

FPI-Publikationen – Wissenschaftliche Plattform “Polyloge“

GraduierungsArbeiten

aus den Weiterbildungen der EAG zur
"Integrativen Therapie" und ihren Methoden

Herausgegeben durch den Prüfungsausschuss der EAG:

Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold,

Prof. Dr. päd. Waldemar Schuch, MA,

Dipl.-Päd. Ulrike Mathias-Wiedemann,

(Prof. Dr. phil. Johanna Sieper † 26.9.2020)

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

Redaktion: *Ulrike Mathias-Wiedemann, Hans-Christoph Eichert*, Wefelsen 5, D - 42499 Hückeswagen

e-mail: forschung@integrativ.eag-fpi.de

Copyrightinweis: Mit der Veröffentlichung gehen sämtliche Verlagsrechte, insbesondere das der Übersetzung, an die FPI-Publikationen, D-40237 Düsseldorf. Auch der auszugsweise Nachdruck bedarf der schriftlichen Genehmigung.

Ausgabe 05/2021

**Theaterspielen mit chronisch mehrfachbeeinträchtigten
suchtmittelabhängigen Menschen ***

Ulrike Ehrenteit (2006)

* Aus der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien und Kreativitätsförderung“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung, Hückeswagen (Leitung: *Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, (Prof. Dr. phil. Johanna Sieper † 26.9.2020)*). Mail: forschung@integrativ.eag-fpi.de, oder: info@eag-fpi.de, Information: <http://www.eag-fpi.com>).
Teilnehmerin der EAG-Weiterbildung: „Integrative Sozialtherapie – Schwerpunkt Sucht“.

Theaterspielen mit chronisch mehrfachbeeinträchtigten suchtmittelabhängigen Menschen

- Abstrakt zur Graduierungsarbeit von Ulrike Ehrenteit –

Meine Graduierungsarbeit möchte zeigen, dass das Theaterspielen mit chronisch mehrfachbeeinträchtigten abhängigen Menschen im stationären Setting eine gute Möglichkeit bietet, die Erlebnisfähigkeit und Persönlichkeitsentwicklung der Klienten positiv zu beeinflussen.

Durch die erlebniszentrierte Arbeitsweise des Theaterspielens werden Spontaneität und Kreativität ebenso gefördert wie z.B. sprachliche und kognitive Fähigkeiten. Außerdem ermöglicht das Theaterspielen die Entstehung neuer Selbst- und Fremdattributionen die ihrerseits neue Aspekte für die eigene persönliche und soziale Identität bringen können.

Im ersten Teil befasst sich die Arbeit mit der Darstellung von Krankheitsbild, Lebensbedingungen und Therapie chronisch mehrfachbeeinträchtigter Abhängiger. Es wird eine 1999 veröffentlichte Studie des Bundesgesundheitsministeriums vorgestellt, in der über die vier Kriterienbereiche „Konsumverhalten, Behandlungserfolg, gesundheitliche/ psychische Situation und soziale/ rechtliche/ materielle Situation der Versuch einer Standardisierung zur Erfassung o.g. Klientengruppe vorgenommen wurde.

Es wird deutlich, dass dieser Definitionsvorschlag Schwachstellen aufweist, z.B. im Hinblick auf die Gefahr einer menschenunwürdigen und stigmatisierenden Diagnostik, die Bewältigungsstrategien und protektive Faktoren außer Acht lässt.

Weiterhin erfolgt eine Darstellung der „Verwahrsituation“ der Klienten im kommunalen Verbundsystem. Unter motivationstheoretischem Blickwinkel wird auf die Notwendigkeit einer niedrighwelligen Zielhierarchie hingewiesen, die den Klienten den Einstieg und das Durchhalten einer Therapie erleichtern kann.

Im nächsten Teil der Arbeit wird der persönlichkeitsbildende Aspekt des Theaterspielens näher beleuchtet.

Der dritte Weg der Heilung in der Integrativen Therapie (Erlebnisaktivierung und Persönlichkeitsentfaltung) bildet die theoretische Grundlage für die erlebniszentrierte Vorgehensweise des Theaterspielens.

Persönlichkeitsentfaltung geschieht durch die Bildung von Identität, durch Bewertung und Internalisierung von Selbst- und Fremdattributionen. Rollenzuschreibungen, Rollenflexibilität und Rollenvielfalt beeinflussen die Bildung von Identität und Persönlichkeit. Um eine theoretische Auseinandersetzung mit dem Identitäts- und Rollenbegriff der Integrativen Therapie geht es deshalb an dieser Stelle, wie auch um eine Erläuterung der positiven Auswirkungen des Theaterspielens auf die Identitätsbildung.

Danach befasst sich die Arbeit mit den Anfängen des therapeutischen Theaters in einem kurzen historischen Überblick. Mit Blick auf das klassische therapeutische Stegreiftheater Morenos erfolgt eine Gegenüberstellung meiner eigenen Theaterarbeit im „Falkenroth-Haus“, wobei eigene Grenzen und Chancen deutlich werden.

Beispiele und Szenen, die in den Jahren 2000 und 2001 im Rahmen der Proben und der Aufführung unseres ersten Theaterstückes „Das Gleichnis vom verlorenen Sohn“ (LK15, 11-31) entstanden, ergänzen die theoretischen Ausführungen im letzten Teil.

1. EINLEITUNG	2
2. CHRONISCH MEHRFACHBEEINTRÄCHTIGTE ABHÄNGIGKEITSKRANKE (CMA) – DARSTELLUNG VON KRANKHEITSBILD, LEBENSBEDINGUNGEN UND THERAPIE.....	3
2.1. DEFINITIONSVORSCHLAG DES BUNDESGESUNDHEITSMINISTERIUMS ZUR ERFASSUNG DER KLIENTENGRUPPE	3
2.1.1. <i>Kriterienbereich 1: Konsumverhalten</i>	3
2.1.2. <i>Kriterienbereich 2: Behandlungserfahrung</i>	4
2.1.3. <i>Kriterienbereich 3: gesundheitliche Situation</i>	4
2.1.4. <i>Kriterienbereich 4: soziale/ materielle/ rechtliche Situation</i>	4
2.2. SCHWACHSTELLEN DES DEFINITIONSVORSCHLAGS	4
2.3. MEHRPERSPEKTIVISCHE, „MENSCHENWÜRDIGE“ DIAGNOSTIK IN DER INTEGRATIVEN THERAPIE	5
2.4. „DREHTÜRPAZIENTEN“ – CHRONISCH MEHRFACH BEEINTRÄCHTIGTE ABHÄNGIGE IM KOMMUNALEN VERBUNDSYSTEM	6
2.5. MOTIVATIONSHÜRDEN AM THERAPIEBEGINN	7
2.6. ZIELHIERARCHIE BEI CHRONISCH MEHRFACH BEEINTRÄCHTIGTEN ABHÄNGIGEN	8
2.7. MOTIVATION UND DIREKTIVES VORGEHEN	10
3. DIE VIER WEGE DER HEILUNG UND FÖRDERUNG IN DER IT ALS BEHANDLUNGSANSATZ FÜR CHRONISCH MEHRFACHBEEINTRÄCHTIGTE ABHÄNGIGE.....	11
3.1. ERSTER WEG DER HEILUNG UND FÖRDERUNG: BEWÜBTSEINSARBEIT, SINNFINDUNG.....	11
3.2. ZWEITER WEG DER HEILUNG UND FÖRDERUNG: NACHSOZIALISATION, GRUNDVERTRAUEN	12
3.3. DRITTER WEG DER HEILUNG UND FÖRDERUNG: ERLEBNISAKTIVIERUNG, PERSÖNLICHKEITSENTFALTUNG	13
3.4. VIERTER WEG DER HEILUNG UND FÖRDERUNG: SOLIDARITÄTSERFABUNG, METAPERSPEKTIVE, ENGAGEMENT UND EMPOWERMENT.....	13
4. ICH, IDENTITÄT UND PERSÖNLICHKEIT.....	14
4.1. DIE ENTSTEHUNG DES ICH	14
4.2. IDENTITÄTSBILDUNG – EIN LEBENSLANGER PROZESS	15
4.2.1. <i>Fremdzuschreibungen</i>	15
4.2.2. <i>Bewertung</i>	15
4.2.3. <i>Selbstzuschreibungen</i>	16
4.2.4. <i>Internalisierung</i>	16
4.3. DER INTEGRATIVE ROLLENBEGRIFF	17
5. THEATER ALS HEILUNGSWEG.....	19
6.1. THEATERSPIELEN ALS MÖGLICHKEIT ZU ERLEBNISAKTIVIERUNG UND PERSÖNLICHKEITSENTFALTUNG AM BEISPIEL DES BIBLISCHEN GLEICHNISSES VOM VERLORENEN SOHN (LK15, 11-31).....	22
6.1.1. <i>Faszinosum „Bühne“</i>	22
6.1.2. <i>Szenen</i>	23
6.1.3. <i>Erzählungen und Anekdoten</i>	25
7. ZUSAMMENFASSUNG	26
8. SUMMARY	26
9. LITERATURVERZEICHNIS.....	27

1. Einleitung

Seit 2000 arbeite ich als Sozialpädagogin und Diakonin mit chronisch mehrfach beeinträchtigten suchtkranken Menschen im „Falkenroth-Haus“, einem sozialtherapeutischen Wohnheim des Blauen Kreuzes e.V. nach § 39 BSHG.

Im Zuge meiner vierjährigen Theaterarbeit im Falkenroth-Haus machte ich die Erfahrung, daß das Theaterspielen mit unseren Bewohnern nicht nur Spaß und Anregung bringt, sondern sich auch positiv auf die Persönlichkeit des Einzelnen auswirkt. Aus diesem Grund möchte ich folgende Arbeit diesem Thema widmen.

Zunächst erfolgt eine umfassende Darstellung des o.g. Krankheitsbildes, auch unter motivationstheoretischen Überlegungen. Anschließend werden die vier Wege der Heilung in der Integrativen Therapie vorgestellt. Der dritte Weg der Heilung (Erlebnisaktivierung und Persönlichkeitsentfaltung) bildet die theoretische Grundlage für die erlebniszentrierte Vorgehensweise des Theaterspielens.

