993: 93-111)
- Jungblut, Hans-Joachim 2001: Drogenpolitik, in: Otto/Thiersch (2001: 275-300)
- Jungblut, Hans-Joachim 2004: Drogenhilfe. Eine Einführung, Weinheim/München
- Kahlert, Doris 1997: Stationäre Drogentherapie, in: Bossong/Gölz/Stöver (1997a: 178-199)
- Kähnert, Heike 1999: Wir wirken illegale psychoaktive Substanzen?, in: Freitag/Hurrelmann (1999a: 23-44)
- Kalke, Jens 2001: Innovative Landtage. Eine empirische Untersuchung am Beispiel der Drogenpolitik, Wiesbaden
- Kalke, Jens/Raschke, Peter 1996: Blockierte Drogenpolitik. Von Reforminitiativen der Länder und ihrer Behinderung durch die Bundesregierung, in: Akzept e.V./BISDRO (1996: 168-180)
- Kalke, Jens/Pape-Hoßmann, Klaus/Raschke, Peter/Vertheim, Uwe 1997: Die ambulante Abstinenzbehandlung Drogenabhängiger – unter besonderer Berücksichtigung der Hamburger Erfahrungen, in: Bossong/Gölz/Stöver (1997a: 139-155)
- Kampe, Helmut 1988: Der periodische Suchtanfall im Therapieverlauf, in: Feuerlein/Bühringer/Wille (1988: 203-223)
- Kandel, Denise B. 1983: Entwicklungsstadien beim Drogengebrauch Jugendlicher, in: Lettieri/Welz (1983: 131-138)
- Kandel, Denise B./Jessor, Richard 2002: The Gateway Hypothesis Revisited, in: Kandel, Denise B. (Hg.): Stages and Pathways of Drug Involvement. Examining the Gateway Hypothesis, Cambridge, S. 365-372
- Kanitscheider, Bernulf (Hg.) 2000: Drogenkonsum – bekämpfen oder freigeben, Stuttgart/Leipzig (2000a)
- Kanitscheider, Bernulf 2000: Der vierte Trieb. Die philosophische Perspektive des Drogenproblems, in Kanitscheider (2000a: 211-240) (2000b)
- Kappeler, Manfred 1996: Widerstände gegen eine neue Drogenpolitik bei professionellen Helferinnen und Helfern, in: Akzept e.V./BISDRO (1996: 41-45)
- Kauffmann, Walter 1999: Verein Wobes Sozialökonomisches Beschäftigungsprojekt Jan, in: WZfS, 22. Jg., H. 3, S. 39-42
- Kaufmann, Jean-Claude 1999: Das verstehende Interview, Konstanz
- Kaya-Heinlein, Dogan 2002: Langzeitentwöhnungstherapie mit Drogenabhängigen aus dem türkischarabischen Sprach- und Kulturraum, in: Böllinger/Stöver (2002: 417-425)
- Kelle, Udo 1994: Empirisch begründete Theoriebildung. Zur Logik und Methodologie interpretativer Sozialforschung, Weinheim
- Kellermann, Bert 2005: Sucht. Versuch einer pragmatischen Begriffsbestimmung für Politik und Praxis, Geesthacht
- Kemmesies, Uwe E. 1994: Ist- und Sollzustand: Drogenhilfe, in: Sozialmagazin, 19. Jg., H. 4, S. 37-40
- Kemmesies, Uwe E. 2001: Drogenhilfe: Mc Donald's, Haute Cuisine oder am Ende der Rationalität?, in: Sucht, 47. Jg., H. 3, S. 206-213

- Kemmesies, Uwe E. 2004: Zwischen Rausch und Realität. Drogenkonsum im bürgerlichen Milieu, Wiesbaden
- Keup, Wolfram 1974: Nachreifung als Therapieziel bei jugendlichen Drogenabhängigen, Kassel
- Keup, Wolfram 1980: Methadon-Erhaltungsprogramme?, in: DHS-Informationdienst, 33. Jg., H. 3-4, S. 21-24
- Keupp, Heiner 1976: Abweichung und Alltagsroutine. Die Labeling-Perspektive in Theorie und Praxis, Hamburg
- Keupp, Heiner 1982: Psychiatrisierung, Psychologisierung, Medikalisierung, Therapeutisierung, in: Keupp/Rerrich (1982: 189-198)
- Keupp, Heiner 1990: Lebensbewältigung im Jugendalter aus der Perspektive der Gemeindepsychologie. Förderung präventiver Netzwerkressourcen und Empowermentstrategien, in: Sachverständigenkommission des Achten Jugendberichts (Hg.): Risiken des Heranwachsens. Probleme der Lebensbewältigung im Jugendalter, Weinheim/München, S. 1-51
- Keupp, Heiner 1994: Psychologisches Handeln in der Risikogesellschaft. Gemeindepsychologische Perspektiven, München
- Keupp, Heiner 1995: Gemeindepsychologie als nichtintendierte Nebenfolge lebensweltorientierter sozialer Arbeit, in: NP, 25. Jg., H. 3, S. 269-272
- Keupp, Heiner 1996: Psychosoziales Handeln nach dem Ende der Eindeutigkeiten, in: Gruppendynamik, 27. Jg., H. 3, S. 239-257
- Keupp, Heiner 2000: Gesundheitsförderung als Ermutigung zum aufrechten Gang. Eine salutogenetische Perspektive, in: Sting/Zurhorst (2000: 15-40)
- Keupp, Heiner 2003: Ressourcen als gesellschaftlich ungleich verteiltes Handlungspotential, in: Schemmel, Heike/Schaller, Johannes (Hg.): Ressourcen. Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit, Tübingen, S. 555-573
- Keupp, Heiner/Rerrich, Dodó (Hg.) 1982: Psychosoziale Praxis – gemeindepsychologische Perspektiven. Ein Handbuch in Schlüsselbegriffen, München/Wien/Baltimore
- Kickbusch, Ilona/Trojan, Alf (Hg.) 1981: Gemeinsam sind wir stärker. Selbsthilfegruppen und Gesundheit, Frankfurt a.M.
- Kielholz, Paul 1971: Definition und Ätiologie der Drogenabhängigkeit, in: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (Hg.): Drogenabhängigkeit, Toxikomanie, Basel/Stuttgart, S. 7-14
- Kielholz, Paul/Ladewig, Dieter 1972: Die Drogenabhängigkeit des modernen Menschen, München
- Kindermann, Walter 1988: Komplexität von Drogenkarrieren, in: Feuerlein/Bühringer/Wille (1988: 29-39)
- Kindermann, Walter 1995: Abhängige Beziehungen. Paradigmenwechsel der Hilfestrategien?, in: Erbach, Franz (Hg.): Sucht. Beziehungen und Abhängigkeiten, Freiburg i. Br., S. 12-25
- Kindermann, Walter/Sickinger, Richard/Hedrich, Dagmar/Kindermann, Susanne 1992: Drogenabhängig. Lebenswelten zwischen Szene, Justiz, Therapie und Drogenfreiheit, 2. unveränd. Aufl., Freiburg i. Br., [1989]
- Kleiber, Dieter 1990: HIV-positiv und drogenabhängig, in: WZfS, 13. Jg., H. 1, S. 19-26
- Kleiber, Deter/Kovar, Karl-Artur 1997: Auswirkungen des Cannabiskonsums, Stuttgart
- Kleiner, Dietrich (Hg.) 1987: Langzeitverläufe bei Suchtkrankheiten, Berlin u.a.
- Klingemann, Harald 1990: „Der Freitag, wo alles kaputt war oder „Die Macht des Positiven“? Eine dimensionale Analyse „natürlicher Heilungen“ bei kritischem Alkohol- und Heroinkonsum, in: Zeitschrift für Soziologie, 19. Jg., H. 6, S. 444-457
- Klingemann, Harald 2000: Spontanverläufe unbehandelter Suchtkrankheit, in: Uchtenhagen/Zieglgänsberger (2000: 406-410)

- Klosinski, Gunther 1996: Entwicklungspsychopathologische Aspekte der Sucht bei Kindern und Jugendlichen, in: Längle/Mann/Buchkremer (1996: 126-136)
- Korf, Dirk J. 1986: „Heroin Touristen“. Eine explorative Feldstudie über ausländische tägliche Opiatgebraucher in Amsterdam, in: WZfS, 9. Jg., H. 3, S. 3-13
- Korf, Dirk J./Kemmesies, Uwe E./Nabben, Ton 1999: Drogengebrauchstrends auf der Spur. Eine Panelstudie als methodischer Beitrag zur verbesserten Analyse der Dynamik im Drogengebrauchsverhalten, in: NP, 29. Jg., H. 5, S. 508-515
- Körkel, Joachim 1995: Drogenabhängige im Spannungsfeld widersprüchlicher Ätiologie- und Behandlungsparadigmen, in: Rink (1995: 43-62)
- Körkel, Joachim/Kruse, Gunther 1993: Mit dem Rückfall leben. Abstinenz als Allheilmittel?, Bonn
- Körkel, Joachim/Kruse, Gunther 1994: Ergebnisse der Rückfallforschung. Folgerungen für die Entzugsbehandlung, in: Tretter/Bussello-Spieth/Bender (1994a: 63-83)
- Körkel, Joachim/Lauer, Gernot 1995: Rückfälle Alkoholabhängiger. Ein Überblick über neue Forschungsergebnisse und -trends, in: Körkel/Lauer/Scheller (1995: 158-185)
- Körkel, Joachim/Wagner, Annette 1995: Klientenrückfälle als Misserfolgserlebnisse. Motivations- und emotionstheoretische Analyse der Rückfallverarbeitung von Suchttherapeuten, in: Körkel/Lauer/Scheller (1995: 128-144)
- Körkel, Joachim/Lauer, Gernot/Scheller, Reinhold (Hg.) 1995: Sucht und Rückfall. Brennpunkte deutscher Rückfallforschung, Stuttgart
- Körkel, Joachim/Wernardo, Mario/Wohlfahrth, Ralph 1997: Entlassung oder Weiterarbeit nach stationärem Rückfall. Was ist das Beste für die Patienten und die Beteiligten?, Fachverband Sucht e.V. (Hg.): Das „Beste“ für den Suchtkranken. Versorgungsstrukturen und Marktprinzipien, Geesthacht, S. 339-352
- Körner, Harald-Hans 1980: Bekämpfung von Drogensucht und internationalem Drogenhandel, in: Zeitschrift für Rechtspolitik, 13. Jg., H. 3, S. 57-62
- Körner, Harald-Hans 1994: Das Betäubungsmittelgesetz – ein gesetzgeberischer Flickenteppich. Oder die Auseinandersetzung der Falken und Tauben um eine neue Drogenpolitik, in: Strafverteidiger, 14. Jg., H. 9, S. 514-519
- Körner, Harald-Hans 2001: Betäubungsmittelgesetz, Arzneimittelgesetz, 5. neu bearb. Aufl., München
- Körner, Harald-Hans 2002: Die Zurückstellung der Strafverfolgung zugunsten einer Drogen-therapie, in: Böllinger/Stöver (2002: 552-568)
- Kraimer, Klaus 1994: Die Rückgewinnung des Pädagogischen. Aufgaben und Methoden sozialpädagogischer Forschung, Weinheim/München
- Krausz, Michael 1995: Vernetzung oder Verwicklung. Psychiatrie und Suchtkrankenhilfe auf dem Weg zu gemeinsamen Perspektiven, in: DHS (1995: 49-58)
- Krausz, Michael/Watermann, Ute/Degkwitz, Peter 1998: Konsummuster und Konsumsequenz Langzeitheroinabhängiger, in: WZfS, 21. Jg., H. 1, S. 3-8
- Krauth, Julia/Vollmer, Heinz C. 2001: Die Therapeutische Gemeinschaft im subjektiven Erleben von Patienten und Therapeuten, in: Fachverband Sucht e.V. (2001: 318-325)
- Krauthan, G. 1980: Einführung von Methadon-Erhaltungsprogrammen in der Bundesrepublik Deutschland?, in: DHS-Informationsdienst, 33. Jg., H. 3-4, S. 1-20
- Kreuzer, Arthur 1975: Drogen und Delinquenz. Eine jugendkriminologisch-empirische Untersuchung der Erscheinungsformen und Zusammenhänge, Wiesbaden
- Kreuzer, Arthur 1986: Anmerkung zu Weisungen bei Zurückstellung der Strafvollstreckung, in: Neue Zeitschrift für Strafrecht, 6. Jg., H. 7, S. 333-336
- Kreuzer, Arthur 1987: Jugend, Drogen, Kriminalität, 3. völlig neu bearb. Aufl., Neuwied/Darmstadt, [1975]

