Aus: Textarchiv H. G. Petzold et al. Jahrgang 1971

http://www.fpi-publikationen.de/textarchiv-hg-petzold

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

In diesem Internet-Archiv der FPI-Publikationen – Wissenschaftliche Plattform "Polyloge" werden Texte von Hilarion G. Petzold und MitautorInnen in chronologischer Folge nach Jahrgängen und in der Folge der Jahrgangssiglen geordnet zur Verfügung gestellt. Es werden hier auch ältere Texte eingestellt, um ihre Zugänglichkeit zu verbessern. Zitiert wird diese Quelle dann wie folgt:

Textarchiv H. G. Petzold et al.
http://www.fpi-publikationen.de/textarchiv-hg-petzold

Hilarion G. Petzold (1971c): Möglichkeiten der Psychotherapie bei drogenabhängigen Jugendlichen *

Erschienen in:
G. Birdwood, Willige Opfer, Rosenheimer Verlag, Rosenheim. S. 212-245.

---

* 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, Dipl.-Sup. Ilse Orth, MSc*). Mail: forschung@integrativ.eag-fpi.de, oder: info@eag-fpi.de, Information: http://www.eag-fpi.com) . Diese Arbeit hat die Sigle 1971c.

Möglichkeiten der Psychotherapie bei drogenabhängigen Jugendlichen

Prof. Dr. Hilarion Petzold, Paris

Die Welle des Rauschmittelkonsums durch Kinder und Jugendliche, die in jüngster Zeit über die Bundesrepublik hinweggegangen ist, hat über Nacht ein Problem aufgeworfen, das in seiner brennenden Aktualität Ärzte, Psychologen, Pädagogen und Eltern vor Fragen stellte, denen sie weithin nicht gewachsen waren und sind (GEBHARDT 1970).

Wenn in dem mehr als 1000 Seiten umfassenden „Handbuch der Erziehungsberatung" (LÜCKERT 1964) rund dreißig Druckzeilen über Süchtigkeit im Kindes- und Jugendalter stehen, die in der Feststellung auslaufen: „die Suchtgefahr ist bei Kindern zumindest in Deutschland gering" (FÖRSTER), so mag das einen Eindruck vom Wandel der Situation vermitteln. So sind denn auch die Erfahrungen in der Therapie der Drogenabhängigkeit bei Kindern und Jugendlichen im deutschen Raum recht spärlich. Das „Handbuch der Kinderpsychotherapie" (BIERMANN 1969) erwähnt auf 1200 Seiten das Problem „Sucht" mit fünf Druckzeilen.

Die plötzliche Konfrontation mit der Drogenwelle und die dadurch ausgelöste und von der Presse in unverantwortlicher Weise hochgespielte Diskussion über die Schädlichkeit und Unschädlichkeit (!) bestimmter Rauschmittel hat dann in kürzester Zeit ein recht vielfältiges Schrifttum über Rauschgifte hervorgebracht, das von der philosophisch bestimmten Apologie im Sinne eines orientalischen Mystizismus (GELPKE 1966), einer intellektuell verbrämten Propaganda (STECKEL 1969), einer einseitigen Dokumentation (LEONHARD 1970), zur pseudopopu-

lärwissenschaftlichen Information (LEUENBERGER 1970) reicht[1]. Als „qualifizierte" Informanten finden sich Journalisten, Literaten, Studenten irgendwelcher Fakultäten an Stelle von Medizinern, Psychologen, Sozialpädagogen und Pädagogen, die in interdisziplinärer Zusammenarbeit auf Grund ihrer wissenschaftlichen Ausbildung und praktischen Erfahrung die eigentlich Befugten wären, zu diesem Thema Stellung zu nehmen. In jedem Fall läßt sich sagen, daß hinsichtlich der Gefährlichkeit auch der „weichen" (sanften) Drogen (Haschisch, Marihuana) von psychiatrischer Seite durchaus Einigkeit besteht (WUNNENBERG 1969; KIELHOLZ 1969/1970; AMLER 1970; PETRI 1970; SCHÄR 1969/1970), und zwar sowohl was den „Umsteigeeffekt" auf harte Drogen (LSD, STP, Heroin) anbetrifft als auch hinsichtlich der Tatsache schwerer psychischer Schädigungen.

Es wird von den Verfechtern des Konsums sogenannter „bewußtseinserweiternder" Drogen immer wieder eingewandt, daß der Alkoholmißbrauch weitaus schwerwiegendere Folgen habe als etwa das Haschischrauchen[2]. Dies muß kategorisch in Abrede gestellt werden. Die schweren Stadien der Haschischabhängigkeit und der in ihrem Gefolge auftauchenden LSD-, Heroin- und Opiumsucht sind dem Alkoholismus, der in der BRD bei Jugendlichen und Erwachsenen in besorgniserregendem Maße im Zunehmen begriffen ist, und der in der Tat ein gesellschaftliches Problem darstellt, durchaus an die Seite zu stellen[3]. Es lassen sich im Verhalten und in der Symptomatik bei alkoholabhängigen und haschischabhängigen Jugendlichen überdies eine Reihe von Übereinstimmungen feststellen: Ausfallserscheinungen, Delirien, Verwirrtheitszustände, Verfall der Persönlichkeit, was mit dem weitgehenden Verlust der Fähigkeit zu sozialer Kommunikation einhergeht. Diese Übereinstimmungen weisen neben anderen Faktoren auch die „weichen Drogen" als suchtbildend aus, selbst wenn das Merkmal der Entziehungssymptome, das

für die klassischen Definitionen des Suchtbegriffes durch die Weltgesundheitsorganisation WHO (1952, 1957)[4] ein wesentliches Kriterium war, bei Haschisch und Marihuana oft nicht vorhanden ist[5].

Die neueren Fassungen des Suchtbegriffes durch die Expertenkommissionen der WHO (1964, 1967)[6] aber werden dem komplexen Feld der verschiedenen Suchtformen besser gerecht und entziehen den Verfechtern des Haschischgenusses das fadenscheinige Argument vom „Fehlen der Entziehungssymptome": „Alle Drogen haben letztlich eine Wirkung gemeinsam. Sie sind in der Lage, bei manchen Menschen einen seelischen Zustand zu erzeugen, der als *psychische Abhängigkeit* (psychical dependence) bezeichnet wird. Es entsteht ein periodisches oder dauerndes seelisches Bedürfnis (psychic drive) nach der Droge, aus dem Wunsch heraus, eine Euphorie zu erreichen oder eine Dysphorie zu vermeiden. Manche Medikamente bewirken zudem eine *körperliche Abhängigkeit* und damit einen an die Zufuhr von Drogen angepaßten Zustand (adaptive state). Er ist gekennzeichnet durch starke körperliche Störungen, wenn die Droge weggelassen oder ihre Wirkung durch einen Antagonisten ausgeschaltet wird. Die Charakteristika sind von einem zum anderen Typ sehr unterschiedlich. Deshalb ist es erforderlich, die Kennzeichen jedes Typs zu bestimmen." (WHO. Technical Report Series 363. 1967, S. 6 f.) Der hier erarbeitete Begriff der *Drogenabhängigkeit* (drug dependence) ist auf die sogenannten „bewußtseinserweiternden" Drogen voll anwendbar, da diese, wenn es auch nicht unbedingt zu einer *physischen* Abhängigkeit kommt (auch diese Frage ist noch nicht endgültig abgeklärt; cf. PETRI 1970; KIELHOLZ, LADEWIG 1970; WANKE et al. 1970; DIJK 1970, die — wie wir selbst — Entziehungssymptome in Fällen schwerer Haschischabhängigkeit feststellen konnten), doch zu einer gravierenden *psychischen* Abhängigkeit (psychical dependence) führen[7]. Hier ist auch der

Ort des psychotherapeutischen Ansatzes für die Behandlung drogenabhängiger Jugendlicher.

Die Erfahrungen hinsichtlich der psychotherapeutischen Behandlung drogenabhängiger Jugendlicher sind in der BRD recht gering, einfach weil Ärzte und Psychologen im klinischen Bereich überaus selten und in der ambulanten Praxis so gut wie gar nicht mit diesem Problem konfrontiert wurden. Anders liegt die Situation in den USA, den Niederlanden, in Frankreich (zumindest was Paris und Marseille anbetrifft) und in Schweden. Die in diesen Ländern gewonnenen Erfahrungen können weitgehend für die hiesigen Verhältnisse nutzbar gemacht werden. — Zunächst aber einige Bemerkungen über Ursachen und Erscheinungsbild der Rauschmittelabhängigkeit:

Die Rauschmittelabhängigkeit findet sich sehr oft im Rahmen einer allgemeinen neurotischen Verwahrlosung z. B. bei umherziehenden Jugendlichen (Hippies, Gammler); immer häufiger aber wird sie ursächlich für eine derartige neurotische Verwahrlosung, indem Schüler und Studenten, die in einem als normal anzusprechenden psychosozialen Beziehungsgefüge (psycho-social framework) stehen, durch den Gebrauch von Drogen aus diesem entwurzelt werden. Die Fähigkeit zu sozialer Kommunikation und affektiver Bindung geht in zunehmendem Maße verloren, eine allgemeine Passivität ergreift von den Süchtigen Besitz und ein adäquates Erleben der Realität ist nicht mehr gegeben. Die Kontaktfähigkeit wird immer weiter eingeschränkt und erstreckt sich schließlich allein noch auf den gemeinsamen Konsum der Droge, die den Suchtkranken immer weiter in die Isolation der halluzinatorischen Rauscherlebnisse treibt und die Möglichkeiten der Selbst- und Fremdwahrnehmungen zunehmend herabsetzt, was schließlich zu einer völligen Verödung des geistigen und emotionalen Lebens führt (hier endet die so oft gepriesene Wirkung von Haschisch als Aphrodisiakum); d. h., daß der im Rausch durch die Droge herbeigeführte künstliche

psychotische Zustand chronifiziert wird. Die Gefährlichkeit der „weichen Drogen" — sie können auf Grund ihrer Eigenschaft nicht ohne weiteres physisch abhängig machen (obgleich ich dieser Annahme mit Vorbehalt gegenüberstehe) und können von willensstarken Menschen in gewissem Maße benutzt werden, ohne zur Süchtigkeit zu führen — liegt in der Gewöhnung an den Rauschzustand, der insbesondere bei labiler Persönlichkeitsstruktur zu einer psychischen Notwendigkeit werden kann. Unsere Zeit ist von einer wachsenden Labilisierung der Persönlichkeit und Ich-Schwäche gekennzeichnet. Das ist ein Faktum, dessen komplexe Ursachen wir an dieser Stelle nicht näher untersuchen können. Es sind „lebensgeschichtlich bedingte Störungen im Seelenleben, die den Boden der Sucht bereiten" (CREMERIUS 1960). Eine Reihe derartiger Störfaktoren haben HOFF (1956) und WANKE et al. (1970) zusammengestellt. Für die Drogensucht von Jugendlichen sehen wir die Störung des Familienmilieus, insbesondere der Mutter-Kind-Beziehung (CREMERIUS), die Überforderungstendenzen in allen Bereichen (MIERKE 1963; PETZOLD 1968) und die „mangelnde affektive Bindung an Lebensziele und Lebensaufgaben" (HOFF), die Frustration des Anspruchs an den Lebenssinn (FRANKL 1970) als die wesentlichsten Ursachen an.

Durch den Genuß der weichen Drogen etabliert sich ein psychisches Bezugssystem, das offensichtlich neurotischer Natur ist (WANKE et al. 1970). Die Neurose als eine Ausweich- oder Fluchtreaktion zur Umgehung unbewältigter Konfliktkonstellationen manifestiert sich in der *Sucht*, die damit wie Ängste, Anankasmen, Depressionen zu einem Ausdruck neurotischer Verformung wird (CREMERIUS 1960, 54). Hierdurch wird das häufige Auftreten von Angstzuständen, Depressionen, Zwängen oder psychogener somatischer Beschwerden in der Entzugsphase auch bei den „weichen Drogen" erklärbar. Die Frage von CREMERIUS, „warum sich eine Neurose gerade als

Sucht und nicht als Angst, Depression etc. manifestiert", möchte ich dahingehend beantworten, daß die *Gelegenheit zur Gewöhnung* hier wohl die entscheidende Rolle spielt. Die Sucht, und insbesondere der lustbetonte Haschischrausch, ist eine *angenehme* Art und Weise, Konfliktsituationen und Verzichtleistungen, deren Nichtbewältigung in neurotisches Verhalten einmündet, zu umgehen. Die Rauschmittel werden den Kindern und Jugendlichen aber in einer Zeit angeboten (12 — 25 Jahre), in der die Innen- und Außenansprüche (z. B. durch die Pubertät, die beruflichen und schulischen Anforderungen, die Erfahrungen der ersten Partnerbeziehungen), ohnehin das „Konfliktpotential" des Alltagslebens erheblich heraufsetzen. Es ist dies die Zeit, in der Störungen der frühkindlichen Entwicklung entweder verarbeitet werden oder sich neurotisch verfestigen, eine Zeit der Ambivalenzen, der psychischen Labilität, aber auch der Willensanspannung und Ausformung der Persönlichkeit. Hier nun trifft die Droge in einen Bereich, der an sich instabil ist; sie bietet dem jungen Menschen eine Möglichkeit, dem Kampf mit sich selbst und mit seiner Umwelt, d. h. aber dem angestrengten Prozeß der Persönlichkeitsbildung zu entgehen. Die neurotischen Tendenzen, die in jedem Entwicklungsprozeß vorhanden sind, werden auf diese Weise nicht überwunden, sondern forciert. Der Genuß von Drogen in den Entwicklungsjahren erweist sich damit als neurosebildend. Kompliziert wird die Situation durch das Zusammenwirken von neurotischen Tendenzen und den psychischen Veränderungen, die durch die Rauschmittel bewirkt werden. Die durch den Rausch umgangenen Anforderungen der Wirklichkeit wachsen durch den drogenbedingten Verlust des Realitätsbewußtseins ins Ungeheuerliche. Die Wirklichkeit wird als Bedrohung, als schal und schmutzig empfunden. Sie wird als unerträglich erlebt und motiviert eine beständige Flucht in den Rausch. Der seelische Drang nach dem Rauscherlebnis ist derart stark, daß ohne Rück-

sicht auf die Umwelt und die eigene körperliche Gesundheit versucht wird, dieses Erlebnis zu erlangen. So kommt es nicht selten zu kriminellen Delikten und Gewalttätigkeiten bei der Beschaffung von Drogen, oder es wird durchaus in Kenntnis der Gefahren auf „harten Stoff umgestiegen".

All diese Faktoren gewinnen bei der Psychotherapie von drogenabhängigen Jugendlichen Bedeutung und bestimmen den Therapieverlauf, in dessen Rahmen das erste Behandlungsziel in der Behebung oder Einschränkung der Symptome zu sehen ist, da vorher eine Behandlung der zur Sucht führenden Ursachen — und diese ist stets erforderlich, soll ein dauerhafter Erfolg gewährleistet werden — kaum möglich ist.

Um dem in seiner Äthiologie und Symptomatik differenzierten Erscheinungsbild der Drogenabhängigkeit gerecht zu werden, haben wir in der praktischen Arbeit mit drogenabhängigen bzw. rauschgiftsüchtigen Jugendlichen in den Beratungsstellen der AIA, Paris, und der SIN, München, Düsseldorf, zunächst begonnen, mit verschiedenen therapeutischen Instrumenten zu arbeiten. Die partiellen Erfolge führten uns schließlich dazu, die einzelnen therapeutischen Ansätze zu verbinden und in einem abgestuften Therapieplan zum Einsatz zu bringen:

I. Entzugsphase: Absetzen der Drogeneinnahme, Sedierung event. deliranter Verwirrtheitszustände durch: Pharmakotherapie und/oder Hypnose. Gesprächstherapie (TAUSCH), hypnotische Unterstützung der Abstinenzbemühungen event. durch Aversionskonditionierung.

II. Konsolidierungsphase: Substituierung des Rauscherlebnisses, Reintegration in ein soziales Feld, Mobilisierung affektiver Bezüge, Behandlung der für die Drogensucht ursächlichen Problematik durch: Gruppenpsychotherapie mit dem Symboldrama (DESOILLE, LEUNER) und dem Psychodrama (DEETH, PETZOLD).

III. Restitutionsphase: Entwicklung sozialer Kommunikation, Bearbeitung persönlicher Problematik, Förderung der Spontaneität und Kreativität durch: Therapie mit dem Psychodrama (HASKEL, FRIEDMAN, DEETH, PETZOLD).

IV. Reintegrationsphase: Vorbereitung und Vollzug der Eingliederung in ein reales soziales Bezugsgefüge (Schule, Elternhaus, Beruf, Studium). Entwicklung von Verantwortung und Autonomie. Persönlichkeitsentwicklung durch: Psychodrama und Rollenspiel (ELIASOPH). Sozialfürsorgerische Maßnahmen.

Der vorliegende Therapieplan ist natürlich in der klinischen Situation, besonders was die ersten beiden Stufen anbetrifft, besser durchzuführen. Er ist aber auch bei ambulanter Behandlung anwendbar. Die Dauer und Akzentuierung der einzelnen Phasen wird von Diagnose und Prognose, von der Verfassung des jeweiligen Patienten also, abhängig sein.

I. Entzugsphase

In der klinischen Situation wird das Absetzen des Drogenkonsums im allgemeinen keine Schwierigkeit bereiten. Trotz des vielzitierten Fehlens von Entziehungssymptomen bei „weichen Drogen" kann man z. B. bei Cannabisabhängigkeit oft eine ausgesprochene Aggressivität der Jugendlichen feststellen, die sich zu hochgradigen Erregungszuständen steigern kann, denen oft völlige Apathie und torpides Verhalten folgt. Nach einer gewissen Zeit wird eine motorische Unruhe kennzeichnend. Dies ist das Stadium, in dem der suchtkranke Jugendliche nach Surrogaten seiner Droge sucht, um der Wirklichkeit zu entkommen und in die Trugwelt des Rauschzustandes zu flüchten. Durch das Rauchen von Klebstoffen und Fußbodenbelag oder Kunststoffmaterial — oft sind schwere Intoxikationen die Folge — wird versucht, die klinische Abstinenz zu durchbrechen. Es ist in diesem Zusammenhang wichtig zu sehen, daß hier ganz allgemein von

„*Drogenabhängigkeit*" oder vielleicht besser noch von „*Rauschabhängigkeit*" gesprochen werden muß; denn wurde zunächst nur Haschisch oder Marihuana verwendet, so ist es beim Fehlen dieser Rauschmittel für den jugendlichen Süchtigen gleichgültig, durch welches Mittel er zu einem neuen Rauscherlebnis kommt, ganz gleich ob es sich nun um das Inhalieren von Rohöldämpfen (GIBBONS 1970; EDWARDS 1960) oder das Umsteigen auf harte Drogen handelt[8]. Insofern unterscheiden sich Haschisch und Marihuana etwa von Heroin, Opiaten und auch von Alkohol etc., bei denen der Süchtige von der Zufuhr seiner spezifischen Droge abhängig ist.