Persönlichkeitsentfaltung im Sinne des dritten Weges der Heilung geschieht durch die Bildung von Identität durch Bewertung und Internalisierung von Selbst- und Fremdattributionen. Rollenzuschreibungen, Rollenflexibilität und Rollenvielfalt beeinflussen die Bildung von Identität und Persönlichkeit. Um eine theoretische Auseinandersetzung mit dem Identitäts- und Rollenbegriff der Integrativen Therapie geht es deshalb im anschließenden Kapitel, wie auch um die Erläuterung der positiven Auswirkungen des Theaterspielens auf die Identitätsbildung.

Anschließend befasst sich die Arbeit mit den Anfängen des therapeutischen Theaters in einem kurzen historischen Überblick. Mit Blick auf das klassische therapeutische Stegreiftheater Morenos erfolgt eine Gegenüberstellung meiner eigenen Theaterarbeit im Falkenroth-Haus, wobei eigene Grenzen und Chancen deutlich werden.

Beispiele aus der Praxis im letzten Teil der Arbeit ergänzen die theoretischen Ausführungen.

2. Chronisch mehrfachbeeinträchtigte Abhängigkeitskranke (CMA) – Darstellung von Krankheitsbild, Lebensbedingungen und Therapie

Ein großer Teil der Klienten mit chronischem Abhängigkeitssyndrom, die Arbeit wird zeigen, daß dieser Anteil ca. bei einem Drittel liegt, haben über die Suchtmittelabhängigkeit hinaus vielfältige Beeinträchtigungen, die das individuelle Leben zusätzlich belasten und erschweren. Probleme, wie Vereinsamung und Isolation, Wohnungs- und Arbeitsverlust, finanzieller Ruin, körperliche und seelische Langzeitschäden als Folge des Suchtmittelkonsums sind Beeinträchtigungen, die in der Vergangenheit kaum in einer systematischen Darstellung erfasst wurden.

Im ICD 10, der internationalen Klassifikation psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation WHO geht es vor allem um das klinische Erscheinungsbild psychischer Störungen. Es findet sich hier keine Eintragung, die sich speziell mit der chronischen Mehrfachbeeinträchtigung des Suchtkranken befasst und neben der Suchterkrankung die soziale, materielle, gesundheitliche und psychische Situation des Klienten mit in den Blick nimmt.

2.1. Definitionsvorschlag des Bundesgesundheitsministeriums zur Erfassung der Klientengruppe

In einer vom Bundesgesundheitsministerium für Gesundheit initiierten Arbeitsgruppe wurde deshalb 1999 ein Definitionsvorschlag erarbeitet, der sich mit der systematischen Darstellung dieser Klientengruppe befasst. Es wurde eine dreistufige Systematik erarbeitet:

Als Eingangsvoraussetzung muss eine chronische Abhängigkeitserkrankung nach ICD 10 (F 1x.2) vorliegen.

Eine Erfassung der darüber hinaus bestehenden multiplen Defizite und Probleme soll über eine Einordnung in die vier Kriterienbereiche Konsumverhalten, Behandlungserfolg, gesundheitliche/ psychische Situation und soziale/ materielle/ rechtliche Situation erfolgen. Es wurde eine Mindestpunktzahl festgelegt. Um die Diagnose CMA stellen zu können muss in mindestens drei der vier Kriterienbereiche jeweils ein Punkt erreicht werden (vgl. Arbeitsgruppe CMA, 1999, S. 6ff).

2.1.1. Kriterienbereich 1: Konsumverhalten

Ein Punkt wird erreicht, wenn Alkoholabhängige in den letzten 12 Monaten regelmäßige Trinkexzesse oder Spiegeltrinken aufweisen. Bei Opiatabhängigen muss regelmäßiger Konsum in den letzten fünf Jahren vorliegen.

2.1.2. Kriterienbereich 2: Behandlungserfahrung

Ein Punkt wird erreicht, wenn Alkoholabhängige mindestens fünf stationäre Entgiftungen oder zwei ambulante oder stationäre Entwöhnungsbehandlungen absolviert haben. Bei Opiatabhängigen wird der Antritt von mindestens zwei Maßnahmen der ambulanten oder stationären Entwöhnung oder Substitution vorausgesetzt.

2.1.3. Kriterienbereich 3: gesundheitliche Situation

Ein Punkt wird erreicht, wenn von 18 benannten somatischen Erkrankungen (z.B. Fettleber, chronische Pankreatitis, Nierenversagen, Polyneuropathie) in den letzten zwei Jahren mindestens eine Erkrankung diagnostiziert wurde. Alternativ dazu soll bei den genannten psychischen Störungen (z.B. Korsakow-Syndrom, Demenz, Psychosen, Persönlichkeitsstörungen) mindestens eine vorliegen.

2.1.4. Kriterienbereich 4: soziale/ materielle/ rechtliche Situation

In den Bereichen Lebensunterhalt, Wohnen, sozialer Nahbereich und justizielle Belastung muss es in den letzten zwei Jahren in mindestens einem Bereich zu Belastungen gekommen sein (z.B. Leben von der Sozialhilfe, Wohnungslosigkeit oder Haft) (vgl. Arbeitsgruppe CMA, 1999, S. 10.)

2.2. Schwachstellen des Definitionsvorschlags

Der Definitionsvorschlag wurde im Rahmen mehrerer empirischer Untersuchungen getestet und wies viele Schwachstellen auf. Es wurde z.B. die Gleichwertigkeit verschiedener gesundheitlicher Erkrankungen kritisiert und eine Gewichtung nach Schweregraden gefordert. Außerdem wurde das Ausschlussprinzip „CMA: ja oder nein“ im Hinblick auf fehlende Homogenität der Klientengruppe generell in Frage gestellt (vgl. Schu, 2001, S. 328f).

Darüber hinaus werden positive Eigenschaften und Stärken dieser Klienten, Copingstrategien und protektive Faktoren nicht in den Blick genommen und damit wichtige Ressourcen nicht gesehen, die die Klienten jedoch haben, um den schwierigen Lebensbedingungen in der Wohnungs-, Arbeits- und nicht selten Beziehungslosigkeit in einer ihnen ablehnend gegenüberstehenden Gesellschaft gewachsen zu sein bzw. darin oft jahrzehntelang zu überleben.

Klinische Klassifikationen transportieren zudem häufig gesellschaftliche und kulturelle Normsysteme und laufen somit Gefahr, Stigmatisierungen und Ausgrenzungsphänomene ungewollt zu verstärken (vgl. Petzold, Steffan, 2001, S. 82).

Steingass beschreibt, dass die negative Einstellung der in sozialen Institutionen tätigen Fachleute gegenüber diesen „hoffnungslosen Fällen“ dazu führte, dass diese bis in die 80er Jahre hinein meist in Landespsychiatrien medizinisch grundversorgt und aufbewahrt wurden, ohne adäquate Hilfe zu erlangen (vgl. Steingass, 2003, S. 10). Im Zuge der allgemeinen Ausdifferenzierung sozialer Institutionen in den 70er Jahren, die auch zur Entwicklung erster soziotherapeutischer Einrichtungen für chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängige führte, verbesserte sich das Angebot für diese Klienten. Unter besseren personellen, räumlichen und zeitlichen Bedingungen konnten gezielte therapeutische Maßnahmen entwickelt werden und aktivierende, anregende Lebensbedingungen innerhalb der Einrichtungen geschaffen werden.

Wie leicht Definitionsversuche selbst unter Fachleuten Stigmatisierungen und Abwertungen enthalten zeigt ein Zitat von Wanke und Täschner aus dem Jahre 1985:

„Bei langanhaltendem Alkoholismus...kommt es im Laufe der Suchtentwicklung zu einer spezifischen Persönlichkeitsumformung,...Wir sprechen dann von Depravation. Depravatierte Alkoholiker verlieren immer mehr das Interesse an sich selbst und an ihrer Umgebung, Familie und Partner eingeschlossen. Kritikschwäche der eigenen Situation gegenüber, aber auch Verantwortungslosigkeit gegenüber sozialen Pflichten sind typische Erscheinungsformen der Depravation...Sozialer Abstieg, Alkoholkumpanei, Unehrllichkeit und persönlicher Substanzverlust sind weitere Kennzeichen dieses Zustandsbildes... (Wanke und Täschner, aus: Wienberg, 2001, S. 145).

Demgegenüber empfiehlt eine Expertenkommission des Bundesministeriums drei Jahre später, den Begriff des „depravierten Alkoholikers“ nicht mehr zu verwenden und zur Beschreibung o.g. Klientels den weniger diskriminierenden Begriff des „chronisch mehrfach geschädigten Abhängigkeitskranken“ zu verwenden. Der Begriff „geschädigt“ wurde später gegen den Begriff „beeinträchtigt“ ausgetauscht (vgl. Wienberg, 2001, S. 145).

Die Ausführungen haben gezeigt, dass es eine allgemeingültige Definition für den Personenkreis der mehrfach beeinträchtigten Alkoholabhängigen bislang noch nicht gibt, was aufgrund der Unterschiedlichkeit der einzelnen Klienten auch nicht verwunderlich ist.

2.3. Mehrperspektivische, „menschenwürdige“ Diagnostik in der Integrativen Therapie

Um Stigmatisierungen vorzubeugen, hält es Petzold auch aus berufsethischen Gründen für unumgänglich, die Betroffenen „... als Partner in die Diskurse einzubinden..., so dass ihre Selbstdefinition verstanden und berücksichtigt werden und sie nicht so zu Opfern „struktureller Gewalt“ werden“ (Petzold, Steffan, 2001, S. 210f). Im Rahmen einer mehrperspektivischen Betrachtung soll der Blick dabei natürlich auch auf die Symptome gerichtet werden.

Die „Symptomdiagnostik“ befasst sich neben dem aktuellen Krankheitsgeschehen z.B. auch mit der Krankheitskarriere und der Selbstbewertung durch den Klienten.

In der „Strukturdiagnostik“ geht der Blick jedoch weiter, von den vordergründigen Phänomenen zu den dahinterliegenden Strukturen, den lebensgeschichtlich erworbenen Handlungsmustern und Lebensentwürfen. Hierbei werden sowohl pathogene als auch salutogene Faktoren mit einbezogen. Es geht z.B. um adverse Einflüsse (krankmachende Netzwerke, u.a.), Risiko- und Belastungsfaktoren im Lebenslauf (Karriereknick, zeittextendierte Überlastungen u.a.), aber auch um Copingprozesse, protektive Faktoren und Ressourcen, die auch bei stark beeinträchtigten Klienten vorhanden sind und einer deutlichen Würdigung und Förderung bedürfen.