- Kreuzer, Arthur 1993: Zeugnisverweigerungsrecht für Drogenberater. Zur Entwicklung einer rechtlichen Klärung im Spannungsfeld von Sozialarbeit und Strafjustiz, in: Albrecht u.a. (1993: 527-540)
- Kreuzer, Arthur 2000: Drogen, Drogenkriminalität und Drogenpolitik, in: Kanitscheider (2000a: 147-178)
- Kreuzer, Arthur/Gebhardt, Christoph/Maassen, Marcel/Stein-Hilbers, Marlene 1981: Drogenabhängigkeit und Kontrolle. Kriminologische Untersuchung über die Phänomenologie des Heroinskonsums und polizeiliche Drogenkontrolle, Wiesbaden
- Kreuzer, Arthur/Wille Rolf 1988: Drogen. Kriminologie und Therapie, Heidelberg
- Krisor, Matthias 1995: Autonomie und Abhängigkeit. Zur Behandlung und Rehabilitation chronisch Abhängigkeitskranker, in: Soziale Psychiatrie, S. 44-47
- Krisor, Matthias/Pfannkuch, Harald/Wunderlich, Kerstin (Hg.) 2001: Gemeinde, Alltag, Ressourcen. Aspekte einer subjektorientierten Psychiatrie, Lengerich u.a.
- Krumenacker, Franz-Josef 1998: Bruno Bettelheim. Grundpositionen seiner Theorie und Praxis, München/Basel
- Krumenacker, Franz-Josef 1999: Heimerziehung als eigenständige Erziehungsform. Bruno Bettelheim, in: Colla u.a. (1999: 229-242)
- Küfner, Heinrich 1995: Behandlungsmerkmale und Therapieabbruch bei der stationären Behandlung von Drogenabhängigen. Zwischen Pädagogik und Psychotherapie, in: Fachverband Sucht e.V. (1995: 62-82)
- Küfner, Heinrich 1997: Evaluationsforschung bei der Behandlung von Alkohol- und Drogenabhängigkeit, in: WZfS, 20. Jg., H. 3-4, S. 77-85
- Küfner, Heinrich 2002: Aufgaben und Herausforderungen für das Suchthilfesystem im 21. Jahrhundert, in: Sucht aktuell, 9. Jg., H. 1, S. 18-25
- Küfner, Heinrich/Feuerlein, Wilhelm 1992: Evaluation der stationären Behandlung von Alkoholabhängigen. Ergebnisse einer 4-Jahreskatamnese, in: Häussler/Schliehe/Brennecke/Weber-Falkensammer (1992: 320-338)
- Küfner, Heinrich u.a. 1994: Stationäre Krisenintervention bei Drogenabhängigen. Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprogramms, Baden-Baden
- Küfner, Heinrich u.a. 1995: Suchtmittleinnahme während der stationären Behandlung von Drogenabhängigen, in: Körkel/Lauer/Scheller (1995: 112-126)
- Kuhn, Thomas S. 1997: Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen, 2. rev., erw. Aufl., Frankfurt a.M. [1962]
- Kulick, Barbara 1998: Die Motivierung Suchtkranker aus der fachlichen Sicht der Leistungsträgerschaft, in: Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe/Beutel (1998: 41-25)
- Kunz, Dieter 1988: Bedingungen des Therapieabbruches Drogenabhängiger, in: Feuerlein/Bühringer/Wille (1988: 224-244)
- Kunze, Heinrich 1995: Suchtkrankenhilfe und (gemeinde-)psychiatrische Versorgung, in: DHS (1995: 93-105)
- Künzel, Jutta/Sonntag, Dilek/Bühringer, Gerhard 2001: Über den Zusammenhang zwischen Therapiedauer und Therapieerfolg bei alkohol- und drogenabhängigen Patienten, in: Sucht aktuell, 8. Jg., H. 2, S. 15-17
- Künzler, Alfred 2003: Stationäre Drogentherapie. Unterschiedliche Einschätzung des Therapieprozesses von Therapeut und Klient, in: Sucht, 49. Jg., H. 6, S. 370-375
- Kupffer, Heinrich 2000: Politische und soziale Bedingungen der gegenwärtigen Heimerziehung, in: Kupffer/Martin, Klaus-Rainer (Hg.): Einführung in Theorie und Praxis der Heimerziehung, 6. erw. Aufl., Wiebelsheim, S. 21-32
- Kutsch, Thomas/Wiswede, Günter (Hg.) 1980: Drogenkonsum. Einstieg, Abhängigkeit, Sucht, Königstein/Ts.

- Ladewig, Dieter 1988: Gibt es eine Lehrmeinung für die Therapie von Drogenabhängigen?, in: Feuerlein/Bühringer/Wille (1988: 321-329)
- Ladewig, Dieter 1994: Das Benzodiazepinentzugssyndrom. Skalierungen und medikamentöse Strategien, in: Tretter/Bussello-Spieth/Bender (1994a: 158-168)
- Ladewig, Dieter/Graw, Peter 1981: Sozialisationsbedingungen und Therapiechancen bei Drogenabhängigen, in: Feuerlein, Wilhelm (Hg.): Sozialisationsstörungen und Sucht. Entstehungsbedingungen, Folgen und therapeutische Konsequenzen, Wiesbaden, S. 137-148
- Ladewig, Dieter/Stohler, Rudolf 1994: Das Opiatentzugssyndrom. Skalierungen und medikamentöse Strategien, in: Tretter/Bussello-Spieth/Bender (1994a: 145-157)
- Lamnek, Siegfried 1995 Qualitative Sozialforschung. Bd. 1: Methodologie, 3. korr. Aufl., Weinheim [1988] (1995a)
- Lamnek, Siegfried 1995: Qualitative Sozialforschung Bd. 2: Methoden und Techniken, 3. korr. Aufl., Weinheim [1988] (1995b)
- Längle, Gerhard/Mann, Karl/Buchkremer, Gerhard (Hg.) 1996: Sucht. Die Lebenswelten Abhängiger, Tübingen
- Leary, Timothy 1968: Politik der Ekstase, Hamburg
- Leeb, Hermann 1999: Rechtspolitische Perspektiven der Drogenpolitik, in: Höfling (1999a: 99-107)
- Lenz, Albert 2001: Lebenswelt und Empowerment. Gemeindepsychologische Perspektiven, in: Krisor/Pfannkuch/Wunderlich (2001: 12-40)
- Lenz, Ilse 1992: Fremdheit/Vertrautheit. Von der Schwierigkeit im Umgang mit kulturellen Unterschieden, in: Knapp, Gudrun-Axeli/Müller, Ursula (Hg.): Ein Deutschland – zwei Patriarchate? Dokumentation der Jahrestagung der Sektion „Frauenforschung in den Sozialwissenschaften“ in Hannover 1991, Bielefeld, S. 9-27
- Lettieri, Dan J./Welz, Rainer (Hg.) 1983: Drogenabhängigkeit. Ursachen und Verlaufsformen, Weinheim/Basel
- Leune, Jost 2000: Suchtkrankenhilfe, in: Stimmer (2000: 608-617)
- Leune, Jost 2003: Versorgung Suchtkranker in Deutschland. Daten, Fakten, allgemeine Behandlungszahlen, in: DHS (Hg.): Jahrbuch Sucht 2003, Geesthacht, S. 132-145 (2003a)
- Leune, Jost 2003: Die Versorgung suchtkranker Menschen. Daten, Fakten und allgemeine Behandlungszahlen, in: DHS (Hg.): Jahrbuch Sucht 04, Geesthacht, S. 137-150 (2003b)
- Lieb, Hans 1994: Abstinenz. Freiheit oder Bürde?, in: Fachverband Sucht e.V. (1994: 103-119)
- Liebau, Eckart 1996: Alltag und Kreativität, in: Grunwald u.a. (1996: 121- 126)
- Liegle, Ludwig/Treptow, Rainer (Hg.) 2002: Welten der Bildung in der Pädagogik der frühen Kindheit und in der Sozialpädagogik, Freiburg i. Br.
- Lind-Krämer, Renate/Timper-Nittel, Angela 1992: Drogenabhängige Frauen – das Besondere ihrer Lebenslage, in: Sickinger u.a. (1992: 227-259)
- Lindenmeyer, Johannes 2001: Perspektiven bei Perspektivlosen, in: Fachverband Sucht e.V. (2001: 60-74)
- Lindenmeyer, Johannes/Bents, Hinrich/Fiegenbaum, Wolfgang/Ströhm, Walter 1995: Neue Möglichkeiten der Rückfallbearbeitung. Erste Ergebnisse zu Therapieindikation und Therapieerfolg, in: Fachverband Sucht e.V. (1995: 9-23)
- Lindlau, Dagobert 1993: Drogen – die gefährliche Illusion, in: Oettinger (1993a: 14-31)
- Lintner, Eduard 1999: Kampf gegen Sucht und Drogen. Helfen zur Selbstbestimmung, in: Höfling (1999a: 9-10)
- Lochmann, Reiner (Hg.) 1998: Überlebenshilfen in der Drogenarbeit. Dokumentationsband zum Fachtag Soziale Arbeit, November 1997, Hochschule für Sozialwesen Esslingen

- Loviscach, Peter 1996: Soziale Arbeit im Arbeitsfeld Sucht. Eine Einführung, Freiburg i. Br.
- LSS (Hg.) 1997: Elixiere des Teufels. Die „Erfindung“ der Suchtkrankheit, Stuttgart (1997a)
- LSS (Hg.) 1997: Kinder von Suchtkranken. Probleme und Hilfemöglichkeiten, Stuttgart (1997b)
- Lüders, Christian 1991: Deutungsmusteranalyse. Annäherungen an ein risikoreiches Konzept, in: Garz/Kraimer (1991: 377-408)
- Lüders, Christian 2000: Beobachten im Feld und Ethnographie, in: Flick/Kardorff v./Steinke (2000: 384-401)
- Lüders, Christian/Meuser, Michael 1997: Deutungsmusteranalyse, in: Hitzler/Honer (1997: 57-79)
- Lüderssen, Klaus 1982: Abhängigkeit von Drogen. Verspricht das Gesetz zur Neuordnung des Betäubungsmittelrechts Abhilfe?, in: Völger/v. Welck (1982: 1327-1334)
- Maier, Wolfgang/Franke, Petra/Linz, Maria 1999: Mehrfachdiagnosen (Komorbidität), in: Gastpar/Mann/Rommelspacher (1999: 83-93)
- Mann, Karl 2000: Trends in der internationalen Suchtforschung und -therapie, in: Sucht, 46. Jg., H. 3, S. 169-171
- Mann, Karl/Buchkremer, Gerhard (Hg.) 1995: Suchtforschung und Suchttherapie in Deutschland, Geesthacht (Sonderheft Sucht)
- Mann, Karl/Kapp, Birgit 1995: Zur Lehre in Suchtmedizin. Eine Befragung von Studenten und Professoren, in: Mann/Buchkremer (1995: 38-40)
- Mannheim, Karl 1952: Ideologie und Utopie, 3. erw. Aufl., Frankfurt a.M. [1929]
- Mannheim, Karl 1980: Strukturen des Denkens, Frankfurt a.M.
- Mannheim, Karl 1984: Konservatismus. Ein Beitrag zur Soziologie des Wissens, Frankfurt a.M. [1925]
- Marcuse, Herbert 1978: Versuch über die Befreiung, 4. Aufl., Frankfurt a.M. [1969]
- Marlatt, G. Alan 1989: Rückfallprävention. Modell, Ziel und Stadien der Verhaltensänderung, in: Watzl/Cohen (1989: 16-28)
- Marlatt, G. Alan/Tapert, Susan F. 1993: Harm Reduction. Reducing the Risks of Addictive Behavior, in: Baer, John S./Marlatt, G. Alan/McMahon, Robert J. (Hg.): Addictive Behaviors across the Life Span. Prevention, Treatment, and Policy Issues, Newbury Park/London/New Dehli, S. 243-273
- Marzahn, Christian 1983: Plädoyer für eine gemeine Drogenkultur, in: Beck, Johannes (Hg.): Das Recht auf Ungezogenheit, Reinbek b. Hamburg, S. 105-134 (1983a)
- Marzahn, Christian 1983: Zur Möglichkeit der Selbsthilfe von Drogenabhängigen, in: Bössong/Marzahn/Scheerer (1983: 118-125) (1983b)
- Marzahn, Christian 1992: Professionalität und Verantwortlichkeit in der Sozialen Arbeit, in: Otto/Hirschauer/Thiersch (1992: 25-31)
- Meinhold, Marianne 1987: Hilfeangebote für Klienten der Familienfürsorge. Erfahrungen aus dem Projekt ‚Familiendienste Wedding‘, in: Karsten, Maria-Eleonora/Otto, Hans-Uwe (Hg.): Die sozialpädagogische Ordnung der Familie. Beiträge zum Wandel familiärer Lebensweisen und sozialpädagogischer Intervention, Weinheim/München, S. 197-213
- Meuser, Michael 2003: Deutungsmusteranalyse, in: Bohnsack/Marotzki/Meuser (2003: 31-33) (2003a)
- Meuser, Michael 2003: Rekonstruktive Sozialforschung, in: Bohnsack/Marotzki/Meuser (2003: 140-142) (2003b)
- Meuser, Michael/Nagel, Ulrike 1991: ExpertInneninterview – vielfach erprobt, wenig beachtet, in: Garz/Kraimer (1991: 441-471)
- Meuser, Michael/Nagel, Ulrike 1994: Expertenwissen und Experteninterview, in: Hitzler/Honer/Maeder (1994: 180-192)