Die Einleitung der Entzugsphase wird von verschiedenen Faktoren erschwert. Der Jugendliche erlebt den Arzt und Therapeuten als Feind, der ihn seines Rauscherlebnisses berauben will — bei der Durchsuchung aufgegriffener und der Rauschgifteinnahme verdächtiger Jugendlicher und Kinder durch die WKP oder — bei der Einweisung — durch Pflegepersonal kommt es häufig zu so heftigen Widerstandsreaktionen, daß mehrere Personen eingreifen müssen. Wird dann tatsächlich „Stoff" gefunden, kommt es regelhaft zu erneutem Aufbäumen, Schreikrämpfen etc., so daß eine medikamentöse Sedierung oft unerläßlich ist.

Diese leider fast unvermeidbare, mehr oder weniger gewaltsame Leibesvisitation verstärkt die Angst und Haßgefühle, die der verwahrloste Jugendliche ohnehin gegen die Erwachsenen hat. Hinzu kommt zuweilen eine verschwommene ideologische Haltung, die den Arzt als Steigbügelhalter unseres verrotteten politischen Systems und als Spitzel der Polizei einstuft, eine Auffassung, die von der „einschlägigen" Literatur verbreitet wird (STEKKEL 1969, 125). All diese Faktoren bilden für den Beginn einer Therapie eine denkbar schlechte Ausgangsbasis. Oft wird noch die in der Regel vorliegende Vaterproblematik auf den Arzt bzw. Therapeuten übertragen, was

durch den *deprivativen* Charakter der Suchttherapie (PETZOLD 1970 a) noch hervorgehoben wird (der Vater, der verbietet, straft, wegnimmt, unterdrückt).

Erfahrungsgemäß findet hier ein jüngerer Therapeut, oder eine Therapeutin einen besseren Zugang zu dem jugendlichen Patienten.

Mit dem Entzug der Droge, der erzwungenen Abstinenz[9], ist eine Situation geschaffen, die für den therapeutischen Prozeß unerläßlich ist, aber natürlich auch größte Schwierigkeiten aufwirft. Nun muß ein Zugang zu dem jugendlichen Patienten gefunden werden, der in seinen wechselhaften Zuständen von Angst und Aggression, Unruhe, Apathie und Depression nur sehr schwierig ansprechbar ist. Ein solcher Zugang wird nur durch eine geduldige, abwartende Gesprächstherapie, die von positiver Wertschätzung und emotionaler Wärme (ROGERS 1951, TAUSCH 1970) bestimmt ist, zu schaffen sein, indem der Therapeut den Jugendlichen in seiner Haltung und seiner Verfassung annimmt und akzeptiert. Dieser Ansatz bildet in der ambulanten Situation, in der eine Abstinenz nicht erzwungen werden kann, sondern erreicht werden muß, die einzige Möglichkeit zur Einleitung einer Therapie.

Für die ambulante Behandlung drogenabhängiger Jugendlicher — und eine solche ist bei den hiesigen Verhältnissen — (für die USA und Frankreich liegen einige andere Erfahrungen vor, z. B. Daytops[10]) — nur bei Haschisch- bzw. Marihuana- und nicht zu progredienter LSD-, Meskalin-, Psilocybinabhängigkeit etc. möglich — ist das therapeutische Gespräch darauf abgestellt, das Vertrauen des Jugendlichen zu gewinnen, der in die Beratungsstelle oder in die Sprechstunde kommt oder gebracht wird.

Für eine Therapie sind die Jugendlichen prognostisch günstig zu beurteilen, die aus eigenem Antrieb, d. h. aus der Erkenntnis, mit der Droge nicht mehr fertig zu werden, kommen. Oft geschieht dies nach einem „Horror-

Trip" oder in Perioden, in denen die Beschaffung der Droge besondere Schwierigkeiten bereitet und durch den verminderten Konsum eine klarere Realitätserkenntnis vorherrscht. Eine ähnlich positive Ausgangssituation findet sich, wenn der Jugendliche von Freunden oder Schulkameraden in die Beratungsstelle gebracht wird, nachdem er von diesen zuvor von der Notwendigkeit überzeugt wurde, „daß etwas geschehen müsse". In seltenen Fällen können auch verständnisvolle Eltern ihre Kinder überzeugen, eine Behandlung zu beginnen. In der Regel aber wird man mit einer Situation zu rechnen haben, in der der jugendliche Patient unter dem massiven Druck seiner Familie die Beratungsstelle aufsucht, begleitet von einem Elternteil, der sich autoritär (der undankbare Lümmel) oder besorgt (ich kann den Jungen nicht mehr verstehen) gibt, beides Haltungen, die für einen gewissen Typus junger Menschen schwer zu ertragen sind. Auch hier muß das therapeutische Gespräch die Wege ebnen. Es empfiehlt sich hierbei, das Thema „Rauschmittel" zu vermeiden und, sofern nicht persönlicher Konfliktstoff angeboten wird, zu allgemeinen Gesprächen (nicht zu Diskussionen!) zu kommen, die den jungen Menschen interessieren. Nach unseren Erfahrungen hat sich in dieser einleitenden gesprächstherapeutischen Phase ein konfliktzentriertes Vorgehen (LANGEN 1956, focussed analysis, conflict-centered analysis) nicht bewährt, da dieses als zu dicht und „fordernd" empfunden und abgelehnt wird. Durch eine abwartende Gesprächsführung aber wird es möglich, nach und nach die Widerstände und Abwehrhaltungen zu verringern und eine Haltung zu erreichen, die der Therapie nicht mehr ablehnend, sondern positiv-gleichgültig („ich verspreche mir nichts davon, aber wenn sie meinen ...") oder bewußt bejahend gegenübersteht. Als nächster Schritt der Entzugsphase muß das Abblocken des „*psychical drive*" zur Droge versucht werden. Hierfür ist das Vorhandensein der rationalen Einsicht, daß die Droge schädlich sei und unbedingt gemie-

den werden müsse, von großem Nutzen. Ist es im Verlauf der Gesprächstherapie gelungen, diese Einsicht zu vermitteln, so wurde ein wesentlicher Schritt getan, der aber allein nicht ausreicht; denn es taucht hier das Problem jeder über das intellektuelle Verstehen vorgehenden Psychotherapie auf, die rationale Erkenntnis in den affektiven Bereich zu transponieren und die verstandesmäßige Einsicht in Willensimpulse umzusetzen.

Für die nun einsetzende *Hypnosebehandlung* in der *Entzugsphase* ist, wie gesagt, die intellektuelle Ablehnung der Droge sehr förderlich, wenn auch nicht unbedingte Notwendigkeit. Conditio sine qua non aber ist eine Atmosphäre des Vertrauens, die zu schaffen vornehmlich Aufgabe der einleitenden Gesprächstherapie ist, in deren Verlauf der Therapeut auch in das Stadium der Drogenabhängigkeit Einblick gewinnt. Etwa 60 bis 70 Prozent der drogenabhängigen Jugendlichen erweisen sich als ausgesprochen suggestibel und deshalb für eine Hypnotherapie gut geeignet. Die Hypnotisierbarkeit nimmt mit dem Alter ab, d. h. je älter der Patient, desto schwerer wird es, eine Hypnose einzuleiten. Ähnliches ist von Jugendlichen im progredienten Stadium der Drogenabhängigkeit zu sagen, insbesondere von LSD- und Meskalinsüchtigen, die den größten Teil der nicht Beeinflußbaren ausmachen.

Bei der Wahl des hypnotischen Verfahrens wird man vom Zustand des Patienten ausgehen müssen. Im Hinblick auf den aktiven Therapieverlauf in der *Konsolidierungs-* und *Restitutionsphase*, auf den die Maßnahmen der *Entzugsphase* hinführen sollen, wäre ein heterohypnotisches Vorgehen ausreichend, zumal autohypnotische Verfahren, wie das autogene Training (SCHULZ 1966) oder die progressive Relaxation (JACOBSON 1938), zu große Ansprüche an den Patienten stellen, was Ausdauer und Trainingsaufwand anbelangt. Da aber die Heterohypnose durchaus dazu angetan ist, den passiven Tendenzen des drogenabhängigen Jugendlichen entgegenzukommen, emp-

fiehlt es sich, die gestufte Aktivhypnose (KRETSCHMER 1959; LANGEN 1969) zu verwenden, da sie schnell zu erlernen ist, größere Erfolge bei Patienten von geringer Hypnotisierbarkeit aufweist und die Mitarbeit des Patienten anregt.

Hinsichtlich der nicht Beeinflußbaren besteht die Möglichkeit, den hypnotischen Zustand durch entsprechende Medikation (Narkotika, Hypnotika) einzuleiten. Gute Erfolge können auch durch einen Kunstgriff über ein „*katathymes Hypnoid*" erzielt werden. Der Patient wird angehalten, sich mit geschlossenen Augen entspannt hinzulegen. Darauf wird ihm das Bild der saftiggrünen Sommerwiese (LEUNER 1970, 14) angeboten. Diese Vorstellung wird von der Mehrzahl der Patienten nach kurzer Zeit realisiert. Treten Schwierigkeiten hinsichtlich der Imagination auf, können diese durch genauere suggestive Beschreibung der Wiese beseitigt werden. In hartnäckigen Fällen wird die Imagination praktisch immer erreicht durch Diaprojektion eines Bildes von einer Sommerwiese, die im abgedunkelten Raum kurz (etwa zwei Sekunden) aufgeblendet wird.