In der „Systemdiagnostik“ geht es um Kontextfaktoren, die Analyse des „sozioökologischen Raumes“ des Klienten. Der Mensch wird in seinem Lebensraum gesehen, in seinem individuellen örtlichen, zeitlichen, kulturellen, geschichtlich gewordenen sozioökonomischen Raum. Soziale Netzwerke werden auf unterstützende Kräfte hin untersucht, individuelle Arbeitsfähigkeit, Freizeitgestaltung, Bildung, soziale Integration betrachtet. Risikofaktoren, wie zeittextendierte Überlastung werden erfasst und ganz konkret spezifische Bewältigungsstrategien (Coping) gemeinsam mit dem Klienten erarbeitet.

Die „Theragnostik“ als vierter Schwerpunkt mehrperspektivischer Diagnostik verweist auf den therapeutischen Aspekt o.g. Diagnostik, denn die gemeinsame Beschäftigung mit o.g. Inhalten ist kein sachlich-funktionaler bzw. linearer Prozess sondern ein dynamisches Geschehen zwischen TherapeutIn und KlientIn und damit Diagnose und Therapie zugleich (vgl. Petzold, Steffan, 2001, S. 212f).

2.4. „Drehtürpatienten“ – chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängige im kommunalen Verbundsystem

Aktuelle statistische Untersuchungen aus den Jahren 1999 und 2000 zeigen, dass der Anteil der Klienten mit sog. Doppeldiagnosen innerhalb der Gruppe aller alkoholabhängigen Klienten bei ca. einem Drittel liegt.

In der Jahresstatistik der stationären Suchtkrankenhilfe lag bspw. 1999 der Anteil der behandelten Personen mit komorbiden Störungen bei 32 %. Die neun Rheinischen Kliniken in NRW mit einer Gesamtpflichtversorgung für 4,45 Mio Einwohner dokumentierten im Jahr 2000, dass etwa 36 % aller wegen Alkoholmissbrauch oder –abhängigkeit behandelten Patienten zusätzliche psychiatrische Erkrankungen aufwiesen (vgl. Wessel, 2002, S. 74f).

Angesichts dieser gravierenden Zahlen stellt sich die Frage nach geeigneten Unterbringungsmaßnahmen für dieses unliebsame Drittel der „besonderen Problemfälle“, die als sog. „Systemsprenger“ (Wessel, 2002, S. 69) sich nur schwer in suchttherapeutische Einrichtungen integrieren lassen und häufig als „Drehtürpatienten“ jah-

relang ziel- und perspektivlos zwischen den verschiedenen Einrichtungen städtischer Wohnungslosenhilfe, Suchtkrankenhilfe und Krankenhauspsychiatrie hin und her pendeln.

Während Suchtpatienten mit der Doppeldiagnose „Angsterkrankung“ oder „Depression“ sich noch vergleichsweise gut in Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe integrieren lassen gelten v.a. Suchtpatienten mit der Doppeldiagnose „Psychose“ als kaum integrierbar. Daher ist es nicht verwunderlich, dass v.a. Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe als letztes Auffangbecken mit dem Klientel der suchtmittelabhängigen Psychosekranken zu tun haben.

Bei Wienberg ist diesbezüglich nachzulesen, dass die Wohnungslosenhilfe mit ihren niedrigschwelligen Basishilfen wie der aufsuchenden Sozialarbeit, Übernachtungs- und Aufenthaltsangeboten mit Notschlafstellen, Suppenküchen, Waschsälons etc. einen Großteil der nicht integrierbaren chronisch mehrfach beeinträchtigten Alkoholabhängigen aufgenommen hat, was im letzten Jahrzehnt v.a. in den städtischen Ballungsräumen zu einer deutlichen Zunahme der niedrigschwelligen Hilfen führte.

Angesichts dieser Entwicklung zitiert Wienberg die polemische Frage einiger Kritiker, „...ob die Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe...nicht die neuen Schlangengruben der Gemeindepsychiatrie seien, in denen sich Klienten ansammeln, die von den gemeindepsychiatrischen Diensten und Einrichtungen nicht erreicht werden“ (Wienberg, 2001, S. 141).

Dieser ungewollte Ausgrenzungsprozess o.g. Personengruppe führt nicht selten in die Straffälligkeit des Einzelnen, z.B. wenn sich durch das Leben auf der Straße neben der Krankheitssymptomatik Verstöße gegen die öffentliche Ordnung häufen oder ein Abrutschen in die Kleinkriminalität erfolgt. Auf diese Weise bilden Strafvollzug und forensische Psychiatrie oft ungewollt weitere Auffangbecken für o.g. Personengruppe und bilden somit nur ein weiteres Glied innerhalb des Versorgungssystems für nicht integrierbare suchtkranke Klienten mit chronischer Mehrfachbeeinträchtigung.

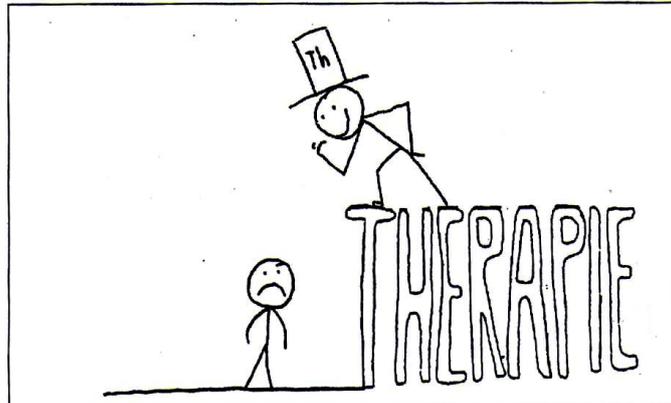
2.5. Motivationshürden am Therapiebeginn

Die Tatsache, dass viele chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängige sich erst unter erheblichem Druck von außen für eine Therapie entscheiden und lieber als Wohnungslose in relativer Freiheit ihr Dasein fristen als sich den Regeln stationärer Hilfen unterzuordnen, hängt zu einem nicht unwesentlichen Teil mit dem traditionellen Motivationsverständnis herkömmlicher Suchttherapie zusammen.

Laut Lindenmeyer vertraten traditionelle Motivationskonzepte in der Suchtbehandlung noch die Auffassung, dass Klienten allein für ihre Therapiemotivation verantwortlich seien. Motivation wurde als situationsunabhängiger, quantitativer Status gesehen, der bei dem einem mehr, bei dem anderen weniger vorhanden war. Die Motivation zur Veränderung galt als notwendige Zugangsvoraussetzung für einen Therapieplatz.

Der Klient musste sich die unnachgiebige, konfrontative Haltung des Therapeuten gefallen lassen, schon zu Beginn der Therapie lebenslange Abstinenz anstreben und sich vor der Therapiegruppe das eigene Scheitern eingestehen können (vgl. Lindenmeyer, 2003, S. 131ff).

Abbildung 1: Motivationshürden am Therapiebeginn



(Quelle: Lindenmeyer, 2003, S. 133)

In der modernen Suchttherapie wird Motivation hingegen als ein interaktiver Prozess gesehen, der untrennbar mit der Beziehung zwischen Klient und Therapeut verbunden ist. Motivationsarbeit wird somit zu einem zentralen Aspekt des Behandlungsprozesses. Entsprechende Motivationskonzepte von Hadler 1982 und von Miller und Rollnik 1998 bilden die theoretische Grundlage für den Paradigmenwechsel in der Suchtbehandlung (vgl. Lindenmeyer, 2003, S. 136).

Auch in der Integrativen Therapie wird der therapeutischen Beziehung eine entscheidende Bedeutung für den Behandlungserfolg beigemessen. Sie bildet das Kernstück therapeutischer Arbeit. „Die therapeutische Beziehung ist ein intersubjektives Geschehen, in dem Objektbeziehungen (Haben-Relationen), z.B. Übertragungen, verdinglichende Interaktion, in Subjektbeziehungen (Sein-Relationen) verwandelt werden, in „intersubjektive Korrespondenz“..., in bedeutungsvolle Begegnungen, eine warme, akzeptierende Haltung und ein verstehendes Bezogensein..., sachlich-funktionale Beziehungen (Machen-Relationen), wie sie für praktisches Alltagshandeln kennzeichnend sind, sollen zumindest in einer intersubjektiven Haltung gründen“ (Petzold, 1996, S. 46f).

2.6. Zielhierarchie bei chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigen

Schwoon hat 1992 mit seinem Modell der Hierarchie von Interventionszielen gezeigt, dass für den Personenkreis chronisch mehrfach beeinträchtigter Abhängiger Behandlungsziele niedrighochwertig an-

gesetzt werden müssen, um den spezifischen Problemlagen am Therapiebeginn gerecht zu werden.

Abbildung 2: niedrigschwellige Motivationsanforderungen am Therapiebeginn



(Quelle: Lindenmeyer, 2003, S. 136)

An erster Stelle steht die Sicherung des Überlebens. „Das bedeutet zuallererst „ein Dach über dem Kopf“, etwas zu Essen, zu Trinken. Daneben medizinische und pflegerische Grundversorgung und ein suchtmittelfreies Umfeld“ (Steingass, 2003, S. 13).

Erst wenn diese Basishilfen zu einer existenzsichernden Grundversorgung geführt haben, können weitere Schritte in Richtung der Sicherung des möglichst gesunden Überlebens und der Verhinderung weiterer Folgeschäden angestrebt werden. Hierbei geht es z.B. um die Wiederaufnahme medizinischer Behandlung, Zahnsanierung, Anleitung zu gesundem Lebensstil mit ausgewogener Ernährung, Körperpflege, Bewegung, Teilnahme am gesellschaftlichen Leben. Außerdem geht es um die Vermeidung von sozial unverträglichem, selbstausgrenzendem Verhalten, welches im gemeinschaftlichen Zusammenleben mit anderen sichtbar wird.

Die Ermöglichung längerer Abstinenzphasen, die auch einen konstruktiven Umgang mit Rückfällen erfordert, sowie die Akzeptanz der Abstinenz als gesündester Lebensform siedelt Schwoon erst ganz oben in der Zielhierarchie an.

Steingass beschreibt, dass gerade soziotherapeutische Einrichtungen mit ihrer klaren, transparenten und verbindlichen Tages- und Wochenstruktur einen geeigneten, alkoholfreien Rahmen bieten, um die o.g. Ziele schrittweise umzusetzen.