- Meuser, Michael/Nagel, Ulrike 1997: Das ExpertInneninterview. Wissenssoziologische Voraussetzungen und methodische Durchführung, in: Friebertshäuser/Prenzel (1997: 481-491)
- Meuser, Michael/Nagel, Ulrike 2003: Experteninterview, in: Bohnsack/Marotzki/Meuser (2003: 57-58)
- Meuser, Michael/Nagel, Ulrike 2005: ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig beachtet. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion, in: Bogner/Littig/Menz (2005: 71-93)
- Meuser, Michael/Sackmann, Reinhold 1992: Zur Einführung. Deutungsmusteransatz und empirische Wissenssoziologie, in: Meuser/Sackmann (Hg.): Analyse sozialer Deutungsmuster. Beiträge zur empirischen Wissenssoziologie, Pfaffenweiler, S. 9-37
- Meyenberg, Rüdiger (Hg.) 1998: Neue Wege in der Drogenpolitik/Drogenhilfe. Probleme, Lösungen, Oldenburg (1998a)
- Meyenberg, Rüdiger 1998: Begrüßung, in: Meyenberg (1998a: 9-13) (1998b)
- Michels, Ingo Ilja 1999: Medizinalisierung. Die Einbeziehung der Ärzte – und ihre Dominanz?, in: Stöver (1999b: 301-306)
- Michels, Ingo Ilja 2002: Heroingestützte Behandlung, in: Böllinger/Stöver (2002: 287-304)
- Mieth, Dietmar 1994: Konsumismus oder: die abschüssige Bahn der Normalität, in: Reinhold (1994: 79-101)
- Missel, Peter 1994: Abstinenz – unabdingbare Zielsetzung? Zukunftsperspektiven: Therapeutische Mythen oder Psychotherapie beim Abhängigkeitskranken, in: Fachverband Sucht e.V. (1994: 131-146)
- Missel, Peter/Braukmann, Walter 1995: Burnout in der Suchttherapie. Eine Einführung, in: Missel/Braukmann (Hg.): Burnout in der Suchttherapie. Vom hilflosen Helfer zum engagierten Opfer, Göttingen, S. 11-22
- Mitarbeiter des Daytop-Programms 1974: Daytop in Deutschland, in: Petzold (1974a: 409-434)
- Mittelstraß, Jürgen 1998: Die Häuser des Wissens. Wissenschaftstheoretische Studien, Frankfurt a.M.
- Moll, Stephan 1990: Strafrechtliche Aspekte der Behandlung Opiatabhängiger mit Methadon und Codein, Frankfurt a.M. u.a.
- Mollenauer, Klaus 1968: Einführung in die Sozialpädagogik. Probleme und Begriffe der Jugendhilfe, 4. Aufl., Weinheim/Berlin [1964]
- Mollenhauer, Klaus 1980: Einige erziehungswissenschaftliche Probleme im Zusammenhang der Erforschung von „Alltagswelten Jugendlicher“, in: Lenzen, Dieter (Hg.): Pädagogik und Alltag. Methoden und Ergebnisse alltagsorientierter Forschung in der Erziehungswissenschaft, Stuttgart, S. 97-111
- Mollenhauer, Klaus 1988: Erziehungswissenschaft und Sozialpädagogik/Sozialarbeit. Oder: Das Pädagogische in der Sozialarbeit/Sozialpädagogik, in: Sozialwissenschaftliche Literaturrundschau, 11. Jg., H. 17, S. 53-58
- Mollenhauer, Klaus 2003: Vergessene Zusammenhänge. Über Kultur und Erziehung, 6. Aufl., Weinheim/München [1983]
- Mollenhauer, Klaus/Uhlendorff, Uwe 1992: Sozialpädagogische Diagnosen. Über Jugendliche in schwierigen Lebenslagen, Weinheim/München
- Muckel, Petra 2001: Entdeckung und Entwicklung von Kategorien in der qualitativen Forschung. Methodologische Überlegungen und empirische Beispiele, <http://www.qualitative-sozialforschung.de>
- Müller, Burkhard 1991: Die Last der großen Hoffnungen. Methodisches Handeln und Selbstkontrolle in sozialen Berufen, völlig überarb. Neuaufl., Weinheim/München [1985]
- Müller, Burkhard 1992: Sisyphos und Tantalus. Bernfelds Konzept des „Sozialen Ortes“ und seine Bedeutung für die Sozialpädagogik, in: Hörster, Reinhard/Müller, Burkhard

- (Hg.): Jugend, Erziehung und Psychoanalyse. Zur Sozialpädagogik Siegfried Bernfelds, Neuwied/Kriftel/Berlin, S. 9-74
- Müller, Burkhard 1993: Sozialpädagogisches Können. Ein Lehrbuch zur multiperspektivischen Fallarbeit, Freiburg i. Br.
- Müller, Burkhard 2001: Methoden, in: Otto/Thiersch (2001: 1194-1204)
- Müller, Burkhard 2004: Was ist Sache? „Fall von...“ als kasuistisches Arbeitskonzept, in: Heiner (2004b: 55-67)
- Müller, Burkhard/Schmidt, Susanne/Schulz, Marc 2005: Wahrnehmen können. Jugendarbeit und informelle Bildung, Freiburg i. Br.
- Müller, Hans Rüdiger 1990: Sozialpädagogik und Therapie. Über die Notwendigkeit pädagogischer Perspektiven in Therapeutischen Gemeinschaften für Drogenabhängige, Weinheim/München
- Müller, Hans-Rüdiger 1995: Die Abwesenheit der Pädagogik. Zum Verhältnis von Erziehung und Therapie in der Heimpraxis, in: NP, 25. Jg., H. 1, S. 70-78
- Müller, Hermann J. 1999: „Dr. Dehm sagt, wir sind keine Psychotherapeuten“. Suchttherapie zwischen Sozialpädagogik/Sozialarbeit und Psychotherapie, in: Combe, Arno/Helsper, Werner (Hg.): Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns, 3. Aufl., Frankfurt a.M. [1996], S. 810-841
- Müller, Rolf/Schuller, Klaus/Tschesche, Andrea 1983: „Freie Therapie“ als totale Institution, in: Bossong/Marzahn/Scheerer (1983: 59-70)
- Müller, Siegfried 1978: Sozialarbeiterisches Alltagshandeln zwischen Hilfe und Kontrolle. Aspekte einer gesellschaftlichen Funktionsbestimmung der Sozialarbeit/Sozialpädagogik, in: NP, 8. Jg., H. 4, S. 342-348
- Müller, Siegfried 1995: Der kontrollierte Alltag, in: NP, 25. Jg., H. 3, S. 259-262
- Müller, Siegfried 2001: Erziehen, Helfen, Strafen. Das Spannungsverhältnis von Hilfe und Kontrolle in der Sozialen Arbeit, Weinheim/München
- Müller, Siegfried/Otto, Ulrich (Hg.) 1997: Armut im Sozialstaat. Gesellschaftliche Analysen und sozialpolitische Konsequenzen, Neuwied/Kriftel/Berlin
- Müller, Siegfried/Reinl, Heidi (Hg.) 1997: Soziale Arbeit in der Konkurrenzgesellschaft. Beiträge zur Neugestaltung des Sozialen, Neuwied/Kriftel/Berlin
- Müller-Doohm, Stefan (Hg.) 1991: Jenseits der Utopie. Theoriekritik der Gegenwart, Frankfurt a.M.
- Mundle, Götz 2004: Gespräch mit Dieter Ladewig, in: Sucht, 50. Jg., H. 1, S. 65-69
- Nedelmann, Carl 2000: Das Verbot von Cannabis ist ein „kollektiver Irrweg“, in: Deutsches Ärzteblatt, 97. Jg., H. 43, S. A 2833-2837
- Nelles, Joachim 1992: Wie gefährlich sind illegale Drogen?, in: Böker/Nelles (1992: 181-200)
- Nelles, Joachim 1993: Sucht in der modernen Gesellschaft, in: Zum Nachdenken, H. 40, Schriftenreihe der Hessischen Landeszentrale für politische Bildung, S. 1- 12
- Nestmann, Frank (Hg.) 1997: Beratung. Bausteine für eine interdisziplinäre Wissenschaft und Praxis, Tübingen (1997a)
- Nestmann, Frank 1997: Beratung als Ressourcenförderung, in: Nestmann (1997a: 15-38) (1997b)
- Nestmann, Frank 2001: Soziale Netzwerke – Soziale Unterstützung, in: Otto/Thiersch (2001: 1684-1692)
- Neue Praxis 2005, 35. Jg., H. 5
- Neumeyer, Jürgen/Schaich-Walch, Gudrun (Hg.) 1992: Zwischen Legalisierung und Normalisierung. Ausstiegsszenarien aus der repressiven Drogenpolitik, Marburg
- Nickolai, Werner (Hg.) 2000: Jenseits von Therapie, Freiburg i. Br.

- Niemeyer, Christian 1998: Klassiker der Sozialpädagogik. Einführung in die Theoriegeschichte einer Wissenschaft, Weinheim/München
- Noack, Winfried 2002: Anthropologische Grundlagen der Sozialpädagogik, in: Soziale Arbeit, 51. Jg., H. 4, S. 122-134
- Nowak, Manfred 1996: Therapeutische Ziele in der Praxis, in: Nowak, Manfred/Schifman, Richard/Brinkmann, Rüdiger (Hg.): Drogensucht. Entstehungsbedingungen und therapeutische Praxis, 2. Aufl., Stuttgart/New York, S. 143-149
- Nunner-Winkler, Gertrud 1992: Zur moralischen Sozialisation, in: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 44. Jg., H. 2, S. 252-272
- Obert, Klaus 2001: Alltags- und lebensweltorientierte Ansätze als Grundlage sozialpsychiatrischen Handelns. Ein Beitrag zur sozialpsychiatrischen Methodik am Beispiel eines Sozialpsychiatrischen Dienstes, Bonn
- Oettinger, Günther H. (Hg.) 1993: Drogen – Kampf oder Kapitulation, Ein Forum der CDU-Landtagsfraktion am 14.12.1992, Stuttgart (1993a)
- Oettinger, Günther H. 1993: Drogen. Kampf oder Kapitulation, in: Oettinger (1993a: 3-13) (1993b)
- Oevermann, Ulrich 1991: Genetischer Strukturalismus und das sozialwissenschaftliche Problem der Erklärung der Entstehung des Neuen, in: Müller-Doohm (1991: 267-336)
- Oevermann, Ulrich 2001: Zur Analyse der Struktur von sozialen Deutungsmustern, in: Sozialer Sinn, 2. Jg., H. 1, S. 3-33
- Olk, Thomas 1986: Abschied vom Experten. Sozialarbeit auf dem Weg zu einer alternativen Professionalität, Weinheim/München
- Osterhold, Gisela/Molter, Hajo 1992: Systemische Suchttherapie. Entstehung und Behandlung von Sucht und Abhängigkeit im sozialen Kontext, Heidelberg
- Osterloh, Kay 2002: Arbeit mit illegale Suchtmittel konsumierenden MigrantInnen aus der GUS am Beispiel der mudra Drogenhilfe Nürnberg, in: Böllinger/Stöver (2002: 425-438)
- Otto, Hans-Uwe/Hirschauer, Paul/Thiersch, Hans (Hg.) 1992: Zeit-Zeichen sozialer Arbeit. Entwürfe einer neuen Praxis, Neuwied/Berlin/Kriftel
- Otto, Hans-Uwe/Thiersch, Hans (Hg.) 2001: Handbuch Sozialarbeit Sozialpädagogik, 2. vollst. überarb. Aufl., Neuwied/Kriftel
- Otto, Ulrich/Bauer, Petra (Hg.) 2005: Mit Netzwerken professionell zusammenarbeiten, 2 Bde., Tübingen
- Pallenbach, Ernst/Ditzel, Peter 2003: Drogen und Sucht. Suchtstoffe, Arzneimittel, Abhängigkeit, Therapie, Stuttgart
- Parnefjord, Ralph 2000: Das Drogentaschenbuch, 2. aktual. u. erw. Aufl., Stuttgart/New York [1997]
- Peters, Friedhelm (Hg.) 1999: Diagnosen, Gutachten, hermeneutisches Fallverstehen. Rekonstruktive Verfahren zur Qualifizierung individueller Hilfeplanung, Frankfurt a.M.
- Petry, Jörg 1993: Behandlungsmotivation. Grundlagen und Anwendungen in der Suchttherapie, Weinheim
- Petry, Jörg 1998: Suchtentwicklung und Motivationsdynamik, in: Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe/Beutel (1998: 7-25)
- Petzold, Hilarion 1974: Drogentherapie. Modelle, Methoden, Erfahrungen, Hoheneck (1974a)
- Petzold, Hilarion 1974: Konzepte zur Drogentherapie, in: Petzold (1974a: 524-527) (1974b)
- Petzold, Hilarion 1974: Therapeutische Modelle und Methoden in der Behandlung Drogenabhängiger, in: Petzold (1974a: 11-61) (1974c)
- Petzold, Hilarion 1974: Das Vierstufenmodell der therapeutische Kette in der Behandlung Drogenabhängiger, in: Petzold (1974a: 133-222) (1974d)