Wird nun das Bild der Wiese realisiert, so ist es plastisch zu verdeutlichen. „*Blauer Himmel. — Weiches Gras. — Insekten summen. — Ich schaue in die Wolken, fühle die Sonnenwärme auf meiner Haut, fühle mich ganz ruhig und entspannt. — Ein schläfriger Sommernachmittag. — Die Wolken flimmern vor meinen Augen, die Helle flimmert vor meinen Augen, ich möchte nur noch schlafen, die Augen schließen und schlafen, ganz tief schlafen.*"

Die moderne Hypnotherapie ist in der Behandlung von Süchtigen (LANGEN 1966; 1969) ganz davon abgegangen, Aversionen zu suggerieren. Vielmehr ist man bestrebt, Gleichgültigkeit und Gelassenheit (SCHULZ 1953; 1957; THOMAS 1969) gegenüber dem Suchtmittel zu erreichen. In der Hypnotherapie drogenabhängiger Jugendlicher empfehlen sich daher folgende Formeln: „Haschisch

ist ganz gleichgültig, Rauscherlebnisse berühren mich nicht. Rausch ist unwichtig und gleichgültig." Wichtig ist es auch, Formeln von positiv-verstärkendem Charakter (reinforcements) einzusetzen: „Ich bin meiner ganz sicher. Ich bin gelassen, sicher und frei."

In Verfolgung lerntheoretischer Prinzipien innerhalb der Hypnotherapie (SPIEGEL 1960; 1963) halten wir es aber doch für vorteilhaft, bei der Behandlung der Drogenabhängigkeit durch Hypnose (SPIEGEL 1967) unter gewissen Voraussetzungen auch mit Aversionskonditionierung zu arbeiten. So sollte man nicht unterlassen, etwa vorhandene Aversionen zu verstärken. Die Angst und Ekelgefühle nach einem „bad trip", die Verzweiflung in den rauschfreien Intervallen bieten hier geeignete Ansatzpunkte. Dabei empfiehlt es sich, wechselhaft negativ und positiv verstärkende Suggestionen zu geben: *„Rausch versklavt mich — Nüchternheit befreit"* — *„Haschisch macht mich einsam und leer — ohne Rausch herrscht Freiheit und Glück."* Dieses Verfahren der *alternierenden Konditionierung* haben wir in der Therapie des Alkoholismus in der von uns entwickelten Technik der *Signal- oder Hypnobilder* (PETZOLD 1970 b) ausgebaut, indem der jeweiligen Suggestion ein entsprechendes Bild beigegeben ist, das während eines hypnoiden Zustandes (eingeleitet durch Wärme- und Schwereübung) als Diapositiv an die Wand projiziert wird. Für die Therapie drogenabhängiger Jugendlicher wird zur Zeit eine neue Serie erprobt. So wird z. B. der ersten o. g. Formel in Teil a (negativ verstärkend) das Bild eines völlig heruntergekommenen Gammlers, der apathisch in der Gosse hockt, beigegeben. In Teil b (positiv verstärkend) das Bild eines jungen Mannes, der auf einem Pferd galoppiert. Zur zweiten Formel ein abgehärmtes Gammlerpärchen und als positiv verstärkendes Bild ein junges Paar, das mit fliegenden Haaren über eine Wiese läuft.

Ganz gleich, welches hypnotische Verfahren nun zum

Einsatz kommt — Behandlungsziel der Hypnotherapie ist es, den „psychic drive" zur Droge zu blockieren oder so weit herabzusetzen, daß die nachfolgenden oder parallellaufenden therapeutischen Maßnahmen ermöglicht bzw. gefördert werden.

Falls eine hypnotische Aversionskonditionierung eingeleitet wurde, so bietet sich an, diese im wachbewußten Zustand als verbale Aversionstechnik in Einzeltherapie (ANANT 1967) oder in der Gruppe (PETZOLD 1970 a) weiterzuführen, wobei wiederum auch Bildtechniken zum Einsatz kommen können (KOLVIN 1967). Chemische und elektrische (GSR) Aversionstechniken sind bei drogenabhängigen Kindern und Jugendlichen nicht zu empfehlen. Sie verursachen traumatische Erlebnisse und verstärken nur den Haß und die Angst gegen die Welt der Erwachsenen und die Ordnungen der Gesellschaft. Sie sind darüber hinaus von geringer Wirksamkeit, da erfahrungsgemäß rauschabhängige Jugendliche sich selbst vom mehrfachen Erlebnis eines „Horror-Trips" — und solche werden auf Grund des Mangels an „reinem Stoff" und der deshalb angefertigten Mixturen immer häufiger — nicht davon abhalten lassen, erneut zur Droge zu greifen. Die abschreckende Wirkung solcher „schlechten oder mißglückten Reisen" ist von sehr kurzer Dauer, wobei diese kurzen Perioden allerdings für einen therapeutischen Ansatz ausgesprochen günstig sind.

II. Die Konsolidierungsphase

Die in der Entzugsphase durch hypnotische Konditionierung und therapeutisches Gespräch eingeleiteten Maßnahmen zur Erlangung der Abstinenz (die in der klinischen Situation ohnehin gegeben ist), müssen fortgeführt, gesichert und vertieft werden, indem von der primären Symptombehandlung zu einer kausal ausgerichteten Gesamttherapie der Persönlichkeit übergegangen wird. Eine solche empfiehlt sich bei drogenabhängigen Kindern und Jugendlichen, wie bei Süchtigen überhaupt, als Gruppen-

therapie (BATTEGAY 1966, 1970; PETZOLD 1970 b). Die Gruppe ermöglicht die Reintegration in ein soziales Feld, indem sie Möglichkeiten menschlicher Kontakte und ein Zusammengehörigkeitserlebnis (FORT 1955) zu vermitteln vermag. Bei fortgeschrittenen Stadien der Drogenabhängigkeit bleiben aber zu Beginn der Gruppentherapie die einzelnen Teilnehmer in ihrer isolierten Position. Verbale Kommunikation ist weitgehend eingeschränkt. Der Jugendliche weist zudem mit Eintritt in die Gruppe durch Angst- und Trotzreaktionen oft den Kommunikationsappell (BATTEGAY 1966) durch Schweigen ab. Diese Initialsituation wirft Schwierigkeiten auf, bedingt durch die dem Toxikomanen eigene Kommunikationsgehemmtheit — hier unterscheidet er sich vom Alkoholiker — den individuellen und kollektiven Widerstand und eine vorübergehende Aktivierung des Wunsches nach einem Rauscherlebnis (BUCK 1952) — der süchtige Jugendliche sieht sich mitten in einer Gruppe junger Menschen in der gleichen Situation, mit den gleichen Wünschen[11] — Haschisch, LSD usw. werden ja in der Regel von Gruppen bzw. in Gruppen konsumiert. Diese Gemeinsamkeit bildet an sich schon eine Kommunikationsbasis, die für spätere Konfliktbearbeitung von außerordentlicher Wichtigkeit ist. Wir gehen deshalb, zumindest was die Therapie jugendlicher Süchtiger anbetrifft, nicht mit HASKEL (1959) überein, drogenabhängige und nichtabhängige Patienten in den Gruppen zusammenzufassen.

Die Überwindung der Initialwiderstände und der Aufbau eines inneren Zusammenhalts der Gruppe durch gemeinsames Handeln und Erleben (PETZOLD 1971) wird bei neu zusammengetretenen Gruppen am besten durch nonverbale Warmup-Technik (BERGER 1950; BARBARA 1956; RUESCH/KEES 1956; ASSAGIOLI 1965) eingeleitet. Aber von der präverbalen Kommunikation über die verbalen Interaktionen bis zu einer „Wir-Erfahrung" (BATTEGAY 1969), die den *psychical drive* zur

Droge substituieren und damit die auf Abstinenz zielenden Maßnahmen der *Entzugsphase* bzw. der weiterlaufenden Hypnotherapie festigen soll, vergeht einige Zeit und für die Patienten ambulanter Gruppen oft zu viel Zeit. Aus diesem Grunde ist es notwendig, therapeutische Techniken zu verwenden, die geeignet sind, das Rauscherlebnis zu substituieren ohne dabei den passiven Tendenzen der Süchtigen zu sehr entgegenzukommen, wie das z. B. in Meditationsgruppen und Gruppen mit dem autogenen Training der Fall sein kann. — Hier liegt übrigens auch eine Gefahr der Therapie mit der gestuften Aktivhypnose, auf die LANGEN (1969, 52) schon hingewiesen hat, daß nämlich die Rauschabhängigen in einen süchtigen Mißbrauch der durch diese Methode erzielten Tiefenentspannung geraten, was natürlich der Drogenabhängigkeit immer noch vorzuziehen ist.

Einen intensiven Substitutionseffekt, bei Mobilisierung der affektiven Bezüge und Behandlungsmöglichkeiten der für die Drogensucht ursächlichen Problematik bietet die Gruppentherapie mit dem *Symboldrama* (LEUNER/NERENZ 1964; PLAUM 1968; NERENZ 1969), die damit für den Therapieverlauf in der *Konsolidierungsphase* besondere Bedeutung gewinnt.