„Soziotherapie ist handlungsorientiert und konkret: Mehr machen, Tun, Handeln, Bewältigen als darüber reden. Das auch, aber nicht vorrangig...Durch die Zusammenarbeit werden auch soziale und kognitive Kompetenzen gelernt wie miteinander Sprechen, miteinander Auskommen, Beziehungen knüpfen und aufrechterhalten, mit Belastungen und Frustrationen umgehen, Planen, Handeln, Probleme lösen, sich konzentrieren, sich orientieren, am Ball bleiben, Durchhalten und vieles mehr“ (Steingass, 2003, S. 14f).

Wessel hält darüber hinaus eine gemeindenahere, regionale Vernetzung der Angebote der Suchtkrankenhilfe, Gemeindepsychiatrie und Wohnungslosenhilfe über die Methode des Case-Managements für sinnvoll, um einer weiteren Ausgrenzung entgegenzuwirken (vgl. Wessel, 2002, S.79).

2.7. Motivation und direktives Vorgehen

Es ist meines Erachtens unbestritten, dass die Fähigkeit, sich durch andere oder aus sich selbst heraus zu bestimmten Aktionen und (Freizeit)-Erlebnissen motivieren zu lassen und aus dem Erleben eine Befriedigung für das eigene Leben ziehen zu können ein wichtiges Ziel nicht nur innerhalb der Suchttherapie darstellt. Suchtkranke Menschen mit chronischer Mehrfachbeeinträchtigung haben hier allerdings häufig negative Erfahrungen über lange Zeiträume hinweg gemacht (schrumpfender Freundeskreis zugunsten ausschließlicher Trinkkontakte, Alkohol- bzw. Drogenkonsum und deren Beschaffung als einzige Dauerbeschäftigung, Vernachlässigung anderer Freizeitinteressen). Eine sinnvolle, also innerlich erfüllende Freizeitbeschäftigung haben sie oft verlernt oder nie erlebt. Für viele Klienten ist es kaum möglich, sich selbst aus eigenem Antrieb zu einer Aktion zu motivieren.

Im Sinne des dargelegten traditionellen Therapieverständnisses könnte man nun versuchen, innerhalb des stationären Settings den Bewohner verbal zu motivieren. „Gehen Sie doch mal wieder spazieren, verabreden sich mit anderen und unternehmen etwas Schönes zusammen.“

Das Problem bei dieser Art von Motivationsarbeit ist bei o.g. Klienten, dass die Hürde zur Umsetzung oft zu hoch ist. Allein das Ansprechen anderer kann schon zu einem unüberwindlichen Hindernis werden, geschweige denn die Aufforderung, etwas „Schönes“ gemeinsam zu unternehmen.

Im stationären Setting ist direktives Vorgehen oft erforderlich, um bestimmte Klienten überhaupt zur Teilnahme zu bewegen.

Aus diesem Grund haben wir in unserer Einrichtung die Freizeitgestaltung zu einem Pflichtprogramm für alle Bewohner erklärt.

Die Hürde, zu unserer Theatergruppe zu kommen ist recht gering, denn wer schon zehn mal den Spaziergang mitgemacht hat, bekommt irgendwann Interesse daran, sich mal das Theater anzusehen, natürlich nur, um zu sehen, was dort geschieht, und auf keinen Fall, um aktiv mitzumachen.

Hat jemand erst einmal den Weg in die Theatergruppe gefunden ist es nicht schwer, ihn in irgendeine Art von Tätigkeit einzubinden. In dem Moment, wo „der Neuling“ bspw. einem anderen Klienten in sein Kostüm hilft oder kurz mal den Vorhang aufkurbelt ist er schon mittendrin im Erleben, ein passives sich entziehen ist kaum möglich. Fast alle Bewohner der Einrichtung, die zum festen Kern der Thea-

tergruppe gehören, haben einmal auf diese Weise den Weg in die Gruppe gefunden und sind dabeigeblichen. Befragt man sie nach den Gründen für ihre oft langjährige Teilnahme erhält man eine einfache Antwort: „Weil es Spaß macht.“

3. Die vier Wege der Heilung und Förderung in der IT als Behandlungsansatz für chronisch mehrfachbeeinträchtigte Abhängige

Die bisherigen Ausführungen haben gezeigt, dass in der Sozialtherapie beim Personenkreis der chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigen Zieldefinitionen niedrigschwelliger angesetzt werden müssen als z.B. bei den klassischen Fachklinikpatienten mit relativ hoher sozialer Integration.

Im Folgenden sollen anhand der Darstellung der vier Wege der Heilung und Förderung die bereits beschriebene mehrperspektivische Ausrichtung der Integrativen Therapie weiter ergänzt werden.

Dabei geht es nicht um eine starre Abgrenzung der unterschiedlichen Wege voneinander, denn es gibt hier viele Überschneidungen, Teile des einen Weges können in einen anderen mit einfließen, die Teile sich gegenseitig ergänzen.

3.1. Erster Weg der Heilung und Förderung: Bewußtseinsarbeit, Sinnfindung

Dieser Weg strebt in der Therapie eine Heilung bzw. Förderung des Klienten über eine Weitung des Horizontes an mit dem Ziel eines komplexeren Bewußtseins für eigene Strukturen und biographische Zusammenhänge des Klienten.

Es geht um eine „...Aufdeckung von verdrängten Störungen, Konflikten und -dosiert- Traumata und Defiziten...Aufhellung einer Tiefenperspektive von Unbewußtem und Vorbewußtem...damit in konfliktzentrierter Arbeit eine Klärung und Erweiterung der Wach- und Selbstbewußtheit...und des Ich-bewußtseins...erreicht werden kann“ (Petzold, 1996, S. 218).

Der Klient soll eine mehrperspektivische Einsicht in eigene biographische Strukturen erlangen, festgeschriebene Narrative überwinden und zu einer kognitiven Um- bzw. Neubewertung seiner lebensgeschichtlichen Zusammenhänge kommen. Dadurch, dass Verdrängtes deutlicher wahrgenommen werden kann, wird dem Klienten der Sinn seiner bisherigen Handlungsmuster bewußt. Rationale Einsicht und emotionales Erleben kann so zu vitalen Evidenzerfahrungen führen (vgl. Petzold, 1996, S. 219).

Diese Art der Auseinandersetzung mit der eigenen Biographie übersteigt jedoch häufig die Fähigkeiten bei dem z.T. auch kognitiv

stark beeinträchtigten Personenkreis der dargestellten Klientengruppe. Die Anforderungen an eigene Introspektions- und Reflektionsfähigkeit, sprachliche Kompetenz und rationale Einsicht sind oft zu hoch. Außerdem ist bei den häufig polytraumatisierten Klienten die Gefahr einer Retraumatisierung gegeben. Klienten werden mit schlimmen Ereignissen der eigenen Vergangenheit erneut konfrontiert, müssen Situationen erneut durchleben und können sich u.U. nicht mehr davon lösen. Besonders bei Ich-schwachen Personen kann dies zu einer weiteren Labilisierung der ohnehin beeinträchtigten Ich-Funktionen führen und eine Krise auslösen oder es ist möglich, dass Klienten quasi als Schutzmechanismus mit Widerstand und Abwehr gegen diese Arbeitsweise reagieren, was ernst genommen werden sollte.

3.2. Zweiter Weg der Heilung und Förderung: Nachsozialisation, Grundvertrauen

Bei diesem Weg geht es um eine Wiederherstellung von beeinträchtigtem Grundvertrauen. In einer geschützten, supportiven Atmosphäre sollen die Klienten nachträglich entwicklungsnotwendige Beziehungserfahrungen machen können, die ihnen in ihrer eigenen Biographie gefehlt hatten, um dadurch in ihrer Persönlichkeit nachreifen zu können.

„Das erfordert einerseits die Modifikation dysfunktionaler, archaischer Narrative, die sich als Folge traumatischer Erfahrungen herausgebildet haben, andererseits die Verankerung neuer Szenen und Atmosphären...und schließlich die Bereitstellung emotional abgestützter Bewältigungsmöglichkeiten (coping)...“ (Petzold, 1996, S. 236).

Im Übertragungsgeschehen wird der/ die TherapeutIn zum „Vater“ oder zur „Mutter“. Mit der therapeutischen Haltung von „selektiver Offenheit“ und „partiellm Engagement“ kann der/ die KlientIn in geschütztem Rahmen neue Erfahrungen machen und durch die Reflektion mit dem/ der TherapeutIn dysfunktionale Narrative z.T. modifizieren.

Da bei diesem Weg durch die Regression der Klienten häufig die Tiefungsebene der „Involvierung“ erreicht wird ist ein Wechsel von Zentrierung und Exzentrizität notwendig, damit eine Betrachtung des eigenen Erlebens von außen möglich und damit eine Distanz dazu geschaffen wird.

In soziotherapeutischen Einrichtungen werden von der Struktur her häufig Aspekte des zweiten Weges praktiziert. Sozialarbeiter, Ergotherapeuten usw. werden zu „Vater“ und „Mutter“, in einer akzeptierenden Atmosphäre geht es um die Befriedigung grundlegender allgemein menschlicher Bedürfnisse, wie ein sicheres Dach über dem Kopf, Verpflegung, medizinische Versorgung, aber auch Zugehörigkeit, soziale Anerkennung, der alltägliche Umgang mit Menschen in einer Gemeinschaft, in der es Regeln, Pflichten und Freiräume gibt, gehören dazu.

Der Ansatz ist hierbei v.a. alltags- und handlungsorientiert. Probleme werden in der Alltagssprache besprochen. Sätze, wie „Ich möchte eine Störung anmelden“ kommen seltener vor.

3.3. Dritter Weg der Heilung und Förderung: Erlebnisaktivierung, Persönlichkeitsentfaltung

Der Weg der Erlebnisaktivierung nimmt gerade bei Klienten mit geringem Introspektionsvermögen, schlechten sprachlichen Ausdrucksmöglichkeiten oder kognitiven Beeinträchtigungen einen besonderen Stellenwert ein.