- Petzold, Hilarion 1974: Phoenix und Odyssey Houses als Modelle in der Behandlung Drogenabhängiger, in: Petzold (1974a: 122-132) (1974e)
- Petzold, Hilarion 1980: Vorwort, in: Petzold/Vormann (1980: 7-8) (1980a)
- Petzold, Hilarion 1980: Zum Konzept der Therapiekette und zur Karriere Drogenabhängiger, in: Petzold/Vormann (1980: 208-228) (1980b)
- Petzold, Hilarion 1980: Ablösung und Trauerarbeit im Four-Steps-Modell der gestalttherapeutischen Wohngemeinschaft für Drogenabhängige, in: Petzold/Vormann (1980: 250-282) (1980c)
- Petzold, Hilarion 1992: Menschenbilder als bestimmendes Moment von Grundhaltungen und Konzepten, in: FDR (Hg.): Was hilft? Grundhaltung – Menschenbild – Konzepte, Hannover, S. 16-41
- Petzold, Hilarion 1993: Regelungen für Suchtkrankentherapeuten, in: Sucht, 39. Jg., H. 5, S. 350-353
- Petzold, Hilarion/Vormann, Gernot (Hg.) 1980: Therapeutische Wohngemeinschaften. Erfahrungen, Modelle, Supervision, München
- Petzold, Hilarion/Goffin, Joy J. M./Oudhof, Jolanda 1993: Protektive Faktoren und Prozess. Die „positive“ Perspektive in der longitudinalen, „klinischen Entwicklungspsychologie“ und ihre Umsetzung in die Praxis der Integrativen Therapie, in: Petzold (Hg.): Frühe Schädigungen – späte Folgen? Psychotherapie und Babyforschung, Bd. 1, Paderborn, S. 345-497
- Petzold, Hilarion/Hentschel, Ulrich 1994: Niedrigschwellige und karrierebegleitende Drogenarbeit als Elemente einer Gesamtstrategie der Drogenhilfe, in: Scheiblich (1994a: 89-105)
- Petzold, Hilarion/Scheiblich, Wolfgang/Thomas, Günther 2000: Psychotherapeutische Maßnahmen bei Drogenabhängigkeit, in: Uchtenhagen/Zieglgänsberger (2000: 322-341)
- Pfannkuch, Harald 2000: Stationäre Psychiatrie im Kontext der bundesrepublikanischen Psychiatriereform. Analysen und Gestaltungsmöglichkeiten aus sozialwissenschaftlicher Perspektive, Tübingen
- Pfefferer-Wolf, Hans 2001: Vom Eigensinn, in: Das Argument, 43. Jg., H. 2, S. 209-216
- Pfeiffer, Gerd 1987: Grundzüge des Strafverfahrensrechts, München
- Pfingsten, Kathrin 1997: Frauen zwischen Autonomie und Abhängigkeit. Zum Verhältnis feministischer und akzeptanzorientierter Konzepte in der Drogenhilfe, Berlin
- Planungsgruppe Petra 1991: Analyse von Leistungsfeldern der Heimerziehung. Ein empirischer Beitrag zum Problem der Indikation, Frankfurt a.M. u.a.
- Poehlke, Thomas/Flenker, Ingo/Follmann, Anke u.a. (Hg.) 2000: Suchtmedizinische Versorgung. Grundlagen der Behandlung, Berlin u.a.
- Prinzleve, Michael 2000: Problembelastung und Hilfebedarf von obdachlosen Drogenabhängigen, in: Sucht, 46. Jg., H. 5, S. 318-326
- Prochaska, James O./DiClemente, Carlo C. 1986: Toward a Comprehensive Model of Change, in: Miller, William R./Heather, Nick (Hg.): Treating Addictive Behaviors. Processes of Change, New York/London, S. 3-27
- Projektgruppe TUdrop 1984: Heroinabhängigkeit unbetreuter Jugendlicher, Weinheim/Basel
- Quadt, Ton 1993: Leben mit der Sucht. Das Methadon-Programm „Odyssee“, in: Oettinger (1993a: 57-64)
- Quensel, Stephan 1982: Drogenelend. Cannabis, Heroin, Methadon: Für eine neue Drogenpolitik, Frankfurt a.M./New York
- Quensel, Stephan 1986: Zu den Auswirkungen von AIDS auf die Drogenarbeit. Bieten sich Chancen?, in: WZfS, 9. Jg., H. 4, S. 27-33
- Quensel, Stephan 1991: Leben mit Drogen? Akzeptierende Drogenarbeit als Schadensbegrenzung gegen repressive Drogenpolitik, in: Akzept e.V. (1991: 16-24)

- Quensel, Stephan/Kolte, Brigitta/Nolte, Frank 1996: Zur Cannabis-Situation in der Bundesrepublik Deutschland, <http://www.cedro-uva.org/lib/quensel.cannabis.html>
- Rabes, Manfred/Walter, Rolf/Rottmann, Jens 1998: Frühhilfe bei Anzeichen für die Verfestigung von Drogenkarrieren, in: Meyenberg (1998a: 63-90)
- Rahmeier, Jutta 1993: Welche Relevanz hat die Legalisierungsdebatte für Frauen?, in: Akzept e.V. (1993: 177-185)
- Raithel, Jürgen 2005: Substanzkonsum als lebensstilistische Inszenierung?, in: Dollinger/Schneider (2005: 169-185)
- Raschke, Peter 1992: Zum Widerspruch maßnahmeorientierter und lebensbiographischer Evaluationsforschung, in: Häussler/Schliehe/Brennecke/Weber-Falkensammer (1992: 339-344)
- Raschke, Peter 1993: Folgen der Kriminalisierung, in: Akzept e.V. (1993: 30-47)
- Raschke, Peter/Schliehe, Ferdinand/Fischer, Dieter/Grönemeyer, Axel 1985: Therapie und Rehabilitation bei Drogenkonsumenten. Langzeitstudie am Beispiel des „Hammer Modells“, hgg. v. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW
- Raschke, Peter/Rometsch, Wolfgang 1987: Ausgewählte Ergebnisse einer Zwölfjahresstudie behandelter Drogenkonsumenten, in: Kleiner (1987: 179-196)
- Raschke, Peter/Vertheim, Uwe/Kalke, Jens 1996: Ambulante Abstinenztherapie mit Drogenabhängigen, Freiburg i. Br.
- Rätsch, Christian 2000: Die Entheiligung der Natur. Zur Ethnopharmakologie verbotener Pflanzen, in: Kanitscheider (2000a: 11-29)
- Rau, Harald/Pauli, Paul 2004: Medizinische Psychologie/Medizinische Soziologie systematisch, 2. überarb. Auflage, Bremen/London/Boston [1995]
- Rausch, Christian 1995: Drogenarbeit und Drogenpolitik in Europa, 2. überarb.u. erweit. Aufl., Rheinfelden/Berlin
- Rauschenbach, Thomas/Ortmann, Friedrich/Karsten, Maria-Eleonara (Hg.) 1993: Der sozialpädagogische Blick. Lebensweltorientierte Methoden in der Sozialen Arbeit, Weinheim/München
- Rauschenbach, Thomas u.a. 2004: Konzeptionelle Grundlagen für eine Nationalen Bildungsbericht, Non-formale und informelle Bildung im Kindes- und Jugendalter, hgg. v. BMBF, Berlin
- Reichertz, Jo/Schröer, Norbert 1994: Erheben, Auswerten und Darstellen. Konturen einer wissenssoziologischen Hermeneutik, in: Schröer (1994: 56-84)
- Reinarman, Craig 2005: Sucht als Errungenschaft. Die diskursive Konstruktion gelebter Erfahrung, in: Dollinger/Schneider (2005: 23-41)
- Reinbold, Klaus-Jürgen (Hg.) 1994: Konsumrausch. Der heimliche Lehrplan des Passivismus, Schriftenreihe der AGJ Freiburg i. Br., Bd. 18, Freiburg i. Br.
- Reinl, Heidi 1998: Zur Umsetzung feministischer Standards in nicht-feministischen Zusammenhängen, in: TIFS (1998: 198-216)
- Reinl, Heidi/Stumpp, Gabriele 2000: Perspektiven einer lebensweltorientierten Drogenarbeit. Alltagswelt Drogentherapie und ihre Effekte, in: Sting/Zurhorst (2000: 147-156)
- Reinl, Heidi/Stumpp, Gabriele 2001: Drogentherapie, in: Otto/Thiersch (2001: 301-314)
- Reinl, Heidi/Sander, Isabell 2003: Die AdressatInnen als Co-ProduzentInnen der Hilfe zur Erziehung aus der Perspektive von Kindern und Jugendlichen, Evaluationsbericht, Jugendhilfeplanung Stuttgart
- Reinl, Heidi/Füßenhäuser, Cornelia/Stumpp, Gabriele 2004: Drogentherapie aus lebensweltorientierter Perspektive, in: Grunwald/Thiersch (2004a: 173-193)
- Reitter, Karl 2002: Die 68er Bewegung. Versuch einer Darstellung, Teil 1, in: Grundrisse, H. 3, S. 6-20 (2002a)