Die Gruppe sitzt oder liegt in einem Halbrund. Der Raum ist abgedunkelt. Der Therapeut leitet die Sitzung mit einigen auf Ruhe und Entspannung zielenden Suggestionen ein. Die in die gestufte Aktivhypnose eingeübten Teilnehmer erreichen ohnehin umgehend den Entspannungszustand. Nun wird wiederum die saftiggrüne Sommerwiese zur Imagination angeboten und durch entsprechende ausschmückende Beschreibungen (cf. supr.) die Vorstellungskraft angeregt. Nach einer Weile befragt der Therapeut die Anwesenden reihum nach ihren Bildererlebnissen. Dabei kommt es immer wieder vor, daß der eine oder andere Patient das angebotene Bild nicht realisieren konnte. Diese Teilnehmer übergeht der Therapeut, um sie,

nachdem alle anderen ihre Vorstellungen kurz berichtet haben, nochmals zu befragen. In der Regel kann man dann feststellen, daß dem Patienten — stimuliert durch die Berichte der übrigen Teilnehmer — die Realisation katathymer Vorstellungen möglich wurde. Nur in sehr seltenen Fällen erweisen sich Patienten als zur Imagination unfähig. Sie müssen dann über einen anderen therapeutischen Zugang (z. B. das Psychodrama) erreicht werden.

Der Therapeut greift nun einen Teilnehmer mit besonders klaren Vorstellungsinhalten heraus und läßt ihn seine Bildererlebnisse laut berichten. Wichtige Passagen wiederholt der Therapeut suggestiv verstärkend (Echoeffekt). Bei Stockungen oder Zäsuren im Bericht wird ein anderer Patient aufgefordert, seine Bildererlebnisse mitzuteilen. Im Verlauf verschiedener Wechsel der Berichterstatter beginnt sich ein *katathymer Gruppenprozeß* abzuzeichnen, der auf ein bestimmtes Thema zentriert sein kann, sich aber vorab meistens sehr heterogen darstellt. Aus diesem Grunde wird es notwendig, mit der Technik des „regieführenden Symboldramas" (LEUNER 1957; 1969) zu arbeiten, indem in schwierigen Situationen oder bei markierenden Ereignissen durch das Anbieten von leicht zu imaginierenden Vorstellungsinhalten der Verlauf des Symboldramas in eine bestimmte Richtung gelenkt werden kann. Besonders in der Anfangsphase der Gruppentherapie mit dem Symboldrama kommt es bei drogenabhängigen Jugendlichen leicht zu halluzinatorischen Vorstellungen (flashback-Effekt), die — so nach Aussagen der Patienten — große Ähnlichkeit mit dem Rauscherlebnis haben, ja dieses zuweilen übertreffen, was die Intensität verschiedener, meist optischer Wahrnehmungen anbetrifft. Durch diese Wirkung kann der *psychical drive* zum Rauscherlebnis durch Drogen äußerst wirkungsvoll umgelenkt werden. Dieser substitutive Effekt muß aber, soll er von therapeutischem Nutzen sein, gesteuert werden. Das „regieführen-

de Symboldrama" (LEUNER 1957) oder besser die Technik des „rêve éveillé dirigé" (DESOILLES 1945) dienen hier als Instrument. DESOILLES' Technik ist gegenüber der Verfahrensweise LEUNERS weitaus direktiver und suggestiver. Unter Leitung des Therapeuten wird der Patient über den Meeresgrund, durch den Himmel, in Traum- und Wunschlande geführt. Die Stimuli des Therapeuten zielen auf das Erleben des Phantastischen, des traumhaft Irrealen, in dessen Symbolwelt sich die Inhalte des Unbewußten erschließen. Zur Illustration der praktischen Applikation in der Gruppe ein gerafftes Beispiel:

P = Patient, T = Therapeut.

P 1: Überall sind Zäune rings um die Wiese. Hohe Gitterzäune, und draußen stehen Soldaten. *T:* Gehen wir einmal näher heran, vielleicht gibt es einen Durchschlupf. *P 1:* Es gibt keinen Durchschlupf, der Zaun brennt. Man kann ihn nicht berühren. Ich komme da nicht 'raus. — *T:* fragt *P 2:* Was siehst du, Paul? *P 2:* Ich sehe die Zäune. Sie sind weißglühend. *T:* Was siehst du noch? *P 2:* Ich sehe einen Adler. Er steht genau über mir. Jetzt stößt er herunter! (Angstreaktion.) *T:* Ja, er landet ganz ruhig neben dir. Es ist ein freundlicher Adler. Kannst du den Adler sehen, Christian? *P 3:* Ja, ich sehe ihn ganz deutlich. Er hat ganz weiche Federn. — *P 1:* Und gelbe Augen. *P 3:* Ich möchte auf ihn aufsteigen. *T:* Zwischen den Flügeln sitzt du ganz sicher. *P 3:* Ja, ich sitze gut und weich. *T:* Und jetzt Adler fliege! — Die Wiese bleibt zurück, der Adler steigt höher und höher. René (= P 1), wo sind die Zäune? *P 1:* Sie wachsen! Und da ist ein Soldat mit einem großen Kopf, er wächst auch, der kommt mir nach. *T:* Kannst du erkennen, wer das ist? *P 1:* Ich glaube das ist mein Vater. Ja, das ist er. *T:* Adler fliege höher! *P 4:* Die Zäune bleiben zurück. *P 1:* Ja, jetzt bleiben sie zurück. — Der Adler fliegt mit der Gruppe durch die Wolken. In die Finsternis und Kälte des Weltraums (die bedrohliche

Atmosphäre, die sich ausbreitet, wird durch das Kommando „Adler flieg zur Sonne" neutralisiert). Der Adler fliegt in die Sonnenkorona. P 1 schildert intensive Farbvisionen, an denen die Gruppe teilnimmt. Wieder wird eine bedrohliche Situation durch das Kommando „Adler fliegt weiter" ausgeräumt. P 5 berichtet weiter. Der Therapeut lenkt schließlich den Adler auf einen Kirchturm an einem Marktplatz. Durch Schilderung des Markttreibens wird dieses imaginiert. Die Reise durch die Welt des Phantastischen endet unter Menschen in der Welt des Realen. — Hier liegt ein wichtiges Kriterium der Technik. Das Erlebnis des Phantastischen substituiert das Rauscherlebnis im gelenkten Symboldrama, aber man verbleibt nicht in der Welt der Visionen, sondern wird durch die direktive Lenkung des Therapeuten wieder in die Welt der Realitäten geführt, die im Verlauf der Therapie einen immer breiteren Raum im Ablauf des Symboldramas einnimmt, so daß mit der Zeit auch konkrete persönliche Probleme bearbeitet werden können, die sich aus den Themen eines einzelnen oder aus einem Leitthema der Gruppe ergeben. Interessant ist, daß die Teilnehmer einer Gruppe so sehr in den Ablauf des Symboldramas, wie es in den einzelnen Berichten zum Ausdruck kommt, einbezogen sind, daß beim Wechsel des Berichterstatters es zu keinen Brüchen, sondern zu kontinuierlicher Fortführung kommt, wenn auch das Thema jeweils individuell entwickelt wird und auch in eine andere Richtung gelenkt werden kann.

Das Symboldrama bietet intensive Identifikationsmöglichkeiten, was sich bei homogenen Gruppen und gerade bei Süchtigen besonders erweist und sehr oft zu „simultaner Reproduktion" der von einem Teilnehmer geschilderten Geschehnisse durch die anderen Gruppenmitglieder führen kann. Es kommt damit zu einer affektiven Kommunikation *in distantia,* da die einzelnen Teilnehmer innerhalb des abgedunkelten Raumes auf akustische Wahrnehmungen eingeschränkt sind. Deshalb geschieht die Teil-

nahme an einem Problem anfänglich in einer von einer konkreten Person relativ abgelösten Form. Dieser Vorgang, bei dem mit dem zunehmenden Zusammenwachsen der Gruppe die Probleme auch immer mehr als die Probleme einer konkreten und allen bekannten Person erlebt werden, bietet die Möglichkeit einer sich in einem wohlabgestuften Prozeß vollziehenden *Du-* und *Wir-Erfahrung*, die die Voraussetzung für die Entwicklung eines gesunden Sozialgefüges bildet. Verbunden mit der Mobilisierung des affektiven Bereichs und der Kommunikation, die bei Süchtigen weitgehend verödet sind, erlaubt das Symboldrama dem Therapeuten diagnostischen Einblick in die Persönlichkeitsstruktur und in Konfliktkonstellationen (z. B. in unserem Beispiel die Vaterproblematik eines Patienten), die für die Drogenabhängigkeit vielleicht von ursächlicher oder vorantreibender Bedeutung sind. Damit wird aber auch die Möglichkeit zur schrittweisen Bearbeitung der persönlichen Problematik gegeben, die im Symboldrama auf der imaginativen Ebene begonnen wird.

Wenn auch durch die Gruppentherapie mit dem katathymen Bilderleben sehr leicht ein guter Gruppenzusammenhalt geschaffen wird, so ist der Realitätscharakter der Kommunikation durch den Zustand des *katathymen Hypnoids* und die rein auditive Wahrnehmung des anderen — zwei Faktoren, die den Abbau von Kommunikationsbarrieren an sich sehr begünstigen — doch eingeschränkt. Aus diesem Grunde ist es notwendig, von der Ebene des gemeinsamen Vorstellens auf die Ebene des gemeinsamen Handelns zu gelangen, um eine Verbindung von Erlebnis und Handeln zu erreichen. Für den weitgehend in Apathie und Passivität befangenen drogenabhängigen Jugendlichen ist dies ein therapeutisch bedeutsamer Schritt, der vermittels des Psychodramas vollzogen werden kann.