Es geht um die Erschließung neuer Erlebnismöglichkeiten, um die Entwicklung bzw. erneute Weckung verlorengegangener Potentiale. Durch eine erlebnis- und übungszentrierte Vorgehensweise der kreativen Therapie (Bewegung, Theater, Musik-, Poesie-, Kunsttherapie), durch Ausprobieren, Experimentieren und Üben geschieht Persönlichkeitsentfaltung auf spielerische Art „...im Sinne eines „enlargement“ an Möglichkeiten und eines „enrichment“ der Persönlichkeit“ (Petzold, 1996, S. 250).

Aber auch der Alltag als Übungs- und Experimentierfeld gehört zum dritten Weg der Heilung, denn durch angeleitetes systematisches Ausprobieren bzw. Üben bestimmter Verhaltensweisen im Alltag können ebenfalls neue Erfahrungen gemacht und reflektiert werden. Entscheidend ist hierbei ein Klima von Wertschätzung, Akzeptanz, Offenheit und Annahme des Einzelnen, sowohl in der Gruppe als auch im dyadischen Setting.

3.4. Vierter Weg der Heilung und Förderung: Solidaritätserfahrung, Metaperspektive, Engagement und Empowerment

Menschen mit chronischer Alkohol- bzw. Suchtmittelabhängigkeit haben während ihrer langjährigen Suchtkarriere oft den Wegfall sämtlicher sozialer Bindungen erlebt und sind enturzelt von tragenden, unterstützenden sozialen Netzwerken der Vereinsamung ausgeliefert.

Aufgrund der von Petzold beschriebenen Entfremdungsprozesse innerhalb der modernisierten, individualisierten Industriegesellschaften ist Solidarität gegenüber schwächeren, hilfsbedürftigen Personen mehr und mehr einem materiellen Kosten-Nutzen-Denken gewichen. Die Frage „Was bringt mir der Kontakt mit einem in Not geratenen Alkoholiker bzw. meine Hilfeleistung an Gegenwert ein?“ bestimmt unser Handeln häufig unbewußt.

Diesen Prozessen entgegen zu wirken und den SuchtpatientInnen im Sinne einer „Metaperspektive“ nahe zu bringen ist ein Anliegen des vierten Weges.

Die KlientInnen sollen sich dieser krankmachenden Lebensbedingungen unserer Gesellschaft bewußt werden und ihre passive oft gleichgültige, resignative Haltung gegenüber dem Schicksal des anderen verlassen, „...so dass Solidarität in Akten der Hilfe und wechselseitigen Hilfeleistung handfest und konkret praktiziert wer-

den kann und kraftvolle Selbstbestimmtheit, „empowerment“ gewonnen wird“ (Petzold, 1996, S. 260).

Dieses „zweite Realitätsprinzip“, das persönliche Interesse an der Realität des anderen soll in „Solidargemeinschaften des Alltags“ münden, wo gegenseitige Hilfe und Unterstützung zu Engagement und kraftvoller Selbstbestimmtheit führt.

Soziotherapeutische Einrichtungen bilden aufgrund ihrer Ausrichtung auf das alltägliche Leben in der Gemeinschaft mit anderen eine gute Voraussetzung, um gemäß des vierten Weges Veränderungsprozesse anzuregen. Einer Isolation des Einzelnen wird entgegengewirkt, durch das alltägliche Arbeiten und Freizeitgestaltung entstehen Kontakte zu anderen, die in Freundschaften münden können. Auch Selbsthilfegruppen arbeiten nach dem Grundsatz gegenseitiger engagierter Verantwortung für den anderen.

4. Ich, Identität und Persönlichkeit

Die Identitätsbildung im Sinne der Integrativen Therapie ist ein prozesshaftes Geschehen, welches über die gesamte Lebensspanne hinweg immer wieder neu durchlaufen wird, bzw. sich im stetigen Wandel befindet.

4.1. Die Entstehung des Ich

Aus dem „archaischen Leibselbst“ (Petzold, 1993, Bd.2, S.678), jener Daseinsform am Anfang der menschlichen Entwicklung, in der in einem wechselwirksamen Prozess erste neuronale Verknüpfungen durch das Speichern von Wahrnehmungen entstehen und der Leib als „totales Sinnesorgan“ Innen- und Außenwelt miteinander verschränkt, bildet sich im Laufe der Entwicklung ein Ich heraus. Dieses Ich ist mehr und mehr dazu in der Lage, als „Leibselbst“ (Petzold, 1993, Bd.2, S. 680ff) über sich und andere Leibselbste zu reflektieren.

Das Ich ist die Gesamtheit aller primären, sekundären und tertiären Ichfunktionen.

Primäre Ichfunktionen sind z.B.: fühlen, wollen, handeln, kommunizieren; Sekundäre Ichfunktionen komplexer: sich situationsangemessen verhalten, regulieren von Nähe und Distanz, regulieren von Stimmungen, Frustrations- und Ambiguitätstoleranz, Selbstzentrierung und Exzentrizität, Planen und Erfassen von Zusammenhängen; Die tertiären Ichfunktionen finden bereits auf einem hohen geistigen Niveau statt. Zu ihnen gehören Triplex-Reflexionen (Reflexionen auf der Meta-Meta-Ebene) oder philosophische Reflexionen, aber auch komplexe Fähigkeiten, wie soziales Gewissen oder politische Sensibilität.

„Dieses Ich wird verstanden als im Laufe der Entwicklung sich herausbildende kohärente Synergie von höchst differenzierenden Ichprozessen, in denen sich das Ich „Bilder über das Selbst“ macht, vielfältige „Selbstbilder“, die sich zur „Identität“ zusammenschließen...“ (Orth, 2003, S. 132).

Abhängigkeitskranke Menschen mit chronischer Mehrfachbeeinträchtigung leiden oft unter seelischen Störungen, wie Persönlichkeitsstörungen und Psychosen oder unter den Folgen suchtmittelabhängiger cerebraler Abbauprozesse, die eine Demenzerkrankung oder das sog. Korsakow-Syndrom hervorrufen können.

Diese Erkrankungen basieren letztendlich auf einem schwach ausgeprägten Ich und eingeschränkt wirksamen bzw. teilweise nicht (mehr) vorhandenen Ich-Funktionen.

Einem schwachen Ich gelingt es auch nur eingeschränkt, eine stabile, prägnante Identität auszubilden.

4.2. Identitätsbildung – ein lebenslanger Prozess

Der Prozess der Identitätsbildung geschieht dabei über folgende Stufen:

4.2.1. Fremdzuschreibungen

Fremdzuschreibungen, auch Fremdattributionen genannt sind Identifizierungen, die von außen, also von anderen Personen an mich heran getragen werden, wie z.B. die Äußerung: „Sie sind ein schlampiger und unordentlicher Mensch!“

4.2.2. Bewertung

Diese Identifizierungen von außen kommen als Information bei mir an und werden auf drei Ebenen von mir bewertet.

a) Marking

Unter Marking versteht man oft unbewußt ablaufende Bewertungsprozesse, die sich im Laufe der Menschheitsentwicklung herausgebildet und als genetisches Programm im limbischen System verankert haben. Sie bewerten Fremdzuschreibungen des gleichen Geschlechts als Äußerungen eines potentiellen Rivalen und Fremdzuschreibungen des anderen Geschlechts als Äußerungen des potentiellen Sexualpartners.

Die Fremdattribution des anderen, ich sei ein schlampiger, unordentlicher Mensch kann ich nun bewußt oder unbewußt spüren als ein Gefühl von Stimmigkeit oder Unstimmigkeit unter dem Aspekt der anderen Person als Rivalin oder als möglichem Sexualpartner.

b) Valuation

Die Fremdattribution meiner Person als einer schlampigen, unordentlichen Frau erfährt außerdem eine Bewertung auf emotionaler

Ebene. Die Frage: „Bin ich schlampig?“ wird auf psychischer Ebene beantwortet mit einem erlebbaren Gefühl der Stimmigkeit oder Unstimmigkeit unter emotionaler Beteiligung. „So bin ich nicht!“, denke ich vielleicht mit Empörung, vielleicht mit Humor.

c) Appraisal

Neben der emotionalen Bewertung erfolgt eine rationale Auseinandersetzung mit der Äußerung auf kognitiv- reflektierender Ebene. Unter Abwägung verschiedener Aspekte, z.B. der Frage, warum die Person dies gerade jetzt äußert, oder bestimmten Betrachtungen zu den möglichen Hintergründen des Gesagten und der Person selber geschieht eine überwiegend bewußte Selbsteinschätzung. Ich komme z.B. zu dem Ergebnis, dass mein Zimmer zwar momentan chaotisch aussieht, ich aber generell um Ordnung und Sauberkeit bemüht bin.

Die Bewertungsprozesse auf allen drei Ebenen sind abhängig von kulturellen Werten und Normen, von Traditionen, Trends und der „social world“, in der ich mich bewege (vgl. Orth, 2003, S. 133f).

4.2.3. Selbstzuschreibungen

Aufgrund der Bewertungsprozesse wird es erst möglich, sich mit den Fremdattributionen insgesamt oder in Teilbereichen zu identifizieren. Indem ich sagen kann, „ja, so bin ich, vielleicht, teilweise oder gar nicht“, belege ich die Attributionen mit einer Identifikation (vgl. Orth, 2003, S. 134)

4.2.4. Internalisierung

Die Identifikationen werden dauerhaft im Langzeitspeicher archiviert. Dabei spielt nicht nur das Resultat eine Rolle, sondern der gesamte Prozess, der zur Identifikation führte.

Orth bringt den Prozess der Identitätsbildung sehr prägnant auf den Punkt:

„Identität wird durch das Ich konstituiert (G.H.Mead) zusammen mit Identifizierungen (Fremdattributionen) aus dem Kontext, was *social identity* begründet, und von Identifikationen (Selbstattributionen), was *ego identity* begründet, weiterhin durch die Wertung von beidem, d.h. ihrer emotional (valuation) und kognitiv (appraisal) bewerteten Einordnung in biographisch bestimmte Sinnzusammenhänge, die zu Internalisierungen führen (d.h. Verinnerlichung als Archivierung im Leibgedächtnis)...(Orth, 2003, S. 120).

Identität wird also nicht als selbstbezogener Privatbereich gesehen sondern hat auch eine soziale, kollektive Komponente. Indem der Mensch zu verschiedenen Geschlechts-, Alters- oder Berufsgruppen gehören und in ihnen bestimmte Rollen annehmen kann wird die „soziale Identität“ konstituiert.

Neben der Gruppenzugehörigkeit, durch die ein Mensch von anderen identifiziert wird hat er eine „persönliche Identität“, seine eigene Art des Menschseins, in der sich seine ureigene Persönlichkeit zeigt.