- Reitter, Karl 2002: Die 68er Bewegung. Versuch einer Darstellung, Teil 2, in: Grundrisse, H. 4, S. 42-52 (2002b)
- Release Hamburg/Konkret (Hg.) 1972: Sucht ist Flucht. Drogen- und Rauschmittelmissbrauch in der Bundesrepublik. Analysen, Berichte, Forderungen, Hamburg
- Release Heidelberg 1973: Krankheit und Institution. Dokumente der Unterdrückung eines Versuchs zur Selbstorganisation, Giessen
- Remé, Harald 1997: Die strafrechtlichen Bestimmungen des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG), in: Fleisch/Haller/Heckmann (1997: 350-356)
- Remmert, Christian 2000: Abstinenzorientierte Therapie mit substituierten Patienten. Ein Plädoyer für die sinnvolle Verknüpfung zweier etablierter Behandlungsformen, in: Sucht, 46. Jg., H. 4, S. 287-289
- Renggli, René/Tanner, Jakob 1994: Das Drogenproblem. Geschichte, Erfahrungen, Therapiekonzepte, Berlin u.a.
- Repnik, Friedhelm 1993: Zusammenfassung und Schlusswort, in: Oettinger (1993a: 70-71)
- Reuband, Karl-Heinz 1978: Die Polizeipressestelle als Vermittlungsinstanz zwischen Kriminalitätsgeschehen und Kriminalitätsberichterstattung, in: Kriminologisches Journal, 10. Jg., H. 3, S. 174-186
- Reuband, Karl-Heinz 1980: Wie man zum Drogenkonsumenten wird. Über den Einfluss motivations- und situationsspezifischer Bedingungen des ersten Drogenkonsums, in: Kutsch/Wiswede (1980: 58-91)
- Reuband, Karl-Heinz 1994: Soziale Determinanten des Drogengebrauchs. Eine sozialwissenschaftliche Analyse des Gebrauchs weicher Drogen, Opladen
- Reusser, Francois 2001: Joint Adventure oder Tablette? Zur Kultur des Hanfgebrauchs mit seiner Tradition und heutigen Praxis in der Schweiz, in: Abhängigkeiten, H. 3, S. 5-10
- Revenstorf, Dirk/Metsch, Hans 1986: Lerntheoretische Grundlagen der Sucht, in: Feuerlein, Wilhelm (Hg.): Theorie der Sucht, Berlin u.a. S. 121-150
- Reyersbach, Renate/Wieninger, Johann 1995: Motivation als interaktiver Prozess auf der Therapiestation für chronisch Suchtkranke, in: Fleischmann/Klein (1995: 117-118)
- Rieger, Stefan 1999: Selbstentzieher/innen von Heroin, Diplomarbeit, Universität Tübingen, <http://www.bsz-bw.de/cgi-bin/xvms.cgi?SWB8533369>
- Riekenbrauk, Klaus 2003: Schweigepflicht – Datenschutz – Zeugnisverweigerungsrecht, in: Cornel/Kawamura-Reindl/Maelicke/Sonnen (2003: 461-492)
- Rink, Jürgen 1990: Therapierisiken für Männer, in: DHS (1990: 74-81)
- Rink, Jürgen 1994: Stationäre Behandlung von Patienten mit Doppeldiagnosen. Ein Modell, in: Täschner/Heydt/Zäpfel (1994: 34-50)
- Rink, Jürgen (Hg.) 1995: Zur Wirklichkeit der Abstinenzabhängigkeit. Kritische Betrachtungen zu Grundannahmen der Drogentherapie, Geesthacht (1995a)
- Rink, Jürgen 1995: Die therapeutische Gemeinschaft als rettende Insel?, in: Rink (1995: 75-81) (1995b)
- Rist, Fred 2000: Effektivität und Effizienz der Behandlung von Suchtkrankheiten, in: Poehlke u.a. (2000: 73-83)
- Rist, Fred/Reymann, Gerhard 2000: Entwicklung und Aufrechterhaltung von Drogengebrauch und Drogenabhängigkeit, in: Poehlke u.a. (2000: 31-52)
- Robins, Lee N. 1983: Theorie der Drogenanfälligkeit bei Jugendlichen, in: Lettieri/Welz (1983: 225-234)
- Robins, Lee N./Helzer, John E./Davis, Darlene H. 1975: Narcotic Use in Southeast Asia and Afterward, in: Archives of general psychiatry, 32. Jg., H. 8, S. 955-961
- Robins, Lee N./Helzer, John E./Hesselbrock, Michi/Wish, Eric 1980: Vietnam Veterans three years later. How our study changed our view of Heroin, in: Brill, Leon/Winick, Charles (Hg.): The Yearbook of Substance Use and Abuse, New York/London, S. 213-230

- Roch, Irene u.a. 1992: Empirische Ergebnisse zum Therapieabbruch bei Drogenabhängigen. Ein Literaturüberblick, in: Sucht, 38. Jg., H. 5, S. 304-322
- Röhrle, Bernd/Stark, Wolfgang (Hg.) 1985: Soziale Netzwerke und Stützsysteme. Perspektiven für die klinisch-psychologische und gemeindepsychologische Perspektive, Tübingen
- Röhrle, Bernd/Sommer, Gert (Hg.) 1995: Gemeindepsychologie. Bestandsaufnahmen und Perspektiven, Tübingen
- Rommeney, Gerhard 1977: Rauschmittelmissbrauch. Medizinischer Beitrag; in: Sieverts, Rudolf/Schneider, Hans Joachim (Hg.): Handwörterbuch der Kriminologie, Bd. 2, Berlin/New York, S. 472-480
- Roques, Bernard 1998: Probleme durch das Gefahrenpotential von Drogen, http://www.legalisieren.at/studien/roques_report.htm
- Rösgen, Anne 1991: Lernfeld Lebenswelt. Zur Bildungsarbeit mit gering qualifizierten Frauen, München
- Roth, Heinrich 1967: Die realistische Wendung in der pädagogischen Forschung, in: Roth: Erziehungswissenschaft, Erziehungsfeld und Lehrerbildung, Hannover u.a., S. 113-126 [1962]
- Rudolf, Gerd 2002: Gibt es nachweisbare Einflüsse der Geschlechtszugehörigkeit in der Psychotherapie?, in: Schweizer Charta für Psychotherapie (Hg.): Mann oder Frau? Wie bestimmend ist das Geschlecht in der psychotherapeutischen Interaktion?, Tübingen, S. 75-95
- Saake, Ernst-Karl/Stichtenoth, Hartmut 1980: Das „Take-it-Haus“. Anmerkungen zur Vierstufentherapie bei Drogenabhängigen, in: Petzold/Vormann (1980: 283-317)
- Sachs-Pfeiffer, Toni 1989: Partizipation. Teilhaben statt Teilnehmen, in: Stark, Wolfgang (Hg.): Lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung. Konzepte und Strategien für die psychosoziale Praxis, Freiburg i.Br., S. 191-222
- Saß, Henning/Houben, Isabel/Herpertz, Sabine 1999: Zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen, in: Saß/Herpertz (Hg.): Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen. Beiträge zu einem schulenübergreifenden Vorgehen, Stuttgart/New York, S. 1-15
- Saß, Henning/Wittchen, Hans-Ulrich/Zaudig, Michael/Houben, Isabel 2003: Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen DSM-IV-TR, Göttingen u.a.
- Seidenberg; André 1990: Chancen in der Drogenpolitik. Die diversifizierte „Opiat“-Abgabe, in: Schweizerische Ärztezeitung, 76 Jg., H. 6, S. 218-222
- Selling, Peter 1989: Die Karriere des Drogenproblems in den USA. Eine Studie über Verlaufs- und Entstehungsformen sozialer Probleme, Pfaffenweiler
- Sickinger, Richard 1992: Drogenabhängigkeit und ambulante Hilfe, in: Kindermann/Sickinger/Hedrich/Kindermann (1992: 103-138)
- Sickinger, Richard/Kindermann, Walter 1992: Strafe oder Therapie? in: Kindermann/Sickinger/Hedrich/Kindermann (1992: 139-192) (1992a)
- Sickinger, Richard/Kindermann, Walter 1992: Therapie, Strafe und der Ausstiegsprozess, in: Sickinger u.a. (1992: 149-185) (1992b)
- Sickinger, Richard u.a. 1992: Wege aus der Drogenabhängigkeit. Gelungene und gescheiterte Ausstiegsversuche, Freiburg i. Br.
- Soeffner, Hans-Georg 1989: Auslegung des Alltags – Der Alltag der Auslegung. Zur wissenssoziologischen Konzeption einer sozialwissenschaftlichen Hermeneutik, Frankfurt a.M.
- Soeffner, Hans-Georg/Hitzler, Ronald 1994: Hermeneutik als Haltung und Handlung. Über methodisch kontrolliertes Verstehen, in: Schröder (1994: 28-54)

- Sonntag, Dilek/Künzel, Jutta 2000: Hat die Therapiedauer bei alkohol- und drogenabhängigen Patienten einen positiven Einfluss auf den Therapieerfolg?, *Sucht*, 46. Jg., Sonderheft 2
- Sonntag, Gert/Tretter, Felix 2001: Grundaspekte der Suchtkrankentherapie, in: Tretter, Felix/Müller, Angelica (Hg.): *Psychologische Therapie der Sucht*, Göttingen u.a., S. 329-361
- Subkommission Drogenfragen der Eidgenössischen Betäubungsmittelkommission 1996: *Drogenpolitische Szenarien*, Bundesamt für Gesundheitswesen, Bern
- Subkowski, Peter 2001: Zur psychoanalytischen Sicht der Grenzen des Heilens von Suchterkrankungen, in: *Sucht aktuell*, 8. Jg., H. 2, S. 45-51
- Sundermann, Eckhard 1994: Die Aufgabe der Suchtkrankenhilfe. Regionale Versorgung im Verbund mit anderen Einrichtungen, in: *DHS* (1994: 217-228)
- Szasz, Thomas 1978: *Das Ritual der Drogen*, Wien/München/Zürich
- Schaaf, Susanne 2000: Stationäre Suchttherapie von Opiatabhängigen am Beispiel der Schweiz (Schaaf/Schäfer/Schuler: Stationäre Entwöhnungsbehandlung), in: Uchtenhagen/Zieglgänsberger (2000: 299-309)
- Schacke, Joachim 1990: Funktion und Aufgaben der gemeindenahen Suchtkrankenhilfe, in: *DHS* (1990: 194-200)
- Schäfer, Lothar 2000: Stationäre Entwöhnungsbehandlung aus gesundheitspolitischer Sicht (Schaaf/Schäfer/Schuler: Stationäre Entwöhnungsbehandlung), in: Uchtenhagen/Zieglgänsberger (2000: 309-314)
- Schaltenbrand, Jürgen 1994: Familienorientierte Drogenarbeit, in: Scheiblich (1994a: 52-64)
- Scheerer, Sebastian 1978: Der politisch-publizistische Verstärkerkreislauf. Zur Beeinflussung der Massenmedien im Prozess strafrechtlicher Normgenese, in: *Kriminologisches Journal*, 10. Jg., H. 3, S. 223-227
- Scheerer, Sebastian 1980: Über die Erfindung des helfenden Zwanges. Drogenrecht und -therapie, 1. Teil, in: *links*, 12. Jg., H. 127, S. 26-27 (1980a)
- Scheerer, Sebastian 1980: Über die Erfindung des helfenden Zwanges. Drogenrecht und -therapie, 2. Teil, in: *links*, 12. Jg., H. 128, S. 22-23 (1980b)
- Scheerer, Sebastian 1980: Therapie als Strafe. Therapie als Kontrolle, in: *Sozialmagazin* 5. Jg., H. 7/8, S. 22-32 (1980c)
- Scheerer, Sebastian 1982: Die Genese der Betäubungsmittelgesetze in der Bundesrepublik Deutschland und in den Niederlanden, Göttingen
- Scheerer, Sebastian 1983: Ordnungspolitik gegen Fixer: mögliche Nebenwirkung Tod?, in: Bossong/Marzahn/Scheerer (1983: 14-21) (1983a)
- Scheerer, Sebastian 1983: Drogentherapie und Grundgesetz, in: Bossong/Marzahn/Scheerer (1983: 84-96) (1983b)
- Scheerer, Sebastian 1993: Einige Anmerkungen zur Geschichte des Drogenproblems, in: *Soziale Probleme*, 4. Jg., H. 1, S. 78-98
- Scheff, Thomas 1973: *Das Etikett „Geisteskrankheit“*. Soziale Interaktion und psychische Störung, Frankfurt a.M.
- Scheiblich, Wolfgang (Hg.) 1994: *Sucht aus der Sicht psychotherapeutischer Schulen*, Freiburg i. Br. (1994a)
- Scheiblich, Wolfgang 1994: Voraussetzungen einer Integrativen Therapie mit Drogenabhängigen, in: Scheiblich (1994a: 118-121) (1994b)
- Scheiblich, Wolfgang 2000: Was wirkt bei der Überwindung von Abhängigkeit?, in: Nickolai (2000: 13-33)
- Scheiblich, Wolfgang/Schwehm, Helmut/Heudtlass, Jan-Hendrik 1990: Therapie der Drogenabhängigkeit, in: *DHS* (1990: 141-156)