III. Restitutionsphase

Im Verlauf der Therapie mit dem Symboldrama wurde ein stufenweiser Übergang von der Welt der Illusionen zur Welt des Realen eingeleitet, mit dem Ziel, konkrete persönliche Problematik symboldramatisch auf der imaginativen Ebene zu bearbeiten. Diesen therapeutischen Prozeß nun gilt es zu dynamisieren und zu konkretisieren. Ihm muß eine größere Realitätsbezogenheit verliehen werden, indem Vorstellung in Handlung übersetzt wird, indem die *katathyme Szene* als *psychodramatische Szene* dargestellt wird. Insofern ist die *katathyme Szene* als warming-up für das Psychodrama zu betrachten (PETZOLD 1971). Der Zeitpunkt des Übergangs vom Symboldrama zum Psychodrama ist vom Stand der Gruppe und der therapeutischen Situation abhängig. Der innere Zusammenhalt der Gruppe sollte schon gut entwickelt sein. Bei dem als Protagonist (Darsteller) ausgewählten Patienten muß gleichermaßen eine gewisse Stabilisierung und entsprechende Integration in die Gruppe vorausgesetzt werden, um Rückschläge durch zu direkte Gegenüberstellung zu vermeiden.

Ist ein Symboldrama in das Stadium der Bearbeitung realer Konflikte gelangt, so wird ein katathymer Ablauf etwa folgendermaßen unterbrochen: „Wir haben jetzt gesehen und gehört, wie es zugeht, wenn dein Vater abends nach Hause kommt. Du siehst die Szene ja ganz deutlich. Halte sie fest! Wir wollen versuchen sie darzustellen." Das Licht wird jetzt (möglichst mit dem Stufenregler) eingeschaltet und der Protagonist aufgefordert: „Du hast uns gerade das Zimmer beschrieben. Wir haben es gesehen. Baue es jetzt hier auf!" Nun wird der Raum mit dem vorhandenen Mobiliar aufgebaut und das Symboldrama als Psychodrama fortgesetzt, wobei man an dem Unterbrechungspunkt anknüpfen oder die gesamte Szene neu aufrollen kann.

Seitdem MORENO in den vierziger Jahren das Psycho-

drama bei der Behandlung des Alkoholismus (TIERNEY 1946) und der Drogenabhängigkeit (BUCK 1952) einsetzte, hat diese Methode eine immer weitere Verbreitung in diesem Sektor gefunden[12] und sich als äußerst wirksam erwiesen. Im klinischen Bereich (ELIASOPH 1955 a, b), bei Rauschgiftsüchtigen in Gefängnissen (HASKEL 1959), in Heimen und Beratungsstellen (FRIEDMAN 1967; DEETH 1970) findet das Psychodrama und psychodramatische Rollenspiel bei der Behandlung der Drogenabhängigkeit Verwendung.

Für den in affektiver Isolation und Immobilität stehenden Drogenabhängigen ergeben sich als therapeutische Zielsetzungen die Auflösung erstarrter Haltungen und die Wiederherstellung normaler Innen- und Außenbeziehungen; denn bei allen Formen der Süchtigkeit werden nicht nur die Kommunikationsmöglichkeiten nach außen gestört, sondern es kommt zu einem fortschreitenden Verfall der Möglichkeiten der Selbstwahrnehmung und damit der Persönlichkeit, ein Vorgang, der in der Entkernung, der Psychose und schließlich der Demenz seinen unabänderlichen Abschluß findet.

Der psychodramatische Ansatz der Therapie zielt daher auf eine allgemeine Mobilisierung des Patienten, und zwar in seiner Körperlichkeit, seiner Emotionalität und in seinen sozialen Strebungen. Dies geschieht im hic et nunc des psychodramatischen Prozesses, der sich sowohl in die Vergangenheit erstreckt und traumatische, konfliktbesetzte Bereiche angeht und bearbeitet, der aber auch in die Zukunft vorstoßen kann, um neue oder zu erwartende Situationen vorzubereiten, zu aktualisieren und zu ihrer Handhabung beizutragen.

Die Gruppe als Medium, in der sich Kommunikation und Interaktionen vollziehen, wird mit der Konstituierung einer psychodramatischen Szene ein dynamisches wirksames Mittel, das durch die Rollen der Beteiligten Leben gewinnt. Der Süchtige sieht sich in Rollen gestellt,

sei es die eigene oder eine ihm vom Protagonisten durch Wahl bzw. von Therapeuten durch Zuweisung gegebene. Er wird in ein Rollengefüge eingegliedert, das von ihm Reaktion, Handlung, erfordert.

Beispiel: Im Rahmen der Therapie bzw. des Warm-Up-Prozesses (cf. supr.) ist eine Vaterproblematik erkennbar geworden, die psychodramatisch bearbeitet werden soll und deshalb auf eine konkrete Situation fixiert wird: das Heimkommen des betrunkenen Vaters am Abend. *T:* Du hast jetzt das Zimmer aufgebaut. Alles ist ganz genauso wie damals. Welche Personen sind im Zimmer? *P:* Meine Mutter, meine Schwester und ich. *T:* Wer von den Anwesenden könnte deine Mutter und deine Schwester darstellen? Wer deinen Vater?

Der Protagonist wählt nun drei Gruppenmitglieder aus, die damit in eine Rolle gestellt werden, der sie in irgendeiner Form gerecht werden müssen. Die Anforderung an Einfühlung und Spontaneität durch die Rollenzuweisung stellt einen Impuls dar, der die Reste dieser bei Süchtigen weitgehend verödeten Qualitäten mobilisiert. Die zu Anfang sehr geringe Rollenflexibilität erfordert häufig den Einsatz eines therapeutischen Doppelgängers, eines geschulten Helfers also, der durch entsprechende verbale Hilfen dem gehemmten Spieler hilft, sich in seine Rolle einzufinden. Die im Verlauf des Spielgeschehens durch die Techniken des Doppelns, des Rollenwechsels oder des Spiegels angeregte Schulung der Rollenflexibilität und damit verbunden der Spontaneität und Kreativität ist gerade für die Lockerung der eingefrorenen Haltung der Süchtigen von größtem therapeutischem Wert. Dieser Lokkerungseffekt wird ermöglicht und kommt in besonderer Weise zur Wirkung durch die totale Einbeziehung des Patienten in das Spielgeschehen; denn es handelt sich im Psychodrama nicht nur um intellektuelle Überschau, um bloßen sprachlichen Ausdruck, sondern um die Mitbeteiligung des Körpers, der im Handeln, in Haltung, Mimik

und Gestik gleichsam als *vehiculum animae* dient. Die körperliche Ausdrucksmöglichkeit und nicht zuletzt der damit im Psychodrama oft verbundene spontane körperliche Kontakt (FORER 1969; FINE 1970) ist für den Drogenabhängigen ein Stimulans, das die Gefühlsansprechbarkeit anregt und Kommunikationsbarrieren abbaut. Dem Verlust des inneren Antriebs, der Selbsttätigkeit und die orale Regressivität, die für den Süchtigen kennzeichnend sind, wird die psychodramatische Aktion entgegengestellt, die stimulierend und übend — der lerntheoretische Aspekt sollte nicht übersehen werden — die Fähigkeiten zu affektiver Mitteilung und Bindung wieder entwickelt und aufbaut. Dieser Vorgang wird insonderheit durch die szenische Problembearbeitung gefördert, bei der im Sinne einer ursächlichen, aufdeckenden Therapie nicht nur die Probleme diagnostisch erfaßt, intellektuell offengelegt und interpretiert, sondern psychodramatisch vergegenwärtigt und wiedererlebt werden. Der Prozeß der therapeutischen *Aufarbeitung* vollzieht sich dynamisch im psychodramatisch gleichzeitig ablaufenden Prozeß von *Erinnern* und *Wiederholen*. Das lebendige Durchspielen von Konfliktkonstellationen aus dem Leben des süchtigen Jugendlichen führt zu einer *existentiellen Gegenüberstellung*, deren Intensität oftmals virulente emotionale Reaktionen hervorruft. Damit wird nicht nur die Emotionalität des Patienten angeregt, sondern durch die aktive Beteiligung von Gruppenmitgliedern beim Spiel und die Identifikationsvorgänge bei den übrigen Teilnehmern wird eine allgemeine affektive Mobilisierung der Gruppe erreicht. Es vollzieht sich eine Gruppenkatharsis, in deren Verlauf und als deren Folge die Teilnehmer im gemeinsamen *Handeln und Erleben* zu einer *Wir-Erfahrung* gelangen. Für diesen Vorgang ist das Erlebnis der affektiven Kommunikation (*sharing*) beim Abschluß eines Psychodramas besonders wichtig. Protagonist und Gruppe, aufgewühlt durch den kathartischen psychodramatischen