Van Wijnen weist daraufhin, daß der Begriff „personal identity“ in der Integrativen Therapie den von Erikson und Goffmann verwendeten Begriff „ego identity“ ersetzt, weil es keine persönliche Identität ohne bestimmende soziale Außeneinflüsse gibt (vgl. van Wijnen, Petzold, 2003, S. 23).

Die dargestellten Identitätsprozesse finden jeweils in den fünf zentralen Bereichen menschlichen Lebens statt, die die Integrative Therapie als die fünf Säulen der Identität bezeichnet.

Die fünf Bereiche sind:

1. Leiblichkeit, 2. soziale Beziehungen, 3. Arbeit, Leistung, Freizeit, 4. materielle Sicherheiten, 5. Werte

Die anfangs erwähnten gesellschaftlichen Stigmatisierungen, von denen keiner von uns sich ganz frei sprechen kann, betreffen alle fünf Lebensbereiche der Klienten. In ihrer sozialen Identität werden sie angesehen als „characterschwache Trinker, gescheiterte Existenzen“, als abschreckende Beispiele für unsere Kinder usw.

Durch fremdattributive Identifizierungen werden ihnen gesellschaftliche Rollen auf den Leib geschrieben, die die ureigene Persönlichkeit des Einzelnen außer Acht lassen.

Viele unserer Klienten haben sich seit langem mit diesen Negativrollen abgefunden und verkörpern diese als einzige Wahrheit.

4.3. Der Integrative Rollenbegriff

Soziologisch definiert ist eine Rolle „... die Gesamtheit von Verhaltenserwartungen, die an einen bestimmten Status (...) geknüpft oder einer bestimmten Position (...) zugeordnet werden“ (Petzold, 1994, S. 54).

Das Rollenkonzept der Integrativen Therapie ist eng mit dem Identitätskonzept verknüpft. Nicht nur Fremd- und Selbstattributionen werden von Kindheitstagen an internalisiert und im Leibgedächtnis archiviert sondern auch Rollenzuschreibungen.

Petzold beschreibt, dass das Kind im Rollenspiel wahrnehmend und handelnd seine Rollen erwirbt. Später, wenn es zwischen sich und anderen, zwischen Phantasie und Realität unterscheiden kann, beginnt das Kind, durch Imitation Rollen zu erlernen. Dies wird auf neurophysiologischer Grundlage durch das Bilden von Spiegelneuronen ermöglicht. Die verschiedenen Rollen fügen sich zu Rollenclustern zusammen und bilden in ihrer Gesamtheit, die mehr und etwas anderes ist als die Summe ihrer Teile, das Selbst, die Person (vgl. Petzold, 1979, S.55).

Das Prinzip der „Übersummativität“ (Petzold, 1979, S. 55f) trägt dabei der Gefahr Rechnung, den Menschen auf ein „Konglomerat von Rollen“ zu reduzieren.

Die Gesamtheit aller jemals gespielten Rollen, die als feste Rollenmuster internalisiert wurden bezeichnet Petzold als „Rolleninventar“. Die Gesamtheit aller in der Gegenwart zur Verfügung stehenden spielbaren Rollen bezeichnet er als „Rollenrepertoire“. Je nach Interaktionspartner und sozialem Feld verändert sich mit den Interaktionspartnern auch das Rollenrepertoire.

Im fortgeschrittenen Alter, mit dem Verlust von Interaktionspartnern können zahlreiche Rollen nicht mehr ausgeübt werden und fallen ins Rolleninventar zurück. Die Folge ist eine Verarmung des Rollenrepertoires, welches Petzold als ein „Sterben von außen“ neben dem leiblichen Sterben bezeichnet (vgl. Petzold, 1979, S. 58). Angestrebt werden hingegen Rollenflexibilität und Rollenvielfalt, die zu einer dynamischen Identität und vielfältigen Persönlichkeit führen.

Müller weist darauf hin, daß zu jeder Rolle eine „counter role“, ein entsprechender Gegenpart zu jeder Rolle gehört, denn die Rolle des Kindes, des Ratsuchenden, des Kranken usw. erfordert in der Konstellation den Gegenpart der Eltern, des Ratwissenden, des Heilenden (vgl. Müller, 2004, S. 9).

Der Mensch ist laut Petzold darauf hin ausgerichtet, Rollen zu verkörpern, ob er will oder nicht. Allein unsere innere Freiheit, wenn wir sie denn erlangen, ermöglicht es uns, die von der Gesellschaft uns „auf den Leib geschriebenen“ Rollen auf eine bestimmte, uns angenehme Art und Weise zu verkörpern oder zu diesen Rollen in Distanz zu gehen.

„Wenn ich mir meine Patienten ansehe, dann sehe ich sehr viele Menschen, die zu ihren Rollen nicht in Distanz gehen können, die von einer Rolle oder von wenigen Rollen gefangen sind. Oder ich sehe Menschen, die keine Rollenflexibilität haben, die von einer Rolle nicht in eine andere wechseln können...“ (Petzold, 1994, S. 54).

In der zwanghaften Verleiblichung eine bestimmten Rolle bleibt vielen Patienten, Klienten oder Bewohnern kein Raum mehr für andere „Inkarnationen“. Der Mensch ist dann nicht mehr in der Lage, mit seinem lebendigen Leib andere Wirklichkeiten in sich aufzunehmen und als Rolle zu verkörpern.

Das Theaterspielen bietet eine Möglichkeit für unsere Klienten, ihr Rollenrepertoire zu erweitern. Indem sie Rollen annehmen können, die sie im wirklichen Leben nie innehatten eröffnen sich ihnen neue Erlebnisspielräume. Durch das Bemühen, eine andere Rolle zu verkörpern, also, sich anders zu bewegen, anders zu sprechen usw. wird Rollenflexibilität und Rollenvielfalt geübt.

Wenngleich die Verkörperung anderer Rollen nur ansatzweise und unvollständig gelingen kann, wirkt sie sich doch auch positiv auf andere Lebensbereiche aus.

Die Darsteller sind motiviert, in Aktion, erleben etwas Neues, haben eine intensive, meist schöne Zeit miteinander, arbeiten gemeinsam an einer Aufgabe, bekommen Applaus von anderen und erlangen Wertschätzung für ihr Tun.

Mit der Identifikation mit der neuen Rolle als „Mitglied der Theater-AG“ erweitert sich auch im alltäglichen Leben das eigene Rollenrepertoire um einen weiteren Aspekt. Dies wirkt sich auch positiv auf Identität und Persönlichkeit aus.

5. Theater als Heilungsweg

Das Theaterspiel unter therapeutischen Gesichtspunkten geht weit in die Anfänge der Menschheit zurück. Ethnologische Forschungen zeigen, dass bereits bei den rituellen Kultfeiern der Naturvölker der Jungsteinzeit dramatische Handlungen vollzogen wurden. Initiations- und Austreibungsriten zur Vertreibung von bösen Geistern und Gedanken oder zur Reinigung von Schuld gehörten ebenso dazu, wie das Kulldrama zur Verehrung der Gottheit oder das Bestattungsritual. Sie alle hatten heilende, reinigende Auswirkungen auf die Teilnehmer (vgl. Petzold, 1979, S. 14f).

Auch das antike Drama hatte die Funktion der Reinigung. Die antike Tragödie bewirkte nach Aristoteles eine Läuterung der Seele von den Leidenschaften durch das Erleben bzw. die Abreaktion von Erregungszuständen, wie Mitleid oder Furcht. Durch die Abreaktion der Gefühle kam es auch zu deren Verwandlung und ermöglichte dem Menschen, sein inneres Gleichgewicht wiederzufinden. (vgl. Petzold, 1979, S. 17).

Der griechische Arzt Galenus verschrieb bestimmte Theaterstücke zur Linderung seelischer Erkrankungen. „Es wurde empfohlen, dass der Melancholicus, derjenige, der von verfinstertem Gemüt belastet war, durch heitere Stücke, derjenige, der in der Erregung der Manie war, durch gedämpfte Stücke behandelt werden sollte, und zwar durch zuschauen, nicht durch mitspielen“ (Petzold, 1994, S. 48).

Durch die Entwicklung des künstlerischen Theaters ging jedoch der therapeutische Aspekt des Theaterspiels mehr und mehr verloren und wurde erst im 20. Jhd. Durch das therapeutische Theater Iljines, das therapeutische Psychodrama Morenos und die persönlichkeitsbildende Ausrichtung des Stanislavsky Theaters wiederentdeckt.

Das therapeutische Theater des russischen Arztes Vladimir N. Iljine hatte die Überwindung von Krankheit und die schöpferische Selbstverwirklichung zum Ziel.

Iljine arbeitete mit den Methoden des Improvisationsspiels und des Improvisationstrainings. Im Improvisationstraining sollte durch Wahrnehmungsübungen, Ausdruckstraining, Entspannungsübungen etc. der Mensch in seiner gesamten seelischen, geistigen und körperlichen Dimension erreicht werden.

Das Improvisationsspiel basierte auf literarischen Vorgaben oder hatte Szenarien zur Grundlage, die eigens für den Klienten und seine Erkrankung entwickelt wurden.

Das Stegreiftheater des Wiener Psychiaters Moreno in den 20er Jahren kann als Wurzel des klassischen Psychodramas angesehen werden.

Der Spielaufbau verlief in drei Phasen:

In der Initial- oder Erwärmungsphase wurde anhand der Themen der GruppenteilnehmerInnen diagnostisches Material gesammelt und ein Gruppenthema gefunden. Gemeinsam wurde daraus eine Szene entwickelt und die Rollen verteilt.

In der Handlungs- und Spielphase wurde die Situation spontan improvisiert mit dem Ziel der Katharsis der TeilnehmerInnen.

Die Abschlussphase hatte zum Ziel, das Erlebte zu reflektieren, indem jedes Gruppenmitglied in Form des Sharings eigene Gefühle und Erlebnisse der Gruppe mitteilte. Der/ die PsychodramaleiterIn konnte mithilfe bestimmter Initial-, Handlungs- und Abschlusstechniken therapeutische Prozesse steuern und auffangen (vgl. Petzold, 1978, S. 70ff).

Durch seine Arbeiten wurde Moreno zum Begründer der modernen Gruppenpsychotherapie, die sich erst im amerikanischen Raum, nach 1945 auch im europäischen Raum ausbreitete und sich dort weiterentwickelte.