- Scherbaum, Norbert 1999: Grundprinzipien der Therapie, in: Gastpar/Mann/Rommelspacher (1999: 94-103)
- Scherhorn, Gerhard 1994: Konsum als Kompensation, in: Reinbold (1994: 7-41)
- Schilling, Sieghard 2000: Verbundsysteme, Trägervielfalt und Kostendruck, in: Fachverband Sucht e.V. (2000: 414-422)
- Schimank, Uwe 1996: Theorien gesellschaftlicher Differenzierung, Opladen
- Schivelbusch, Wolfgang 1980: Das Paradies, der Geschmack und die Vernunft. Eine Geschichte der Genussmittel, München/Wien
- Schlömer, Hermann 1996: Das Märchen vom „Helfenden Zwang“, in: Akzept e.V./BISDRO (1996: 138-149)
- Schlösser, Anton 1994: Die Abhängigkeitsversorgung. Ein Zweiklassensystem?, in: Täschner/Heydt/Zäpfel (1994: 16-33)
- Schmerl, Christiane 1984: Drogenabhängigkeit. Kritische Analyse psychologischer und soziologischer Erklärungsansätze, Opladen
- Schmid, Martin 2003: Drogenhilfe in Deutschland. Entstehung und Entwicklung 1970-2000, Frankfurt a.M.
- Schmid, Martin/Vogt Irmgard 1998: Die Entwicklung des Drogenhilfesystems in Deutschland, 1970 - 1995, in: WZfS, 21. Jg., H.2/3, S. 39-52
- Schmidt, Bettina/Alte-Teigeler, Antje/Hurrelmann, Klaus 1999: Soziale Bedingungsfaktoren von Drogenkonsum und Drogenmissbrauch, in: Gastpar/Mann/Rommelspacher (1999: 50-69)
- Schmidt, Cornelia 1995: Therapierisiken für Frauen, in: Fleischmann/Klein (1995: 50-57)
- Schmidt, Frank 1994: Abstinenz – unabdingbares Kriterium? Therapieerfolg aus der Sicht des Leistungsträgers, in: Fachverband Sucht e.V. (1994: 147-149)
- Schmidt, Hans-Peter 1987: Die Sache mit dem „Kontrollverlust“ oder: eine natürliche Erklärung, in: Suchtgefahren, 33. Jg., H. 3, S. 207-210
- Schmidt, Lothar 1990: Die Individualisierung der Suchttherapie aus Sicht der Verbände, in: Heide (1990: 93-99)
- Schmidt, Lutz G. 1999: Diagnostik der Abhängigkeitserkrankungen, in: Gastpar/Mann/Rommelspacher (1999: 70-82)
- Schmidt, Torsten 1989: Wie ein bunter Fisch im Wasser. Straßenarbeit in Amsterdam, in: Steffan (1989a: 86-94)
- Schmidt, Torsten 1991: Hochschwellig – niedrighschwellig – tiefstschwellig, in: NP, 21. Jg., H. 5/6, S. 415-427
- Schmidt, Werner J. 1996: Biologische Grundlagen der Sucht, in: Längle/Mann/Buchkremer (1996: 87-99)
- Schmidt-Semisch, Henning 1992: Drogen als Genussmittel. Ein Modell zur Freigabe illegaler Drogen, München (1992a)
- Schmidt-Semisch, Henning 1992: Zwischen Sucht und Genuss, in: Neumeyer/Schaich-Walch (1992a: 140-146) (1992b)
- Schmolke, Rüdiger 2000: Bedingungen für eine innovative regionale Drogenpolitik in Deutschland. Eine Policy-Netzwerkanalyse der Partydrogenpolitik in Frankfurt a.M., Hamburg und Berlin., Magisterarbeit Universität Hamburg, <http://www.eve-rave.net/download.sp?file=politics110>
- Schneider, Ralf 1992: Grundannahmen deutscher Suchttherapiekonzepte, in: Heide, Martin/Klein, Thomas/Lieb, Hans (Hg.): Abhängigkeit. Zwischen biochemischem Programm und steuerbarem Verhalten, Bonn, S. 97-122
- Schneider, Werner 1988: Zur Frage von Ausstiegschancen und Selbstheilung bei Opiatabhängigkeit. Auswertung von Ergebnissen aus Langzeitforschung, in: Suchtgefahren, 34. Jg., H. 6, S. 472-490

- Schneider, Wolfgang 1990: Die Aufhebung des deutschen Abstinenzparadigmas. Zur Funktionsbestimmung niedrigschwelliger Angebote in der Drogenarbeit, in: WZfS, 13. Jg., H. 3-4, S. 35-43
- Schneider, Wolfgang 1992: Akzeptierende Drogenarbeit als Empowerment, in: Monatschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform, 75. Jg., H. 2/3, S. 159-167
- Schneider, Wolfgang 1997: Niedrigschwellige Angebote und akzeptanzorientierte Drogenarbeit, in: WZfS, 20. Jg., H. 3-4, S. 67-70
- Schneider, Wolfgang 1998: Zwischen Drogenkrieg und Schadensbegrenzung, in: Frankfurter Rundschau v. 02.03.1998, H. 51, S. 8 (1998a)
- Schneider, Wolfgang 1998: Akzeptierende Drogenarbeit, Harm Reduction und Empowerment, in: Lochmann (1998: 35-51) (1998b)
- Schneider, Wolfgang 1998: Quo Vadis Drogenhilfe? Zur Qualitätssicherungsdiskussion in der Drogenhilfe, in: NP, 28. Jg., H. 2, S. 163-171 (1998c)
- Schneider, Wolfgang 1999: Drogenmythen in Drogenforschung, Drogenhilfe und Drogenpolitik. Gibt es Entzauberungsmöglichkeiten?, in: Akzept e.V./Trimbos Institut (1999: 47-64)
- Schneider, Wolfgang 2001: Klientenproduktion und Reparaturmentalität. Oder: Der heimliche Lehrplan der Drogenhilfe, in: Sozialmagazin, 26. Jg., H. 11, S. 20-25
- Schneider, Wolfgang/Gerlach, Ralf (Hg.) 2004: DrogenLeben. Bilanz und Zukunftsvisionen akzeptanzorientierter Drogenhilfe und Drogenpolitik, Berlin
- Schöch, Heinz 1993: Entkriminalisierung, Entpönalisierung, Reduktionismus. Quantitative Prinzipien in der Kriminalpolitik, in: Albrecht u.a. (1993: 245-256)
- Schreyögg, Astrid 1994: Zur Organisationskultur stationärer Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe. Entwicklungen, Einflüsse, in: Fachverband Sucht e.V. (1994: 266-277)
- Schröder, Burkhard 1993: Heroin. Sucht ohne Ausweg? Ein Aufklärungsbuch, Reinbek b. Hamburg
- Schröer, Norbert (Hg.) 1994: Interpretative Sozialforschung, Opladen
- Schröer, Norbert 1997: Wissenssoziologische Hermeneutik, in: Hitzler/Honer (1997: 109-129)
- Schubert, Anne 1998: Offene Arbeit in der stationären Arbeit mit Suchtkranken. Therapie in einem schwierigen Setting, in: WZfS, 21. Jg., H. 1, S. 49-56
- Schüler, Julia/Dietz, Franziska 2004: Kurzlehrbuch Medizinische Psychologie und Soziologie, Stuttgart/New York
- Schuler, Wolfram 2000: Die Zukunft der stationären Suchttherapie. Kostenanpassung oder inhaltliche Weiterentwicklung (Schaaf/Schäfer/Schuler: Stationäre Entwöhnungsbehandlung), in: Uchtenhagen/Zieglgänsberger (2000: 315-322)
- Schuller, Klaus 1991: Von Release zur Therapeutischen Kette und zurück?, in: Schuller/Stöver (1991: 31-51)
- Schuller, Klaus/Stöver, Heino (Hg.) 1991: Akzeptierende Drogenarbeit. Ein Gegenentwurf zur traditionellen Drogenhilfe, Freiburg i. Br. (1991a)
- Schuller, Klaus/Stöver, Heino 1991: Kontaktläden und „Druckräume“, in: Schuller/Stöver (1991a: 78-92) (1991b)
- Schulte, Annette 1999: Bernfelds Kinderheim Baumgarten als ein „Möglichkeitsraum“, in: Colla u.a. (1999: 255-264)
- Schulz, Paul 1974: Drogentherapie. Analysen und Projektionen, Frankfurt a.M./New York
- Schulze, Gerhard 1992: Die Erlebnisgesellschaft. Kultursoziologie der Gegenwart, Frankfurt a.M.
- Schütz, Alfred 1971: Wissenschaftliche Interpretation und Alltagsverständnis menschlichen Handelns, in: Schütz: Gesammelte Aufsätze, Bd. 1: Das Problem der sozialen Wirklichkeit, Den Haag, S. 3-54

- Schütz, Alfred 1972: Der gut informierte Bürger, in: Schütz: Gesammelte Aufsätze, Bd. 2: Studien zur soziologischen Theorie, Den Haag, S. 85-101
- Schütze, Werner/Michalzik, Dorothea/Weiß, Heike/Wegener, Bernhard 1999: Drogennotfallprophylaxe. Die Sofortbetreuung Drogenabhängiger im Allgemeinkrankenhaus, in: Soziale Arbeit, 48. Jg., H. 1, S. 14-18
- Schwäbisches Tagblatt vom 03.02.2004: Der kontrollierte Rausch. Wer totale Abstinenz verlangt, erreicht die meisten Jugendlichen nicht, S. 3
- Schwarzer, Wolfgang/Trost, Alexander 2002: Einführung und Grundlagen, in: Schwarzer/Trost (Hg.): Psychiatrie und Psychotherapie für psychosoziale und pädagogische Berufe, Dortmund, S. 11-22
- Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme 2001: Cannabis auf der Schwelle zum legalen Rauschmittel. Was die Schweizer und Schweizerinnen vom Cannabiskonsum halten, Lausanne,
<http://www.sfa-ispa.ch/Actions/de/cannabisbefragung1.PDF>
- Schwenker, Karin/Sundermann, Marianne 1999: Stationäre Therapie und akzeptierende Drogenhilfe ein Widerspruch?, in: Akzept e.V./Trimbos Institut (1999: 167-175)
- Schwilk 1996: Drogenpolitik in der Krise. Modelle und Reformansätze, Konstanz
- Schwoon, Dirk R. 1992: Motivation – ein kritischer Begriff in der Behandlung Suchtkranker, in: Wienberg, Günther (Hg.): Die vergessene Mehrheit. Zur Realität der Versorgung alkohol- und medikamentenabhängiger Menschen, Bonn, S. 170-182
- Schwoon Dirk R. 1994: Diagnose und Therapie von Patienten mit Doppeldiagnosen. Ein neues Paradigma der Suchtkrankenbehandlung?, in: Täschner/Heydt/Zäpfel (1994: 51-74)
- Schwoon, Dirk R. 1998: Motivation. Über die Nützlichkeit eines unklaren Begriffs, in: Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe/Beutel (1998: 27-40)
- Schwoon, Dirk R. 2000: Veränderungsprozesse bei Suchtkranken im Verbundsystem der Suchthilfe. Psychologische Aspekte, in: Thomasius (2000a: 147-160)
- Schwoon, Dirk R./Krausz, Michael (Hg.) 1990: Suchtkranke. Die ungeliebten Kinder der Psychiatrie, Stuttgart (1990a)
- Schwoon, Dirk R./Krausz, Michael 1990: Psychiatrie und Sucht. Anmerkungen zu einem zwiespältigen Verhältnis, in: Schwoon/Krausz (1990a: 3-15) (1990b)
- Spode, Hasso 1993: Die Macht der Trunkenheit. Kultur- und Sozialgeschichte des Alkohols in Deutschland, Opladen
- Spode, Hasso 1997: Alkoholismus als geschichtliches Problem. Zur Entwicklung und Problematik des Suchtbegriffs, in: LSS (1997a: 7-30)
- Sporn, Harald 1990: Großgruppenarbeit in der stationären Entwöhnungsbehandlung von alkohol- und medikamentenabhängigen Patienten, in: Suchtgefahren, 36. Jg., H. 4, S. 274-278
- Springer, Alfred 1984: Selbsthilfe unter dem Abstinenzdiktat, in: Eisenbach-Stangl/Stangl (1984: 203-225)
- Sprondel, Walter M. 1979: „Experte“ oder „Laie“. Zur Entwicklung von Typenbegriffen in der Wissenssoziologie, in: Sprondel/Grathoff, Richard (Hg.): Alfred Schütz und die Idee des Alltags in den Sozialwissenschaften, Stuttgart, S. 140-154
- Stauber, Barbara 1995: Im Dickicht der Diskurse. Planung und Soziale Arbeit, in: Bolay/Herrmann (1995: 57-69)
- Stauber, Barbara 1996: Lebensgestaltung alleinerziehender Frauen. Balancen zwischen Anpassung und Eigenständigkeit in ländlichen Regionen, Weinheim/München
- Stauber, Barbara 2004: Junge Frauen und Männer in Jugendkulturen. Selbstinszenierungen und Handlungspotentiale, Opladen