Prozeß, bringen ihre Gefühle zum Ausdruck und teilen ihr Erleben. Der einzelne wird damit aus seiner Isolation herausgenommen und erfährt die Anteilnahme der anderen. Er sieht, daß er mit seinem Problem nicht allein steht und daß seine Schwierigkeiten nicht einzig dastehen. Dem in der Regel mehr oder weniger stark beziehungsgestörten Süchtigen wird damit eine *Du-Erfahrung* vermittelt und die Möglichkeit zu mitmenschlichem Kontakt erschlossen. Die große therapeutische Schwierigkeit in der Therapie mit Drogenabhängigen besteht ja gerade darin, sie affektiv zu erreichen, sie zu bewegen, die angebotene Zuwendung anzunehmen. Ist es durch die psychodramatische Gruppentherapie gelungen, die teilnehmenden Patienten in einen intensiven Prozeß affektiver Kommunikation zu ziehen, kommt es in der Folge sehr bald zu einem ausgesprochenen Zusammengehörigkeitsgefühl der Gruppe, durch das das für Toxikomane so charakteristische Mißtrauen der Außenwelt und anderen Menschen gegenüber — es ist bei jugendlichen Drogenabhängigen besonders ausgeprägt — nach und nach abgebaut wird. Ja, die Gruppe wird zu einem Ort des Haltes und des Trostes, der gegenseitigen Zuwendung. Für den jugendlichen Süchtigen liegt hier eine Gefahr, daß nämlich die Gruppe ihn in seiner Labilität nicht nur auffängt, sondern absorbiert oder besser, daß er alle Anforderungen an Engagement, Eigenarbeit und Verantwortung an die Gruppe weitergibt, die ihm ermöglicht, weiterhin seinen regressiven Tendenzen nachzugeben. Die Therapie mit dem Psychodrama vermag dieser Gefahr, daß die Gruppe zum Ort der Regression, zur „großen Mutter" (BATTEGAY 1969) wird, wirksamer zu begegnen als andere Formen der Gruppentherapie. Dies ist besonders im Hinblick auf die spezifischen Gruppenprozesse bei verwahrlosten Jugendlichen — z. B. Horden- und Bandenbildung — (ZULLIGER) von Wichtigkeit. Die totale Konfrontation mit den Konflikten, wie sie für das Psychodrama kennzeichnend ist,

stellt für alle Beteiligten beständig höchste Anforderungen an Mitarbeit und Engagement und gibt passiven Haltungen keinen Raum. Wo sie auftauchen, werden sie durch Rollentausch und Doppeln angegangen, wobei die Doppeltechnik oft mit Erfolg direktiv und suggestiv eingesetzt wird (PETZOLD 1971). Dies kann besonders bei einer realitätsadäquaten Bearbeitung von Konflikten, die die Drogenabhängigkeit und ihre Ursachen betreffen, notwendig werden; denn hier ist es typisch, daß der Süchtige die Ursachen seines Leidens beharrlich auf die widrigen Umstände seines Lebens abschiebt und Eltern, Erziehern und der Gesellschaft die alleinige Schuld und Verantwortlichkeit für seine süchtige Fehlhaltung zuschreibt. Diese Reaktion ist einerseits in den ausgeprägten Verdrängungstendenzen und dem damit verbundenen Bedürfnis zur Korrektur der Wirklichkeit gegeben, andererseits aber auch durch die infolge süchtiger Persönlichkeitsveränderung hervorgerufene inadäquate Auffassung der Wirklichkeit. Beide Motivationen müssen psychodramatisch aufgerollt werden, indem verdrängter Konfliktstoff aktualisiert und der Protagonist mit ihm dergestalt konfrontiert wird, daß weiteres Ausweichen nicht möglich ist. Diese direkte Konfrontation erfordert oftmals die Beigabe eines ichstützenden Doppels und bedarf der sorgfältigen psychodramatischen Bearbeitung, insbesondere auch was die Behandlung des feed back der Gruppe anbelangt, um die durch das emotionsdichte Geschehen bei den Teilnehmern angeregten emotionalen Prozesse aufzufangen und den Protagonisten der affektiven Kommunikation (*sharing*) zu versichern, durch die die oft auftretenden Angst- und Schuldgefühle ertragbar werden.

Angst und Schuld stellen ohnehin in der Therapie mit Süchtigen einen Komplex dar, dem besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden muß: die Angst vor den Eltern, den Lehrern, dem Chef, die Angst, geforderte Leistungen nicht zu erbringen, die Angst vor sexuellem Versagen. All

diese besonderen Angstsituationen können und müssen psychodramatisch aufgegriffen werden, mit dem Ziel eines kathartischen Ausagierens in der angstbesetzten Situation, wobei darauf hingearbeitet werden muß, dem Patienten zu zeigen, daß die Angst entweder unbegründet war oder gemeistert werden kann. Hier gewinnt das psychodramatische Rollentraining (ELIASOPH 1955) Bedeutung. Angstauslösende Situationen können im Sinne einer verhaltenstherapeutischen Desensibilisierung (OSTERHUES 1970; STURM 1965; WOLPE 1958) neutralisiert werden, und es ist darüber hinaus möglich, verstärkende Erlebnisse zu vermitteln. Die mit den Versagenssituationen verbundenen Schwäche- und Schuldgefühle (SCHULTE 1963), die wir regelhaft bei Drogenabhängigen finden — auch wenn sie nicht immer offen zum Ausdruck kommen — erfahren durch die Technik des Rollenwechsels eine entsprechende Einordnung. Der Protagonist und die im Spiel Mitwirkenden lernen das Versagen anzunehmen, und zwar als Symptom, als zeitweiliges Phänomen, als Reaktion, nicht aber als grundsätzliches und unabänderliches Unvermögen. Auch hier vermag das Vermitteln verstärkender Erlebnisse (*reinforcements*) durch das Spielen von Situationen, die durch den Protagonisten eventuell mit Hilfe eines Doppels gemeistert werden, therapeutisch ausgesprochen konstruktive Resultate zu erbringen.

Was nun die inadäquate Auffassung der Wirklichkeit und, darin eingeschlossen, des eigenen Persönlichkeitsbildes anbelangt, so sind diese durch psychodramatische Konfrontationstechniken korrigierbar. In der Spiegeltechnik z. B. ist es möglich, dem Patienten sein Verhalten, seine Aggressivität oder sein Unbeteiligtsein, seine ständige nervöse Gereiztheit oder seine depressive Haltung vor Augen zu führen und durch ins Lächerliche oder Groteske gehende Akzentuierung Reaktionen zu provozieren. Ähnlich wirkt die *behind-your-back*-Technik, in der der Protagonist symbolisch aus dem Zimmer geschickt wird und

außerhalb des Gruppenkreises sitzend als Abwesender hört, wie die Gruppe oder einzelne Teilnehmer sein Verhalten sehen. Das therapeutische Objektiv dieser Techniken ist die Einsicht in Fehlverhalten und der Impuls zu seiner Korrektur, die in einer psychodramatischen Selbstdarstellung ihren Ausdruck finden kann.

IV. Reintegrationsphase

So wie das Psychodrama die Vergangenheit vergegenwärtigen kann, so ist es ihm auch möglich in die Zukunft vorzustoßen, um zu erwartende Konflikte zu konfrontieren. Die Techniken der Zukunftsprojektion und des Rollenspiels geben hier vorzügliche therapeutische Möglichkeiten, die für die Therapie mit Süchtigen spezifisch anwendbar werden. — Für den hospitalisierten Suchtkranken ist die Vorbereitung auf die Realität ein notwendiges Erfordernis. Aber auch die Teilnehmer an ambulanten Gruppen in Beratungsstellen haben sich im Verlauf der Therapie mit neuen Realitäten auseinanderzusetzen, etwa die Wiederaufnahme einer geregelten beruflichen Tätigkeit, die ja gerade bei drogenabhängigen Jugendlichen weithin nicht gegeben ist. Die Reintegration in ein reales soziales Bezugsgefüge, wie es etwa in Beruf und Studium zu sehen ist, wirft für den Drogenabhängigen eine Reihe von Schwierigkeiten auf. Die Eingliederung in Ordnungen, in einen geregelten Tagesablauf, der ständige Kontakt mit Menschen, die Beziehung zu Vorgesetzten, all das wird zu einem Problem, ganz zu schweigen von den mit Versagensängsten besetzten Situationen, zum Beispiel der Vorstellung bei einer Firma. Durch Rollenspiel und Zukunftsprojektion werden derartige Situationen psychodramatisch bearbeitet. Der Patient wird in die Rolle des Bewerbers gestellt, der bei einer Firma um Arbeit ansucht. Die Szene der Vorstellung beim Personalchef wird zunächst verhaltensdiagnostisch angespielt. Der Therapeut und die Gruppe sehen das Verhalten des Protagonisten in der jeweiligen Situation und vermögen ihm Ratschläge

und Hinweise zu geben, die etwa vermittels eines spiegelnden Nachspielens durch einen Gruppenteilnehmer psychodramatisch verdeutlicht werden können. Aber nicht nur das Aufweisen von Fehlverhalten wird auf diese Weise ermöglicht, sondern auch die Demonstration adäquaten Verhaltens. Dabei ist zu beobachten, daß es vielen Patienten gelingt, im didaktischen Rollenspiel, durch das sie einem Mitpatienten eine Verhaltenshilfe geben wollen, selbst Situationen spontan zu meistern, denen sie als Protagonist nicht gewachsen gewesen wären. Im Rollentausch mit dem Chef kann weiterhin ein verstärkendes Erlebnis vermittelt und der Angstdruck gemindert und abgebaut werden. Das häufige Durchspielen von Szenen, die für den Protagonisten problematisch sind, stellt ein verhaltenstherapeutisches Rollentraining dar, das ein situationsadäquates Verhalten in der Wirklichkeit vorbereitet.

Gerade im Hinblick auf die Konfrontation mit für den Drogenabhängigen gefährlichen Situationen gewinnt das Rollentraining Bedeutung. Wir denken an das Zusammentreffen mit Freunden und Bekannten, die noch süchtig sind und ihrem alten Kumpel einen „joint" oder einen „shot" anbieten. Wir denken an den Händler, der versucht, einen alten Kunden zurückzugewinnen.

Diese Situationen, denen doch ein Gutteil der Rückfälle zuzuschreiben ist, werden psychodramatisch aktualisiert. Sie vermitteln wiederum eine Verhaltensdiagnose — sie kann bei hospitalisierten Süchtigen als Index für den Stand der Therapie und den Zeitpunkt der Entlassung gelten —, von der her eine systematische verhaltensmodifizierende Arbeit mit dem Rollenspiel begonnen wird (ELIASOPH 1955 a, b), in dessen Verlauf die mitagierenden Gruppenteilnehmer lernen, diese gefährlichen Situationen richtig zu handhaben.