Die Theaterarbeit mit meiner eigenen Theatergruppe im Falkenroth-Haus bietet nur in Ansätzen Überschneidungen mit diesen Theorien des klassischen therapeutischen Theaters. Der gravierendste Unterschied besteht vielleicht darin, daß unser Theater nicht in erster Linie therapeutische Ziele, wie z.B. die Katharsis der Teilnehmer verfolgt, sondern die Aufführung eines kurzweiligen Theaterstücks auf dem jährlich stattfindenden Sommerfest unserer Einrichtung zum Ziel hat. Dementsprechend geht es in den Szenen nicht um eigene Erkrankungen der Klienten und die Steuerung darin stattfindender therapeutischer Prozesse.

Der Spielaufbau innerhalb einer Übungsstunde ähnelt jedoch dem des Moreno'schen Stegreiftheaters. Bei uns gibt es auch zu Beginn eine Erwärmungsphase mit Wahrnehmungsübungen und Methoden des Improvisations- und Ausdruckstrainings.

In der sich anschließenden Spielphase werden Szenen des ausgewählten Stückes in immer wiederkehrenden Improvisationen der

Darsteller erarbeitet und gegen Ende der gesamten Probenzeit zu Endversionen der Szenen verdichtet.

Der Vorteil dieser Methode für unsere Klienten besteht darin, dass Dialoge authentisch wirken und die Hürde des Auswendiglernens wegfällt.

In der Schlußphase der Übungsstunde setzen wir uns meist im Stuhlkreis vor der Bühne zusammen und reflektieren das Gespielte.

Wenngleich unser Theater also nicht im klassischen Sinne als therapeutisches Theater bezeichnet werden kann, hat es doch vielfältige heilende Auswirkungen auf die Darsteller:

Gedächtnis- und Ausdauerleistung werden verbessert, sprachliche Fähigkeiten gefördert, kreative Erlebnismöglichkeiten und Gestaltungskräfte angeregt;

Durch das Zusammengehörigkeitsgefühl der Gruppe wird Gruppenfähigkeit und Gemeinschaftssinn gestärkt und es werden allgemeine kommunikative Kompetenzen gefördert, wie z.B.:

anderen zuhören, sich einbringen, eigene Meinung äußern, sich durchbeißen, auch wenn es schwierig wird, Konflikte aushalten und lösen, gemeinsam lachen und Spaß haben;

6. - Praxisteil-

6.1. Theaterspielen als Möglichkeit zu Erlebnisaktivierung und Persönlichkeitsentfaltung am Beispiel des biblischen Gleichnisses vom verlorenen Sohn (LK15, 11-31)

6.1.1. Faszinosum „Bühne“

Nachdem ich im Jahr 2000 meine Tätigkeit als Sozialpädagogin und Diakonin beim Blauen Kreuz in Hagen begann gründete ich mit meinem Kollegen die „Theater AG“ in unserem sozialtherapeutischen Wohnheim mit dem Ziel, für unser jährlich stattfindendes Sommerfest ein Theaterstück aufführen zu können.

Als wir endlich mit viel Überredungskünsten eine kleine Gruppe mutiger, unerschrockener Bewohner zusammen hatten, trafen wir uns zur ersten Besprechung im „großen Saal“, einem wenig genutzten Veranstaltungsraum des Blau-Kreuz-Vereins Hagen-Haspe auf dem Gelände der Einrichtung. An einem Ende des ansprechenden, mit Parkettboden und hohen Fenstern versehenen Saales befindet sich eine große Bühne mit Vorhang zum aufkurbeln.

Ich erinnere mich noch gut an dieses erste Treffen, wo wir uns im Stuhlkreis direkt vor die Bühne setzten und ein Bewohner sagte: „Und wo soll das dann stattfinden, doch nicht etwa da oben, oder?“ Als ich entgegnete, daß die große Bühne der einzige Ort in der Einrichtung sei, der unser Stück angemessen würdigen könnte brach ein Ansturm des Entsetzens aus. „Da oben soll ich mich hinstellen, niemals!“ oder „Oh Gott, ich krieg bestimmt keinen Ton raus!“, waren die ersten spontanen Reaktionen.

Ein Bewohner traute sich schließlich, die Bühne über eine der beiden Hintertreppen zu betreten. Während ich den Vorhang aufkurbelte stand er einfach inmitten der Bühne und mein Kollege fragte: „Na, wie ist es da oben?“ Er sagte: „Sieht anders aus von hier oben.“ Die anderen Bewohner machten Witze. „Sing mal was, sag ein Gedicht auf!“

Schließlich trauten sich auch noch ein paar andere auf die Bühne und es entstand eine lebhafte Atmosphäre. Die Darsteller auf der Bühne machten irgendwelche albernen Bewegungen, die Zuschauer lachten und redeten durcheinander.

Als wir danach wieder im Stuhlkreis zusammensaßen, war die anfängliche Ablehnung der Bühne einer verhaltenen Zustimmung und einer angeregten Atmosphäre gewichen.

Die erste Gruppenstunde unserer Theater-AG zeigt, daß die Bühne als Ort exponierter Darstellung an sich schon eine erlebnisaktivierende Stimmung erzeugen konnte.

Die erlebniszentriert-stimmulierende Arbeitsweise, die einer jeden Theatergruppe innewohnt weckt kreative Potentiale bei den Teil-

nehmern, ermöglicht ein Ausprobieren und Experimentieren auf ungezwungene, spielerische Art.

Außerdem findet allein schon über das Medium „Bühne“, wie auch über die anderen kreativen Medien „Kostüme“ und „Requisiten“ aktives Erleben und Erfahren auch bei jenen Bewohnern statt, die aufgrund schlechter sprachlicher Ausdrucksmöglichkeiten oder kognitiver Beeinträchtigung in rein verbal und kognitiv ausgerichteten Gruppenstunden benachteiligt sind.

Der eigene Leib als Medium wird neu wahrgenommen und als Experimentierfeld genutzt.

Peters beschreibt das „Faszinosum Bühne“ wie folgt: „Ich will nichts vorzeigen. Ich will nicht dorthin gehen, aber – mit etwas Ermunterung – gehe ich gerne dorthin – wenn auch mit Angst. Und – viele Teilnehmer wollen nicht wieder runter“ (Peters, 1996, S. 88).

6.1.2. Szenen

Die Auswahl des biblischen Gleichnisses vom verlorenen Sohn als erstes Theaterstück unserer Gruppe erfolgte zunächst mehr aus eigenen strategischen Überlegungen, die christlich verwurzelte Führungsebene des Blauen Kreuzes, die bei der Aufführung des Stückes anwesend sein würde nicht mit einem Skandalstück zu verärgern, da sie freundlicherweise Saal und Bühne für Proben und Aufführung zur Verfügung gestellt hatten.

Im Nachhinein stellt sich jedoch heraus, daß dieses Stück in idealer Weise eigene biographische Aspekte der darstellenden Bewohner aufgriff und die schlimmen Folgen der Suchtmittelabhängigkeit auf ganz neue, prägnante Weise leiblich erlebbar machte, so daß die Proben gelegentlich durch eigene biographische Erzählungen unterbrochen wurden.

Da wir gemeinsam aus dem Gleichnis die Spielszenen entwickelten, gab es auch keinen festgelegten, von den Bewohnern zu lernenden Text, denn dies hätte vor allem die lernschwachen und die älteren Teilnehmer überfordert. Die Dialoge ergaben sich aus immer wiederkehrenden Improvisationen, die anfangs noch holprig und wortkarg wirkten, im Laufe der Proben aber flüssiger und lebendiger wurden. In der letzten Probenphase kurz vor der Aufführung versuchten wir, die Dynamik der Stückes zu erhöhen, indem einzelne Szenen dramatisch zugespitzt wurden.

Da die Bewohner an der Auswahl geeigneter Szenen beteiligt waren ergab es sich, daß an der Stelle, wo der verlorene Sohn in der Fremde angekommen, das vorzeitig ausgezahlte Erbe des Vaters verprasst eine Wirtshausszene spielen wollten.

Aus der Anregung, sich einmal wieder hineinzusetzen in das seelig- rauschhafte Kneipengetümmel, wie es früher war, als man noch regelmäßig ins Wirtshaus ging, entstand eine dichte Atmosphäre, und es wurde schunkelnd gesungen:

Trink, trink, Brüderlein trink
Lass doch die Sorgen zu Haus.
Trink, trink, Brüderlein trink
Zieh doch die Stirn nicht so kraus.
Meide den Kummer und meide den Schmerz,
dann ist das Leben ein Scherz.
Meide den Kummer und meide den Schmerz,
dann ist das Leben ein Scherz.

An die Probe anschließend machten wir eine Reflektionsrunde, damit die Bewohner in Distanz zu ihrer Rolle treten konnten und eine exzentrische Position einnehmen konnten. Dies war aus rückfallprophylaktischen Gründen wichtig, denn die Fähigkeit zu Rollendistanz und kritischer Auseinandersetzung mit den angenehmen und verführerischen Seiten des Alkohols konnte bei unseren Bewohnern keinesfalls vorausgesetzt werden.

Wir sprachen über den „Verführer“ Alkohol, der den Kummer und Schmerz einfach auswischt. Den Aufforderungscharakter des Liedes, immer weiter zu trinken, um seine Sorgen zu vergessen und unangenehme Gefühle wie Einsamkeit, Traurigkeit, Angst etc. nicht mehr spüren zu müssen kannten die Bewohner aus eigener Kneipenerfahrung. Hr. R., ein 67-jähriger Bewohner erzählte daraufhin von seiner schönsten Zeit damals in seiner Stammkneipe, wo er nach Feierabend als Junggeselle seine Bekannten traf und immer „viel Spaß“ hatte. Andere Bewohner berichteten ähnliche Erlebnisse, in denen sie sich im Alkoholrausch frei und unbeschwert fühlten.

Die Erlebnisaktivierung im Sinne des dritten Weges der Heilung, die durch das leibliche Erleben im Theaterspiel geschieht, ermöglichte so ein tieferes Verständnis für eigene biographische Zusammenhänge (bottom- up- approach) im Sinne des ersten Weges der Heilung. Emotionales Erleben, wie es durch das Theaterspiel geschieht und rationale Einsicht führten zu vitaler Evidenzerfahrung, indem das „Schöne“ des Alkohols, die Freude und Unbeschwertheit im Spiel gelebt werden konnte und so eine tiefere rationale Einsicht in die verführerischen Seiten des Alkohols möglich wurde, denen unsere Klienten immer wieder erliegen.