- Steffan, Werner (Hg.) 1989: Straßensozialarbeit. Eine Methode für heiße Praxisfelder, Weinheim/Basel (1989a)
- Steffan, Werner 1989: Streetwork in der Drogenszene. Begründung und Leistungsfähigkeit, in: Steffan (1989a: 31-47) (1989b)
- Steffan, Werner/Stürmer, Marco 2002: Streetwork, in: Böllinger/Stöver (2002: 344-354)
- Steiger, R. Integrative prozessorientierte Sozialtherapie, in: WZfS, 9. Jg., H. 4, S. 19-22
- Steingass, Hans-Peter 2001: Soziotherapie. Mehr oder weniger anders als Psychotherapie?, in: Fachverband Sucht e.V. (2001: 332-340)
- Steinhage, Rosemarie 1999: Sexueller Missbrauch, in: Albrecht, Günter/Grönemeyer, Axel/Stallberg, Friedhelm W. (Hg.): Handbuch soziale Probleme, Opladen, S. 650-666
- Stein-Hilbers, Marlene 1985: Selbstreflexive Ansätze in der Drogenforschung; in: Psychologie und Gesellschaftskritik, 9. Jg., H. 3, S. 95-107
- Stimmer, Franz (Hg.) 2000: Suchtlexikon, München/Wien
- Stepputtis, Hartmut 1992: Das Hilfeangebot muss ständig modernisiert werden. Flexibilisierung, Differenzierung und Individualisierung als neue Behandlungsansätze in der stationären Drogenarbeit, in: Blätter der Wohlfahrtspflege, 139. Jg., H. 10, S. 274-276
- Sting, Stephan 1999: Suchtprävention als Bildungsaufgabe. Perspektiven für die außerschulische Jugendarbeit, in: NP, 29. Jg., H. 5, S. 490-499
- Sting, Stephan/Zurhorst, Günter (Hg.) 2000: Gesundheit und Soziale Arbeit. Gesundheit und Gesundheitsförderung in den Praxisfeldern Sozialer Arbeit, Weinheim/München
- Sting, Stephan/Blum, Cornelia 2003: Soziale Arbeit in der Suchtprävention, München/Basel
- Stohler, Rudolf 2000: Komorbidität, in: Uchtenhagen/Zieglsgänsberger (2000: 271-273)
- Stöver, Heino 1991: Akzeptierende Drogenarbeit. Entwicklungen, Bedingungen und Perspektiven, in: Schuller/Stöver (1991: 14-30)
- Stöver, Heino 1994: Drogenfreigabe. Plädoyer für eine integrative Drogenpolitik, Freiburg i. Br.
- Stöver, Heino 1997: Akzeptanz und „harm-reduction“-Ansätze in der Suchtkrankenhilfe, in: Bossong/Gölz/Stöver (1997a: 80-103)
- Stöver, Heino 1999: Ziele Akzept e.V., <http://www.akzept.org> (1999a)
- Stöver, Heino (Hg.) 1999: Akzeptierende Drogenarbeit. Eine Zwischenbilanz, Freiburg i. Br. (1999b)
- Stöver, Heino 1999: Akzeptierende Drogenarbeit – Rückblick und Perspektiven, in: Stöver (1999b: 11-24) (1999c)
- Stöver, Heino/Jacob, Jutta 1998: Infektionsprophylaxe im Niedersächsischen Justizvollzug. Ausgewählte Aspekte der Projektevaluation, in: Meyenberg (1998a: 29-61)
- Strauss, Anselm L. 1991: Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen soziologischen Forschung, München
- Strauss, Anselm L./Corbin, Juliet 1996: Grounded Theory. Grundlagen qualitativer Sozialforschung, Weinheim
- Strobl, Rainer 1992: Drogengebrauch als Problem oder das Problem des Drogenproblems?, in: Böker/Nelles (1992: 101-110)
- Strotmann, Michael/Thiem, Michael 2000: Arbeit ist nicht alles, aber mehr als man denkt. Die Bedeutung von Arbeit und Beschäftigung in der soziotherapeutischen Arbeit mit Suchtkranken, in: Fachverband Sucht e.V. (2000: 407-413)
- Strübing, Jörg 2004: Grounded Theory. Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung des Verfahrens der empirisch begründeten Theoriebildung, Wiesbaden
- Stumpp, Gabriele 2003: Biographie und Gesundheit. Subjektive Gesundheitstheorien als widerspenstige Konstrukte, <http://w210.ub.uni-tuebingen.de/dbt/volltexte/2003/852>
- Sturm, Karsten/Meyer, Andreas 1974: Gruppendynamik und Gruppentherapie bei der Behandlung Drogenabhängiger im „Four-Steps“-Modell der therapeutischen Wohngemeinschaft. Ein Bericht aus dem Take It-Haus, in: Petzold (1974a: 223-237)

- Täschner, Karl-Ludwig 1983: Therapie der Drogenabhängigkeit. Ein Handbuch, Stuttgart u.a.
- Täschner, Karl-Ludwig 1993: Sucht ist heilbar, in: Oettinger (1993a: 42-47) (1993a)
- Täschner, Karl-Ludwig 1993: Die Droge Haschisch, in: Oettinger (1993a: 66-69) (1993b)
- Täschner, Karl-Ludwig/Heydt, Gerhard/Zäpfel, Helmut (Hg.) (1994): Doppelte Diagnose, halbe Hilfe. Möglichkeiten und Grenzen der Versorgung von Suchtkranken mit Doppeldiagnosen, Freiburg i. Br.
- Tasseit, Siegfried 1995: Zur gesellschaftlichen Legitimation von Suchttherapie, in: WZfS, 18. Jg., H.1-2, S. 35-43
- Thamm, Berndt Georg 1989: Drogenfreigabe – Kapitulation oder Ausweg? Pro und Contra zur Liberalisierung von Rauschgiften als Maßnahme zur Kriminalitätsprophylaxe, Hilden/Rhld.
- Thamm, Berndt Georg 1991: Die Drogenbekämpfung im 20. Jahrhundert. Von der Drogenächtung zur Militarisierung der Drogenabwehr – unter besonderer Berücksichtigung der Prohibitionspolitik, in: de Boor/Frisch/Rode (1991: 59-87)
- Thiel, Günter/Pölckow, Martin 1998: Therapieverlauf, schulisch-berufliche Integration, Kattmense und Prozesszusammenhänge bei 100 drogenabhängigen Personen einer sozialtherapeutischen Wohngemeinschaft, in: WZfS, 21. Jg., H. 1, S. 37-48
- Thiersch, Hans 1977: Institution Heimerziehung. Pädagogischer Schonraum als totale Institution, in: Thiersch: Kritik und Handeln. Interaktionistische Aspekte der Sozialpädagogik, Neuwied/Darmstadt, S. 75-87
- Thiersch, Hans 1978: Die hermeneutisch-pragmatische Tradition der Erziehungswissenschaft, in: Thiersch, Hans/Ruprecht, Horst/Herrmann, Ulrich: Die Entwicklung der Erziehungswissenschaft, München, S. 11-108
- Thiersch, Hans 1986: Die Erfahrung der Wirklichkeit. Perspektiven einer alltagsorientierten Sozialpädagogik, Weinheim/München
- Thiersch, Hans 1992: Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Aufgaben der Praxis im sozialen Wandel, Weinheim/München (1992a)
- Thiersch, Hans 1992: Schon wieder – und noch einmal – alltagsorientierte Sozialpädagogik, in: Otto/Hirschauer/Thiersch (1992: 33-41) (1992b)
- Thiersch, Hans 1993: Strukturierte Offenheit. Zur Methodenfrage einer lebensweltorientierten Sozialen Arbeit, in: Rauschenbach/Ortmann/Karsten (1993: 11-28)
- Thiersch, Hans 1995: Lebenswelt und Moral. Beiträge zur moralischen Orientierung Sozialer Arbeit, Weinheim/München (1995a)
- Thiersch, Hans 1995: Alltagshandeln und Sozialpädagogik, in: NP, 25. Jg., H. 3, S. 215-234 [1978] (1995b)
- Thiersch, Hans 1995: Ausblick, in: Thiersch, Hans/Grunwald, Klaus (Hg.): Zeitdiagnose Soziale Arbeit. Zur wissenschaftlichen Leistungsfähigkeit der Sozialpädagogik in Theorie und Ausbildung, Weinheim/München, S. 245-251 (1995c)
- Thiersch, Hans 1996: Drogenprobleme in einer süchtigen Gesellschaft, in: Längle/Mann/Buchkremer (1996: 51-69)
- Thiersch, Hans 1997: Soziale Beratung, in: Nestmann (1997a: 99-110)
- Thiersch, Hans 1999: Sucht und Suche nach Leben, Vortragsmanuskript (1999a)
- Thiersch, Hans 1999: Ambulante Erziehungshilfen und das Konzept Lebensweltorientierung, in: Chassé, Karl-August/Wensierski, Jürgen (Hg.): Praxisfelder der Sozialen Arbeit, Weinheim/München, S. 117-129 (1999b)
- Thiersch, Hans 2001: Erziehungshilfen und Lebensweltorientierung. Bemerkungen zu Bilanz und Perspektiven, in: Birtsch, Vera/Münstermann, Klaus/Trede, Wolfgang (Hg.): Handbuch Erziehungshilfen. Leitfaden für Ausbildung, Praxis und Forschung, Münster, S. 213-233

- Thiersch, Hans 2002: Positionsbestimmungen der Sozialen Arbeit. Gesellschaftspolitik, Theorie und Ausbildung, Weinheim/München
- Thiersch, Hans 2003: 25 Jahre alltagsorientierte Soziale Arbeit. Erinnerung und Aufgabe, in: Zeitschrift für Sozialpädagogik, 1. Jg., H. 2, S. 114-130
- Thiersch, Hans 2004: Lebensweltorientierte Soziale Beratung, in: Nestmann, Frank/Engel, Frank/Sickendiek, Ursula (Hg.): Das Handbuch der Beratung. Ansätze, Methoden und Felder, Bd. 2, Tübingen, S. 699-709
- Thiersch, Hans/Reinl, Heidi/Stumpp, Gabriele/Füssenhäuser, Cornelia 2001: Alltagswelten und pädagogisch-therapeutischer Erfolg in Einrichtungen der Drogenarbeit, in: Forschungsschwerpunkt Suchtforschung (2001: 64-102)
- Thiersch, Hans/Grunwald, Klaus/Köngeter, Stephan 2002: Lebensweltorientierte Soziale Arbeit, in: Thole (2002a: 161-178)
- Thole, Werner (Hg.) 2002: Grundriss Soziale Arbeit, Opladen (2002a)
- Thole, Werner 2002: Soziale Arbeit als Profession und Disziplin. Das sozialpädagogische Projekt in Praxis, Theorie, Forschung und Ausbildung – Versuch einer Standortbestimmung, in: Thole (2002a: 13-61) (2002b)
- Thole, Werner 2003: „Wir lassen uns unsere Weltsicht nicht verwirren“. Rekonstruktive Sozialforschung und Soziale Arbeit – Reflexionen über eine ambivalente Beziehung, in: Schweppe, Cornelia (Hg.): Qualitative Forschung in der Sozialpädagogik, Opladen, S. 43-65
- Thomas, Konrad 1998: Ritual und Vergessen. Zu René Girards Theorem der *méconnaissance*, in: Schäfer, Alfred/Wimmer, Michael (Hg.): Rituale und Ritualisierungen, Opladen, S. 109-115
- Thomasius, Rainer (Hg.) 2000: Psychotherapie der Suchterkrankungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend, Stuttgart/New York (2000a)
- Thomasius, Rainer 2000: Interpersonale Aspekte der Suchterkrankungen, in: Thomasius (2000a: 71-89) (2000b)
- TIFS – Tübinger Institut für frauenpolitische Sozialforschung e.V. (Hg.) 1998: Den Wechsel im Blick. Methodologische Ansichten feministischer Sozialforschung, Pfaffenweiler
- Trede, Wolfgang 2001: Hilfen zur Erziehung, in: Otto/Thiersch (2001: 787-803)
- Treptow, Rainer 1985: Raub der Utopie. Zukunftskonzepte bei Schütz und Bloch – Kritik der Alltagspädagogik, Bielefeld
- Treptow, Rainer 1992: Schneller und langsamer leben, in: Otto/Hirschauer/Thiersch (1992: 7-15)
- Treptow, Rainer 2002: „Schaffung kultureller Tatsachen“. Siegfried Bernfelds Beitrag zur pädagogischen Struktur- und Prozessreflexivität, in: Liegle/Treptow (2002: 167-180).
- Tretter, Felix 1994: Psychosoziale Aspekte der Entzugstherapie, in: Tretter/Bussello-Spieth/Bender (1994a: 47-62) (1994a)
- Tretter, Felix 1994: Das Bedingungsgefüge süchtigen Verhaltens, in: Tretter/Bussello-Spieth/Bender (1994a: 5-27) (1994b)
- Tretter, Felix 1996: Sozialökologie des Drogenproblems, in: Gesundheitswesen, 60. Jg., Sonderheft 1, S. 47-55
- Tretter, Felix 1999: Illegale Suchtmittel und ihre medizinischen Auswirkungen, in: Höfling (1999a: 77-98)
- Tretter, Felix 2003: Suchthilfe und Ökonomie – im Spannungsfeld zwischen Evidenzbasierung, Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit, <http://fdr-online.info/26-bdk.php>
- Tretter, Felix/Bussello-Spieth, Sabine/Bender, Wolfram (Hg.) 1994: Therapie von Entzugssyndromen, Berlin u.a. (1994a)
- Tretter, Felix/Bussello-Spieth, Sabine/Bender, Wolfram 1994: Differentielle Entzugstherapie, in: Tretter/Bussello-Spieth/Bender (1994a: 97-111) (1994b)