Die psychodramatische Arbeit mit drogenabhängigen Jugendlichen stellt diese in eine Gemeinschaft, in ein begrenztes soziales Feld, das der Gruppe; sie vermag aber

durch die Inszenierung von Situationen, die außerhalb der Gruppe in Vergangenheit und Zukunft liegen und durch die Einbeziehung der in diesen Situationen vorfindlichen Personen das soziale Feld auszudehnen und den Erfordernissen der Wirklichkeit anzupassen. Hier liegt der unbestreitbare Vorteil des Psychodramas gegenüber allen anderen Formen der Gruppenpsychotherapie. Damit bereitet das Psychodrama die Reintegration in die Wirklichkeit vor und fördert und stützt den Prozeß der Wiedereingliederung in ein soziales Bezugssystem.

Aus diesem Grunde wird die Fortführung der Gruppenarbeit auch in der Zeit der erreichten Abstinenz, der sozialfürsorgerischen Maßnahmen, der sich vollziehenden Anpassung an die Anforderungen des täglichen Lebens ein dringendes Erfordernis zur Sicherung des therapeutischen Erfolges. Die Gruppe als Ort des Haltes, als Ort intensivierter Kommunikation ist für den Süchtigen lange Zeit ein unentbehrlicher Bestandteil seiner Existenz. In ihr lernt er wieder Verantwortungen zu übernehmen, die nach außen dringen und sich bei ambulanten Gruppen auch auf eine gegenseitige Fürsorge im Alltagsleben erstreckt, etwa als Hilfestellung bei der Beschaffung von Arbeit, als Rückhalt bei schwierigen finanziellen Situationen.

Diese Fähigkeit, Verantwortung zu übernehmen, deren Verlust für den Süchtigen und für den drogenabhängigen Jugendlichen insonderheit kennzeichnend ist, wurzelt in der therapeutisch erschlossenen Möglichkeit zu affektiver Kommunikation, zum Erlebnis von Vertrauen und Sicherheit. Die Beziehung zum anderen aber und die Verantwortung für ihn ermöglicht dem Süchtigen, die Leere auszufüllen, mit der er nicht fertig wurde, die Sinnlosigkeit des Lebens zu beseitigen, die ihn in die Lustvergessenheit der Sucht, in die Schemenwelt des Irrealen trieb. In der Auseinandersetzung mit der Wirklichkeit, die nun nicht mehr die Gestalt leerer Ordnungen, lebloser Normen, ein-

engender Gebote, Verbote und Zwänge hat, sondern in der Gemeinschaft als Wirklichkeit von lebendigen Menschen, als Wirklichkeit mitmenschlicher Zuwendung und Kontakte erlebt wird, gewinnt der Süchtige die Freiheit, tritt er in den Prozeß der Persönlichkeitsfindung und -entfaltung, die das Leben sinnvoll werden läßt.

So sind wir schließlich über den gestuften Ablauf der verschiedenen therapeutischen Ansätze in der Behandlung jugendlicher Drogenabhängiger zu jenem Stadium gelangt, das als Zielvorstellung jeder Psychotherapie anzusehen ist: die bewußte Erfahrung, daß Persönlichkeitsreifung der Gewinn von Freiheit und Autonomie in der Gemeinschaft, aus der Gemeinschaft und durch die Gemeinschaft darstellt. Dieses Konzept von der *Freiheit als Aufgabe*, von der Freiheit, die in und vermittels der Gemeinschaft gewonnen wird, erhält besonders für die Therapie mit Drogenabhängigen zentrale Bedeutung, denn hier liegt das eigentliche Problem der Sucht.

So ist das Problem der Sucht niemals isoliert von dem Problem der menschlichen Autonomie zu sehen, die als therapeutisches Ziel par excellence hinter allen Bemühungen der symptombehandelnden und ursächlich vorgehenden therapeutischen Verfahren stehen sollte.

Zusammenfassung:

Die Schwierigkeit, Drogenabhängige und insbesondere süchtige Jugendliche zu behandeln, erfordert einen kombinierten therapeutischen Ansatz, der dem komplizierten Erscheinungsbild der Sucht hinsichtlich seiner Äthiologie und Symptomatik gerecht wird. Durch einen vierstufigen Behandlungsplan soll den verschiedenen Erfordernissen entsprochen werden:

I. Entzugsphase: Absetzung der Drogeneinnahme, Sedierung eventueller deliranter Verwirrtheitszustände durch: Pharmakotherapie und/oder Hypnose. Gesprächstherapie, hypnotische Unterstützung der Abstinenzbemühungen, eventuell durch Aversionskonditionierung.

II. Konsolidierungsphase: Substituierung des Rauscherlebnisses, Reintegration in ein soziales Feld, Mobilisierung affektiver Bezüge, Behandlung der für die Drogensucht ursächlichen Problematik durch: Gruppenpsychotherapie mit dem Symboldrama (DESOILLE, LEUNER) und dem Psychodrama (DEETH, PETZOLD).

III. Restitutionsphase: Entwicklung sozialer Kommunikation, Bearbeitung persönlicher Problematik, Förderung der Spontaneität und Kreativität durch: Therapie mit dem Psychodrama (HASKEL, FRIEDMAN, DEETH, PETZOLD).

IV. Reintegrationsphase: Vorbereitung und Vollzug der Eingliederung in ein reales soziales Bezugsgefüge (Schule, Elternhaus, Beruf, Studium), Entwicklung von Verantwortung und Autonomie, Persönlichkeitsentwicklung durch: Psychodrama unter besonderer Betonung des Rollenspiels (ELIASOPH).

Der vorliegende Therapieplan wird den verschiedenen Erfordernissen der Drogenabhängigkeit gerecht. In kontinuierlichem Vorgehen von der Symptom- über die Kausalbehandlung zielt er auf die Erfahrung mitmenschlicher Kommunikation und den Gewinn von Freiheit und Autonomie in der Gemeinschaft, aus der Gemeinschaft und durch die Gemeinschaft ab.

Anmerkungen

1. Cf. dagegen die ausgezeichnete Darstellung von H. WAGNER, Rauschgift-Drogen, Springer, Berlin 1970.
2. PETRI (1970) und GOLDBERG (1970) berichteten, daß mit dem Drogenmißbrauch durch Jugendliche gleichzeitig bei diesen ein höherer Alkohol- und Nikotinmißbrauch gegeben ist. Wir können uns dieser Auffassung auf Grund der Beobachtung der von uns behandelten Jugendlichen nur anschließen.
3. Hier ist allerdings zu bemerken, daß die Rate der psychischen Veränderungen durch Haschischkonsum (30%) gegenüber der durch Alkoholmißbrauch verursachten psychischen Veränderungen (10%) erheblich erhöht ist.
4. WHO. Technical Report Series 57 (1952) 9; 116 (1957) 9/10.
5. Cf. dagegen PETRI (1970); KIELHOLZ/LADEWIG (1970); WANKE et al. (1970); DIJK (1970).
6. WHO. Technical Report Series 273 (1964) 9/10.
7. Zu den Begriffen Sucht, Gewohnheit, Mißbrauch cf. BIENER (1969); GIBBONS (1970).

8. Der Umsteigeeffekt wird immer wieder feststellbar. So haben 80% der von uns erfaßten jugendlichen Rauschgiftsüchtigen (76) zunächst Haschisch bzw. Marihuana genommen, bevor sie auf harte Drogen „umstiegen". 60% berichteten übereinstimmend, daß sie ein intensiveres Rauscherlebnis suchten und deshalb zu härteren Drogen gegriffen haben. Die Mehrzahl war sich der damit verbundenen Gefahren durchaus bewußt. Cf. ABRAMS et al. (1959), die bei der Befragung von Rauschgiftsüchtigen u. a. die Begründung erhielten: „a desire for a better ‚kick' than marijuana and alcohol can provide". Alle von Abrams untersuchten Männer hatten, ehe sie Heroin nahmen, Marihuana geraucht.
9. Um zu heftige Entzugssymptome zu vermeiden, ist ein stufenweises Absetzen der Droge indiziert.
10. DURAND-DASSIER (1969).
11. Cf. das von B. BUCK (1952, 308) aufgezeichnete Protokoll einer von J. L. MORENO geleiteten Psychodramasitzung mit Rauschgiftsüchtigen.
12. Für den Alkoholismus cf. PETZOLD, Psychodramatische Techniken in der Therapie mit Alkoholikern, Zeitschr. f. prakt. Psychologie 8 (1970). Dort auch umfassende Bibliographie zum Thema: Behandlung des Alkoholismus durch Gruppenpsychotherapie, Psychodrama, Hypnose, Pharmakotherapie, Verhaltenstherapie.

Weitere Literatur beim Verfasser

Abgeschlossen: 8. 1. 1971
Prof. Dr. H. Petzold

Zusammenfassung: Möglichkeiten der Psychotherapie bei drogenabhängigen Jugendlichen (1971c)
Der Text berichtet über die frühen Formen Integrativer Drogentherapie mit Abhängigen Jugendlichen, in der die Arbeit mit Imaginativen Verfahren, Psychodrama in Gruppentherapie ein Schwerpunkt ist.

Schlüsselwörter: Drogentherapie, Jugendliche, Psychodrama, Drogenwelle, *Integrative Therapie*

Summary: Possibilities of Psychotherapy in Drug Addicted Adolescents (1971c)
The text reports on the early forms of Integrative Drug Therapy with Dependent Adolescent, in which work with imaginative procedures, psychodrama in group therapy is a focus.

Keywords: drug therapy, adolescents, psychodrama, drug wave, *integrative therapy*