Eine weitere Szene, die ich hier anführen möchte war die Schlusszene, in der der verlorene Sohn, nachdem er alles Geld und alle Träume verloren hatte, sich auf den Weg zurück in sein Elternhaus machte und dort von seinem Vater und dem verärgerten Bruder empfangen wurde. Hr. S., der den braven zuhause gebliebenen Bruder spielte, der während der Abwesenheit des anderen sich auf dem Hof abgerackert hatte war nun sehr verärgert, das sein Bruder vom Vater mit offenen Armen empfangen wurde und für ihn sogar ein Fest gegeben werden sollte. Hr. S. war in der Lage, seinen Ärger sehr glaubhaft und nachvollziehbar in der Auseinandersetzung mit seinem Bruder zu verkörpern, was der Szene eine starke Dynamik verlieh und ihm viel Lob und Anerkennung entgegenbrachte.

Auf Wunsch der Darsteller sollte ein anderer Schluss gefunden werden, als der im Gleichnis. Der verlorene Sohn sollte fortan der Knecht des braven, pflichtbewußten Bruders werden und seinen Anweisungen auf dem Hof Folge leisten. Der Vater ernannte den pflichtbewußten Sohn zu seinem rechtmäßigen Nachfolger und ging in den Ruhestand.

Die erlebniszentriert- stimulierende Arbeitsweise des Theaters ermöglichte hier auf spielerische Art das Finden eines eigenen, als stimmiger empfundenen Schlusses und damit eine kreative Lösung für das eigene Unrechtsempfinden. Mir war an der Stelle die Umsetzung eigener Ideen wichtiger als der Transport theologisch korrekter Aussagen.

6.1.3. Erzählungen und Anekdoten

In meiner Theaterarbeit mit den Bewohnern des Falkenroth-Hauses habe ich immer wieder die Erfahrung gemacht, daß die vielen kleinen Anekdoten, die sich um die Proben, die Aufführungen etc. herumranken einen wichtigen Stellenwert einnehmen.

In geselliger Runde werden lustige Begebenheiten erzählt, wird gelacht oder verständnislos mit dem Kopf geschüttelt. Die vielen Erlebnisse, kleinen Mißgeschicke, Erfolge, Streitereien, das Lampenfieber vor der Aufführung, das Hochgefühl und der Applaus danach, dies alles sind wichtige Erlebnisse, die das Leben reich und interessant machen und als gelebte Erzählungen Biographie entscheidend mitprägen.

Diese Erzählungen haben in ihrer Summe identitätsstiftenden Charakter. In den vielfältigen Erzählungen wird narrative Wahrheit transportiert. „Identität als erzählte, narrative Identität kann nicht in einer einzelnen Erzählung gründen, sondern in sich verflechtenden, zuweilen entflechtenden „Bündeln von Erzählungen“ (Van Wijnen, Petzold, 2003, S. 24).

Diese Wahrheit, die in immer wiederkehrenden Erzählungen und Anekdoten durch die Darsteller selbst oder durch andere Anwesende über die Darsteller transportiert und erzählend gestaltet wird hat eine andere, spontanere Qualität. Erzählungen über das Theater sind oft lustig, urig, abstrus, eben von anderer Qualität.

Sie bilden ein Gegengewicht zu der oft belastenden oder eher monoton ablaufenden Realität, in der sich unsere Bewohner oft befinden. Vielfältige Probleme können in diesen Momenten einmal vergessen werden, ohne daß dafür Alkohol oder andere Drogen erforderlich sind. Durch das Theaterspielen selbst und das heitere Erzählen in geselliger Runde kann die heilende Atmosphäre eines guten Miteinanders, welche Petzold als „Konvivialität“ bezeichnet, entstehen.

„Konvivialität ist die Qualität eines freundlichen, ja heiteren Miteinanders, Gemeinschaftlichkeit, die aufkommt, wenn Menschen bei

einem Gastmahl...oder einer Erzählerunde zusammensitzen, wenn sie miteinander spielen, singen, wenn lachen und scherzen den Raum erfüllt...wo jeder so sein kann und akzeptiert wird, wie er ist...wo ein Raum der Sicherheit und Vertrautheit gegeben ist, eine gewisse Intimität integerer Zwischenleiblichkeit, in der man ohne Furcht vor Bedrohung Beschämung Beschädigung...beieinander sein kann...“(Petzold, 2003, S. 154).

7. Zusammenfassung: Theaterspielen mit chronisch mehrfachbeeinträchtigten suchtmittelabhängigen Menschen

Diese Arbeit zeigt, daß das Theaterspielen mit chronisch mehrfach beeinträchtigten abhängigen Menschen im stationären Bereich die Erlebnisfähigkeit und Persönlichkeitsentfaltung des Einzelnen positiv beeinflussen kann.

Durch die erlebniszentrierte Vorgehensweise des Theaterspielens in regelmäßig stattfindenden Übungseinheiten werden Spontaneität und Kreativität ebenso gefördert wie sprachliche und kognitive Fähigkeiten.

Durch neue Selbst- und Fremdattributionen kann persönliche und soziale Identität neue Aspekte hinzugewinnen.

Schlüsselwörter: *Integrative Therapie*, Theaterspielen, Spontaneität, Kreativität, niedrighschwellige Zielhierarchie, soziale Identität

8. Summary: Playing theater with chronically multi-impaired addicted people

Playing different roles in a drama group with multiple handicapped addicted people in stationary institutions has a positive influence on their personal development.

The lessons in a drama group take place regularly and are concentrated on experience. They support spontaneity and creativity as well as linguistic and cognitive abilities.

Though the experience of new self and external attributions gets the client new aspects for his personal and social identity.

Keywords: Integrative therapy, theater play, spontaneity, creativity, low-threshold goal hierarchy, social identity

9. Literaturverzeichnis

- Arbeitsgruppe CMA (1999): Definitionsvorschlag zur Operationalisierung von chronisch mehrfachbeeinträchtigten Abhängigen von psychotropen Substanzen, in: Zeitschrift „Sucht“, Heft 45
- Lindenmeyer, J. (2003): Was soll das eigentlich hier? – Motivationsstrategien in der Behandlung Alkoholabhängiger, in : Steingass, H.P. (Hg): Remscheider Gespräche 1, Neuland-Verlag, Geesthacht
- Müller, M. (2004): Rollentheorien, Rollenkonfliktmodelle und ihre Bedeutung für die Praxis der Supervision, in: „Supervision“ – Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift, Ausgabe 15/2004 (www.fpi-publikationen.de/supervision)
- Neumann, W., Peters, B. (1996): Als der Zahnarzt Zähne zeigte, Humor, Kreativität und therapeutisches Theater, Verlag modernes Lernen, Dortmund
- Orth, I. (2003): Weibliche Identität und Leiblichkeit, in: Petzold, H.G. (Hg): Lebensgeschichten erzählen; Biographiearbeit, Narrative Therapie, Identität, Junfermann –Verlag, Paderborn
- Petzold, H.G. (1979): Psychodrama-Therapie; Theorie, Methoden, Anwendung in der Arbeit mit alten Menschen, Junfermann-Verlag, Paderborn
- Petzold, H.G. (1993): Integrative Therapie; Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie, Bd. 1-3, Junfermann-Verlag, Paderborn
- Petzold, H.G. (1994): Dramatische Therapie, in: Klosterkötter-Prisor, B. (Hg): Grenzüberschreitungen; Theater – Theaterpädagogik – Therapie, Verlag Remscheider Arbeitshilfen, Remscheid
- Petzold, H.G. (1996) 3.Aufl.: Integrative Bewegungs- und Leibtherapie, Ein ganzheitlicher Weg leibbezogener Psychotherapie, Bd 1 u. 2, Junfermann-Verlag, Paderborn
- Petzold, H.G., Steffan, A. (2001): Gesundheit, Krankheit, Diagnose- und Therapieverständnis in der „integrativen Therapie“, in: Petzold, H.G.: Integrative Therapie, Das „biopsychosoziale“ Modell kritischer Humantherapie und Kulturarbeit, Junfermann-Verlag, Paderborn
- Petzold, H.G. (2003): Lebensgeschichten verstehen, Selbstverstehen, Andere verstehen lernen, in: Petzold, H.G. (Hg): Lebensgeschichten erzählen; Biographiearbeit, Narrative Therapie, Identität, Junfermann-Verlag, Paderborn

- Schmidt, L. (1997) 4. Aufl.: Alkoholkrankheit und Alkoholmißbrauch, Kohlhammer-Verlag, Stuttgart
- Schu, Martina (2001): Chronisch mehrfachbeeinträchtigt abhängigkeitskrank, in: Fachverband Sucht e.V., Rehabilitation Suchtkranker – mehr als Psychotherapie, Neuland-Verlag, Geesthacht
- Steingass, H.P. (2003): Suchtkrank, suchtkränker, am suchtkränksten – chronisch mehrfachbeeinträchtigte Abhängigkeitskranke (CMA), in: Steingass, H.P. (Hg): Remscheider Gespräche 1, Neuland-Verlag, Geesthacht
- van Wijnen, H., Petzold, H.G. (2003): Moderne Identitätstheorien und ihre Bedeutung für die Supervision, in: Internet-Zeitschrift „Supervision“ – Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift, Ausgabe 15/2003 (www.fpi-publikationen.de/supervision)
- Wessel, T. (1999): Menschen auf der Straße, Hilfen für von Ausgrenzung bedrohte Menschen zwischen Psychiatrie, Suchtkrankenhilfe und Wohnungslosenhilfe, in: Zeitschrift „Sozialpsychiatrische Informationen“, Psychiatrie-Verlag, Bonn
- Wessel, T. (2002): Im „Bermuda-Dreieck“ – Patienten zwischen Psychiatrie, Obdachlosenhilfe und Suchtkrankenhilfe, in: Institut für kommunale Psychiatrie (Hg): Auf die Straße entlassen, Psychiatrie-Verlag, Bonn
- Wienberg, G. (2001): Die „vergessene“ Mehrheit heute, in: Wienberg, G., Driessen, M. (Hg): Auf dem Weg zur vergessenen Mehrheit, Psychiatrie-Verlag, Bonn