- Tretter, Felix/Bussello-Spieth, Sabine/Bender, Wolfram 1994: Diagnostik bei der Entzugsbehandlung, in: Tretter/Bussello-Spieth/Bender (1994a: 87-96) (1994c)
- Trinkler, Judith/Spreyermann, Christine 2002: Es braucht frauenspezifische und frauengerechte Drogenarbeit, weil ..., in: Böllinger/Stöver (2002: 87-93)
- Trost, Alexander 2002: Abhängigkeitserkrankungen, in: Schwarzer, Wolfgang (Hg.): Lehrbuch der Sozialmedizin für Sozialarbeit, Sozial- und Heilberufe, Dortmund, S. 277-334
- Trüg, Erich 1992: Evaluationsstudie zum niedrigschwelligen Drogenentzug, in: Sucht, 38. Jg., H. 5, S. 324-335
- Trüg, Erich 1995: Drogenpolitische Wandlung und der neue Stellenwert von Entzugsbehandlung, in: Behrendt/Degkwitz/Trüg (1995: 12-19)
- Tuma, Christian 1999: Die Wiener BerufsBörse, in: WZfS, 22. Jg., H. 3, S. 23-26
- Türk, Dilek/Welsch, Karin 2000: SEDOS – Jahresstatistik 1999 der stationären Suchtkrankenhilfe in Deutschland, Sucht, 46. Jg., Sonderheft 1
- Uchtenhagen, Ambros 1992: Erkenntnisse aus einigen Behandlungsansätzen und Behandlungserfahrungen, in: Böker/Nelles (1992: 221-232)
- Uchtenhagen, Ambros 1995: Wertewandel in der Drogentherapie, in: Rink (1995a: 11-22)
- Uchtenhagen, Ambros 2000: Therapeutische Ansätze. Übersicht, in: Uchtenhagen/Zieglgänsberger (2000: 279-282) (2000a)
- Uchtenhagen, Ambros 2000: Definition und Begriffe, in: Uchtenhagen/Zieglgänsberger (2000: 1-3) (2000b)
- Uchtenhagen, Ambros/Schaaf, Susanne 2000: Geschichte und Entwicklungstendenzen in der Behandlung Drogenabhängiger in Europa, in: Uchtenhagen/Zieglgänsberger (2000: 394-406)
- Uchtenhagen, Ambros/Zieglgänsberger, Walter (Hg.) 2000: Suchtmedizin. Konzepte, Strategien und therapeutisches Management, München/Jena
- Ullrich, Carsten G. 1999: Deutungsmusteranalyse und diskursives Interview. Leitfadenskonstruktion, Interviewführung und Typenbildung, Arbeitspapiere – Mannheimer Zentrum für Europäische Sozialforschung
- Vaillant, George E. 1989: Was können wir aus Langzeitstudien über Rückfall und Rückfallprophylaxe bei Drogen- und Alkoholabhängigen lernen?, in: Watzl/Cohen (1989: 29-52)
- Vaney, Claude 2003: Klinische Studie mit Cannabinoiden bei MS-Patienten, Bernische Höhenklinik, <http://www.hanf-info.ch/info.de/article837.html>
- Veltrup, Clemens 1995: Eine empirische Analyse des Rückfallgeschehens bei entzugsbehandelten Alkoholabhängigen, in: Körkel/Lauer/Scheller (1995: 25-35) (1995a)
- Veltrup, Clemens 1995: Strukturierte Motivationstherapie bei Alkoholabhängigen. Das Lübecker Behandlungsmodell, in: Fleischmann/Klein (1995: 29-42) (1995b)
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hg.) 1991: Kommission zur Weiterentwicklung der Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung, Abschlussberichte – Bd. III, Arbeitsbereich „Rehabilitationskonzepte“, Teilband 3, Darmstadt
- Vogt, Irmgard 1990: Therapierisiken für Frauen in der Suchtkrankenhilfe, in: DHS (1990: 58-73)
- Vogt, Irmgard 1997: Geschlechtsspezifische Aspekte von Beratung. Exemplarische Überlegungen am Beispiel der Suchtkrankenhilfe, in: Nestmann (1997: 137-150)
- Vogt, Irmgard/Scheerer, Sebastian 1989: Drogen und Drogenpolitik, in: Scheerer/Vogt (Hg.): Drogen und Drogenpolitik. Ein Handbuch, Frankfurt a.M./New York, S. 3-50

- Voigt, Rolf 1997: Anforderungen an ein zeitgemäßes Regel- und Kontrollsystem in Rehabilitationseinrichtungen zur Behandlung von Drogenabhängigkeit, in: Baudis u.a. (1997: 93-99)
- Vollmer, Heinz C. 1991: Die vorzeitige Therapiebeendigung. Empirie, Theorie, Interventionen und einige kritische Anmerkungen, in: Heigl-Evers/Helas/Vollmer (1991: 152-180)
- Vollmer, Heinz C. 2000: Verhaltenstheoretische Aspekte der Suchterkrankungen, in: Thomasius (2000a: 55-70)
- Völger, Gisela/Welck, Karin von (Hg.) 1982: Rausch und Realität. Drogen im Kulturvergleich, 3 Bde., Reinbek b. Hamburg
- Vormann, Gernot 1991: Klinischer Entzug, in: Heckmann (1991a: 17-28)
- Vormann, Gernot/Heckmann, Wolfgang 1980: Zur Geschichte der therapeutischen Wohngemeinschaften in Deutschland, in: Petzold/Vormann (1980: 24-57)
- Waldorf, Dan 1973: *Careers in dope*, Englewood Cliffs, New Jersey
- Waldorf, Dan 1983: Natural recovery from opiate addiction. Some social-psychological processes of untreated recovery, in: *Journal of Drug Issues*, 13. Jg., H. 2, S. 237-280
- Walter, Wolfgang 1993: „Ich bin nur mäßig enttäuscht darüber“. Zur Interpretation der Familienberichterstattung und der Sachverständigen-Rolle im Lichte von Experteninterviews, Arbeitspapiere Universität Konstanz, Forschungsschwerpunkt „Gesellschaft und Familie“, Nr. 1
- Wambach, Max M. 1988: Über die Pflicht des Menschen, gesundheitsschädliches Verhalten zu vermeiden. Die „vergessene“ Lebenswelt im Risikofaktorenmodell, in: *Psychologie und Gesellschaftskritik*, 12. Jg., H. 48, S. 5-18
- Wanke, Klaus 1995: Suchtkrankenhilfe im Wandel der letzten 30 Jahre. Individuum – Institution – Vernetzung, in: DHS (1995: 17-30)
- Wassenberg, Karl 1997: Der somatische Pietismus. Zur sozialen Genese des Suchtmodells, in: LSS (1997a: 62-84)
- Watzl, Hans/Cohen, Rudolf (Hg.) 1989: *Rückfall und Rückfallprophylaxe*, Berlin u.a.
- Wax, Rosalie H. 1979: Das erste und unangenehmste Stadium der Feldforschung, in: Gerdes (1979: 68-74)
- Weber, Klaus (Hg.) 2002: *Rechtswörterbuch*, 17. neu bearb. Aufl., München
- Weber, Georg/Schneider, Wolfgang 1992: *Herauswachsen aus der Sucht*, Münster
- Weber, Rainer/Tschuschke, Volker 2002: Gruppenpsychotherapie, in: Fengler (2002: 209-216)
- Weimer, Jürgen 1989: Streetwork in der Drogenszene – am Ende?, in: Steffan (1989a: 206-213)
- Welbrink, Andrea/Franke, Alexa 2000: Zwischen Genuss und Sucht – das Salutogenesemodell in der Suchtforschung, in: Wydler, Hans/Kolip, Petra/Abel, Thomas (Hg.): *Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts*, Weinheim/München, S. 43-55
- Welsch, Karin/Sonntag, Dilek 2005: Frauen und Männer mit substanzbezogenen Problemen in deutschen Suchthilfeeinrichtungen, in: DHS (Hg.): *Jahrbuch Sucht 05*, Geesthacht, S. 131-147
- Welz, Rainer 1988: Zur Epidemiologie der Drogenabhängigkeit. Veränderungen in den letzten 10-15 Jahren, in: Feuerlein/Bühringer/Wille (1988: 3-27)
- West, Candace/Zimmerman, Don H. 1991: *Doing Gender*, in: Lorber, Judit/Farrell, Susan A. (Hg.): *The Social Construction of gender*, Newbury Park, California, S. 13-37
- Wettach, Ralph/Dobler-Mikola, Anja 1994: Zur Bedeutung der lebensgeschichtlichen Ressourcen für den Therapieerfolg von Drogenabhängigen nach einem stationären Therapieaufenthalt, *Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Serie B*, Nr. 26

- Wilde Hilde/Spreyermann, Christiane 1997: Action, Stoff und Innenleben. Frauen und Heroin, Freiburg i. Br.
- Windaus-Walser, Karin 1991: Geschlechterfrage in der Sozialen Arbeit, in: NP, 21. Jg., H. 5-6, S. 383-392
- Winick, Charles 1962: Maturing out of narcotic addiction, in: Bulletin on Narcotics, 14. Jg., S. 1-7
- Winkler, Michael 1988: Eine Theorie der Sozialpädagogik, Stuttgart
- Winkler, Michael 1999: „Ortshandeln“. Die Pädagogik der Heimerziehung, in: Colla u.a. (1999: 307-323)
- Witt, Horst 1995: Die stillen Kinder der siebziger Jahre. Zur Entwicklung der Qualität der Therapie in Fachkliniken für Suchtkranke, in: Fachverband Sucht e.V. (1995: 148-168)
- Wohlrab-Sahr, Monika 1994: Vom Fall zum Typus. Die Sehnsucht nach dem „Ganzen“ und dem „Eigentlichen“ – „Idealisierung“ als biografische Konstruktion, in: Diezinger, Angelika u.a. (Hg.): Erfahrung mit Methode. Wege sozialwissenschaftlicher Frauenforschung, Freiburg i. Br., S. 269-299
- Wölfle, Roland 1997: Individualpsychologische Aspekte der Suchtentwicklung, in: Fleisch/Haller/Heckmann (1997: 129-145)
- Wolf, Barbara 1998: Kann Jugendarbeit Halt bieten?, in: Böhnisch/Rudolph/Wolf (1998: 169-181)
- Wolff, Mechthild/Schröer, Wolfgang/Möser, Sigrid (Hg.) 1997: Lebensweltorientierung konkret. Jugendhilfe auf dem Weg zu einer veränderten Praxis, Frankfurt a.M.
- Wolffersdorff, Christian von 1998: Die Suche nach dem Kick, in: LSS (Hg.): Auf der Suche nach dem Kick. Jugendliche im Spannungsfeld von Risikobereitschaft und Suchtgefährdung, Stuttgart, S. 31-60
- Wolffersdorff, Christian von 2001: Drogen und Sucht, in: Otto/Thiersch (2001: 324-338)
- Wolffersdorff, Christian von/Sprau-Kuhlen, Vera/Kersten, Joachim 1996: Geschlossene Unterbringung in Heimen. Kapitulation der Jugendhilfe?, 2. erw. u. aktual. Aufl., München
- Wurmser, Léon 2000: Psychodynamische Aspekte der Suchterkrankungen, in: Thomasius (2000a: 40-54)
- Yablonsky, Lewis 1974: Synanon, ein neuer Weg in der Behandlung Drogenabhängiger, in: Petzold (1974a: 96-104)
- Yablonsky, Lewis 1990: Die Therapeutische Gemeinschaft. Ein erfolgreicher Weg aus der Drogenabhängigkeit, Weinheim/Basel
- Zieglgänsberger, Walter 2000: Belohnungssysteme, in: Uchtenhagen/Zieglgänsberger (2000: 27-29)
- Zimmer-Höfler, Dagmar/Uchtenhagen, Ambros/Fuchs, Werner 1988: Methadon auf dem Prüfstand, in: Feuerlein/Bühringer/Wille (1988: 284-317)
- Zinberg, Norman E. 1983: Soziale Kontrollmechanismen und soziales Lernen im Umfeld des Rauschmittelkonsums, in: Lettieri/Welz (1983: 256-266)
- Zinberg, Norman E. 1984: Drug, Set and Setting. The Basis for Controlled Intoxicant Use, New Haven/London
- Zitterbarth, Walter 1994: Zur Kulturbestimmtheit der Wert- und Zielfindung in der Therapie, in: Fachverband Sucht e.V. (1994: 94-102)
- Zurhold, Heike 1993: Drogenkarrieren von Frauen im Spiegel ihrer Lebensgeschichten. Eine Vergleichsstudie differenter Entwicklungsverläufe opiatgebrauchender Frauen, Berlin